

LUÍS GUILHERME COELHO BUCHIANERI

O ADOLESCER PÓS-MODERNO

Novos Paradigmas na Medicina

Assis
2004

LUÍS GUILHERME COELHO BUCHIANERI

O ADOLESCER PÓS-MODERNO

Novos Paradigmas na Medicina

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, para obtenção do Título de Mestre em Psicologia (Área de concentração: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Prof. Dr. José Sterza Justo

Assis
2004

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

B919a Buchianeri, Luís Guilherme Coelho
O adolescer pós-moderno: novos paradigmas na medicina /
Luís Guilherme Coelho Buchianeri. Assis, 2004
172 f.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras
de Assis – Universidade Estadual Paulista.

1. Hebiatria. 2. Medicina do adolescente. 3. Pediatria. 4. Me-
dicina social. I. Título.

CDD 618.92
614

Dedico este trabalho

a meus pais

PLÁCIDO BUCHIANERI FILHO (*in memorian*) e

MARIA JOSÉ SOUZA COELHO BUCHIANERI

que desde cedo me estimularam

no estudo e na pesquisa.

e

à minha filha

ISABELLA APPENDINO BUCHIANERI,

ao compreender as inevitáveis ausências nos

momentos de convívio no decorrer deste trabalho.

Aos meus mestres pela orientação, apoio e incentivo e por me ensinarem

trilhar os caminhos....

Prof. Dr. JOSÉ STERZA JUSTO

... das incertezas

e

Prof. Dr. MARIO SERGIO VASCONCELOS

.... da estética

...na construção do conhecimento,

dentro do rigor da pesquisa científica

e à **NELMA**

não somente pela ajuda nas tarefas mais árduas, mas sobretudo pela

presença constante , crítica e afetiva nesta produção

Minha gratidão.

AGRADECIMENTOS

Aos amigos, Dr José Ottoni Outeiral e Dr Ronald Pagnoncelli de Souza com os quais compartilho profícuas discussões sobre ciência e realidade.

A Dra Maria de Fátima Araújo e ao Dr Francisco Agostinho Júnior componentes da Banca Examinadora de Qualificação, pelas valiosas contribuições.

Às Dras Tâmara Beres Lederer Goldberg e Maria Ignez Saito pela simpatia, dedicação, competência e consideração com que me atenderam possibilitando a realização deste trabalho.

A Dra. Olga Ciciliato Mattioli e ao Dr João Tadeu Ribeiro Paes pelos valiosos diálogos, reflexões e sugestões.

Aos docentes do Departamento de Psicologia Evolutiva, Social e Escolar da FCL – Unesp de Assis, pelo acolhimento e incentivo.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação e da Biblioteca da FCL - Unesp de Assis, pela atenção e paciência

Aos amigos Dr Rony Farto Pereira, Maria Elvira Bellotto, Renato Oliveira Marcon pelas colaborações técnicas e apoio.

À colega e amiga Dra. Maria Itamar e Armando pela amizade e incentivo.

Aos colegas e funcionários que comigo trabalham no Hospital Universitário da UNIMAR, no Hospital Regional de Assis e aos amigos do Departamento de Psiquiatria da FAMEMA, que me deram especial apoio durante este período.

Aos amigos João Henrique, Denis, Ayr, Marcio e Katia, Ary e Lu, Pinda e Tati, Mariele por me suportarem e debaterem minhas idéias durante a realização deste trabalho.

Às minhas irmãs Cássia Helena e Viviane e ao meu irmão Paulo Alexandre que comigo colaboraram e compartilharam minhas ansiedades.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	9
RESUMO.....	10
INTRODUÇÃO	15
METODOLOGIA.....	22
ANÁLISE DA LITERATURA CIENTÍFICA	
1 O adolescente.....	28
2 A Medicina do Adolescente	
2.1 Histórico.....	40
2.2 O corpo teórico.....	47
3 Os novos paradigmas.....	50
ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	
1 A especialização.....	64
2 A transdisciplinaridade.....	72
3 O senso comum.....	77
4 A questão mercadológica.....	85
5 A cultura.....	87

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	106
ANEXOS.....	109

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.....	26
FIGURA 2.....	39
FIGURA 3.....	49
FIGURA 4.....	62
FIGURA 5.....	99

BUCHIANERI, L. G. C. *O adolescer pós-moderno* Novos paradigmas na medicina. Assis, 2004, 172 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Campus de Assis, Universidade Estadual “Julio de Mesquita Filho”.

RESUMO

A valorização da adolescência a partir do século XX repercutiu também na medicina impondo a ela a necessidade de criar uma especialidade para o tratamento dos problemas que passaram a ser visualizados especificamente nessa fase do desenvolvimento. Surge então a Hebiatria ou a Medicina do Adolescente como uma área de atuação, segundo a resolução do Conselho Federal de Medicina ou como uma especialidade propriamente dita na visão do profissionais que passaram a se ocupar da adolescência. Como uma nova especialidade ou área de atuação constitui-se como um campo privilegiado para a compreensão das injunções que cercam o aparecimento de um novo campo de saber e prática profissional portando as marcas do seu tempo. Nesse sentido, o objetivo dessa dissertação foi procurar mapear o trajeto da constituição da Medicina do Adolescente, seu corpo teórico e seus atravessamentos pelos paradigmas atuais da ciência dentro desse momento de transição ou de surgimento de novos modos de concepção da ciências e de metodologia que tem alterado profundamente os fundamentos da ciência moderna. Para tanto, foi feita uma revisão da literatura sobre a Medicina do Adolescente e sobre as transformações paradigmáticas da ciência na atualidade e coletadas informações junto a profissionais que participaram no nascimento da Medicina do Adolescente no país e que ainda são referências nesse campo. Como principal conclusão, foi possível constatar que essa especialidade não teria surgido na medicina sem que houvesse a centralização da adolescência na cultura contemporânea delineada a partir, especialmente, da segunda metade do século XX, século esse considerado como o do adolescente, dentre as outras idades da vida. Portanto, como um importante ponto de partida é preciso considerar que essa especialidade não aparece como uma necessidade intrínseca à medicina ou por necessidades técnicas ou de organização do conhecimento estritamente motivada por fatores internos, mas em conexão com as transformações sociais, culturais, políticas e da subjetividade que começa a se esboçar nessa época, tomada por muitos autores como um período da história tão singular que passam considerá-la como o surgimento de uma nova era chamada de pós-modernidade. Dentro desse amplo panorama da cultura contemporânea ou pós-moderna outro traço da Medicina do Adolescente é bastante notável. Seguindo os novos paradigmas emergentes a Hebiatria nasce dentro de uma visão transdisciplinar de produção de conhecimento e prática profissional e talvez seja essa sua marca principal distintiva das especialidades e das tradições mais arraigadas na medicina. Os problemas de saúde trazidos pela adolescência, tal como passa a ser constituída e configurada a partir do século XX, impõe à medicina necessidades de se articular com outras áreas de conhecimento. Rapidamente os profissionais que

passam a se dedicar ao trabalho com adolescentes percebem que estão diante não de doenças mas de sujeito adoecido e cujo adoecimento precisa ser compreendido em toda sua amplitude para um tratamento efetivo. Surge assim a visão transdisciplinar na Hebiatria também impulsionada pelos novos paradigmas da ciência nesse período que passa a valorizar exatamente a ruptura com a rigidez e reducionismo das especialidades, típicos do cientificismo modernistas, propondo no lugar uma ciência capaz de lidar com a complexidade, a incerteza e com as metamorfoses e indeterminações que cercam especialmente os objetos das ciências humanas. O senso comum é outro elemento do paradigma da ciência contemporânea bastante presente na Medicina do Adolescente. Além dos saberes apropriados das demais especialidades da medicina e de outras áreas da ciência, o médico do adolescente também utiliza os conhecimentos construídos no seu cotidiano de trabalho através de observações, escutas de seus próprios pacientes, e de seus acertos e erros trazendo para a ciência o senso comum. Enfim, a Medicina do Adolescente focaliza um objeto – o adolescente – típico da atualidade e se constrói como disciplina científica dentro dos paradigmas da ciência e da cultura contemporânea, inclusive, retomando, algumas concepções e práticas antigas da medicina que foram abandonadas no auge do cientificismo modernista e que agora retornam nos paradigmas emergentes tal como a escuta ampla do doente e do seu adoecimento e sofrimento como era próprio do antigo médico de família.

Palavras-chave: Hebiatria; Medicina do Adolescente; Pediatria; Medicina Social.

BUCHIANERI, L.G.C. The postmodern adolescence. New paradigms in Medicine. Assis, 2004,172 f. Dissertation (Master in Psychology).

ABSTRACT

The valorization of adolescence from XX century until now has also rebounded inside Medicine imposing to it the necessity of creating a specialty to treat the problems which began to be seen especially in this phase of development. Then Hebiatrics or Adolescent Medicine appeared as an area of acting, according to the resolution of Federal Medicine Council or as a specialty in the view of the professionals who started working with adolescents. As a new specialty or area of acting constituted itself as a privileged field to understand the ideas which surround the emergence of a new field of professional knowledge and practice carrying the mark of its time. In this direction, the aim of this dissertation was to map the way of Adolescent Medicine was constituted, its theoretic body and its crosses through the new science paradigms inside this moment of change or from the emergence of new ways of science conception and methodology which has deeply changed the bases of modern science. For so, it was done a review of the literature about Adolescent Medicine and about the paradigmatic changes of science nowadays and it was collected information with professionals who participated of Adolescent Medicine born in our country and who are still references in this field. As main conclusion, it was possible to note that this specialty wouldn't have appeared in medicine if there hadn't been the centralization of adolescence in contemporaneous culture outlined especially from the second half of XX century, this century was considered as the century of the adolescent, among the other ages of life. So, as an important starting point it's necessary to consider that this specialty doesn't appear as an intrinsic necessity to medicine or to technique necessities or the organization of knowledge strict motivated by internal reasons but it is connected to social, cultural, political and subjectiveness changes that begin to be sketched in this epoch, considered by many authors as a "so single history period" that they start considering it as an emergence of a new era called post modernity. Inside this wide view of contemporaneous or postmodern culture another part of Adolescent Medicine is very important. Following the new emergent paradigms Hebiatrics was born inside a transdisciplinary view of knowledge and professional practice production and maybe this is its main mark, different from the specialties and from the traditions most rooted in Medicine. The health problems brought by adolescence, such as it starts being constituted and figured from XX century on, impose to Medicine necessities of linking itself with other areas of knowledge. Quickly the professionals that start working with adolescents notice that they are facing not sickness but a sick subject whose sickness needs to be understood in all its amplitude for an effective treatment. Because of this, transdisciplinary view appears in Hebiatrics which is also animated by new science paradigms in this period that starts valuing exactly the rupture with the rigor and the reducing of specialties which are typical of the modern science, suggesting a science able to deal with the complexity, the uncertainty, the metamorphosis and with the indetermination that surround especially the objects of human science. The common sense is another element of the contemporaneous science paradigm present inside Adolescent Medicine. Besides the proper knowledge of other specialties of Medicine and other areas of science, the doctor of adolescents also uses knowledge built in his daily work through his observation, listening to his patients and from his settlements and mistakes bringing to science the common sense. Finally the Adolescent

Medicine focus an object – the adolescent – typical nowadays and builds itself as a scientific subject inside the contemporaneous culture and science paradigms retaking some old conceptions and practice of medicine that were abandoned in the modern science and that are now coming back in emergent paradigms such as the wide listening from the sick person and from his sickness and suffering as it was with the old family doctor.

Key words: Hebiatrics, Adolescent Medicine, Pediatrics, Social Medicine

INTRODUÇÃO

No final do século XX, iniciou-se no Brasil a estruturação de uma nova área de atuação médica, a Medicina do Adolescente. Podemos situá-la como uma área de atuação na especialidade pediátrica, pois o Conselho Federal de Medicina assim a reconhece¹. Todavia, em alguns serviços médicos, como no Rio de Janeiro, a Medicina do Adolescente iniciou-se no departamento de Medicina Interna, que atende predominantemente os adultos.

Historicamente, a responsabilidade do atendimento do adolescente é do médico pediatra, mas, na Medicina, durante muitos anos, os adolescentes ficaram à margem do interesse das especialidades. O atendimento realizava-se principalmente por clínicos, psiquiatras e ginecologistas, por absoluta necessidade. Os livros clássicos de pediatria abordam a adolescência como um apêndice ou uma extensão dessa especialidade, entendendo essa fase da vida como 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.

A estruturação da Medicina do Adolescente, em países como Inglaterra e Estados Unidos, iniciou-se em meados da década de 1950, com clínicas especializadas nesse tipo de atendimento; no Brasil, a partir da década de

¹ Área de atuação: modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades. A definição de especialidade médica e área de atuação foi normatizada pelo Conselho Federal de Medicina, na resolução nº1634/2002 (anexo V)

60, os médicos pediatras mostraram preocupação maior com o adolescente. Em 1998, a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Associação Médica Brasileira reconheceram a necessidade de organização de uma medicina própria para o adolescente, indicando que a formação do profissional envolvido na área exige os mesmos atributos técnicos de outras áreas de atuação, mas com uma maior ênfase nos aspectos bio-psico-sociais dessa fase de desenvolvimento. Criou-se então, como departamento científico, o Departamento de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Alguns médicos, há cerca de três ou quatro décadas, já praticavam em seus consultórios, nos serviços públicos, a Medicina do Adolescente, mas, de um modo geral, por razões diversas, a maioria dos pediatras não estudou o adolescente em sua especialização e, talvez por essa razão, costuma tratar as crianças somente até a ocasião em que iniciam a puberdade, sentindo-se pouco à vontade e inseguros quando necessitam atender o adolescente.

Na gênese das queixas e sintomas apresentados pelos adolescentes; como as enxaquecas, dispepsias, obesidade, irregularidades menstruais, fibromialgias, as dores sem causas aparentes e outras patologias, estão freqüentemente envolvidos fatores psico-sociais que, nessa fase, têm características próprias. Freqüentemente são encaminhados para neurologistas, reumatologistas, gastroenterologistas, endocrinologistas, ginecologistas e ortopedistas, que utilizam seus conhecimentos da clínica de adulto para viabilizarem os tratamentos.

No Brasil, muitos pediatras não se sentem seguros ao atender o adolescente, classificando-o como adulto, enquanto os clínicos que atuam com adultos atendem o adolescente como uma criança crescida ou um pequeno adulto. O próprio adolescente muitas vezes se recusa a consultar-se com um pediatra, por não se sentir mais criança.

Nosso interesse pela pesquisa sobre a atenção ao adolescente na área médica vem de algum tempo, pois, trabalhando na especialidade pediátrica há mais de vinte anos, área na qual está incluída a adolescência, sempre nos chamou a atenção o fato de ser a adolescência uma fase não muito bem definida, tanto para nós, pediatras, como para o próprio adolescente.

Enquanto, em outras especialidades médicas criadas a partir da segmentação de idades evolutivas, como é o caso da própria pediatria ou da geriatria, existem conhecimentos teóricos e recursos técnicos capazes de atender às demandas da saúde, na Medicina do Adolescente tais conhecimentos não estão suficientemente sistematizados, para prover o médico de referenciais seguros para lidar com as queixas e doenças que acometem os adolescentes. Sequer existe um consenso sobre se a especificidade das patologias, profilaxias básicas, tratamentos e condutas médicas do adolescente requer uma separação gradativa dessa especialidade da pediatria. Tanto é que a Medicina do Adolescente, embora tendo um objeto definido, ainda continua formalmente ligada à pediatria, como uma área de atuação.

Não é ainda reconhecida como especialidade pelo próprio Conselho Federal de Medicina, que ainda classifica a Medicina do Adolescente no

campo da pediatria e da mesma forma a Sociedade Brasileira de Pediatria toma para si essa área de atuação, reconhecendo-a como algo diferenciado, porém, sem uma estatura própria suficiente para desmembrar-se como uma especialidade à parte.

Por outro lado, é notório, entre os profissionais que se dedicam exclusivamente ou possuem como prática médica preferencial o adolescente, o reconhecimento da Medicina do Adolescente como tendo especificidades, tanto quanto ao seu objeto como método de pesquisa e intervenção, suficientes para conferir-lhe um estatuto próprio dentro da Medicina.

Na verdade, considerando-se o tempo relativamente curto do surgimento da preocupação sistemática da Medicina com a saúde do adolescente, subsiste ainda certa indefinição quanto à pertinência da separação dessa área, concorrendo para isso, evidentemente, razões científicas, políticas, econômicas e culturais.

Mas é exatamente por ser uma área de atuação ainda nova, em pleno processo de constituição, que a Medicina do Adolescente se torna um campo privilegiado de estudo e pesquisa, expressando com maior clareza e contundência todas as demandas e mazelas que circundam, sustentam e legitimam recortes instauradores do saber especializado, no campo do conhecimento e das práticas profissionais.

Tal como uma supernova propicia condições especiais para o estudo do universo, o aparecimento de uma especialidade, em qualquer campo da ciência ou do exercício profissional, oferece a ocasião ímpar para a investigação e

compreensão das tendências do avanço e do desenvolvimento da ciência e das práticas, num dado campo do saber e das injunções que impelem seu nascimento.

Por ser uma nova área de atuação na Medicina, podemos apreender os rumos das patologias, da saúde, das tecnologias e terapêuticas médicas e de tantos outros indícios de um tempo. Evidentemente que, enquanto ciência e profissão profundamente arraigada no corpo social, na cultura, na política e na economia, a Medicina, como outras ciências, reflete o momento histórico e porta os signos básicos do adoecimento e das possibilidades de cura do homem e do seu mundo.

Pretendemos, com esta pesquisa, primeiro mapear o campo da Medicina do Adolescente enquanto uma área de atuação médica, a especificidade de seu objeto e de seus enfoques terapêuticos; segundo, apontar eventuais inovações que traz para a Medicina; terceiro, apreender possíveis paradigmas da ciência contemporânea, presentes na sua constituição.

Como veremos neste trabalho, tentaremos traçar o caminho percorrido pela Medicina do Adolescente, assinalando as injunções que nortearam seus direcionamentos e lhe dão a sustentação atual. Para tanto, utilizamos uma metodologia que procurou contemplar os conhecimentos e práticas instauradas pelos próprios médicos de adolescentes², o estudo das concepções de adolescência nas diversas áreas do conhecimento, a gênese da Medicina do

² Alguns médicos de adolescentes se intitulam hebiatras - relativo à Hebiatria (hebe - prefixo de origem grega que significa "mocidade"). Segundo Jacques Crespín, que fez levantamento sobre o assunto, é análogo a psiquiatra, pediatra.

Adolescente, principalmente no Brasil, e a época contemporânea, com os novos paradigmas da ciência.

Dessa forma, no capítulo I, faremos uma explanação da metodologia de pesquisa; no capítulo II, abordaremos as concepções de adolescência nos diversos ramos do saber; no capítulo III, mostraremos o caminho histórico da Medicina do Adolescente e sua estruturação teórica.

METODOLOGIA

Este estudo não tem a pretensão de abarcar todas as injunções que acompanharam o surgimento da Medicina do Adolescente, incluindo particularidades regionais e toda a complexidade de acontecimentos e circunstâncias que permearam o surgimento dessa especialidade e a sustentam, na atualidade.

É um trabalho fortemente enraizado na nossa vivência profissional e que pretende acrescentar a ela uma reflexão científica, pautada por subsídios extraídos da literatura pertinente e de dados coletados junto a outros profissionais e pesquisadores da área, e norteadada pela preocupação de situar a gênese e a configuração atual dessa especialidade, no contexto sociocultural que lhe deu origem e sustentação.

Na literatura científica, buscamos autores e teorias no campo da História, Psicologia, Sociologia e Medicina, que tratam da adolescência, da Medicina do Adolescente, da sociedade e da cultura contemporânea e dos paradigmas emergentes na ciência.

Na pesquisa de campo, procuramos utilizar um método que possibilitasse compreender como está se organizando o corpo teórico da Medicina do Adolescente, combinando vários tipos de procedimentos abaixo relacionados:

Pesquisa Histórica:

A pesquisa histórica, que nos permitiu conhecer os elementos que fundamentam a construção dessa especialidade e como ela está constituída na atualidade, baseou-se em fontes documentais, através da consulta de livros, revistas especializadas, banco de dados da internet, jornais da especialidade, propiciando-nos informações sobre a gênese da Medicina do Adolescente e sobre a época contemporânea. Trabalhamos com publicações de autores brasileiros e estrangeiros.

Utilizamos também a história oral, na vertente desenvolvida por Paul Thompson, coletando dados através de entrevistas com médicos que atendem adolescentes e que participam da formação do corpo teórico da especialidade.

Procuramos empregar entrevistas não-diretivas, por exercerem uma influência menor sobre o entrevistado, atribuindo a ele a organização de seu discurso, suas associações livres em relação ao tema proposto, solicitando que falasse sobre o adolescente e a Medicina do Adolescente. Utilizamos os próprios conteúdos do discurso para ampliar e aprofundar o tema. A entrevista não-diretiva, é considerada como correspondendo a níveis mais profundos, mais significativos, mais determinantes do comportamento e menos intelectualizados.

As perguntas diretivas versaram sobre a formação profissional do entrevistado, o tempo que exerce sua profissão, como surgiu seu interesse pelo

estudo da adolescência e sua visão sobre como está se estruturando a Medicina do Adolescente. As perguntas diretivas somente foram sinalizadas, quando os dados desejados não apareciam espontaneamente nas entrevistas.

Começamos pelo trabalho de campo com as entrevistas exploratórias, por estarem os entrevistados vivenciando a construção da especialidade. A experiência prática da história oral nos conduziu às questões mais profundas a respeito da natureza da gênese da Medicina do Adolescente e nos revelou novos campos de investigação, que de outro modo não teriam sido localizados.

Esta pesquisa enfocou as raízes históricas, mas com uma preocupação contemporânea, demonstrando a importância do estudo histórico para a compreensão do presente:

A realidade é complexa e multifacetada; e um mérito principal da história oral é que, em muito maior amplitude do que a maioria das fontes permite que se recrie a multiplicidade original de pontos de vista. Mas essa vantagem não é importante apenas para escrever história. Em sua maioria, os historiadores fazem julgamentos implícitos ou explícitos – o que é muito certo, uma vez que a finalidade social da história requer uma compreensão do passado que, direta ou indiretamente, se relaciona com o presente. (THOMPSON, 1992, p.198)

Segundo Thompson (1992), a evidência oral pode conseguir algo mais penetrante e mais fundamental para a história, transformando os “objetos” de estudo em “sujeitos”, contribuindo para uma história que não é apenas mais rica,

mais viva, mas também mais verdadeira. A vida individual é o veículo concreto da experiência histórica.

Tentamos, nesta pesquisa, usar a experiência pessoal direta dos entrevistados e buscamos sua consistência interna, através da confirmação em outras fontes, não somente da história oral, mas também da documentação bibliográfica. As produções científicas consultadas foram produzidas pelos próprios entrevistados e por outros autores, que escreveram sobre o tema de nosso estudo.

As fitas foram gravadas com a prévia autorização do entrevistado, as transcrições foram feitas sob nossa responsabilidade e estão à disposição, como fonte para posterior uso público. As entrevistas, depois de transcritas, foram enviadas para os entrevistados para avaliação e correção de possíveis falhas. Os nomes dos entrevistados, assim como suas trajetórias profissionais, foram revelados com a autorização dos mesmos e, por serem sujeitos dessa história de construção da Hebiatria, passam a constituir fontes disponíveis para outras pesquisas.

De modo a construir a história oral e correlacioná-la com a ciência contemporânea, utilizamos a análise cruzada sugerida por Thompson (1992), em que a evidência oral é tratada como fonte de informações a partir da qual se organiza um texto expositivo. Empregamos uma coletânea de narrativas para construção de uma interpretação histórica mais ampla, agrupando-as como um todo ou fragmentadas, em torno de temas comuns, para abranger as diversidades pertinentes no estudo do objeto.

Em geral, isso exigiu citações curtas, comparando a evidência de uma entrevista com a de outra, e associada à evidência proveniente de outras fontes. A exposição e a análise cruzada foram essenciais em todo o desenvolvimento sistemático da interpretação da história.

Concomitante com o desenvolvimento da história oral, procuramos mapear os novos paradigmas que permeiam a ciência contemporânea, através da leitura de livros e textos de sociólogos, filósofos e psicanalistas que estudam esse tema, tais como Edgar Morin, Boaventura Souza Santos, Lucia Santaella, Nicolau Sevcenko, Thomas Kuhn e José Ottoni Outeiral.



(WATTERSON, 1996, p17)

ANÁLISE DA LITERATURA CIENTÍFICA

1. O ADOLESCENTE

A História demonstra que a noção de juventude ou mesmo de adolescência, delineada com contornos e sentidos próprios, dentro de um contexto cultural, apareceu em diferentes lugares e em tempos relativamente longínquos. A questão do jovem como “problema” existe há muito tempo na sociedade ocidental e podemos encontrar, em escritos de 4000 anos atrás, referências a que “os filhos de hoje já não respeitam mais os pais como antigamente” (Becker, 1985, p. 8). Outros exemplos, ainda na antiguidade, são os relacionados a pautas de conduta tidas como típicas de um estado ou momento da vida, tal como aparece em escritos de filósofos e dos humanistas. Em um fragmento de Sócrates, há 2500 anos, pode-se ler o seguinte:

Nossos adolescentes atuais parecem amar o luxo, tem maus modos e desprezam a autoridade. São irrespeitosos com os adultos e passam o tempo todo vagando nas praças e mexericando entre eles... são inclinados a contradizer seus pais, monopolizam a conversa quando estão em companhia de outras pessoas mais velhas, comem com voracidade e tiranizam seu mestre. (apud SOUZA, 1996, p.7).

Entretanto, o conceito de adolescência como período evolutivo somente começa a ser desenvolvido no final do século XIX e início do século XX³. Antes disso, não havia uma clara distinção entre infância e adolescência, nem mesmo se valorizava, como hoje, esse período da juventude. Na nossa própria cultura, até há pouco tempo, procura-se abreviar o máximo possível essa etapa da vida, tida como inóspita e como um indesejável aguardo para o almejado ingresso na idade adulta.

A origem etimológica da palavra *adolescência* vem do latim *ad* (para) e *olescer* (crescer), significando o processo de crescimento. Por outro lado, segundo Outeiral (2003, p. 4), pode ter outras duas origens: uma derivada de *adolescere*, origem da palavra *adoecer*, o *adoecer* em termos de sofrimento emocional com as transformações biológicas e mentais que operam nessa faixa de vida; e uma terceira origem, definida por Luís Carlos Osório, a qual se refere à etimologia “dolo”, isto é, causar dano ou prejuízo a alguém.

Philippe Ariès, no livro *História Social da Criança e da Família* (ARIÈS, 1975, p. 36), escreve que os textos da Idade Média são abundantes em alusão às idades da vida e, nelas, a adolescência. Cita a obra *Le Grand Propriétaire de Toutes Choses*, que trata das idades em seu livro VI. Divide as idades em: primeira idade, que chama de *infância*, que é a criança, que vai do nascimento até sete anos de idade; a segunda idade, que vai dos sete até os quatorze anos, chamada de *pueril*; a terceira idade é chamada de *adolescência*,

³ David Leo Levis, durante um debate ocorrido em São Paulo, em novembro de 2003, após a apresentação da peça “Adolescer”, relatou que, no ano de 1040, um monge franciscano fez referências ao período da adolescência. Essa referência será publicada em breve, em sua tese de doutorado pela Universidade de São Paulo.

que termina, com 21 anos, mas que pode estender-se até 30 ou 35 anos. Depois da adolescência, é definida uma fase chamada *juventude*, que está no meio das idades, que dura até 45 anos e somente após a juventude é definida uma idade chamada *senectude*, que está a meio caminho entre a juventude e a velhice.

Segundo Ariès (1975), na Idade Média, apesar de um vocabulário da primeira infância que tivesse surgido e se ampliado, havia uma ambigüidade entre a infância e a adolescência, de um lado, e aquela categoria a que se dava o nome de juventude, do outro. Não se possuía ainda a idéia do que hoje chamamos de adolescência, que demoraria a se formar e se popularizar. Segundo o autor, o primeiro adolescente moderno típico apareceu na Alemanha wagneriana, com o Siegfried :

A música de Siegfried pela primeira vez exprimiu a mistura de pureza (provisória), de força física, de naturismo, de espontaneidade e de alegria de viver que faria do adolescente o herói do nosso século XX, o século da adolescência. (ARIÈS, 1981, p. 46).

O conceito de adolescência como período evolutivo se organiza definitivamente no século XX, entre as duas grandes guerras mundiais (1918 – 1939), sendo, portanto, um fenômeno bastante recente. Segundo Philippe Ariès, a consciência da juventude tornou-se um fenômeno geral e banal após a guerra de 1914, em que os combatentes da frente de batalha se opuseram em massa às velhas gerações da retaguarda. Daí em diante, a adolescência se expandiria, empurrando a infância para trás e a maturidade para frente. A cada época

corresponderia uma idade privilegiada e uma periodização particular da vida humana: a juventude⁴ é a idade privilegiada do século XVII, a infância, do século XIX, e adolescência, do século XX.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adolescência compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos e, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n.º 8.069 de 13/07/90, é considerado adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade. Essa diferença é pouco relevante, considerando todas as modificações biológicas, psicológicas e sociais que caracterizam esse período de vida.

Conforme estimativa da Organização das Nações Unidas, os adolescentes representam cerca de 25% da população mundial. No Brasil, segundo dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2000, há 18 milhões de pessoas entre 15 e 19 anos, as quais representam 10,5% da população total, que é cerca de 170 milhões de brasileiros. Contudo, se considerarmos o conceito de adolescência de acordo com a Organização Mundial de Saúde, em que a faixa etária da adolescência é de 10 a 20 anos, há aproximadamente 37 milhões de adolescentes em nosso País, o que significa 21,7% da população (anexo IBGE).

Os limites entre infância, adolescência e idade adulta não são ainda bem definidos, pois sofrem grandes influências sócio-econômicas e culturais. Os influxos sócio-econômicos se evidenciam nas classes sociais mais

⁴ Juventude é definida na idade média que seria um período entre a adolescência e senectude, que iria aproximadamente de 21 a 45 anos. As demais referências de juventude no texto correspondem à época atual, ou seja, a fase de adolescência.

pobres e mais agredidas pela atual estrutura econômica pós-industrial⁵, em que a infância e a adolescência não são vivenciadas de forma plena, seja pela necessidade de sobreviver, seja pela falta de amparo da família também desagregada e sem suporte social. Nesses grupos, podemos observar um desaparecimento da infância e da adolescência e uma entrada precoce na vida adulta. Em grupos sociais mais privilegiados, a adolescência se prolonga por mais de 20 anos, pela dependência econômica dos pais e pela ampliação da formação educacional, tendo em vista as aspirações profissionais.

Por outro lado, alguns autores têm tentado demonstrar como a cultura contemporânea influencia o conceito de infância e adolescência, com a abreviação do período de latência, que, segundo a Psicanálise, é o período que vai do declínio da sexualidade infantil (aos cinco ou seis anos) até o início da puberdade, e que marca uma pausa na evolução da sexualidade. Essa abreviação traz repercussões não só biológicas, com a criança entrando em período pubertário cada vez mais precoce, mas também psicológicas, pois o período de latência da criança é um período de elaboração de conflitos infantis, sublimação e criatividade:

(...) poderemos imaginar o que representa a excessiva exposição à sexualidade e ao erotismo genital a que são submetidas nossas crianças, numa forma que configura um abuso, através da cultura;

⁵ A sociedade pós-industrial nasceu com a Segunda Guerra Mundial, a partir do aumento da comunicação entre os povos, com a difusão de novas tecnologias e com a mudança da base econômica. Um tipo de sociedade já não baseada na produção agrícola, nem na indústria, mas na produção de informação, serviços, símbolos (semiótica) e estética. A era pós-industrial é conhecida também como a era da informação e do conhecimento.

me refiro por exemplo, aos meios de comunicação e a responsabilidade da criança e da família neste processo. A abreviação do período de latência resulta em dificuldades que repercutirão, é evidente, em vários aspectos de estruturação do psiquismo, interferindo no desenvolvimento normal, tanto na área da conduta como nos processos afetivos e cognitivos. Num contraponto à 'invenção' da infância na modernidade temos, hoje, a 'desinvenção' da infância pela pós-modernidade. (OUTEIRAL, 2003, p. 103).

Definir adolescência já apresenta uma complexidade e muitas definições surgem oriundas dos diferentes territórios do saber humano: Sociologia, Antropologia, Direito, Psicologia e Medicina. No Brasil, do ponto de vista jurídico, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera a criança, para os efeitos da lei, a pessoa de até doze anos de idade incompletos, e adolescente, aquela entre doze e dezoito anos de idade. Aplica-se excepcionalmente o Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade.

Na Medicina, o conceito predominante é a adolescência como um fenômeno bio-psicossocial. Faz uma separação entre puberdade, que caracteriza o período de crescimento e desenvolvimento físico, e a adolescência propriamente dita, como um fenômeno psicossocial. Define como uma fase de transição gradual entre a infância e o estado adulto, que se caracteriza por profundas transformações somáticas, psicológicas e sociais.

A Medicina, mais propriamente a pediatria, aprofunda-se mais no estudo da fase pubertária. 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.

Seguindo uma linha de desenvolvimento somático, há um comando do sistema nervoso central, através do hipotálamo e da glândula hipófise, localizados na base do cérebro, que, por meio da produção hormonal, atua sobre as glândulas do aparelho reprodutor e outras glândulas que participam intensamente do processo de maturação, começando-se então a produzir grandes quantidades de hormônios e, sob o seu efeito, passam a ocorrer uma série de transformações orgânicas. Em teoria, a puberdade deveria ser alcançada gradualmente, mas, pela conexão que há entre a glândula hipófise, o córtex cerebral (substância cinzenta) e o sistema límbico, a puberdade pode ser influenciada por fatores externos, através dos estímulos ambientais, atuando conjuntamente com o pensamento e com as emoções, podendo haver tanto uma puberdade precoce como um retardo da fase puberal.

Na Psicanálise, a maioria dos autores define adolescência e puberdade aproximando-se do conceito médico, embora com um enfoque mais profundo, nos aspectos psicossociais. O componente psicológico do processo é constantemente determinado, modificado e influenciado pela sociedade. De acordo com tal enfoque, as concepções acerca da adolescência podem se alterar profundamente de acordo com o meio social, econômico e cultural. É o que temos observado na prática clínica, diante de casos em que mudanças psicológicas próprias dos adolescentes aparecem em crianças que ainda não atingiram a

puberdade e, inversamente, há muitos jovens já em franca puberdade que exibem comportamentos predominantemente infantis.

Outeiral (2003, p. 102) define adolescência dentro dos conceitos psicanalíticos e assinala alguns elementos característicos dessa fase, que irão organizar a identidade do adolescente, em seus aspectos sociais, temporais e espaciais:

- a perda do corpo e da identidade infantil e dos pais da infância;
- a passagem do mundo endogâmico ao universo exogâmico;
- a construção de novas identidades assim como de desidentificações;
- a ressignificação das “narrativas” de self;
- a reelaboração do narcisismo;
- a reorganização de novas estruturas e estados de mente;
- a aquisição de novos níveis operacionais de pensamento (do concreto ao abstrato) e de novos níveis de comunicação (do não-verbal ao verbal);
- a apropriação do novo corpo;
- do recrudescimento das fantasias edípicas;
- vivência de uma nova etapa do processo de separação – individuação;
- a construção de novos vínculos com os pais, caracterizados por menor dependência e idealização;
- a primazia da zona erótica genital;
- a busca de um objeto amoroso;
- a definição da escolha profissional;
- o predomínio do ideal de ego sobre o ego ideal;

Segundo o mesmo autor, as transformações da adolescência ocasionam flutuações que se caracterizam por momentos progressivos – quando predominam, entre outros aspectos, o processo secundário, o pensamento abstrato e a comunicação verbal – e momentos regressivos – com a emergência do processo primário, da concretização defensiva do pensamento e a retomada de níveis não verbais de comunicação.

Na Antropologia, a adolescência é geralmente apresentada como uma etapa sociocultural que começa com os modelos culturais de ritos de iniciação e finaliza com a chegada da adultez, segundo as normas da sociedade vigente. Em sociedades primitivas, não há um conceito equivalente utilizado para expressar o reconhecimento social de uma fase intermediária entre a infância e a idade adulta. Em algumas delas, a transição da infância para a idade adulta é tão suave que não se nota a passagem de uma para outra. O mais freqüente é que, no limiar da maturidade sexual, o jovem passe por um cerimonial chamado de rito de puberdade, que varia de complexidade de acordo com a cultura. Os chamados períodos de iniciação raramente duram mais do que poucas semanas e mesmos os mais longos são insignificantes, quando comparados aos oito a dez anos de adolescência, comuns em nossa sociedade. Ao fim do ritual da puberdade se concede ao jovem o direito de adulto, inclusive o do casamento.

A cultura contemporânea produz um crescente retardamento da tomada de responsabilidade adulta e coloca uma questão fundamental: quando termina a adolescência? Calligaris (2000) dá uma visão para o fenômeno *adolescere*, entendendo-o como um momento em que, fundamentalmente, a

comunidade impõe uma moratória, isto é, um ato que opera uma disjunção entre a aparente maturação física e o ingresso na vida adulta. Sob essa ótica, concebe o adolescente como um sujeito capaz, instruído e treinado pela escola, pelos pais, pela mídia, para adotar os ideais da comunidade. Ele se torna um adolescente quando, apesar de seu corpo e seu espírito estarem prontos para a competição, não é reconhecido como adulto:

Aprende que, por volta de mais dez anos ficará sob a tutela dos adultos, preparando-se para o sexo, o amor e o trabalho, sem produzir, ganhar ou amar; ou então produzindo, ganhando e amando, só que marginalmente (CALLIGARIS, 2000, p.15).

Segundo o autor, a dificuldade em saber quando termina a adolescência é a dificuldade na definição do que é um homem ou uma mulher adulta, na cultura moderna ocidental. De certa forma, a moratória da adolescência é o fruto dessa indefinição. Não se trata apenas de não se saber o que é ser homem ou mulher, adulto ou adolescente, mas de não se saber o que é ser cidadão, a que mundo se pode filiar e para que fazê-lo. Falta uma lista estabelecida de provas rituais e o ritual não existe, porque não há o que simbolizar nele ou através dele. Só sobram então a espera, a procrastinação e o enigma, que confrontam o adolescente que está condenado a uma moratória forçada de sua vida.

As teorias que, até o momento, utilizamos para definir o adolescente são as visões do mundo adulto, em que o adolescente é um ser em desenvolvimento, em conflito, não adaptado à estrutura social, ou melhor, não

adaptado ao que se considera “mundo adulto”. Tal adaptação envolve colocar os limites que contenham sua impulsividade, sua curiosidade, seus questionamentos, sua insatisfação com um sistema ideológico dominante, numa sociedade que atravessa uma de suas mais graves crises de incerteza.

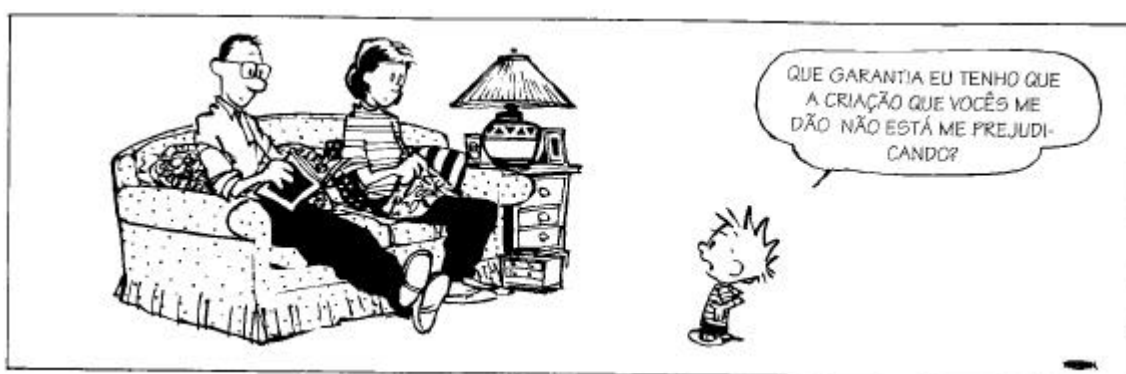
Vivemos durante um longo tempo amparados na ilusão de que o futuro do homem se ergueria com o avanço da ciência e da razão, mas o homem não foi capaz de lidar com os limites éticos de seu crescimento. As conseqüências é que estamos vivendo uma crise de futuro, com o fim das sociedades utópicas, que sempre prometeram a certeza da estabilidade.

As transformações sociais, quando revolucionárias, proporcionam o crescimento e aperfeiçoamento da sociedade. Assinala Becker:

o jovem que se rebela contra determinados valores, estigmas, preconceitos e (con)tradições que lhe tentam impor não significa necessariamente que ele está doente ou atravessando uma crise psicológica normal. Podemos explicar este fenômeno como a passagem de uma atitude de simples espectador para uma outra ativa questionadora que vai gerar revisão, auto-crítica e transformação que será fundamental tanto para o desenvolvimento da sua própria personalidade como para o aperfeiçoamento da sociedade em que ele vive (BECKER, 1985, p.9).

As diversas concepções de adolescência mostram que cada disciplina, tanto das 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.

Para entendermos a estrutura dessa nova especialidade e suas relações com o mundo contemporâneo, precisamos não somente estudar a adolescência e as diferentes concepções de adolescência que circundaram suas fundações, mas também é necessário entendermos sua estruturação histórica, seu conteúdo teórico e sua contextualização, na contemporaneidade.



(WATTERSON, 1996, p56)

2. A MEDICINA DO ADOLESCENTE

2.1. Histórico

O primeiro livro de Pediatria, escrito em língua inglesa, de que se tem conhecimento foi publicado no ano de 1544. Trata-se de *The Book of Chyl dren*, de Thomas Phaire⁶, onde já descrevia “doenças graves e perigosas” da infância (POSTMAN, 1999, p. 43). Somente quatrocentos após, iniciam-se as primeiras publicações sobre adolescência.

As fontes históricas sobre a Medicina do Adolescente podem ser encontradas no artigo do argentino César Bergada, publicado nos “Anais Nestlé – Adolescência” (1998), no livro organizado por Maria Ignez Saito e Luís Eduardo da Silva, *Adolescência – Prevenção e Risco* (2001) e no livro do Ronald Pagnoncelli de Souza, *O Adolescente do Terceiro Milênio* (1999).

A preocupação com os problemas de saúde específicos da adolescência surge em Londres, desde o final do século XIX, mais especificamente em 1885, quando um grupo de médicos fundou a “Medical Officers of School Association” e publicou um código de normas para administrar e evitar a disseminação de certas doenças entre meninos adolescentes, em

⁶ O italiano Paolo Bagelerdo publicou um bem antes, em 1448.

internatos. Entretanto, já a partir de 1904, o adolescente começa a ser estudado sob aspectos não somente médicos, mas também psicossociais. O psicólogo estadunidense G. Stanley Hall publica, nesse ano, o primeiro tratado sobre adolescência, intitulado *Adolescence: its Psychology and its relationship to Anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*, contendo 1300 páginas. Após um ano, seguiu-se a publicação de *The Natural History of Adolescence*, de J. Jastrow. A primeira descrição de um departamento médico especificamente devotado aos cuidados dos adolescentes ocorreu em 1918, com o trabalho de Amélia Gates.

Estudos das variações de esteróides (substâncias androgênicas e estrogênicas) da puberdade foram publicados por Dorfman, Greulich e Salomon, relacionando-as com o desenvolvimento sexual do adolescente que serve de base à classificação das fases de puberdade de meninos e meninas de Greulich, Dorfman e Catchpole, modificado em 1962, por Tanner. Em 1932, Wait e Roberts publicam pela primeira vez as necessidades nutricionais de garotas adolescentes.

Em 1937, Curran organizou uma unidade para jovens com problemas psiquiátricos, no Hospital Bellvue de New York. Em 1940, a Academia Americana de Pediatria realizou dois simpósios sobre Medicina do Adolescente e, finalmente, a primeira clínica geral para adolescentes foi fundada em 1952, por J. Roswell Gallaguer, no Hospital Infantil de Boston, juntamente com o primeiro programa de formação em Medicina do Adolescente. A experiência de Gallaguer foi tão rica que, em 1960, publicou um livro com o título *A Atenção Médica ao Adolescente*.

Em 1968, criava-se nos Estados Unidos a Sociedade para a Medicina da Adolescência. Depois de algum tempo, o Boletim dessa sociedade transforma-se no *Journal of Adolescent Health Care*.

Em 1970, foi fundada a Associação Internacional para a Saúde dos Adolescentes (IAAH), que publica periodicamente a revista *IAAH Newsletter*, destinada a seus associados.

Em outubro de 1977, a Associação Médica Americana designa a Medicina da Adolescência como especialidade.

Na América Latina, Gomes Ferrarotti criava, em 1961, em Buenos Aires, Argentina, o Centro Municipal de Adolescência, Paula Pelaéz, em Santiago do Chile, o Consultório de Adolescentes e, no México, o primeiro Serviço de Adolescentes foi coordenado por Enrique Dulanto Gutiérrez. Na década de 70, a Sociedade Argentina de Hebeologia (estudo da adolescência) e Hebiatria (estudo do adolescente) já se havia incorporado à Associação Médica Argentina, como especialidade.

No Brasil, as primeiras propostas voltadas especificamente para a saúde do adolescente começam no início da década de 1960. Na década de 1970, em São Paulo, o Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da USP, coordenado por Anita Colli, inicia um atendimento basicamente ambulatorial, tendo como enfoque a promoção da saúde e a prevenção de agravos, além da proposta curativa, isto é, um trabalho interdisciplinar.

No Rio de Janeiro, Maria Helena Rusany e Evelyn Eisenstein vincularam o atendimento dos adolescentes ao Departamento de Medicina Interna, tendo como intuito principal a abordagem curativa e de reabilitação. No Rio Grande do Sul, o pediatra Ronald Pagnocelli de Souza foi pioneiro no trabalho com adolescentes, atuando como médico escolar de 1969 a 1989, no Colégio Farroupilha, desenvolvendo seu trabalho com atendimento clínico de adolescentes, educação para saúde e programa de educação sexual. Já em 1967, fez parte da equipe do Instituto Leo Kanner, juntamente com psiquiatras e neurologistas, desenvolvendo o trabalho com crianças e adolescentes.

Em 1984, houve a primeira reunião do Comitê de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria, em Belo Horizonte. Em 1985, acontece em São Paulo, sob a presidência de Anita Colli, o I Congresso Brasileiro de Adolescência, com apoio da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Em 1989, publica-se o primeiro *Manual do Adolescente* da Sociedade Brasileira de Pediatria, coordenado por Ronald Pagnocelli de Souza e Marília Maakaroun. Em novembro de 1989, é fundada em Brasília a Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA), uma entidade de caráter científico, multiprofissional. Sua primeira presidente eleita foi Verônica Coates. A ASBRA foi a responsável pela aproximação e integração dos vários profissionais da área de saúde.

A partir de então, outros serviços se desenvolveram por todo o território nacional, com diferentes abordagens, mas sempre procurando uma orientação multidisciplinar. Atualmente, outras especialidades médicas, além dos

pediatras, como os ginecologistas, psiquiatras, clínicos e também outros profissionais de saúde, como assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, procuram interagir e estruturar uma atenção específica ao adolescente.

Em 1998, a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Associação Médica Brasileira reconheceram a Medicina do Adolescente como especialidade médica, com especialistas cuja formação exigiria os mesmos atributos técnicos de outras especialidades, diferenciando-se pela ênfase maior nos aspectos bio-psicossociais. Todavia, em 2002, o Conselho Federal de Medicina⁷ normatiza a definição de especialidade médica e área de atuação. A partir de então, a Medicina do Adolescente passa a ser área de atuação da especialidade pediátrica. Para o reconhecimento do exercício profissional dessa área de atuação, é necessário um embasamento teórico que contemple os pressupostos médicos.

Dentro desses pressupostos, o Conselho Federal de Medicina define especialidade e área de atuação: “**Especialidade** - núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de segmentos da dimensão bio-psicossocial do indivíduo e da coletividade. Reconhece-se como **Especialidades Médicas** aquelas consideradas raízes e aquelas que preenchem o conjunto de critérios abaixo relacionados:

- Complexidade das patologias e acúmulo do conhecimento em uma determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma

⁷ O Conselho Federal de Medicina, CFM, é um órgão que possui atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica.

área raiz, em um setor específico;

- Ter relevância epidemiológica e demanda social definida;
- Ter programa de treinamento teórico prático, por um período mínimo de dois anos, conduzido por orientador qualificado da área específica;
- Possuir conjunto de métodos e técnicas, que propiciem aumento da resolutividade diagnóstica e/ou terapêutica;
- Reunir conhecimentos que definam um núcleo de atuação própria que não possa ser englobado por especialidades já existentes;

Não se admite como critério para reconhecimento de Especialidades

- Número de Médicos que atuam em uma determinada área ou tempo de sua existência;
- Área que já esteja contida em uma especialidade existente;
- Processo que seja apenas o meio diagnóstico e ou terapêutico;
- Área que esteja relacionada exclusivamente a uma patologia isolada;

- Área cuja atividade seja exclusivamente experimental;
- Função ou atividade essencialmente vinculadas ao conhecimento da legislação específica;
- Disciplina acadêmica correspondente.

Área de atuação - modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades”. Na resolução CFM nº1666/2003, o certificado de área de atuação será emitido após exame para certificação, que será realizado pela Associação Médica Brasileira, na respectiva especialidade. O programa de formação na área de atuação deverá ser superior a um ano (anexo V).

É interessante fazer uma breve análise dos conceitos de especialidade e área de atuação, presentes nessa resolução. Por exemplo, no conceito de especialidade aparece a idéia de “núcleo”, enquanto que no de área de atuação fala-se em “modalidade”. A idéia de “núcleo” remete a algo irreduzível, unidade elementar e organizadora de elementos que gravitam em torno dele. A modalidade, por sua vez, refere-se a um “modo” de existência da “coisa”, possibilidades de sua manifestação. Portanto, no texto da resolução, está presente uma idéia da Medicina do Adolescente, não como um “núcleo”, mas

como um modo de atuação constituído na Pediatria, capaz de atender mais especificamente as demandas da adolescência.

Chama também a atenção nessa resolução o fato de o conceito de área de atuação aparecer como algo mais abrangente do que a própria especialidade, na medida em que prevê a possibilidade de uma área de atuação estar relacionada com várias especialidades.

2.2. O Corpo Teórico

As principais e mais recentes publicações mostram a inter-relação de áreas na qual está se estruturando a Medicina do Adolescente. O conteúdo teórico do livro *Adolescência – Prevenção e Risco* (SAITO, 2001), cujos organizadores são médicos da unidade de adolescentes do Instituto da Criança da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e os colaboradores são pediatras, psicanalistas, psiquiatras, epidemiologista, cirurgião, ginecologista, psicólogas, psicopedagogas, assistente social, nutricionista, dermatologista, entre outros profissionais, aborda, além dos temas médicos, alguns como: adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco; nutrição e transtornos alimentares, desenvolvimento psicológico, posição depressiva e síndrome da adolescência normal, sexualidade; família e adolescência, escola, saúde e trabalho; meios de comunicação; paternidade, abuso e dependência de drogas, violência em suas

mais diversas formas, suicídio, mortalidade; reflexões sobre o futuro e o adolescente como protagonista e agente de transformação. É interessante notar que entre os capítulos estão entremeadas diversas poesias.

O livro *Adolescência – Aspectos Clínicos e Psicossociais*, de Maria Conceição O Costa e Ronald Pagnoncelli de Souza (2002), cujos colaboradores também são profissionais de diversas áreas, aprofunda-se mais nos temas médicos, talvez para proporcionar uma maior proposta biológica e conseqüentemente maior aproximação com o conceito de especialidade, mas não deixa de interagir com outras disciplinas, abordando temas como violência, suicídio, risco e resiliência, dificuldades escolares, depressão, distúrbios de comportamento, uso de drogas, homossexualidade e transtornos alimentares.

Uma das principais revistas da área, *Adolescência Latinoamericana* – Revista Científico-Cultural Multidisciplinar Bilíngüe, órgão oficial da ASBRA – Associação Brasileira de Adolescência –, que tem como diretor o pediatra brasileiro Ronald Pagnoncelli de Souza, apresenta em suas edições publicações multidisciplinares com temas como suicídio, risco e resiliência, sexualidade, toxicodependência, violência, além dos temas médicos.

Notamos a preocupação dos médicos que trabalham com o adolescente em introduzir, na construção teórica da Medicina do Adolescente, os conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e dimensão biopsicossocial, associados ao embasamento médico das patologias que acometem essa fase da vida. Não obstante, tanto a multidisciplinaridade como a

interdisciplinaridade⁸ são insuficientes, quando se trata do exame de problemas complexos, como o estudo do adolescente.

Portanto, na estruturação da Medicina do Adolescente, investigamos a possibilidade de promover uma abordagem transdisciplinar, que efetivamente ultrapasse as fronteiras das disciplinas. O transdisciplinar não vai contra o território disciplinar, mas o engloba juntamente com aquilo que está não somente entre as disciplinas, mas também, além delas. São como vasos comunicantes, como uma rede neuronal entre as ciências.

Ir além das disciplinas, contudo, exige uma melhor compreensão dos paradigmas que permeiam a ciência contemporânea.



(WATTERSON, 1996, p50)

⁸ A *multidisciplinaridade* é a elaboração de discursos por parte de especialistas das várias disciplinas sobre um mesmo objeto. Seu produto aparece como um mosaico de visões justapostas. O *interdisciplinar* diz respeito ao discurso elaborado em conjunto por vários especialistas sobre um mesmo objeto, compartilhando um princípio metodológico. Em ambos os procedimentos, permanecem inatacáveis o território disciplinar, em prejuízo da abordagem de objetos não contidos numa região específica (BRANDÃO, C. A. L.: Transdisciplinaridade e Humanismo: Além e Aquém das Disciplinas. In: Seminário Universidade Amanhã. Tiradentes, MG: 10 a 12 de dezembro de 2000).

3. OS NOVOS PARADIGMAS

Thomas Kuhn (1975) designa “paradigma” como sendo as realizações científicas que geram modelos que, por períodos mais ou menos longos e de modo mais ou menos explícito, orientam o desenvolvimento posterior das pesquisas. Tais modelos possuem uma série de elementos sociais, econômicos e culturais que permanecem estáveis por longos períodos de tempo, até que um período de desequilíbrio, incertezas e instabilidade começa a surgir, delineando então outros modelos, causando um período de transição e ruptura com o antigo, antes que uma nova acomodação e estabilidade ocorra.

Outeiral (2003) compara esses períodos com o movimento das placas tectônicas que compõe a superfície terrestre. Durante um longo espaço de tempo, permanecem em repouso, embora na verdade estejam em constante movimento e acumulando energia: em determinado momento, após um intenso acúmulo de energia, ocorre uma ruptura, um terremoto, modificando a geografia terrestre e novas acomodações surgem. Essas novas acomodações darão lugar a novos terremotos e assim sucessivamente.

É possível que estejamos vivendo um novo terremoto, em que se mudam paradigmas e conceitos de ciência. É uma época de esgotamento de tudo que significava moderno, ou seja, a crença no valor do novo, no positivismo científico, nas utopias idealistas. A esta nova época alguns filósofos e sociólogos, como J. Baudrillard, Z. Bauman, A. Giddens, D. Harvey, JF Lyotard, F. Jameson,

entre outros, chamam de pós-moderna e pós-modernidade. Mas há também os que preferem não utilizar essa designação, como Edgar Morin, que, se por um lado concorda que há uma crise nos paradigmas da modernidade, por outro acredita que o termo “pós” e “neo” é uma “simplificação semântica, uma homogeneização cultural, pois ainda não vimos a cara do que está para emergir” (SCHNITMAN, 1996, p. 289).

Nossa opção por utilizarmos o termo *pós-modernidade* e *pós-moderno* deve-se ao fato de podermos delimitar melhor os instrumentos e conceitos que estaremos utilizando em nossa pesquisa. Apesar de ser um paradoxo, concordamos tanto com Edgar Morin como com os teóricos que utilizam o termo *pós-moderno*, pois, como diz Donald W. Winnicott, “os paradoxos estão aí para serem aceitos e não resolvidos” (1994, p.161). Contudo, talvez o motivo principal por que utilizamos o “pós-moderno” é pelo fato de ser para nós um termo simpático.

Segundo Lucia Santaella (1996), foi no início dos anos 70 que o termo *pós-modernidade* ganhou força, primeiro na arquitetura, então na dança, teatro, pintura, cinema e música. Em fins dessa década, o pós-moderno já havia encontrado suas vias de penetração na Europa e, a partir de Paris e Frankfurt (com Lyotard e Habermas, principalmente), o termo passou a intensificar sua afeição de debates controversos e posicionamentos divergentes. E assim, nessa primeira metade da década de 80, a constelação modernismo/pós-modernismo nas diferentes artes e modernidade/pós-modernidade na teoria social tornou-se um dos terrenos mais debatidos na vida intelectual de vários países.

Para melhor orientação, Santaella(1996) faz uma divisão, em que procura demarcar seqüencialmente três momentos: (1) Idade Moderna (do Renascimento até o século XIX), (2) fase de transição e demolição dos valores modernos (fase que corresponde àquilo que foi batizado de modernismo, vigente até por volta dos anos 60-70 do século passado) e (3) idade pós-moderna (que é também chamada de pós-industrial, pós-histórica, era da comunicação, informática, telemática, abrindo as portas para uma nova idade pós-mídia-intermídia).

O modelo de racionalidade que preside à ciência moderna constituiu-se a partir da revolução científica do século XVI, com a crise do feudalismo e início do modo de produção capitalista, época marcada pela ascensão da burguesia ao poder econômico e político. Nos séculos XVII e XVIII, tal mudança foi acompanhada pelo advento da ciência e filosofia modernas, que tiveram Newton e Descartes como figuras mestras. Configuram-se, nesse período, os ideários da Revolução Francesa de 1779, o pensamento Iluminista, com Spinoza, Descartes, Kant e Comte, em oposição ao pensamento teológico da Idade Média. Esgotam-se as concepções teocentristas características da época medieval, substituídas por uma nova visão antropocêntrica de mundo. Corresponde à vigência das concepções de tempo e história como progressão linear, que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que não são pautadas pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas.

Tais princípios foram desenvolvidos, inicialmente, no domínio das ciências naturais, e no século XIX estenderam-se para as demais ciências, sob a influência do positivismo de Augusto Comte. A partir de então, pode-se falar de um modelo global de racionalidade científica, em que só há duas formas de conhecimento científico: as disciplinas formais da lógica e da matemática e as ciências empíricas. Segundo o modelo mecanicista das ciências naturais, as ciências humanas e sociais⁹ nasceram para ser empíricas.

No paradigma moderno, a verdade somente pode ser confirmada pelos olhos da razão. Ela tem que ser vista, palpada, medida. O rigor científico afere-se pelo rigor das medições. As idéias que presidem à observação e à experimentação são idéias claras e simples, a partir das quais se pode ascender a um conhecimento mais profundo e rigoroso da natureza. É o mecanicismo da física newtoniana, em que o mundo é matéria e o passado se repete no futuro. São idéias de ordem e de estabilidade, em que tudo se pode comprovar através das leis da física e da matemática.

Desse lugar central da matemática, Santos (2001) assinala duas conseqüências principais. Em primeiro lugar, conhecer significa quantificar, e o rigor científico afere-se pelo rigor das medições, desqualificando as qualidades intrínsecas do objeto e relegando tudo o que não possa ser quantificável, considerando-o como irrelevante. Em segundo lugar, o método científico se

⁹ Ciências humanas: têm como objetivo o estudo do comportamento do homem e os fenômenos culturais humanos (Psicologia, Antropologia, História, Sociologia etc.). Ciências sociais: têm como objetivo o estudo de grupos sociais (Sociologia, Antropologia, Geografia Humana, História, Lingüística, Pedagogia, Psicologia Social).

assenta na redução da complexidade. Conhecer significa dividir e classificar, para depois poder determinar relações sistemáticas entre o que se separou.

Todavia, segundo Kuhn (1975), se a ciência é a reunião de fatos, teorias e métodos sintetizados nos textos atuais, então os cientistas são homens que, com ou sem sucesso, empenharam-se para contribuir com um ou outro elemento para essa constelação específica. Entende, portanto, que a ciência moderna não se desenvolveu por acumulação de conhecimentos, mas através de um processo de adição de conhecimento e técnica adequados aos paradigmas dominantes e inibição e supressão dos que os cientistas consideram erro ou superstição.

Foi o que ocorreu, por exemplo, com a Pediatria, quando introduziu na alimentação dos bebês o aleitamento artificial e as fórmulas lácteas. Em princípio, não eram compreendidas somente como uma suplementação artificial emergencial e necessária na falta de leite materno, mas como essencial para o desenvolvimento e crescimento saudável da criança, pois a ciência moderna desenvolveu o leite desidratado durante a Segunda Guerra Mundial e se acreditava que esse leite artificial era constituído de todos os nutrientes necessários ao lactente, inclusive superando com vantagens o aleitamento materno, considerado pela ciência predominante da época insuficiente para o bebê. Na Puericultura, indicava-se oferecer a mamadeira de 3/3 horas e, nos intervalos das mamadas, ofereciam-se chás, prática que os pediatras mais antigos bem conhecem e que ainda faz parte do imaginário de algumas avós. Nessa época, desprezou-se todo conhecimento empírico secular das “amas de leite” e

também dos nossos indígenas, que amamentavam seus bebês exclusivamente no seio e sem intervalos definidos. A experiência empírica, que posteriormente foi comprovada cientificamente, mostrou a grande vantagem do aleitamento materno com livre demanda, sem intervalos regulares, sobre a técnica do aleitamento artificial. Cabe assinalar que hoje estamos observando, nas maternidades, a “mãe canguru”, que é a mãe como uma incubadora natural, um útero materno externo para seu filho prematuro, prática também utilizada, há séculos, por diversas culturas milenares.

As teorias obsoletas não são acientíficas em princípio, somente porque foram descartadas. O estudo atual da ciência exige o registro tanto do acúmulo de conhecimentos adquiridos pela ciência moderna como os obstáculos que inibiram seu desenvolvimento. É o que Kuhn denomina de “revoluções científicas”, que são

(...) os episódios extraordinários nos quais ocorre uma alteração de compromissos profissionais. As revoluções científicas são os complementos desintegradores da tradição à qual a atividade da ciência normal está ligada (KUHN, 1975, p.25).

Cada revolução científica altera a estrutura histórica da comunidade que a experimenta, de sorte que essa mudança de perspectiva afeta a estrutura das publicações de pesquisa e dos manuais do período pós-revolucionário. A ciência não se limita a crescer, transforma-se.

A ciência não só evolui progressiva e seletivamente, mas também revolucionariamente nos níveis dos princípios de explicação ou paradigmas que comandam nossa visão do mundo; não é a visão do mundo que se alarga mais, mas a própria estrutura da visão do mundo que se transforma. (KUHN, apud MORIN, 1996, p. 149)

A crise do modelo de racionalidade, inserido no paradigma moderno, inicia-se justamente nas áreas do conhecimento que mais a solidificavam: as ciências naturais. A revolução científica da física, com Einstein e a teoria da relatividade e simultaneidade; na mecânica quântica, com o princípio da incerteza de Heisenberg, que demonstra a interferência estrutural do sujeito no objeto observado; as transformações que estão se operando na biociência, na neurociência e na engenharia genética; as reviravoltas nos procedimentos metodológicos e nos processos de legitimação da ciência; a velocidade das mutações econômicas e políticas; as mudanças de paradigmas na produção de imagens e sons através da informática; as profundas mudanças sociais e culturais nos mostram a fragilidade do paradigma moderno.

Dentro desse limiar de uma nova era, Harvey apresenta-nos uma bela síntese das marcas do pensamento pós-moderno:

O privilégio da heterogeneidade e da diferença como forças libertadoras, a fragmentação, a indeterminação e a intensa desconfiança em relação a todos os discursos universais ou totalizantes; a redescoberta do pragmatismo na filosofia, a mudança de idéia sobre a filosofia da ciência, promovida pôr Kuhn e Feyerabend; a ênfase foucaultiana na descontinuidade e na diferença na história e na primazia dada pôr ele a 'correlações polimorfas em vez da causalidade simples ou complexa'; novos descobrimentos na matemática – acentuando a indeterminação (a teoria da catástrofe e do caos, a geometria dos fractais); o ressurgimento de preocupação na ética, na política e antropologia, com a validade e a dignidade do outro”(apud SANTAELA, 1996, p.123)

O ideário moderno também desenvolveu de forma intensa uma visão purista e ordeira do mundo, que influenciou profundamente a ciência, a política e o cotidiano. Ordem e pureza, segundo Bauman (1998), foram dois

valores-chave da modernidade amplamente espreitados e sustentadores das grandes realizações e utopias desse tempo. Ainda que a modernidade surja apregoando a revolução, a ruptura com o antigo e a exaltação do novo, visando a soterrar as estruturas econômicas, políticas e ideológicas anteriores, acaba impondo uma nova ordem auto-proclamada como a solução final para os problemas do mundo e da humanidade. Enfim, a “liberdade, a ordem e o progresso”, alavancadas pela ciência, realizariam o sonho de felicidade. Trata-se, portanto, de reorganizar o mundo, colocando tudo no seu devido lugar, com mapeamentos precisos de tempo e espaço. A cronometria e a geometria passam a imperar, delimitando fronteiras rígidas e criando lugares específicos e momentos apropriados, sem deixar escapar de categorizações e classificações qualquer elemento da natureza ou da mundaneidade. Foi o período áureo das instituições (hospitais, presídios, manicômios, escolas, família nuclear, fábricas, sindicatos e tantas outras) com o propósito de encaixar cada coisa em seu lugar e obter o controle e a eficiência do funcionamento da nova ordem. A obsessão pela ordem trouxe como correlativo o expurgo da sujeira. O que não estivesse encaixado em algum lugar, manchando a pureza pretendida, deveria ser varrido para algum canto, evitando-se qualquer possibilidade de desarranjo ou produção de desordem. As medidas higienistas e profiláticas afloraram nesse período e foram aplicadas amplamente, no campo da saúde, da educação e da política. Grandes utopias sociais desse período, como o nazismo e o comunismo, cada uma a seu modo, alimentaram-se desse sonho de pureza, imaginando uma sociedade livre das pragas que julgavam corroer o mundo.

A ciência moderna, invadida pelo ideário de ordem e pureza, não poupou esforços no sentido de procurar medir, classificar, ordenar, isolar elementos perturbadores, desfazer o caos, “descobrir” leis e princípios de funcionamento das coisas, mapear toda a cadeia causal que regeria o mundo e assim por diante. Ela própria seguiu os preceitos desse tempo, organizando-se rigidamente em áreas de conhecimento, disciplinas, especialidades, correntes teóricas, escolas e muitas outras segmentações. O purismo científico, dentre outras tantas manifestações, fez-se presente, como ainda até hoje, na rígida adesão a uma escola de pensamento ou teoria, não comportando desvios ou heresias. Por exemplo, a própria Psicanálise e Freud levaram às últimas consequências o ideal de pureza. Freud expulsava da Psicanálise todos os que via como hereges – os impuros.

Porém, o sonho messiânico de ordem, pureza e racionalidade técnica, como caminho seguro da humanidade rumo à felicidade, está mostrando sua inviabilidade. A realidade está se mostrando mais emaranhada, instável, caótica e embrenhada no próprio homem, do que previa o reducionismo da ciência moderna.

Esse movimento científico e as demais inovações teóricas da crise do paradigma moderno têm vindo propiciar uma profunda reflexão epistemológica. Segundo Santos (2001), no conhecimento pós-moderno, as ciências naturais se aproximam das ciências sociais e há uma superação das dicotomias entre essas ciências, revalorizando os estudos humanísticos. O conhecimento se constitui através de uma pluralidade de métodos, que só é possível com a transgressão

metodológica. A ciência pós-moderna não segue um estilo unidimensional, o seu estilo é uma configuração de estilo construída segundo o critério e imaginação pessoal do cientista. Por isso, todo conhecimento científico é auto-conhecimento.

A inserção do observador ativamente na pesquisa, o auto-conhecimento, a pluralidade e a transgressão metodológica, a superação das dicotomias entre as ciências, com a quebras das fronteiras disciplinares – a transdisciplinaridade - a visão multidimensional, binocular na pesquisa científica remete-nos ao conceito de pensamento complexo de Morin (1996). Segundo Morin (1996), o pensamento complexo é o pensamento em que estará presente a dificuldade e a incerteza. Afasta-se do que chama de paradigma da simplificação:

Chamo paradigma de simplificação ao conjunto dos princípios de inteligibilidade próprios da cientificidade clássica, e que, ligados uns aos outros, produzem uma concepção simplificadora do universo (físico, biológico, antropossocial). Chamo paradigma de complexidade ao conjunto dos princípios de inteligibilidade que, ligados uns aos outros, poderiam determinar as condições de uma visão complexa do universo (físico, biológico, antropossocial). (MORIN, 1996, p. 330)

A concepção simplificadora do universo faz parte do pensamento da ciência positivista, em que, para se entender algo que não se conseguia explicar, fazia-se necessária a separação das partes, isto é, estudá-las separadamente a fim de que fosse possível entender o todo. Surgem então as disciplinas, que cada vez solidificam mais suas fronteiras, fragmentam-se, fecham-se e não se comunicam umas com as outras. O todo passa a ser visto parcialmente, em diferentes ópticas, mas de uma maneira monocular. Contrapondo a separação das partes, surgiu também o conceito de visão holística,

isto é, a tendência a ver a unidade em uma totalidade indiferenciada. No entanto, Rouanet declara:

Há uma distorção holística, com a tendência a ver o todo em um conjunto indiferenciado, sem perceber que qualquer totalidade é tensa, que qualquer harmonia é aparente e que todo conjunto é fraturado por forças contraditórias. Deve evitar a formação de falsos universais, das generalizações espúrias.(ROUANET, 2004, p.4)

Essa visão holística e esses mecanismos de separação, Morin (1996) os denomina de “simplificadores”, insuficientes para se entender o todo, para se abrir todas as portas do conhecimento, porque, na ciência atual, temos que trabalhar com a complexidade, com os paradoxos, com a aleatoriedade, com a incerteza e com o erro.

Pode-se dizer que há complexidade onde quer que se produza um emaranhado de ações, interações e retroações, ou seja, as partes agem, interagem com o todo e o todo retroage sobre as partes. Exemplificando: na Medicina, é uma preocupação atual a gravidez na adolescência. A adolescente grávida é encaminhada ao obstetra, que utiliza seu conhecimento da Medicina do adulto com a adolescente. Até há pouco tempo, talvez por insegurança ou incerteza na condução do parto, era considerada gravidez de alto risco e assim era conduzida clinicamente, isto é, era acompanhada da mesma maneira que uma gestante adulta que possuía uma cardiopatia, um quadro de diabetes ou qualquer outra patologia que pudesse comprometer a saúde fetal. Contudo, na medida em que a adolescente e o obstetra vão interagindo, novas dúvidas, incertezas e novos conhecimentos vão emergindo, de modo que uma nova visão vai se construindo.

Essa adolescente, apesar de deixar de ser classificada como uma gestante de alto risco, decorrente da ampliação do conhecimento biológico, também é inserida em um novo contexto, em que os aspectos psicossociais aparecem na inter-relação médico-adolescente, gerando dúvidas e incertezas. O médico percebe que essa adolescente está em desenvolvimento e com os conflitos próprios da idade; há um relacionamento com família, escola, amigos, namorado; vive num meio ambiente com diversidades sócio-econômicas e culturais. Decorre disso uma desordem e desorganização no pensamento médico, que se mostra insuficiente para cuidar dessa gestante, gerando a necessidade de uma reorganização, uma nova ordem e a busca de novas concepções. Faz-se assim necessário construir uma nova visão, uma visão binocular, transdisciplinar, multidimensional, pois somente o conhecimento disciplinar, seja ele médico ou psicológico, é insuficiente para entender essa adolescente grávida, na sua totalidade.

Morin assinala que a desordem é um elemento necessário para criação e invenção:

Pois toda invenção e toda criação se apresentam inevitavelmente como um desvio e um erro com respeito a um sistema previamente estabelecido. Vemos aqui como é necessário pensar a complexidade de base de toda realidade vivente. (apud SCHNITMAN, 1996, p. 279).

É possível que a discussão sobre os novos paradigmas seja interminável e, com toda a probabilidade, inconclusiva, mas, utilizando em grande parte os pressupostos teóricos dos paradigmas emergentes, chegamos próximo a uma visão multidimensional, que nos permitiu analisar a estruturação da Medicina do Adolescente.

É uma área de atuação do pediatra que, em teoria, procura se constituir na interdisciplinaridade e multidisciplinaridade, no empirismo, no senso comum e nos valores positivistas da Medicina. Edifica-se na inter-relação de áreas até então incompatíveis: Psicologia, Sociologia, Direito, Medicina, Antropologia, entre outras.

Ao definir as concepções de adolescência, nas diversas áreas do conhecimento, como na Medicina, na Psicologia, no Direito, na Sociologia, podemos observar as dificuldades de construção de uma teoria para a adolescência. Tal dificuldade se estende à estruturação da Hebiatria ou a Medicina do Adolescente. Se nos conscientizarmos de que está ocorrendo uma revolução na ciência, seja nas ciências sociais, seja nas ciências naturais, e pudermos analisar alguns paradigmas da época contemporânea, poderemos inferir a complexidade do estudo da adolescência.



(WATTERSON, 1996, p43)

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS:

1 - A ESPECIALIZAÇÃO

Pode-se dizer que o paradigma da ciência moderna encontrou alguns de seus fundamentos no empirismo (o conhecimento obtido pela experiência repetida), no racionalismo (a redução do todo a partes pequenas, para melhor estudá-las); e no positivismo, ou conhecimento objetivo e verdadeiro da realidade estudada.

Além do reducionismo, a filosofia racionalista teve outro reflexo sobre a ciência moderna: a especialização. A interpretação das pequenas partes, levada ao extremo, resultou na tendência à compartimentalização do saber.

Como assinalamos anteriormente, a ciência moderna, invadida pelo ideário de ordem e pureza, não poupou esforços no sentido de procurar medir, classificar, ordenar, isolar elementos perturbadores, desfazer o caos, “descobrir” leis e princípios de funcionamento das coisas, mapear toda a cadeia causal que regeria o mundo e assim por diante. Ela própria seguiu os preceitos desse tempo, organizando-se rigidamente em áreas de conhecimento, disciplinas, especialidades, correntes teóricas, escolas e tantas outras segmentações. O purismo científico, dentre outras tantas manifestações, se fez presente, como

ainda até hoje, na rígida adesão a uma escola de pensamento ou teoria, não comportando desvios ou heresias.

A realidade está se mostrando mais emaranhada, instável, caótica e embrenhada no próprio homem do que previa o reducionismo da ciência moderna. Entre as especialidades surgidas na época contemporânea, a Medicina do Adolescente parece insurgir contra os tradicionais conceitos de estruturação de conhecimentos vinculados ao determinismo científico, rompendo as rígidas fronteiras das especialidades médicas. Observamos estas características nas entrevistas:

O estudo do adolescente sempre me interessou, pois não gosto de superespecialização. O adolescente não permite superespecialização, você tem que ter uma visão global dele (...) Sempre interessei-me no estudo do comportamento e comecei a estudar o adolescente. Eu gosto do geral, conhecer o indivíduo como um todo. Todo paciente merece uma assistência global e hoje a medicina se superespecializa, inclusive na pediatria. Se nas outras faixas etárias o paciente merece um atendimento global, na adolescência este atendimento é obrigatório (SOUZA, anexo II).

Quando ele finaliza seu R3¹⁰, julgo estar realmente pronto a lidar com adolescente, atuando de forma global. Evidentemente, ele não irá competir com nenhum profissional especialista, pois ele saberá até onde vão os seus conhecimentos em ginecologia, em endocrinologia, etc.. Ele saberá como e o que encaminhar, tendo um conhecimento mais profundo do adolescente. Acredito ser esse um dos pontos positivos de sua formação (GOLDBERG anexo IV).

Ainda dentro da idéia de um trabalho multiprofissional e multidisciplinar, surgiu, em 1989, a Associação Brasileira de

¹⁰ R3 – terceiro ano de residência médica. Denominação dada pela medicina de curso de especialização após a graduação. Neste caso os dois primeiros anos são dedicados à pediatria e o terceiro ano à Medicina do Adolescente

Adolescentes (ASBRA), com o intuito de reunir profissionais médicos e não médicos. O médico continuou tendo a oportunidade de ampliar seus horizontes e de resgatar a idéia do indivíduo ser humano total, recebendo contribuições do Serviço Social, da Psicologia, da Sociologia, da Educação... Cabe lembrar que outras áreas da Medicina, como a Ginecologia e a Psiquiatria, foram fundamentais para a atenção integral à Saúde do Adolescente; o mais interessante é que todas essas pessoas conseguiam trabalhar juntas.

- Atualmente, há uma tendência em se considerar o atendimento do adolescente como especialidade médica, o que não autoriza o indivíduo que não seja considerado um especialista, mas se propõe a atender essa faixa etária, possa saber menos, pois ele deverá realizar diagnósticos e encaminhamentos pertinentes.

- Apesar do avanço tecnológico, o cuidado para um bom atendimento não deve somente considerar se o cliente adolescente vai realizar as tomografias necessárias e/ou as ressonâncias necessárias, mas sim que ele continue sendo visto como uma pessoa inteira. Apesar de que se possa estar preocupado com a possível alteração neurológica ou de qualquer outra ordem, é importante lembrar que a adolescência vem antes da doença.

- 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. Mesmo frente a uma enfermidade de grande relevância, o médico de adolescentes deve estar se policiando constantemente para perceber que o rim e o fígado doentes estão dentro de uma pessoa (SAITO anexo III)

A dificuldade que temos, como médicos, para sairmos dos limites disciplinares está ligada a um fenômeno histórico-cultural no qual nos encontramos. Na escola, aprendemos a separar as matérias: Anatomia, Histologia, Patologia, assim como também nas clínicas em que estagiamos: Pediatria, Clínica Médica, Ortopedia etc. Apesar de aparentemente ser uma técnica para facilitar e diminuir a complexidade do que estamos estudando, nosso pensamento torna-se disjuntivo. As matérias se relacionam e não é possível estabelecer separações absolutas, mas aprendemos a buscar a explicação de um

todo através da separação de suas partes. Separamos o objeto de seu ambiente, isolamos o objeto em relação ao observador que o observa. Sabemos que os especialistas são excelentes para resolver as questões de suas especialidades, porém bastante limitados quando se apresentam problemas de especialidades nas quais não estão habilitados.

Segundo Morin (1996), a limitação das especialidades deve-se aos mecanismos simplificadores que levam à redução, separação, simplificação e desprezo por aquilo que não se consegue explicar e entender.

Por outro lado, algo que pode ser considerado também muito problemático é que temos observado o surgimento de “especialidades médicas”, inclusive reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, que se auto-denominam de “holísticas”, como, por exemplo, a Acupuntura e a Homeopatia, que abandonam totalmente os embasamentos científicos médicos e estruturam suas clínicas exclusivamente no empirismo, lembrando muito a sugestibilidade do mesmerismo¹¹.

Edgar Morin, quando nos remete ao estudo do pensamento complexo, leva-nos a um caminho no qual podemos ampliar nossa visão para que possamos entender, dentro da nova ciência, a ação e a interação entre a parte e o

¹¹ Mesmerismo: considerado uma fraude médica do século 18, desenvolvida por Franz Anton Mesmer, que, através de seu carisma e sua sedução, fazia os seus clientes ficarem “mesmerizados” por ele. Ele usou os seus extraordinários poderes de sugestão e persuasão para colocar as pessoas em transe. Foi tão bem sucedido que o termo passou a descrever a influência que uma pessoa pode exercer sobre as outras. Essa influência a Medicina denomina de efeito placebo da sugestibilidade.

todo e a retroação entre o todo e as partes, possibilitando o rompimento de fronteiras disciplinares:

(...) não podemos mais considerar um sistema complexo segundo a alternativa do reducionismo (que quer compreender o todo partindo só das qualidades das partes) ou do holismo, que não é menos simplificador e que negligencia as partes para compreender o todo. Pascal já dizia: ‘ Só posso compreender um todo se conheço especificamente, as partes, mas só posso compreender as partes se conheço o todo’. Isso significa que abandonamos um tipo de explicação linear por um tipo de explicação em movimento, circular, onde vamos das partes para o todo, do todo para as partes, para tentar compreender um fenômeno. (MORIN, 1996, p. 182)

Voltamos agora à análise dos conceitos de especialidade e área de atuação a que nos referimos no Capítulo II, em que a **especialidade** aparece como uma idéia de núcleo, que se remete a algo irreduzível, uma unidade elementar e organizadora de elementos que gravitam em torno dele, enquanto **área de atuação** concerne a modalidade, que, por sua vez, refere-se a um “modo” de existência da “coisa” e as possibilidades de sua manifestação. Podemos inferir que a idéia da Medicina do Adolescente é mais ampla, pois admite as possibilidades de ampliar conhecimentos, sejam eles os conhecimentos empíricos, que permitem trabalhar com as incertezas, as aleatoriedades e o acaso, ou através da verificação da ciência determinista. É a parte retroagindo sobre o todo, bombardeando seu núcleo, possibilitando uma desorganização do então sólido pensamento médico. Após um período de desorganização, uma nova organização poderá surgir, com novos conceitos, novos paradigmas, dentro de uma nova ciência.

Outro exemplo das citações acima podemos ver nas entrevistas da Goldberg e da Saito, quando se referem ao fórum realizado com médicos e juizes, para se definir uma nova ética médica de atendimento do adolescente, que unisse profissionais da área médica e justiça:

Nós participamos de uma reunião organizada pelos profissionais do Instituto da Criança, tendo alguns juizes e advogados presentes. O enfoque do seminário era sobre a anticoncepção e anticoncepção de emergência. Todos os juizes que estavam presentes afirmaram que perante a lei, uma menina abaixo de 14 anos que necessite da prescrição de um anticoncepcional deverá ser criteriosamente avaliada, não constituindo ato ilícito por parte do médico, desde que não haja situação de abuso ou vitimização da menor (GOLDBERG, anexo IV)

A abordagem do adolescente é baseada em princípios éticos de privacidade e confidencialidade (Artigo 103 do Código de Ética Médica) que permitem a realização da proposta de prevenção, de grande importância principalmente nessa faixa etária, na qual estão, freqüentemente, presentes a vulnerabilidade e o risco. Este último envolve, por exemplo, o exercício da sexualidade, fazendo-se necessária a prevenção da gravidez precoce e das doenças sexualmente transmissíveis, através da educação sexual. A contracepção na adolescência é parte dessa educação, sendo, porém, ainda um ponto polêmico de discussão, por uma provável dicotomia entre ética e lei. Esta dicotomia tem se atenuado com o respaldo do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Conferência do Cairo +5, que retificaram o direito do adolescente de ser atendido de maneira privada, sendo mantida a confidencialidade em relação à atividade e orientação sexual. (SAITO anexo III)

Tendo em vista um espaço de discussão que unisse profissionais da área médica e justiça, foi organizado, em 2002, pela Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança, o fórum *Adolescência, Contracepção e Ética*, cujas conclusões serviram de embasamento para as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia sobre o tema. Foram abordadas questões tais como a atividade sexual em menores de 14 anos que ainda hoje é considerada, por lei, violência presumida (estupro). O receio dos profissionais de área médica, ao receitar o contraceptivo para essas menores, é serem coniventes com a proposta de estupro e, portanto, poderem sofrer punição legal. Só que, quando é do conhecimento do

médico ser esta uma relação consentida, isto prevalece sobre a possibilidade de estupro, pois se assim não fosse considerado, poderia haver implicação de um rapaz, um jovem ou um adulto inocente como estuprador (SAITO anexo III).

A proposta do fórum foi aproximar a lei da ética médica, mas, como a ética não tem o *status* de lei, atualmente há entre os juízes a preocupação de contemporizar a questão legal dentro do contexto humano no sentido de respeitar as suas diversas dimensões aspirando a multidimensionalidade do conhecimento: “O progresso não está necessariamente na constituição de totalidades cada vez mais amplas; pode estar, pelo contrário, nas liberdades e independência de pequenas unidades” (MORIN, 1996, p. 262, apud DORA)

Segundo Morin (1996), pensar na complexidade é suportar a incerteza, a aleatoriedade, a incompletude dos fenômenos estudados. É o pensamento dialógico, isto é, o diálogo entre duas lógicas ou princípios que comportam a idéia de que os antagonismos podem ser estimuladores e reguladores, “ou seja, a ciência se fundamenta na dialógica entre imaginação e verificação, empirismo e realismo” (MORIN, 1996, p. 190).

A multidimensionalidade do conhecimento ultrapassa os conceitos de intedisciplinaridade e de multidisciplinaridade e cria a possibilidade de comunicação com uma ciência transdisciplinar.

Trabalhar com a transdisciplinaridade é suportar e aceitar os novos conceitos de um mundo mutante, aleatório e incerto, em que não podemos prever nossos objetivos, mas apenas trabalhar com eles de uma maneira criativa:

Nunca foi tão importante criar, seja para acompanhar a onda da modernidade ou para confrontar-se criticamente com ela. Afinal, até os mecanismos de controle e assujeitamento não são mais fixos e padronizados, mas oscilantes, difusos e bastante moveis, exigindo também estratégias de enfrentamento capazes de ensejar ações múltiplas, singulares e versáteis. Originalidade, flexibilidade e fluência constituem aspectos indispensáveis do funcionamento psicológico em uma realidade em constante metamorfose. (JUSTO, 2001 p.63)

2 - A TRANSDISCIPLINARIDADE

O atendimento ambulatorial do adolescente nos serviços médicos é estruturado, segundo os entrevistados, dentro de uma proposta de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. Podemos observar que as publicações técnicas derivadas da área médica têm co-autoria de diferentes especialistas e envolvem diferentes profissionais, como médicos das mais diversas especialidades, tais como os psiquiatras, os ginecologistas, os endocrinologistas, os dermatologistas, os epidemiologistas e os cirurgiões; há também psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, advogados, promotores, juizes e professores de educação física. Seguindo essa linha de procedimento, as mais recentes publicações mostram a inter-relação de áreas. Como, por exemplo, o conteúdo teórico dos livros *Adolescência – prevenção e risco*, de Maria Ignez Saito e Luiz Eduardo Vargas da Silva (2001), e *Adolescência – aspectos clínicos e psicossociais*, de Maria Conceição O. Costa e Ronald Pagnoncelli de Souza (2002), assim como uma das principais revistas da área, *Adolescência Latinoamericana – Revista Científico-Cultural Multidisciplinar Bilingüe*, órgão oficial da ASBRA – Associação Brasileira de Adolescência, que tem como diretor o pediatra brasileiro Ronald Pagnoncelli de Souza.

Nessas publicações, além dos temas médicos centrados na prevenção e tratamento dessa fase da vida, há também a preocupação em incluir outras disciplinas, para que se possa entender o adolescente na sua totalidade.

Os temas são os mais variados: adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco; nutrição e transtornos alimentares; desenvolvimento psicológico, depressão, síndrome da adolescência normal e distúrbios de comportamento; sexualidade, e homossexualidade; família, escola, saúde e trabalho; meios de comunicação; paternidade; abuso e dependência de drogas, violência em suas mais diversas formas; suicídio e causas de mortalidade; reflexões sobre o futuro, o adolescente como protagonista e agente de transformação; risco e resiliência; dificuldades escolares; entre outros assuntos.

Na entrevista, Souza comenta sobre a multidisciplinaridade:

O exercício multiprofissional não é muito fácil. É difícil reunir assistentes sociais, pediatras e psicólogos. As equipes geralmente que lidam com adolescentes ficam muito doentes e é muito difícil que funcionem adequadamente. Criaram-se os serviços com dificuldade. O adolescente não é brincadeira, ele atua e provoca instabilidade da equipe (...) Questiona-se atualmente a validade da formação de especialistas em adolescência. Pensa-se que o atendimento dos adolescentes deva ser feito pelos pediatras, e pelos práticos gerais, deixando para os especialistas em adolescência a criação de serviço de formação de pessoal universitário, o treinamento dos estagiários desse serviço, e orientação de casos especiais. Não há interesse portanto da formação de um grande número de especialistas, ao contrário deseja-se que todos os médicos saibam atender os adolescentes quando nas suas práticas fizerem necessário (SOUZA, anexo II).

Na entrevista com Saito , aparece, em diversos momentos, a proposta multidisciplinar:

É importante que se tenha o conceito de que a Medicina de Adolescentes vê o indivíduo de uma forma biopsicossocial, ou seja, não existe espaço para cisão corpo e mente. O enfoque para o exercício da Medicina de Adolescentes é a abordagem multidisciplinar, porque essa abrange uma série de aspectos. Mas, mesmo dentro da área médica, houve ampliação da proposta do médico em retratar o saber médico voltado para o indivíduo inteiro, um todo indivisível, e não apenas um indivíduo orgânico. Uma

questão importante para complementar o atendimento de adolescentes com outras áreas do conhecimento é não perder de vista que o indivíduo não deva ser dividido, inclusive por área de atuação dos vários profissionais, continuando um ser indivisível. Por exemplo, quando se encaminha um cliente adolescente para um psicólogo ou para um psiquiatra, não é porque ele tenha um problema mental que só foi considerado após investigação exaustiva que não tenha detectado um comprometimento orgânico, devendo ser mantida uma proposta de complementação entre área clínica e psicológica no acompanhamento deste adolescente (SAITO, anexo III).

A Medicina do Adolescente surge ligada às universidades, e sempre teve um cunho multidisciplinar admitindo outros profissionais de saúde e isso foi se ampliando para outras áreas. Assim fez-se parceria, por exemplo, com a área de Educação. Eu trabalhei dez anos com escolas e o professor é o educador por excelência, sendo a escola um espaço fundamental para a prevenção realizada fora dos muros hospitalares e das universidades. Eu trabalhei com escola, com comunidade, com agentes de saúde, e atualmente venho trabalhando com o Programa Saúde da Família, com a idéia de ampliar cada vez mais o campo de inserção da saúde do adolescente com suas características e singularidades (SAITO anexo III).

Em entrevista com Goldberg, surge também o tema interdisciplinar:

Aqui ele sai com uma formação global, ele tem todas as tardes de quarta-feira duas horas de aulas teóricas com o pessoal da psicologia, ele fica fazendo os mesmos seminários daqueles alunos que vão fazer psicologia, psiquiatria, ele frequenta por um ano e tem pelo menos uma introdução. O residente passa também pela MI (moléstias infecto-contagiosas), para que possa trabalhar com pessoas aidéticas e a sociologia também faz parte da sua formação (GOLDBERG, anexo IV).

Procuramos fazer com que o R3 tenha uma formação a mais ampla possível. Ele realiza parte de sua formação na dermatologia, na endócrino-ginecologia, na endocrinologia, na psicologia sob a supervisão da Profa. Sueli Terezinha Ferreira Martins e na sociologia, tendo a Profa. Margareth Aparecida S. de Almeida, como responsável. Seu programa difere daquele fornecido por outros institutos de adolescentes, nos quais o

residente fica junto com o pessoal da pediatria (GOLDBERG, anexo IV).

Abre-se aqui, não obstante, uma discussão sobre interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade. Quando a ciência moderna entendeu a necessidade de “ir além das disciplinas”, estabeleceu procedimentos multipluridisciplinares e interdisciplinares. Brandão (2000) comenta:

O primeiro tipo de procedimento refere-se à elaboração de discursos por parte de especialistas das várias disciplinas sobre um mesmo objeto. Seu produto aparece como um mosaico de visões justapostas. O interdisciplinar diz respeito ao discurso elaborado em conjunto por vários especialistas sobre o mesmo objeto, compartilhando um princípio metodológico. Em ambos os procedimentos permanece inatacável o território disciplinar em prejuízo da abordagem de objetos não contidos numa região específica (BRANDÃO, 2000 – seminário *Transdisciplinaridade e Humanismo: além e aquém das disciplinas*. In: SEMINÁRIO UNIVERSIDADE AMANHÃ. Tiradentes-MG: de 10 a 12 de dezembro de 2000)

Tanto na interdisciplinaridade como na multidisciplinaridade, as disciplinas cada vez mais se fecham e não se comunicam entre si. Os fenômenos são cada vez mais fragmentados e não se consegue conceber a sua unidade. Cada disciplina pretende primeiro reconhecer sua soberania, fechando-se em compartimentos estanques, reforçando suas fronteiras e suas defesas, inviabilizando os canais de comunicação. Portanto, é preciso ir além, e aqui aparece o termo transdisciplinaridade. Segundo Morin (1996), “a ciência nunca teria sido ciência se não tivesse sido transdisciplinar” (p.135). A abordagem transdisciplinar ultrapassa as fronteiras das disciplinas. O transdisciplinar não vai

contra o território disciplinar, mas o engloba juntamente com aquilo que está entre as disciplinas e além delas.

Morin (1996) define como paradigma da complexidade um paradigma que permite distinguir, separar, opor e, portanto, dividir relativamente esses domínios científicos, mas que possa fazê-los se comunicarem sem operar a redução. A redução e a separação são próprias do paradigma que Morin (1996) chama de paradigma da simplificação, o qual considera insuficiente e mutilante:

É preciso um paradigma da complexidade que ao mesmo tempo separe e associe, que conceba níveis de emergência da realidade sem os reduzir às unidades elementares e as leis gerais. É necessário enraizar o conhecimento físico, e igualmente biológico, numa cultura, numa sociedade, numa história, numa humanidade. A partir daí cria-se a possibilidade de comunicação entre as ciências e a ciência transdisciplinar é a que poderá desenvolver-se a partir dessas comunicações, dado que o antropológico remete ao biológico, que remete ao físico, que remete ao antropológico (MORIN, 1996, p. 139)

No novo paradigma, a transdisciplinaridade, há uma atitude em que o pesquisador busca compreender o conhecimento como algo além do que é produzido pelas disciplinas. É uma postura de respeito à diversidade, reconhecendo que não há referenciais – culturais, étnicos, científicos, religiosos – privilegiados para julgar como mais corretos ou verdadeiros determinados conjuntos de conhecimentos, crenças ou valores. E, ao mesmo tempo, uma busca da unidade que está além das aparências, dos conceitos, dos pensamentos.

Portanto, na nova visão da ciência, os termos *interdisciplinaridade* e *multidisciplinaridade* são insuficientes para uma nova visão de ciência médica, mas podemos perceber nas falas dos entrevistados que, quando estão se

referindo a interdisciplinaridade e multidisciplinaridade, na verdade as propostas são transdisciplinares.

3. O SENSO COMUM

Santos (1995), refere-se a crise do paradigma da modernidade como uma crise epistemológica que deve ser rompida através de uma etapa revolucionária, com o reencontro da ciência com o conhecimento do senso comum. Com isso pretende:

(...) uma ciência prudente e um senso comum esclarecido dando lugar à outra forma de conhecimento e a uma nova configuração para o saber, que sendo prático não deixe de ser esclarecido e que sendo sábio não deixe de ser democraticamente distribuído. Que permita destruir a hegemonia da ciência moderna, mas sem perder as expectativas por ela gerada. (SANTOS, 1995, p.57).

Na entrevista, Souza (anexo II) faz comentários de como iniciou a construção teórica da Hebiatria:

A construção teórica da medicina do adolescente baseia-se na literatura médica, psicossocial e vivência. Eu escrevia e depois procurava ver a bibliografia (...) Sempre fiz o seguinte: eu tinha a coragem de definir algumas coisas que até eu ficava com medo, ficava procurando ansiosamente alguém que estivesse escrito igual. Por exemplo: eu fui o primeiro médico que descreveu que a criança quando está com os dentes nascendo tem febre, saliva e evacua pastoso. Como sabemos isto é comum, é normal e funcional. Na época os colegas não aceitavam isto e hoje aceitam.(...) Não procurei fixar numa coisa literada, eu trabalho com conceitos básicos. Quando tenho uma explicação por uma corrente teórica, eu adoto e não fico discutindo se tem razão ou não tem razão. Se eu acho que ela vai dar certo, eu pratico. Se a teoria explica e me é simpática, eu adoto. Não sou um contestador (SOUZA, anexo II).

Ao analisarmos o trecho da entrevista, podemos notar que não há uma linearidade histórica na construção teórica da Medicina do Adolescente tal

como é vista por Souza. No seu entendimento da gênese e do desenvolvimento da Hebiatria essa disciplina não nasceu de um desdobramento natural da pediatria ou do próprio “progresso” da medicina geral e nem se sustenta por um movimento contínuo, articulado, progressivo e cumulativo de produções teóricas e práticas médicas construídas na clínica com adolescentes. Na sua visão a Hebiatria surgiu e se desenvolve por uma ruptura com o paradigma clássico da medicina levada a cabo por médicos que, no contato com adolescentes e respirando o ar da contemporaneidade, sentiram a necessidade de buscar conhecimentos em outras áreas da ciência e arriscar novos procedimentos para buscar soluções para os problemas trazidos pelos adolescentes. Nessa aventura por caminhos ainda não totalmente conhecidos e dominados tiveram que usar suas intuições, observações da prática cotidiana e intercâmbios com profissionais que estavam fazendo o mesmo percurso rumo à adolescência e de outras áreas de conhecimento para a criação de um referencial teórico-prático. Nesse sentido o modelo de ciência esboçado pelo Souza, em sua fala, afasta-se do modelo racional que preside a ciência convencional admitindo a utilização de formas de conhecimento que não são pautadas pelos princípios epistemológicos das ciências modernas. O sujeito, ou seja, o médico pediatra através de sua prática clínica, da observação, das experiências do cotidiano, passa a ser um participante ativo, interagindo com seu objeto de estudo que no caso citado é a criança, mas que o entrevistado transporta para a Hebiatria.

O senso comum é baseado em conhecimentos espontâneos e intuitivos da prática cotidiana, que vai do hábito à tradição. Muitos deles

aprendemos com nossos pais que por sua vez aprenderam com nossos avós que desconheciam qualquer saber científico. Por intermédio da interação entre o senso comum popular e as práticas científicas deterministas é possível uma expansão do conhecimento para os espaços sociais. As idéias científicas não são totalmente independentes da ideologia que impregna o meio em que vive os pesquisadores, portanto o senso comum promove uma diluição do controle do saber.

Na ciência contemporânea, discute-se a pertinência de um paradigma mais flexível. Se Santos (2001) refere-se a uma ciência prudente e um senso comum esclarecido, Martinez Miguelez (1983), aborda a necessidade de superação de cinco “antinomias fundamentais” (contradições inerentes a um conceito) dominantes na ciência ocidental:

- Separação Sujeito-Objeto: no processo científico não se pode isolar o processo da observação do observador e do observado.
- Linguagem-Realidade: é muito difícil expressar novas idéias a partir de velhos esquemas ou sistemas conceituais.
- Partes-Todo: a ciência convencional está fundada principalmente no estudo das partes, ignorando que o todo é sempre maior que a soma delas.
- Filosofia-Ciência: os cientistas convencionais são avessos ao exercício filosófico, mas quando um cientista não filosofa explicitamente, o faz implicitamente e aí o faz mal.
- Liberdade-Necessidade: é mais cômodo alojar-se em “compartimentos conceituais” aceitos, fugindo da incerteza cognitiva ou da dúvida sistemática.(MARTINZ MIGUELES apud GOMES, 1999, p.133)

O psicanalista de crianças e adolescentes, Outeiral, um dos profissionais que sustentam a construção teórica da Hebiatria no Rio Grande do

Sul, utiliza uma metodologia semelhante na construção de uma teoria para a adolescência. Quando perguntado sobre como desenvolvia suas pesquisas, respondeu:

Não são pesquisas que tem um caráter acadêmico e também nem deve-se chamar pesquisa de campo. Porque não faz estudo de uma população, não tem um método, vamos dizer epistemologicamente que eu possa considerar pesquisa. É mais um relato da atividade clínica, trabalho clínico, de casos, da experiência pessoal, ou de supervisão de casos. Mas tem muito mais a ver com uma pesquisa clínica, vamos dizer, da prática de atendimento ambulatorial, clínica e hospitalar, do que uma verdadeira pesquisa de campo – metodológica (OUTEIRAL, anexo I).

Segundo Morin (apud SCHNITMAN, 1996, p.274), pode-se dizer que existe complexidade onde há "um emaranhado de ações, de interações, de retroações". E também há a complexidade que provém dos fenômenos aleatórios "que não podem ser determinados e agregam incerteza ao pensamento", portanto, no que se refere à Medicina do Adolescente, há uma dialógica entre um polo empírico, do senso comum e um polo lógico da ciência médica.

Quando definimos complexidade sob a ótica de Edgar Morin (1996), estamos nos referindo a um pensamento complexo, onde estará sempre presente a dificuldade e a incerteza. Onde os fenômenos não podem ser explicados e muito menos divididos e fragmentados para serem entendidos. Onde a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade são insuficientes para se estudar o adolescente. Nada está isolado no universo e tudo se relaciona. Pascal dizia há três séculos:

Todas as coisas são ajudadas e ajudantes, todas as coisas são mediatas e imediatas, e todas as coisas estão ligadas entre si por um laço que conecta uma às outras, inclusive as mais distanciadas. Nessas condições considero impossível conhecer o todo se não conheço as partes (MORIN, apud SCHNITMAN, 1996, p. 274).

É de conhecimento universal que atualmente uma teoria médica inicia-se com uma experimentação laboratorial, seguida de testagem prática dos resultados através de uma observação empírica, solidificando-se posteriormente, por meio de nova experimentação laboratorial. Podemos observar esta trajetória fortemente enraizada na psiquiatria, em que grande parte dos medicamentos desenvolvidos mais recentemente não se comporta, quando administrados nos seres humanos, como se comportam nos testes laboratoriais. Após algum tempo de uso e observação derivam-se para outros tipos de indicações. Por exemplo, alguns medicamentos originalmente testados como anti-depressivos, atualmente estão sendo utilizados para o controle da obesidade e tratamento dos adictos de cigarros.

A preocupação com este tipo de construção de uma ciência, é que ela se feche em uma "bolha simbiótica" médico-laboratório-objeto de estudo, que no caso é o paciente, com uma sólida fronteira, podendo aparentemente ter uma denominação de evolução científica, mas enclausurando-se num complexo econômico de saber e poder. Como poderia este tipo de especialidade dizer que trabalha interdisciplinarmente ou multidisciplinarmente? Outras áreas das disciplinas médicas também seguem este percurso, como por exemplo a ortopedia, em que sabemos que há ortopedistas financiados por laboratórios que se especializam na colocação de determinadas próteses de titânio, um material

extremamente caro. Os ortopedistas que não detêm esta técnica estão fadados a se curvarem aos laboratórios e aos seus "colegas de especialidade", e muitos recebem como compensação as viagens a congressos, onde aprenderão quando utilizar tais próteses e quando solicitar auxílio do laboratório.

Felizmente há uma grande parte dos profissionais que não aceitam este tipo de dominação e procuram alternativas criativas para desenvolverem suas especialidades com independência, como é o caso de psiquiatras que se incursionam na área da psicoterapia, ou ortopedistas que procuram utilizar a tecnologia aliada a sua experiência profissional. Poderíamos continuar citando uma infinidade de exemplos na área médica, para nos perguntar como fica a interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e sobretudo a democratização do conhecimento no sentido de expandi-lo para além de fronteiras fechadas estabelecidas mais por exigências de mercado e de poder do que por exigências técnicas propriamente ditas

Não é por acaso que a Medicina do Adolescente é uma área de atuação da pediatria, pois se formos analisar a construção teórica da especialidade pediátrica podemos observar que sempre existiu uma dialógica entre empirismo e tecnologia científica. O pediatra não atende somente a criança, atende também os pais, avós, tios; a comunicação da criança é muitas vezes não-verbal, quase que exclusivamente simbólica já que a faixa etária que mais frequenta o consultório é do nascimento aos três anos de idade. Portanto para se fazer uma boa clínica pediátrica é necessário que o pediatra tenha flexibilidade,

saiba trabalhar com as emoções suas e de seus pacientes, saiba suportar as incertezas e muitas vezes, o caos.

Hoje, todavia, por questões mercadológicas, pela baixa remuneração, associada a uma certa tecnologia de diagnóstico laboratorial, grande parte dos pediatras abandonou a "visão global" da criança e passou a atendê-la de maneira parcial e fragmentada, transportando o que antes se chamava de "pronto-atendimento pediátrico" para suas clínicas. As consultas são na sua maioria rápidas, com uso indiscriminado de antibióticos, descongestionantes, antiinflamatórios, e a criança é vista em partes: amígdalas, pulmões, intestinos, ouvidos. São maneiras de sobrevivência do médico pediatra. O médico que não aceita este tipo de conduta terá que construir através dos anos um consultório que se desvincule do controle dos grandes convênios médicos ou manter-se dentro das instituições acadêmicas.

Na Medicina do Adolescente ainda é possível uma construção dentro de uma visão global, pois como citou Souza (anexo II), em sua entrevista, "o adolescente não permite especializações". O médico do adolescente tem que ter um "perfil", como aparece nas entrevistas:

Para trabalhar com adolescentes é necessário aceitá-los sem preconceitos ou barreiras, acolhendo-os. O primeiro passo foi detectar nas diversas clínicas os profissionais com esse perfil. (...) Na dermatologia uma forma de atendimento não própria ao adolescente, ou a outras faixas etárias era preconizada. O paciente retirava toda a roupa e colocava ou não um avental, independente se criança, se adulto ou adolescente. Era feita uma roda de alunos, residentes e professores que ficavam analisando as lesões dermatológicas. Isso era um absurdo, não se preservava a individualidade, a auto-imagem, o direito ao sigilo. Os nossos R3 repudiavam tal comportamento, apesar de considerar o estágio excelente quanto ao aprendizado teórico e prático. A mesma

atitude ocorria em outras clínicas. Acredito que ultrapassamos esses eventos através da humanização ao atendimento (GOLDBERG, anexo IV).

O profissional tem que ter a “coragem de se meter na vida do adolescente” e “disponibilidade real de aceitar as dificuldades do adolescente” (SOUZA anexo II)

Se o pediatra se propõem a atender o adolescente, fazer uma formação, ele não vai ficar de fora da sexualidade das pessoas: “- eu atendo amigdalite, diarreia, mas sexualidade não”; então não atende adolescente. Alias mesmo o pediatra que atende a criança, se ele não discute sexualidade não está atendendo direito. Porque sexualidade não começa na adolescência (SAITO, anexo III)

Se nossa sociedade considera que a adolescência é uma fase de crítica e transformação, nem sempre estes papéis são pré-determinados ou estanques. A maioria dos jovens tem como projeto de vida a reprodução dos valores e padrões culturais de seus pais e da sociedade. Como diz a letra da música de Belchior (1976)¹² “... apesar de termos feito tudo que fizemos, ainda somos os mesmos e vivemos como nossos pais “. Mas felizmente por outro lado, muitos adultos passam do conformismo para uma posição criativa e transformadora. É o que se espera do médico que tem como seu projeto de vida voltado ao trabalho com os adolescentes.

¹² “Como nossos pais” - Antônio Carlos Gomes Belchior Fontenelle Fernandes , gravadora polygran, 1976

4. A QUESTÃO MERCADOLÓGICA

A Sociedade Brasileira de Pediatria constatou que 67% dos médicos pediatras estão insatisfeitos com a profissão¹³. Entre os fatores responsáveis estão o sucateamento dos serviços de saúde, a baixa remuneração, a sobrecarga de serviço em unidades de pronto atendimento, falta de leitos em UTI infantis além de outras inúmeras razões.

No entanto, talvez o fator mais relevante para a busca de novos horizontes profissionais seja a rapidez com que as mudanças se operam na sociedade como assinala Justo:

(...) é notável que as ebulições ou a rapidez das transformações que se processam no mundo hoje impõe a necessidade de um constante refazer do cotidiano. A condição de provisoriedade e instabilidade dificulta qualquer tipo de estabelecimento, ou seja, qualquer fixação psico- social. Talvez seja esta a característica da sociedade contemporânea de maior impacto no sujeito, por afetar a base de sua constituição. As mudanças incessantes que solapam estabilização do cotidiano dificultam a criação de padrões fixos ou duradouros de ação. É notável, por exemplo, a facilidade e a naturalidade de se mudar de profissão como forma de enfrentar o desemprego. Ignoram-se completamente afinidades, vínculos e investimentos estabelecidos na profissão, como se o trabalho e tudo o mais que se organiza em torno dele fosse perfeitamente descartável, sem maiores implicações na "identidade" do sujeito. Assim como a profissão não pode ser vista como uma "carreira" em um "projeto de vida"- algo a que o indivíduo pode apegar-se e que desenvolve ao longo da vida-, as demais realizações são afetadas pela mesma onda de provisoriedade, exigindo boa dose de plasticidade, disposição para mudança e capacidade de convivência com inovações internas e do mundo.(JUSTO, 2001 p.62)

¹³ Dados obtido no site da Sociedade Brasileira de Pediatria: www.sbp.com

Portanto, pode haver um interesse mercadológico do pediatra que deseja uma mudança de especialidade, mas nem sempre esta mudança deve-se exclusivamente aos aspectos mercadológico. Não raro, as mudanças se referem necessidade de uma busca por uma profissão ou especialidade mais gratificante e grande parte das vezes a insatisfação é interna, havendo o predomínio de uma personalidade que ainda busca uma identidade.

Na entrevista, Souza acredita que o médico não pode se aventurar no estudo do adolescente apenas por uma questão mercadológica. Antes de tudo ele tem que ter um perfil, como já discutimos anteriormente. O profissional “tem que ter a coragem de se meter na vida do adolescente e disponibilidade real de aceitar as dificuldades do adolescente” (SOUZA, anexo II). Por outro lado a Sociedade Brasileira de Pediatria, segundo Souza, sempre se interessou por esta fatia do mercado:

Pode ser uma questão mercadológica, mas o pessoal se engana um pouco se for entrar nesta especialidade por questões mercadológicas, pois o desenvolvimento da especialidade não é muito fácil e a clínica também não é muito grande. Mas sem dúvida é uma fatia do mercado. Nós não pensávamos nisto quando começamos, e sim na oportunidade que tínhamos de cuidar e conhecer. Entendia as coisas como uma necessidade (SOUZA, anexo II).

5. A CULTURA

O atendimento médico do adolescente reveste-se de maior complexidade, de forma que todos profissionais de saúde, especialmente os médicos que trabalham com estes jovens, acabam em um determinado momento deparando-se com circunstâncias resultantes do novo modelo de relação, no qual configuram-se novas perspectivas sócio-culturais. Diferente de outras especialidades médicas caracterizadas pela inércia de sua fisiopatologia, como a cardiologia, a pneumologia, a ortopedia, o adolescente não é inerte e seu comportamento se modifica de acordo com as práticas culturais de uma sociedade.

Segundo vários autores já citados, a adolescência é uma invenção da época contemporânea: “A especialidade é uma invenção, O adolescente é uma invenção nova” (SOUZA, anexo II). Para estudar a adolescência e a Medicina do Adolescente é necessário entender a cultura contemporânea: “Será a sobrevivência do médico que dialoga com as outras áreas do conhecimento” (SOUZA, anexo II).

Na entrevista Souza faz estas considerações sobre mudanças culturais ocorridos no início de seu trabalho, em 1968 até os dias de hoje:

-Acho que o que houve foi um maior reconhecimento deste período de desenvolvimento, uma maior valorização do adolescente. Os profissionais, pais e professores passaram a ser mais instruídos, a mudança de um regime autocrático em que vivíamos possibilitou uma maior liberdade. O que não foi muito bom, pois o adolescente precisa de uma certa continência, precisa de controles, limites e parece que os adultos resolveram imitá-los.

Muitos adultos se vestem como adolescentes e usam suas linguagens e seus costumes. Mas pelo menos ele é reconhecido e tem o seu espaço: ele pode falar e pode participar (...) Houve também os novos paradigmas da época contemporânea, a pós-modernidade, onde houve a vulgarização e a banalização da sexualidade, a desvalorização pela liberdade. Ficou tão banal que perdeu-se a consistência. Foi uma coisa muito séria. A sexualidade por exemplo, é uma vivência importante para a fase de desenvolvimento do adolescente. Hoje eles estão utilizando os recursos do sexo sem usufruir. Tenho a impressão que o afeto, o amor, a ligação romântica perderam muito a consistência (SOUZA, anexo II)

Para Outeiral, na construção desta especialidade, é fundamental a interação com as outras áreas do conhecimento e também o conhecimento das características do espaço social e cultural da época contemporânea:

A adolescência se caracteriza inclusive entre outras coisas pelas características do espaço cultural, social, onde o adolescer acontece (...) Então para entender esses fenômenos, necessariamente vai ter que se incursionar vamos dizer por outras áreas do conhecimento, senão não dá conta disso, acho que um exemplo disso é a questão da droga, que tem os aspectos físicos, biológicos da droga, mas tem a droga inserida na cultura, como isso se desenvolve. Então de fato, eu penso que talvez na medicina do adolescente de certa forma nos dias de hoje, é necessário que a pediatria reflita mais sobre esse aspecto, o da criança na cultura, a invenção da infância na modernidade, a desinvenção da infância na cultura contemporânea. Acho que hoje a questão dos velhos paradigmas e da cultura é importante, e seguramente a medicina da adolescência é pioneira nesses estudos contemporâneos de uma forma muito mais forte do que em outras áreas da medicina (OUTEIRAL, anexo I)

Continuando, Outeiral também caracteriza os conflitos atuais como estando intimamente ligados à época contemporânea e define algumas categorias de patologias relacionadas com as mudanças culturais:

Em décadas anteriores a criança, como nas sociedades primitivas, se tornavam adulta, após breves rituais de iniciação. Hoje a adolescência se alonga cada vez mais, ocorrendo adultescência, termo que designa o ideal de ser adolescente para sempre, o adulto tendo conduta de adolescentes e faltando padrões adultos para os verdadeiros adolescentes se identificarem. Após várias gerações, nos quais paradigmas e valores permaneciam estáveis, temos hoje uma sociedade de mudança, com rápidas transformações e que a incerteza e a dúvida nas famílias e nas escolas são evidentes (...) E aí chega esse interesse para poder fazer uma reflexão dessas três décadas onde por um lado há uma dificuldade clínica, mas por outro um privilégio para poder observar um período de transformação. Isso que eu comento, anos 70 puberdade, depois adolescência; anos 80 adolescência e puberdade juntos; a última década nem são puberes e já são adolescentes, a adolescência avançando sobre a infância, abreviando a infância, se alongando em determinadas classes sociais (...) Essa é uma compreensão que os tratados de medicina em geral não dão a importância: a influência que a cultura tem na adolescência (OUTEIRAL, anexo I).

Outro aspecto da cultura contemporânea, e que faz parte do cotidiano dos adolescentes é a telemática. É comum os jovens ficarem em seus computadores até altas horas da madrugada “navegando” entre os sites, jogos eletrônicos, e se comunicando através de software, tipo ICQs (acrônimo do inglês “I seek you”, permite a qualquer um criar uma sala de bate-papo com qualquer outra pessoa que esteja conectada em um dado momento à Internet). Inclusive é interessante assinalar que reconhecem virtualmente um adulto quando este tenta se inserir nas conversações. Há toda uma linguagem “tribal” que os codifica para exclusão dos diferentes, sejam eles adultos ou qualquer outro jovem que não pertença a sua “tribo”. Cabe aqui assinalar que em alguns países há um estudo para a mudança dos horários de aulas para o período vespertino, pois os jovens dificilmente tem um bom aproveitamento das aulas no período da manhã.

Sobre este tema ainda não há uma definição clara e muitas controvérsias surgem. Souza acredita que apesar da internet e dos computadores, os conflitos dos adolescentes são semelhantes aos de décadas anteriores, ou seja, de relacionamentos humanos:

A medicina do adolescente é mais uma prática do que propriamente uma teoria. A Internet, os computadores, eu não vejo como grandes problemas, a não ser, é lógico os maníacos, que usam compulsivamente o computador e incomodam os pais. O adolescente se isola muito, e os conflitos que encontro na prática são os mesmos de antigamente, ou seja os conflitos de relacionamentos humanos: pais / filhos, namorado / amigos(SOUZA, anexo II).

Goldberg acredita que a mídia pode se utilizada adequadamente pode ser útil na formação da identidade do adolescente:

Tenho uma colega que sempre mostra o lado negativo da mídia, a influência negativa sobre os adolescentes. Mas eu tenho um filho formado em propaganda e marketing, e acho muito interessante suas abordagens, porque nessa área há uma aprendizagem em ética e ela poderia ser absolutamente útil também na formação do pensamento, da individualidade do adolescente. Na verdade quem é mídia? Somos nós. Será que seria tão prejudicial? O grande problema é ela se voltar apenas à venda e consumo do produto, sem uma crítica. Mas ela pode ser absolutamente interessante (GOLDBERG, anexo IV).

A mídia pode ser um instrumento que podemos usar para nos auxiliar profissionalmente, não tenho dúvidas disso. Por exemplo, há sites sobre adolescência, fantásticos!!!, que lhes tiram uma série de dúvidas. Quero dizer que essa mídia que nos envolve, pode ser ótima ou deletéria, também, da mesma forma como temos profissionais conscientes ou não, assim como podemos ter tido professores, dos quais temos gratas lembranças de quando éramos criança e outros não.... É a dedicação dos profissionais. Agora, será que deve haver um sistema de controle? Não sei....(GOLDBERG, anexo IV)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As fontes documentais escritas e orais utilizadas na pesquisa forneceram dados relevantes, para compreender como está se estruturando a Medicina do Adolescente e suas relações com a nova ciência. É uma construção que se inicia com o conceito de adolescência, procura se constituir dentro de uma inter-relação de disciplinas das mais diversas áreas do conhecimento, sem, no entanto, perder o referencial teórico médico.

Nas concepções de adolescência, observamos como a cultura contemporânea influencia o conceito de infância e adolescência, com a abreviação do período de latência e prolongamento do período adolescente. Essa abreviação traz repercussões não só biológicas, com a criança entrando no período pubertário cada vez mais precocemente, mas também psicológicas, com a adolescência invadindo a infância e se prolongando além do que se considera o período da maturidade ou fase adulta. Como consequência, há, na sociedade atual, uma tendência cada vez maior ao desaparecimento da infância, impossibilitando a criança de elaborar seus conflitos infantis, comprometendo o processo de sublimação e a criatividade.

No outro extremo, temos a adultescência, em que os jovens entram na fase adulta e continuam agindo como se fossem adolescentes, com negação e fuga da maturidade. Faz parte do cotidiano de muitas famílias brasileiras esses jovens continuarem morando na casa de seus pais, mesmo depois de terem adquirido independência financeira; não pensam em construir

uma família, nem em assumir responsabilidades. Talvez por esse motivo haja uma tendência atual a considerar a adolescência até a faixa etária de 24 anos de idade. Portanto, as concepções de adolescência podem se alterar profundamente, de acordo com o meio social, econômico e cultural.

A conceituação de adolescência apresenta uma grande complexidade e muitas definições surgem oriundas dos diferentes territórios do saber humano. A Medicina procura, atualmente, utilizar-se desses territórios e define a adolescência como um fenômeno bio-psico-social¹⁴, em que tanto os componentes psicológicos do processo, como também os componentes biológicos, podem ser determinados, modificados e influenciados pelo meio ambiente sociocultural em que vive o adolescente.

Ao utilizar essas concepções, a Medicina do Adolescente determina alguns caminhos que irá percorrer na sua construção, reconhecendo que essa especialidade¹⁵ comporta especificidades, tanto quanto ao seu objeto, como quanto ao método de pesquisa e intervenção.

As principais e mais recentes publicações mostram a inter-relação de áreas, na qual está se estruturando a Medicina do Adolescente. Os conteúdos teóricos são elaborados por profissionais das mais diversas especialidades, como:

¹⁴ Encontram-se na literatura as duas formas de designação: Bio-psico-social e biopsicossocial.

¹⁵ Do ponto de vista normativo, o Conselho Federal de Medicina considera a Medicina do Adolescente como área de atuação da especialidade pediátrica, mas, no cotidiano dos médicos, é referida como especialidade, tanto pela Associação Médica Brasileira, como pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Para a obtenção de Título de Especialista em Medicina do Adolescente, é necessário ter o Título de Especialista em Pediatria e também se submeter a uma prova elaborada por essas sociedades.

pediatras, psicanalistas, psiquiatras, epidemiologistas, cirurgiões, ginecologistas, psicólogos, psicopedagogos, assistentes sociais, nutricionistas e dermatologistas.

Notamos a preocupação dos médicos que trabalham com o adolescente em introduzir, na construção teórica da Medicina do Adolescente, os conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e dimensão bio-psico-social. Entendemos a preocupação dos teóricos da Medicina do Adolescente quando utilizam esses termos para se referir ao “ir além dos limites disciplinares”; mas tanto a multidisciplinaridade como a interdisciplinaridade são termos inadequados e insuficientes, quando se trata do exame de problemas complexos, como o estudo do adolescente.

A multidisciplinaridade é a elaboração de discursos isolados por parte de especialistas das várias disciplinas sobre um mesmo objeto, e a interdisciplinaridade diz respeito ao discurso elaborado em conjunto por vários especialistas sobre o objeto, compartilhando um princípio metodológico. Em ambos os conceitos, permanece inatacável o território disciplinar, em prejuízo da abordagem de objetos não contidos numa região específica.

O método científico da modernidade se assenta na redução da complexidade. Conhecer significa dividir e classificar, para depois poder determinar relações sistemáticas entre o que se separou. O rigor científico afere-se pelo rigor das medições, desqualificando as qualidades intrínsecas do objeto e relegando tudo o que não possa ser quantificável, considerando-o como irrelevante.

A visão purista e ordeira do mundo influenciou profundamente a ciência, a política e o cotidiano. Ordem e pureza, segundo Bauman (1998), foram dois valores-chave da modernidade, amplamente espalhados e sustentadores das grandes realizações e utopias desse tempo. Mas a realidade está se mostrando mais emaranhada, instável, caótica e embrenhada no próprio homem do que previa o reducionismo da ciência moderna.

Por conseguinte, faz-se necessário investigarmos novas propostas, inseridas em uma nova ciência, a ciência contemporânea, que efetivamente ultrapassem as fronteiras disciplinares, levando a uma visão multidimensional para a estruturação da Medicina do Adolescente. Uma dessas propostas é a abordagem transdisciplinar, que não vai contra o território disciplinar, mas o engloba juntamente com aquilo que está não somente entre as disciplinas, mas também, além delas.

A crise do paradigma moderno tem propiciado uma profunda reflexão epistemológica. Segundo Santos (2001), no conhecimento pós-moderno as ciências naturais se aproximam das ciências sociais e há uma superação das dicotomias entre essas ciências, revalorizando os estudos humanísticos. O conhecimento se constitui através de uma pluralidade de métodos, que só é possível com a transgressão metodológica em que há a inserção do observador ativamente na pesquisa, com a superação das dicotomias entre as ciências e com a quebras das fronteiras disciplinares. É a visão multidimensional da pesquisa científica que nos remete ao conceito de transdisciplinaridade.

Como já foi exposto, na concepção simplificadora do universo, para se entender algo que não se conseguia explicar, era necessário fazer a separação das partes, isto é, estudá-las separadamente, a fim de que fosse possível entender o todo. Com isso, as disciplinas cada vez mais solidificaram suas fronteiras, fragmentaram-se, de forma a não se comunicarem adequadamente umas com as outras. A interpretação das pequenas partes, levada ao extremo, resultou na tendência à compartimentalização do saber, que ocorre ainda hoje, com uma rígida adesão a uma escola de pensamento, que não comporta desvios ou heresias. Contrapondo a separação das partes, surgiu o também o conceito de visão holística, isso é, a tendência a ver a unidade em uma totalidade indiferenciada.

Essa visão holística e esses mecanismos de separação, Morin (1996) os denomina de “simplificadores”, insuficientes para se entender o todo e para se abrir todas as portas do conhecimento, porque, na ciência atual, temos que trabalhar com a complexidade, com os paradoxos, com a aleatoriedade, com a incerteza e com o erro.

A dificuldade que temos, como médicos, para sairmos dos limites disciplinares está ligada a um fenômeno histórico cultural no qual nos encontramos. Apesar de aparentemente ser uma técnica para facilitar e diminuir a complexidade do que estamos estudando, nosso pensamento torna-se disjuntivo. As matérias se relacionam e não é possível estabelecer separações absolutas: não obstante, aprendemos a buscar a explicação de um todo através da separação de suas partes.

Dentro do novo paradigma, há uma atitude em que o pesquisador busca compreender o conhecimento como algo além do que é produzido pelas disciplinas. É uma postura de respeito à diversidade, reconhecendo que não há referenciais - culturais, étnicos, científicos, religiosos - privilegiados para julgar como mais corretos ou verdadeiros determinados conjuntos de conhecimentos, crenças ou valores. E, ao mesmo tempo, uma busca da unidade que está além das aparências, dos conceitos, dos pensamentos.

Quando Edgar Morin nos remete ao pensamento complexo, leva-nos a um caminho no qual podemos ampliar nossa visão, para que possamos entender, dentro da nova ciência, a ação e a interação entre a parte e o todo e a retroação entre o todo e as partes, possibilitando o rompimento das fronteiras disciplinares. Pensar na complexidade é suportar a incerteza, a aleatoriedade, a incompletude dos fenômenos estudados; é respeitar as suas diversas dimensões, aspirando à multidimensionalidade do conhecimento.

A multidimensionalidade do conhecimento ultrapassa os conceitos de intedisiplinaridade e de multidisciplinaridade e cria a possibilidade de comunicação dentro do paradigma da transdisciplinaridade. Trabalhar com a transdisciplinaridade é suportar e aceitar os novos conceitos de um mundo mutante, aleatório e incerto, em que não podemos prever nossos objetivos, mas apenas trabalhar com eles de uma maneira criativa.

Diferente de outras especialidades médicas caracterizadas pela inércia de sua fisiopatologia, o adolescente não é inerte e seu comportamento se modifica de acordo com as práticas culturais de uma sociedade. “Nunca foi tão

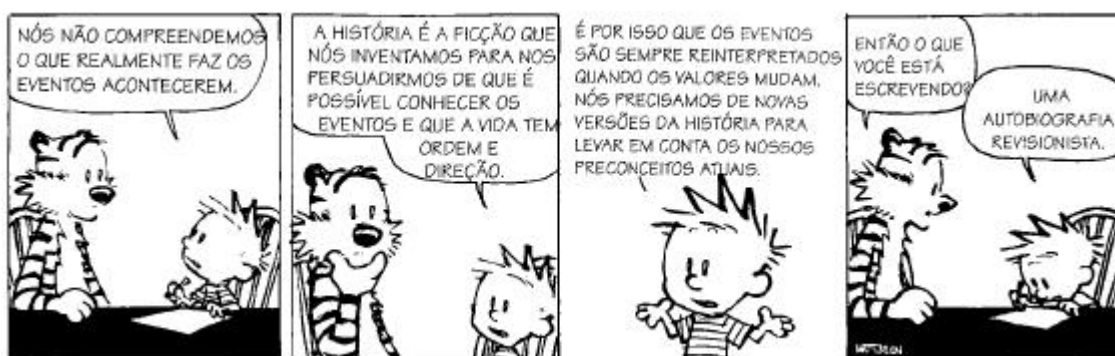
importante criar, seja para acompanhar a onda da modernidade ou para confrontar-se criticamente com ela. Originalidade, flexibilidade e fluência constituem aspectos indispensáveis do funcionamento psicológico em uma realidade em constante metamorfose”(JUSTO, 2001, p.63)

Acreditamos que são esses valores – criatividade, flexibilidade, originalidade, fluência – que definem o perfil do médico do adolescente. Valores que resgatam o antigo conceito, do início do século XX, de “médico de família”, que, por não ter na época um conhecimento técnico-científico que se tem nos dias de hoje, hipertrofiava valores humanísticos¹⁶ e já tinha em sua prática do cotidiano o que hoje poderíamos chamar de transdisciplinaridade.

Essa prática é expressa com transparência e beleza por Herbert José de Souza (Betinho), em seu livro *A Lista de Ailce*, quando se refere ao seu médico de infância:

Dr Ary me curava temporariamente, mas curava, me dava alívio por meio do hipnotismo de sua fala. Além disto fazia umas fórmulas à base de salicilatos que aliviavam minha dor, menos pelo salicilato, que era contra-indicado para hemorragias e mais pelo fato de vir dele... Naquela época a hemofilia não era conhecida, nem havia tratamento possível, mas ele era meu Rasputin. Chegava em casa, sentava numa cadeira no meu quarto, enrolava um cigarro de palha e começava a me contar histórias. Eu ficava deslumbrado e esquecia a dor que infernizava minha vida, principalmente minhas noites... Foi um grande médico e tenho saudades dele até hoje. Minhas dores hoje são outras, mas ele seria o mesmo com suas histórias de médico da alma (SOUZA, 1996, p.16)

¹⁶ Referimo-nos ao termo humanístico como sendo a formação do espírito humano pela cultura literária ou científica. Era o médico do início do século XX que tinha em sua formação não só os ensinamentos médicos, mas também outros conhecimentos, como a Filosofia, a Sociologia, a Antropologia, a Matemática etc.



(WATTERSON, 1996, p62)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, Arminda. *Adolescência*. 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

ABERASTURY, A; KNOBEL, M. *Adolescência Normal - Um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. *O método nas Ciências naturais e sociais*. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

ANAIS NESTLE. *Adolescência*. São Paulo: Nestlé Nutritions Services, 1998. vol.55. ISSN 01688-213ae

ARIÉS, P. *História Social da Criança e da Família*. 2. ed. Rio de Janeiro, 1981.

BAUMAN, Z. *O mal-estar na pós modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BECKER, Daniel. *O que é adolescência*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BERGADA, C. *A Puberdade e a Medicina do Adolescente*. Anais Nestlé- vol.55, 1998.

BLOS, P. *On Adolescence: a psychoanalytic interpretation*. Nova Iorque: Free Press, 1962.

BRANDÃO, Carlos Antonio Leite. *Transdisciplinaridade e Humanismo: além e aquém das disciplinas*. In: SEMINÁRIO UNIVERSIDADE AMANHÃ. Tiradentes-MG: de 10 a 12 de dezembro de 2000.

CALLIGARIS, C. *A Adolescência*. São Paulo: Publifolha, 2000.

COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. de. *Adolescência: Aspectos Clínicos e Psicossociais*. Porto Alegre, 2002.

GIDDENS, Ant. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1991.

GOMES, J.C.C. *Pluralismo Metodológico em la producción y circulación del conocimiento agrário. Fundamentació epistemológica y aproximación empirica a casos del sur de Brasil*. Córdoba: Instituto de Sociologia y Estudios Campesinos, Universidad de Córdoba. 1999: 360 p. (Tese de doutorado).

GOVERNO DO ESTADO DE S.PAULO, *ESTATUTO DA CRIANÇA E O ADOLESCENTE*, São Paulo: Imprensa Oficial, 1997.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. *Censo demográfico 2000: características da população: resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

JORNAL de Pediatria , Sociedade Brasileira de Pediatria, Rio de Janeiro: volume 77, suplemento 2, novembro 2001.

JUSTO, José Sterza et al. (Org). Mário Sérgio Vasconcelos. *Criatividade: psicologia, educação e conhecimento do novo*. São Paulo: Moderna, 2001.

KALINA, Eduardo. *Psicoterapia de adolescentes*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1975.

LEVISKY, D. L. *Adolescência - Reflexões Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MARCONDES, Eduardo. *Pediatria Básica*.8.ed.São Paulo: Sarvier, 1994.

MORIN, Edgar. *Ciência com Consciência*. Rio de Janeiro: Berttrand Brasil, 1996.

MARTINEZ MIGUELEZ, M. *El paradigma emergente*. Barcelona: Gedisa, 1993. 191 p.

MICHELAT, G. Sobre a Utilização da Entrevista Não-Diretiva em Sociologia, in Michel Thiollent, *Crítica Metodológica, Investigação e Enquête Operária*. São Paulo: Livraria Editora Polis, 1987.

OLIVEIRA, R. C. de. et al. *Pós – modernidade*. 5. ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1995.

OUTEIRAL, J. *Adolescer - Estudos revisados sobre adolescência*. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter,2003.

_____. *O mal- estar na escola*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

_____. *Clínica Psicanalítica de Crianças e Adolescentes*.Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

POSTMAN, N. *O Desaparecimento da Infância*. Rio de Janeiro, 1999.

REVISTA CIENTÍFICO-CULTURAL MULTIDISCIPLINAR BILÍGUE
 ADOLESCENCIA LATINO AMERICANA. Porto Alegre: ASBRA.
 1997.Trimestral. vol 1 nº 1. ISSN 1414-7130.

_____. Porto Alegre: ASBRA. 1998. Trimestral. vol.1 nº2. ISSN 1414-7130.

_____. Porto Alegre: ASBRA. 1999. vol.1-nº4. Trimestral. ISSN 1414-7130.

ROUANET, Paulo Sérgio. *Os terríveis Simplificadores*. Mais n.620-Folha do Estado de São Paulo, São Paulo, 4 jan. 2004.

SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V. *Adolescência –Prevenção e Risco*. São Paulo: Atheneu, 2001.

SANTAELLA, L. *Cultura das Mídias*. São Paulo: Experimento, 1996.

SANTANA, R. N. M de (org.). *Reflexões sobre o mundo contemporâneo*. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

SANTOS, B.S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estudos Avançados*. São Paulo, v.2, n.2, p.46-71, mai. Ago. 1988.

_____. *Um discurso sobre as ciências*. 12 ed. São Paulo: Edições Afrontamento, 2001.

_____. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

SANTOS, Jair Ferreira dos. *O que é Pós-Moderno*. São Paulo: Brasiliense, 2000.

SCHNITMAN, Dora Fried. Trad. Jussara H. Rodrigues. *Novos Paradigmas Cultura e Subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

SEVCENKO, N. (et al). *Pós – Modernidade*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1995.

SILVA, M. C. P. *A paixão de formar: da psicanálise à educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

SOUZA, H. J. *A Lista de Ailce*. Companhia das Letras, 1996.

SOUZA, R. P. de. *Nossos Adolescentes*. 3. ed. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1996.

_____. *O Adolescente do Terceiro Milênio*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1999.

SUCUPIRA, Ana C. S. L. e colaboradores. *Pediatria em Consultório*. São Paulo: Sarvier, 1996.

THOMPSON, Paul. *A voz do passado: história oral*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

WATTERSON, B. *Felino Selvagem Psicopata Homicida – vol II*. São Paulo: Best News, 1996.

_____. *Felino Selvagem Psicopata Homicida - vol II*. São Paulo: Best News, 1996.

WINNICOTT, Clare. *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. (Org) Clare Winnicott, Ray Shepherd & Madeleine Davis; Trad.: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ANDRADE, M.M. de. *Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Informação e documentação: citações em documentos: apresentação*. NBR 10520. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Informação e documentação: referências: elaboração*. NBR 6023. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação*. NBR 14724. Rio de Janeiro, 2002.

ASSUMPÇÃO, Jr. F.B./ KUCZYNSKI, E. *Adolescência- normal e patológica*. São Paulo: Lemos, 1998.

BARDIN, L. (1977) *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70.

BAUDRILLARD, J. *Tela total Mito- Ironias da era do virtual e da imagem*. Porto Alegre: Sulina, 1997.

BLEGER, J. *Temas de psicologia : entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 1980 (Psicologia e Pedagogia).

CALLIGARIS, C. *Hello, Brasil ! Notas de um psicanalista europeu viajando ao Brasil*. São Paulo: Escuta, 1992.

COMPARATO, M. C. M./ MONTEIRO, D. de S. F. *A criança na contemporaneidade e a psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. vol.I.

_____. *Mentes e Mídia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. vol. II.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

DEL PRIORE, M. (Org). *Histórias das Crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1999.

DOLTO, F. *As etapas decisivas da infância*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ERICKSON, E.H. *Identidade, juventude e crise*. 2 ed. Rio de Janeiro/Guanabara, 1987.

FERREIRA, A. B. de H. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FREUD, Anna. *Infância normal e patológica*. 2 ed. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

HEARTNEY, E. *Pós- modernismo*. São Paulo: Cosac & Naify, 2002.

ISSLER, Hugo; LEONE, Cláudio e MARCONDES, Eduardo. *Pediatria na Atenção Primária*. São Paulo: Sarvier, 1999.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B. *Vocabulários da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MATTIOLI, O.C. *Algumas considerações sobre metodologia de pesquisa*, in: *Profissionais de Educação Infantil: em busca de uma identidade* Tese de doutorado, FCL-UNESP, Marília, 1977, p.141-162.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento*. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MÜLLER, Mary Stela. *Normas e padrões para teses, dissertações e monografias*. 5. ed. atual. Londrina: Eduel, 2003.

ORLANDI, E.P. *A linguagem e seu funcionamento - As formas de discurso*. 2. ed. 1987.

OSÓRIO, L.C. *Adolescente hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

SPINK, M. J. (org). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. São Paulo: Cortez, 1999.

TRIVIÑOS, Aug. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1987.

WINNICOTT, D.W. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1990 (Psicologia e Pedagogia).

_____. *Textos selecionados: da pediatria a psicanálise*. 3 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988 (Psicologia e psicanálise).

_____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ANEXO I

DR JOSÉ OTTONI OUTEIRAL

É médico graduado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especializou-se primeiro em Psiquiatria de Adultos e depois em Psiquiatria de Crianças e Adolescentes. É psicanalista, membro titular e didata (Full Member) da Associação Psicanalítica Internacional (IPA), fundado por Sigmund Freud. Foi professor da Faculdade de Medicina da PUCRS. Assistiu a seminários em Londres, na Hampstead Clinic, com Anna Freud. Tem vários artigos e livros publicados no Brasil e no exterior.

Entrevista:

G: Qual a sua formação ?

R - Eu faço Medicina na UFRGS, começo 1965, e paralelo a medicina eu vou fazer Ciências Sociais na mesma universidade. Era comum no Rio Grande do Sul os estudantes de medicina interessarem-se por outras áreas como as ciências sociais e filosofia. Depois em 1971 quando eu termino a medicina, e começo a fazer na mesma universidade a residência em psiquiatria de adultos, 72/73/74 (três anos de psiquiatria de adultos). Era uma psiquiatria psicodinâmica, tinha influência forte da psicanálise, tanto que o serviço de psiquiatria da universidade chamava-se Centro Psiquiátrico Melanie Klein . Depois desses três anos de psiquiatria de adultos, faço dois anos, no mesmo local, a formação na infância e adolescência. Foi a primeira turma de formação de psiquiatria de criança e adolescentes, e tem até hoje.

O Luis Carlos Osório era professor. Então faço a psiquiatria de crianças e adolescentes e começo a formação analítica na ITA em 89/90/91/92 faço a formação básica, os seminários e as supervisões de 89 a 92. Em 94 apresento um

trabalho para meus associados. Em 97 era titular Sociedade de Psicanálise. Então a minha formação é basicamente essa.

Mas mesmo na formação médica e na formação psiquiátrica de adultos ou de crianças, a influência da psicanálise era muito forte. Naquele período a psiquiatria, vamos dizer, que a gente reconhece hoje como biológica era praticamente inexistente. Era uma psiquiatria psicodinâmica. Depois, fora eu faço um estágio em Londres, na fico lá um tempo (quase 2 meses). Quando Anna Freud era viva, tive seminários com ela estudando o perfil metapsicológico, depois fui a Chicago e fiquei lá com uma bolsa pela Fundação Simon Bolivar, só para psiquiatras de língua latina, então tem essas duas experiências fortes.

Mas a convivência com o pessoal do Uruguai e da Argentina sempre foi de muito mérito, tive muita convivência com jornalistas do Uruguai e da Argentina. A formação paralela, vamos dizer a formação fora da instituição nos anos 70 tinha dois apêndices, uma era o grupo do Eduardo Kalina que ia todos os meses a Porto Alegre, era o Kalina e o Santiago Korini e que trabalhavam muito sobre a questão de crianças e adolescentes, principalmente adolescentes. Participavam pediatras, psiquiatras jovens, psicanalistas. O Kalina ia ao Rio de Janeiro também nesta época. E no Rio quem organizava isso era Carlos Casteli e havia nesta época umas associações que se chamavam APPIA – Associação de Psiquiatria e Psicologia da Infância e Adolescência. Havia em Buenos Aires e no Rio, editavam revistas, havia um movimento forte, havia um fórum Latino Americano anual da Infância e Adolescência, com os pediatras juntos, eu me lembro que houve um fórum no Brasil em Salvador, houve um fórum na cidade do México, houve um fórum em São Francisco, em Nova York, nestes eu fui. Depois em Buenos Aires, hoje já não existe

mais fórum nenhum. Faz uns 10 anos que terminou e nunca mais houve esses encontros.

Então uma vertente é essa o Kalina que ia regularmente – uma vez por mês – a Porto alegre dar seminários, depois ia para o Rio. A gente fazia a mesma coisa.

A outra vertente era o Prego e Silva, no fim da década de 70 ele vinha a São Paulo começar aqui na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo a formação do primeiro grupo de psicanálise de crianças e adolescentes. Mas quando ele vinha a São Paulo ele parava em Porto Alegre e ficava uma tarde por lá, e nessa tarde ele se reunia conosco. Prego foi pediatra e psicanalista Uruguaio, e ele nos dava seminários. Isso em 77 / 78 / 79 / 80.

Isso do ponto de vista teórico nos anos 70 o que influenciava muito lá em Porto Alegre eram os autores argentinos: Arminda Aberastury, Mauricio Nobel, Raquel Soifer, entre outros. Os argentinos vinham muito a Porto Alegre e tinham um movimento editorial muito forte, praticamente no Brasil os livros eram muito poucos nessa área, na Argentina publicava muito.

E eu comecei no final da década de 70, início da década de 80 a trabalhar na Associação Encarnacion Blayer – que era a Clínica Pinel, do Marcelo Blayer. Ele tinha ido para os Estados Unidos e fez formação psiquiátrica em no Kansas na Fundação Meninger, com os irmãos Meninger, que eram analistas e psiquiatras. E vem a Porto alegre faz a livre docência em psiquiatria, é o primeiro livre docente em psiquiatria e funda a clínica Pinel, que era uma comunidade terapêutica orientada psicanaliticamente, o que se tornou naquele período uma referência no Brasil inteiro e que deu vários serviços, inclusive se chamava comunidade terapêutica Léo Kanner, onde o Ronald trabalhava, o Osório trabalhava,

a Niewra Rotta (neurologista). Essa comunidade durou 10 anos. Então o Marcelo tocou muito essa coisa, da comunidade terapêutica, acho que parte dos estudos americanos que veio na segunda metade da década de 70 vem trazido por ele, com a formação sólida em psiquiatria norte-americana de orientação psicanalítica também.

Se lia muito o boletim da Clínica Meninguer, era um boletim basicamente de psicanálise, alias a Clínica Meninguer tinha dentro dela um Instituto de Psicanálise da IPPIA, para formação de psiquiatras em psicanálise e se organizou um atendimento de crianças e adolescentes, em hospital dia e em ambulatório e um curso de formação para psicólogos e psiquiatras em crianças e adolescentes, na Clínica Pinel em 78 e esse curso existe até hoje e tem 25 anos.

Paralelo a isso tem os trabalhos que publiquei, acho que o primeiro trabalho está publicado em 69, é um trabalho que saiu em uma revista da Associação Médica sobre a internação de crianças – Aspectos Emocionais da Hospitalização de Crianças. Depois tem um outro trabalho que saiu na revista da Faculdade de Medicina da PUC de Porto Alegre que é o atendimento de urgência psiquiátricas, que saiu em 72 e depois daí tem vários trabalhos e o primeiro livro meu publiquei em 82 que é a “A Clínica Psicanalítica da Infância e Adolescência” – onde é um livro onde integra várias pessoas do Brasil e escreve o Maurício Nobel, Frank Willians que é um analista americano, e vários colegas de Porto Alegre e outros do Brasil. E depois desse livro, veio os outros.

G: Como surgiu o estudo da adolescência na sua prática clínica?

R - Quando falamos no estudo da adolescência em Porto Alegre, Luis Carlos Osório foi o marco inicial. Eu mesmo fui aluno do Osório. Eu acho que o Ronald Pagnoncelli de Souza, de alguma maneira no final da década de 60 já tinha uma idéia de psicanálise. Ele já trazia em 1967/68 textos do Donald W. Winnicot para a gente estudar. O Winnicot quando era vivo, morreu em 61, não tinha nem publicado “Brincar na realidade” e de alguma maneira já circulava na pediatria, pelo menos lá na faculdade de medicina da UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), circulava idéias da psicanálise.

Talvez porque a psicanálise no Rio Grande do Sul teve uma influência cultural muito forte da Argentina e Uruguai, tanto na sociedade psicanalítica, como na medicina. A proximidade com Buenos Aires, Montevideo, que no fim da guerra alguns analistas ingleses vieram da Europa para Buenos Aires. A migração que houve para a América Latina desses analistas europeus foi fundamentalmente para Buenos Aires. E isso que ajudou lá esse contato com a psicanálise.

Na segunda metade dos anos 60 já havia uma estrutura na pediatria preocupada com as questões psicológicas. Se estudava além do Winnicot um outro livro, que era um livro de psicologia da infância e da adolescência. Eu comprei esse livro assim como alguns livros do Winnicot, acho que “A Família o Desenvolvimento do Indivíduo”, não indicado na psiquiatria, eu comprei indicado pela pediatria.

Em 1969, o Ronald, o Osório, Leo Kanner para Porto Alegre, montaram o Instituto Leo Kanner, e se eu fosse tentar localizar historicamente eu te diria que na Segunda metade dos anos 60 já tinha coisas fortes correntes teóricas sobre adolescência e publicações já em congressos. Havia uma interface da pediatria e psicanálise no estudo da criança e do adolescente. Pediatras levando

trabalhos sobre questões emocionais do desenvolvimento. Foi neste período que interesse-me pela infância e adolescência, sob influencia do Luis Carlos Osório

G - Porque o interesse pela adolescência ?

R - Por que é interessante, meus primeiros pacientes adolescentes eu atendi em 1970, eu era doutorando, coloco isso na “Clínica Psicanalítica de Crianças e Adolescentes”.

Meu primeiro foi um adolescente psicótico, um rapaz de uns 16 anos, internado e o rapaz era catatônico. E a outra era uma menina no ambulatório, foram os dois primeiros adolescentes que chegaram. o meu supervisor nos dois casos foi o Osório.

Então eu peguei um supervisor que já era um modelo de identificação importante. O Osório já era naquela época uma referencia não era nem regional, era uma referencia nacional. Então eu tive sorte como doutorando, pegar um supervisor que já era uma pessoa importante.

Mas depois disso fiz a formação em psiquiatria de adultos, daí não atendia adolescente. Só depois retomei aos adolescentes, na formação de psiquiatria de crianças e adolescentes.

Mas é em 70 quando eu atendo os dois primeiros e já havia uma idéia de psiquiatria de adolescente. O Osório de certa maneira sustentava vamos dizer esse tipo de trabalho.

G: Como fazia suas pesquisas?

R - Não são pesquisas que tem um caráter acadêmico e também nem deve-se chamar pesquisa de campo. Porque não faz estudo de uma população, não tem um método, vamos dizer epistemologicamente que eu possa considerar pesquisa. É mais um relato da atividade clínica, trabalho clínico, de casos, da experiência pessoal, ou de supervisão de casos. Mas tem muito mais a ver com uma pesquisa clínica, vamos dizer, da prática de atendimento ambulatorial, clínica e hospitalar, do que uma verdadeira pesquisa de campo – metodologia.

G: E a sua formação em Ciências Sociais, te ajudou ?

R - Muitíssimo. Era muito freqüente naquela época estudantes de medicina fosse ou fazer um curso, ou fazer seminários, disciplinas na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Então era muito freqüente estudantes de medicina freqüentando filosofia, sociologia – muitos da minha turma de sociologia eram estudantes de medicina, de trinta e cinco alunos seguramente cinco eram de medicina. E na filosofia acho que a proporção era até maior.

Então havia uma idéia, vamos dizer, que a formação médica se complementava com estudos de coisas de ciências humanas – sociologia, filosofia. De certa maneira é um negócio que se perdeu, o que é uma pena.

E os próprios professores de medicina na época tinham uma cultura humanística e depois quando fui quase 15 anos professor de medicina na PUC, eu não encontrava mais isso.

G: Tenho a impressão que tanto a medicina do adolescente como a psiquiatria, a teoria não é apenas biológica, então essa formação humanística do médico ou pelo menos uma visão humanística.

R - Sim, porque a própria definição de adolescente, é a adolescência como um evento com aspectos próprios. Pelo menos a definição que eu trabalho, e não é uma idéia original, muitos autores trabalham assim. O fenômeno biológico é a puberdade, a adolescência é um fenômeno psicossocial e para poder trabalhar com o psicossocial, vamos dizer que nesse momento evolutivo da humanidade tem que se lançar mão de outras área do conhecimento como da psicologia e da compreensão social.

A adolescência se caracteriza inclusive entre outras coisas pelas características do espaço cultural, social, onde o adolescer acontece. Se eu vou estudar por exemplo, numa sociedade primitiva entre os índios, esse momento evolutivo eu vou ter determinadas características. Passa da infância para a vida adulta através dos rituais de iniciação, que tem vários escritos do Darci Ribeiro. Se eu vou estudar o adolescente da cidade, com a crescente urbanização, essa passagem entre a infância e a vida adulta, cada vez mais se alonga. Então para entender esses fenômenos, necessariamente vai ter que se incursionar vamos dizer por outras áreas do conhecimento, senão não dá conta disso, acho que um exemplo disso é a questão da droga, que tem os aspectos físicos, biológicos da droga, mas tem a droga inserida na cultura, como isso se desenvolve. Então de fato, eu penso que talvez a medicina do adolescente de certa forma nos dias de hoje, é necessário que o pediatria reflita mais sobre esse aspectos, o da criança na cultura, a invenção da infância na modernidade, a desinvenção da infância na cultura contemporânea.

Acho que hoje a questão dos velhos paradigmas e da cultura é importante, e seguramente a medicina da adolescência é pioneira nesses estudos contemporâneos de uma forma muito mais forte do que em outras áreas da medicina.

G: Você trabalha muito com a questão da época contemporânea. É uma necessidade por causa da profissão?

R - Eu cheguei a me interessar por isso a partir da clínica. Esse estudo, vamos dizer da questão da contemporaneidade, da pós-modernidade, eu cheguei através da clínica. Fui percebendo que eu reescrevo a questão dos adolescentes na década de 70, 80 , 90. São esses 30 anos que eu acompanhei a parte clínica, e as transformações que eu observava clinicamente, via outros colegas também relatando no processo adolescente, tornava necessário poder entender o desenvolvimento dessa etapa evolutiva na cultura.

E aí chega esse interesse para poder fazer uma reflexão dessas três décadas onde por um lado há uma dificuldade clínica, mas por outro um privilégio para poder observar um período de transformação. Isso que eu comento, anos 70 puberdade, depois adolescência; anos 80 adolescência e puberdade juntos; a última década nem são puberes e já são adolescentes, a adolescência avançando sobre a infância, abreviando a infância, se alongando em determinadas classes sociais.

Essa é uma compreensão que os tratados de medicina em geral não dão a importância: a influência que a cultura tem na adolescência.

G: Qual sua concepção de adolescência?

R: Adolescência basicamente é um fenômeno psicológico e social. Portanto a adolescência tem diferentes peculiaridades conforme o ambiente social, econômico e cultural que o adolescente está inserido. Por exemplo nesses mais de trinta anos de trabalho com adolescência, percebo que há um número cada vez maior de adolescentes antes mesmo do surgimento das características físicas da puberdade. Muitas vezes eu percebo que a adolescência sucede ou ao menos é concomitante a puberdade. Percebo cada vez mais crianças de sete, oito ou nove anos com corpo ainda infantil que adota postura de adolescente. Nas festas costumam criar um clima com pouca luz, não querem adultos na sala, dançam com sensualidade, por fim se mostram mais precoces, do que as outras gerações. Provavelmente elas são estimuladas pelo ambiente, essas crianças adolecem mais cedo. É por isso que penso que adolescência é um fenômeno fundamentalmente psicológico e social.

A palavra adolescência de onde vem?

R: A palavra adolescência tem dupla origem etimológica e caracteriza muito bem as peculiaridades dessa etapa da vida. Ela vem do latim *adi*, que significa a, para; *olecer*, que é crescer; significando a condição ou processo de crescimento, em resumo o indivíduo apto a crescer.

Adolescência também deriva de *adolescere*, origem da palavra *adoecer*. Temos assim uma dupla origem etimológica, como elemento para pensar essa etapa da vida. Aptidão para crescer não apenas no sentido físico mas também

psíquico e para adoecer em termos de sofrimento emocional com as transformações biológicas, mentais que operam nessa faixa de vida.

O Luís Carlos Osório, defini uma outra origem etimológica, que ele fala de “dolo”, que é causar dano ou prejuízo à alguém. Que teria a mesma origem de adolescência.

Como o Sr. vê a adolescência na época contemporânea?

R: Em décadas anteriores a criança, como nas sociedades primitivas, se tornavam adulta, após breve rituais de iniciação. Hoje a adolescência se alonga cada vez mais, ocorrendo adulecência, termo que designa o ideal de ser adolescente para sempre, o adulto tendo conduta de adolescentes e faltando padrões adultos para os verdadeiros adolescentes se identificarem. Após várias gerações, nos quais paradigmas e valores permaneciam estáveis, temos hoje uma sociedade de mudança, com rápidas transformações e que a incerteza e a dúvida nas famílias e nas escolas são evidentes.

ANEXO II

DR RONALD PAGNONCELLE DE SOUZA

É pediatra e médico de adolescentes. Atuou durante vinte anos como médico escolar. De 1964 a 1991 foi professor adjunto do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo sido diretor da Faculdade de 1984 a 1988. Foi fundador e presidente da ASBRA (Associação Brasileira de Adolescência) e do CENESPA (Centro de Estudos e Pesquisa em Adolescência). Criou e dirige a revista científico-cultural bilíngüe *Adolescência Latinoamericana*. Publicou vários livros sobre o tema adolescência

Entrevista:

Dr Ronald, médico pediatra, formou-se em 1962, em 1963 foi estagiário da clínica pediátrica e em 1964 iniciou suas atividades como professor da UFRG (Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Iniciou como médico escolar em 1969. Já tinha se dedicado a outras funções, mas a escola onde estudou desde sua infância o convidou a trabalhar e passou então a desenvolver suas atividades nesta área.

Como no Brasil não havia ainda publicações médicas na área escolar, automaticamente foi buscar publicações na medicina estrangeira, principalmente na americana e as adaptou à escola.

Na medicina escolar trabalhou inicialmente com orientação sexual dos jovens. Já antes de 1965 houve um congresso de psiquiatria infantil na BA, onde apresentou trabalho de orientação sexual. A pediatria então já começava a se introduzir na adolescência.

Em 1969 ajudou a organizar em Porto Alegre, o Instituto Kanner, que era uma instituição psiquiátrica multidisciplinar composta por pediatras, psiquiatras,

neurologistas para atendimento da Infância e adolescência. Participava deste instituto: Luís Carlos Osório, psiquiatra e psicanalista, Newra Rota, neurologista, entre outros.

Os psiquiatras e ginecologistas foram os primeiros profissionais a atender os adolescentes. Foi por necessidade, pois não havia especialistas na área.

No Brasil, a pediatria oficialmente começou a assumir o atendimento do adolescente com a criação em 1984 do Comitê de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Desde então fez parte deste comitê, foi três vezes presidente e organizou oito congressos sobre adolescência. Criou o primeiro manual da adolescência publicado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

G: Como a adolescência passa a ser uma especialidade do pediatra?

R: A pediatria assumiu a adolescência porque realmente era uma sociedade grande, uma sociedade organizada. Recentemente o reconhecimento da adolescência como especialidade pertence a SBP, isto é, é de responsabilidade do pediatra o atendimento do adolescente.

G: Houve controvérsias com outros especialistas ?

R: Na organização da especialidade, as controvérsias eram muito grande. Existe uma resistência muito grande dos médicos à especialidade, primeiro porque roubam uma fatia do mercado. Por outro lado, o pediatra de uma maneira

geral não estava preparado e pouco se interessava no atendimento do adolescente. Somente agora que começa a surgir o interesse após tantos anos. Mas não são muitos os profissionais que se dedicam ao adolescente. A SBP sempre teve medo de perder esta fatia, então fez força para conseguir levar para a pediatria.

G: Como é o relacionamento com outras áreas que não seja a área médica? Isto é, com a equipe multiprofissional?

R: O exercício multiprofissional não é muito fácil. É difícil reunir assistentes sociais, pediatras e psicólogos. As equipes geralmente que lidam com adolescentes ficam muito doentes e é muito difícil que funcionem adequadamente. Criaram-se os serviços com dificuldade. O adolescente não é brincadeira, ele atua e provoca instabilidade da equipe.

G: Existe uma justificativa médica para o aparecimento desta especialidade. Os artigos e livros geralmente são enfocados em sua maioria os aspectos psicossociais.

R: A especialidade na verdade é uma invenção. O adolescente é uma invenção nova. Tem muitos ortopedistas, neurologistas especialistas em adolescentes. Tem pediatra que atende bem e tem pediatra que atende muito mal, pois não tem o preparo, a disponibilidade real de aceitar as dificuldades do adolescente como: não voltar à consulta, não informar, não cumprir com as regras recomendadas.

G: Pode-se dizer que é uma questão mercadológica?

R: Pode ser uma questão mercadológica, mas o pessoal se engana um pouco se for entrar nesta especialidade por questões mercadológicas, pois o desenvolvimento da especialidade não é muito fácil e a clínica também não é muito grande. Mas sem dúvida é uma fatia do mercado. Nós não pensávamos nisto quando começamos, e sim na oportunidade que tínhamos de cuidar e conhecer. Entendia as coisas como uma necessidade. É interessante notar que foi uma época que expandiu o desenvolvimento dos dois extremos da pediatria: a neonatologia e a adolescência.

G: Houve mudanças significativas desde o início de seu trabalho, em 1969 até os dias de hoje? Como o Sr. vê as mudanças culturais?

R: Acho que o que houve foi um maior reconhecimento deste período de desenvolvimento, uma maior valorização do adolescente. Os profissionais, pais e professores passaram a ser mais instruídos, a mudança de um regime autocrático em que vivíamos possibilitou uma maior liberdade. O que não foi muito bom, pois o adolescente precisa de uma certa continência, precisa de controles, limites e parece que os adultos resolveram imitá-los. Muitos adultos se vestem como adolescentes e usam suas linguagens e seus costumes. Mas pelo menos ele é reconhecido e tem o seu espaço: ele pode falar e pode participar.

Houve também os novos paradigmas da época contemporânea, a pós-modernidade, onde houve a vulgarização e a banalização da sexualidade, a desvalorização pela liberdade. Ficou tão banal que perdeu-se a consistência. Foi

uma coisa muito séria. A sexualidade por exemplo, é uma vivência importante para a fase de desenvolvimento do adolescente. Hoje eles estão utilizando os recursos do sexo sem usufruir. Tenho a impressão que o afeto, o amor, a ligação romântica perderam muito a consistência.

G: A prática da medicina do adolescente é diferente nas diferentes classes sociais?.

R: As unidades de saúde geralmente organizam a medicina do adolescente através de uma equipe multidisciplinar, e nas classes sociais com um melhor poder econômico o atendimento inicialmente é exclusivo do pediatra. Mas os objetivos são os mesmos. O que vemos são programas: gestação na adolescência, obesidade, etc. Mas de qualquer maneira na clínica da adolescência enfoca-se os aspectos médicos e psicológicos com as orientações psicológica e familiar.

G: Além da saúde escolar, existiram outros interesses que o motivaram a permanecer nesta especialidade?

R: O estudo do adolescente sempre me interessou pois não gosto de superespecialização. O adolescente não permite superespecialização, você tem que ter uma visão global dele. Eu fiz cardiologia infantil dois anos e durante dez anos trabalhei no estado como cardiologista pediátrico. Eu sempre tenho esta tendência de criar, ajudar a fazer crescer. Mas a mortalidade na cardiologia infantil era muito grande, então perdi o encanto.

Sempre interessei-me no estudo do comportamento e comecei a estudar o adolescente. Eu gosto do geral, conhecer o indivíduo como um todo. Todo paciente merece uma assistência global e hoje a medicina se superespecializa, inclusive na pediatria. Se nas outras faixas etárias o paciente merece um atendimento global, na adolescência este atendimento é obrigatório.

G: Como foi a gênese da medicina do adolescente?

R: O estudo da adolescência iniciou-se em princípio com a prevenção e riscos, com aspectos psicossociais, estudando o escolar, a sexualidade. Agora não, estuda-se em outras especialidades como na otorrinolaringologia, na ortopedia. Poderia-se dizer que estuda-se medicamente.

Iniciou-se através de palestras, conversas entre profissionais e depois procurou-se colocar em livros para consolidar. Surge os manuais, os livros. Existe logicamente um interesse de moda, de mercado. O meu interesse não, os meus livros saíram da minha cabeça. Já era ideologia minha, pois iniciei com a criança e posteriormente o adolescente.

Meu primeiro livro “Nossos filhos” não o publiquei antes de ter filhos. Fui ter meus filhos após dez anos de casado e não poderia escrever e publicar um livro sobre crianças sem antes ter tido a experiência de pai. E realmente eu mudei. Modifiquei meu esquema de trabalho após o nascimento de meu filho. Procurei ficar mais em casa para ficar mais próximo a ele.

A construção teórica da medicina do adolescente baseia-se na literatura médica, psicossocial e vivência. Eu escrevia e depois procurava ver a bibliografia.

Sempre fiz o seguinte: eu tinha a coragem de definir algumas coisas que até eu ficava com medo, ficava procurando ansiosamente alguém que estivesse escrito igual. Por exemplo: eu fui o primeiro médico que descreveu que a criança quando está com os dentes nascendo tem febre, saliva e evacua pastoso. Como sabemos isto é comum, é normal e funcional. Na época os colegas não aceitavam isto e hoje aceitam.

Na psicologia procurei conceitos básicos como por exemplo: os conceitos clássicos de Anna Freud e de autores psicanalistas do Rio Grande do Sul, como o Luís Carlos Osório e o José Ottoni Outeiral. Não procurei fixar numa coisa literada, eu trabalho com conceitos básicos. Quando tenho uma explicação por uma corrente teórica, eu adoto e não fico discutindo se tem razão ou não tem razão. Se eu acho que ela vai dar certo, eu pratico. Se a teoria explica e me é simpática, eu adoto. Não sou um contestador.

Nos outros segmentos teóricos como na ginecologia, na otorrinolaringologia, na dermatologia, procuramos aplicar os conceitos de quem trabalha melhor.

Cada grupo, São Paulo, Rio de Janeiro, tem característica próprias de construção, mas todos procuram trabalhar com colaboradores. Em São Paulo a Hebiatria pertence ao setor pediátrico; no Rio de Janeiro iniciou-se com a medicina interna.

No Rio de Janeiro pegou-se na psicologia as teorias de Donald. W. Winnicott. já debulhadas pelo Outeiral, Luís Carlos Osório, etc.

Na verdade o mérito da especialidade não é nosso, e sim da psiquiatria, principalmente do Luís Carlos Osório. Eu fui esperto, organizado e a

Sociedade Brasileira de Pediatria utilizou-me para iniciar a especialidade. Poderia se dizer que sou um ladrão de literatura.

Mas a prática pediátrica constrói-se assim, pega-se o que é mais importante de cada autor e adapta-se à Pediatria.

Meu trabalho no consultório são estas experiências literárias e de vida. Eu por exemplo sou contra bater nos filhos e também não bebo e não fumo. O paciente que passa a conviver comigo, acaba assimilando alguns aspectos bons meus.

G: O Sr. Utilizou algum método de pesquisa no desenvolvimento dos conceitos da hebiatria?

R: Eu sempre usei orientadores. Na faculdade sempre tive uma assessoria muito boa. Nas pesquisas de campo sempre me ajudaram. Escrevia sobre outros temas ligados a pediatria: Distúrbio hidroeletrolíticos, equilíbrio ácido – básico, que eram pioneiros no Rio Grande do Sul. Pesquisávamos em autores estrangeiros, montávamos textos e publicações.

Na adolescência as pesquisas são mais qualitativas, temos que pesquisar em autores de outras áreas da ciência e não só da medicina.

Outra maneira de escrever meus artigos era pegar autores estrangeiros, que eram muito complexo e dar uma visão prática e pedagógica para médicos e pais. O meu objetivo era tornar de fácil compreensão os conceitos complexos. Isto sempre foi a minha missão, não gosto de complicações.

Um livro fantástico é do Graña que escreve com o Outeiral. Ele mostra o que é psicoterapia. Tem a coragem de se meter na vida do jovem.

Eu peguei em várias competências os conceitos fundamentais, que achava importante. Por exemplo: o desenvolvimento psíquico da criança era muito pouco conhecido pelos pediatras. A minha intimidade com os psiquiatras fizeram eu me interessar pela psicanálise e a minha amizade com o grupo, foi possibilitando receber dados.

G: Porque o Sr. afirmou que a adolescência é uma invenção ?

R: Porque ela é um fenômeno psicossocial. A puberdade é biológica, conceitual e aparece de qualquer forma. A adolescência é um fenômeno cultural. Se o indivíduo começa a trabalhar cedo, com nove anos, ele logo tem responsabilidades, não vive, ele pula processos, fica um adulto com problemas que retorna ao comportamento do adolescente mais tarde.

No processo adolescente o sujeito sofre tem que habitar um novo corpo que muda rapidamente.

G - Como o Sr. vê a época atual da telemática?

R: A medicina do adolescente é mais uma prática do que propriamente uma teoria. A Internet, os computadores, eu não vejo como grandes problemas, a não ser, é lógico os maníacos, que usam compulsivamente o computador e incomodam os pais. O adolescente se isola muito, e os conflitos que encontro na prática são os mesmos de antigamente, ou seja os conflitos de relacionamentos humanos: pais / filhos, namorado / amigos.

G - O Sr. vê mudanças no adolescente nas últimas décadas?

R: Sim. E foi provocado pelos adultos. O adulto que permitiu que as coisas do adolescente viessem para mais cedo. Uma vez fui a uma festa de aniversário de oito anos. Os pais arrumaram um bailinho, as meninas de um lado e os meninos de outro. Estavam envergonhados quando um garoto apareceu com uma bola. Os meninos foram jogar e as meninas foram para a arquibancada assistir. O estímulo da sexualidade vem dos adultos.

G: Dr. Ronald, o Sr. acredita que é necessário a formação de especialistas para atender ao adolescente?

R: Questiona-se atualmente a validade da formação de especialistas em adolescência. Pensa-se que o atendimento dos adolescentes deva ser feito pelos pediatras, e pelos práticos gerais, deixando para os especialistas em adolescência a criação de serviço de formação de pessoal universitário, o treinamento dos estagiários desse serviço, e orientação de casos especiais. Não há interesse portanto da formação de um grande número de especialistas, ao contrário deseja-se que todos os médicos saibam atender os adolescentes quando nas suas práticas fizerem necessário.

Dr. Ronald, o Sr. foi o criador da revista Adolescência Latino-Americana?

R: Eu, juntamente com o Dr. Carlos Bianculli, da Argentina. Criamos a revista *Adolescência Latino-Americana*, que tem um caráter científico – cultural, multidisciplinar, bilingüe, que tem uma distribuição regular para sócios da Associação Brasileira de Adolescência e da Sociedade Argentina de Saúde Integral do Adolescente.

ANEXO III

PROFESSORA DOUTORA MARIA IGNEZ SAITO

Professora, colaboradora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP, Doutora em Medicina – Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP. Médica-Chefe da Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HC – FMUSP.

Entrevista:

A Idéia da medicina do adolescente surge de alguns grupos isolados em termos de Brasil. Os países desenvolvidos foram os primeiros a estruturar os serviços de atendimento ao adolescente Aparece exatamente no momento em que você deixa de se preocupar totalmente com a criança. É importante que se tenha o conceito de que a Medicina de Adolescentes vê o indivíduo de uma forma biopsicossocial, ou seja, não existe espaço para cisão corpo e mente. O enfoque para o exercício da Medicina de Adolescentes é a abordagem multidisciplinar, porque essa abrange uma série de aspectos. Mas, mesmo dentro da área médica, houve ampliação da proposta do médico em retratar o saber médico voltado para o indivíduo inteiro, um todo indivisível, e não apenas um indivíduo orgânico. Uma questão importante para complementar o atendimento de adolescentes com outras áreas do conhecimento é não perder de vista que o indivíduo não deva ser dividido, inclusive por área de atuação dos vários profissionais, continuando um ser indivisível. Por exemplo, quando se encaminha um cliente adolescente para um psicólogo ou para um psiquiatra, não é porque ele tenha um problema mental que só foi considerado após investigação exaustiva que não tenha detectado um

comprometimento orgânico, devendo ser mantida uma proposta de complementação entre área clínica e psicológica no acompanhamento deste adolescente.

A idéia é que freqüentemente possa existir uma ampliação da visão daquele indivíduo enquanto sujeito, enquanto construtor da subjetividade dele e isso é importante porque é o paradigma que orientou a proposta da medicina do adolescente. Eu tenho o privilégio de ter visto a medicina do adolescente crescer, porque como eu sou bem antiga, a unidade de adolescente do Instituto da Criança do Hospital de Clínicas de São Paulo é a unidade pioneira de medicina do adolescente no Brasil. Ela nasceu em 1974, exatamente com a Dra Anita Colli que tinha voltado dos Estados Unidos trazendo uma visão nova, de propostas para adolescentes, e eu me inseri aqui em 1976. Por muitos anos a gente teve a oportunidade de ver a medicina do adolescente construir uma identidade em termos de Brasil. Ela agora ocupa um espaço real, ela cresceu e se formou, tem uma identidade, ela tem assim uma maioria, agora ela tem um contexto de fato para existir. E também foi importante não perder de vista que o nosso adolescente não é exatamente os adolescentes da literatura americana, nosso adolescente é nosso adolescente, tem um perfil e características claras em termos de Brasil. Um país digamos de geração de propostas regionais muito relevantes e muito diferentes dos outros países. Estas diferenças freqüentemente aparecem entre educadores e educandos, entre os profissionais da área da saúde, médicos e a clientela. E tem que ficar claro isso, o adolescente é uma história, e é com essa história que a gente vai trabalhar, inclusive para que se possa atingir um espaço de diálogo para resolver os problemas. A gente vê isso com gravidez, com violência, porque são contextos diversos, não é que você vai admitir a violência, mas você vai ter o entendimento

talvez maior do que esteja acontecendo com aquele indivíduo. Basicamente a gente faz uma construção teórica para registrar na medicina do adolescente.

A medicina do adolescente surge ligada às universidades, e sempre teve um cunho multidisciplinar admitindo outros profissionais de saúde e isso foi se ampliando para outras áreas. Assim fez-se parceria, por exemplo, com a área de Educação. Eu trabalhei dez anos com escolas e o professor é o educador por excelência, sendo a escola um espaço fundamental para a prevenção realizada fora dos muros hospitalares e das universidades. Eu trabalhei com escola, com comunidade, com agentes de saúde, e atualmente venho trabalhando com o Programa Saúde da Família, com a idéia de ampliar cada vez mais o campo de inserção da saúde do adolescente com suas características e singularidades. A medicina deveria se preocupar muito mais com a saúde, mas ela freqüentemente se preocupa muito com a doença. No contexto da saúde do adolescente é exatamente o oposto, ainda o enfoque principal é prevenção.

G: Doutora, quais as dificuldades que a senhora teve na construção da especialidade?

Olha, tudo o que é novo é mais difícil. Então ela começou com grupos muitos pequenos, a preocupação era de alguns, alguns poucos, por exemplo, ela aparece aqui em São Paulo em 1974, quase concomitantemente a gente não tem exatamente as datas, tinha o grupo do Rio de Janeiro da UERJ, que teve um outro contexto, uma trajetória um pouco diferente, a gente partiu da pediatria e das áreas ambulatoriais através de uma proposta de prevenção; no Rio

de Janeiro eles partiram da enfermaria e da clínica médica. Se em São Paulo, para os pediatras o adolescente não podia ser visto como uma criança, no Rio teve o sentido que o adolescente não poderia ser visto como um adulto. Não podia ver o adolescente na extrapolação do adulto ou da criança, como por exemplo, eu diminuo a dose aqui, aumento a dose ali, eu o trato mais ou menos como criança, ou mais ou menos como um adulto, esse mais ou menos foi abolido no sentido de que ele é indivíduo, cidadão, e que vai ser tratado dentro do respeito as suas características e singularidades.

Então no Rio eles partiram das enfermarias e a gente partiu do ambulatório de pediatria, isso era muito interessante, por exemplo, no Congresso de Adolescência em que tinham pediatras e clínicos. Nos iniciamos na pediatria porque a definição da pediatria é trabalhar com seres em crescimento e desenvolvimento, então o adolescente estava aí, só que ele não estava em lugar nenhum inicialmente, porque só se ele tivesse uma patologia que ele era levado por exemplo, para o cardiologista. Se ele tem um sopro, ele ia para o cardiologista e não tinha um espaço de atenção ao indivíduo, tinha um espaço de atenção para as doenças dele. Se ele estivesse saudável não motivava maiores interesses.

Quando se ampliou o conceito de risco deixando de ser somente epidemiológico para ficar também na ordem do contexto da saúde mental, por exemplo, o risco visto como envolvendo um comportamento, ajudou a visão de que era importante a prevenção e de que o adolescente era singular, e que muito dos riscos estava em cima dos adolescentes por ser uma fase de transição. Tudo o que é de transição é mais vulnerável, então se ampliou esse conceito e se inseriu a proposta da medicina do adolescente junto a pediatria.

Mas na época a pediatria acabava com 12 anos, sempre acabou com 10 ou 12 anos, sempre se transferiu o indivíduo para o clínico, o ginecologista, o especialista depois dos 12 anos. De repente com 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.

Mas dentro da proposta da medicina do adolescente se tentava inseri-la no contexto da pediatria e fomos a luta, porque tudo foi uma luta. Primeiro você teve que motivar os interesses das pessoas, quer dizer, nós éramos poucos a lançar sementes, mas fizemos assim com bastante persistência. Então começaram a aparecer os outros grupos, só para você ter uma idéia, o primeiro seminário que foi promovido pelo Rio, era um seminário para quem trabalhava com adolescentes na América Latina e conseguiu reunir somente 38 pessoas e não se limitou à América Latina, pois teve a participação do México, da América Central, pelo menos. E eram poucos, mas nesse seminário todo mundo viu que os outros serviços existiam, que tinha um ponto de apoio, foi nesse seminário que surgiu a idéia do pré-natal específico em adolescentes, que foi feito pela UNICAMP. Esse pré-natal, até hoje é um serviço grande e muito bem conduzido. Mas mesmo assim era difícil implantar, tudo que é novo é difícil de ser implantado. A pediatria queria discutir diabetes, ela não queria discutir medicina do adolescente, mesmo porque o adolescente era visto como “saudável”, não é. Só que ele é saudável em termos. Primeiro que no nosso país ele não é tão saudável, porque a quantidade de indivíduos de baixa renda é enorme e muitos chegam na adolescência meio como sobreviventes mesmo, com baixa estatura, pela desnutrição, com atraso na maturação sexual, cheio de

pequenos problemas de saúde, muitos tinham problemas ortopédicos, enfim, era de problemas de patologias assim que chegavam a nós os adolescentes.

Mas o principal enfoque pelo qual a gente sempre se bateu foi no aspecto de prevenção, levando em conta, por exemplo, o flagelo que foi gravidez na adolescência, que desde 1975 estamos falando que isso ia acontecer. O primeiro Congresso Brasileiro de Adolescência se deve a algumas entidades de pediatria, na época o Prof. José de Nobrega bancou essa proposta da medicina do adolescente dentro da Sociedade Brasileira de Pediatria. Foi a maior conquista, foi o primeiro congresso.

Este congresso motivou as pessoas, e iniciamos programas paralelos com a secretaria da saúde. A secretaria da saúde sempre teve preocupação com a medicina do adolescente. A Albertina foi uma batalhadora incansável. A Albertina tem uma proposta política muito clara, envolveu cada vez mais os secretários de saúde e até o governo do estado. E nós viajavamos por esse Brasil, que você não tem nem noção como, sem patrocínio sem nada. Dei um curso uma vez no Mato Grosso em que os indivíduos chegavam a uma hora da manhã, davam aula durante o dia e iam embora as 3 horas da manhã do dia seguinte para poder fazer o curso, mas era um pessoal que acreditava. Então eu acho que a medicina do adolescente foi o esforço de alguns, que conseguiram conquistar a proposta para muitos. Agora são muitos os que se interessam pela medicina do adolescente. Ela tem um impacto claro dentro da pediatria, enfim tem uma área de habilitação com título de especialista, você presta os exames igual ao TEP (título de especialista em pediatria); precisa inclusive ter o TEP, precisa ter dois anos de trabalho em serviço reconhecido, um trabalho de formação para as pessoas. Nós éramos autodidatas, todos nós fomos, porque essa coisa da literatura, ela é relativa

por que a gente não encontrava o adolescente que estava lá. O professor Mauricio Knobel, quando descreveu a Síndrome da Adolescência Anormal, a gente até via em suas definições algumas características, mas muito importadas. Mas dentro por exemplo da proposta de sobrevivência, quando você tem que sobreviver você não elabora tanto, mesmo porque o neurônio é uma coisa que precisa funcionar, para ter problemas psicológicos você precisa ter neurônios.

Agora muitas das necessidades dos jovens, eram necessidades de descobertas, eles finalmente descobriam que tinham alguns direitos. Era muito interessante isso aqui no serviço da gente, eles se descobriam tentando formar alguma opinião sobre alguma coisa, tentando discutir. Partia da nossa proposta o resgate do adolescente, que eles se comportassem como adolescentes, se inserisse em questionamentos, que tivesse um projeto de vida, procurando algum tipo de realidade viável. Então foram anos de trabalho, muito trabalho, talvez não realizados por tantos, mas esses eram extremamente envolvidos e a coisa se efetivava.

Quando você olha o Brasil a gente conhece os valores das pessoas até hoje. E muitos passaram pelo serviço, muitos, outros a gente foi tendo contato, o Ronald P. de Souza, por exemplo, que foi pioneiro no Rio Grande do Sul, ele de repente aparecia nos fóruns que a gente tinha. O ministério montou uns fóruns para discutir medicina do adolescente no país, aí aparecia o Rio Grande do Sul, aparecia Belo Horizonte, as pessoas tinham os seus serviços e de repente aquilo unia forças mesmo, vamos fazer, vamos lutar propostas, vamos batalhar, então hoje é absolutamente tranqüila a existência da medicina do adolescente, inclusive totalmente encampada pela Sociedade Brasileira de Pediatria no departamento de adolescência.

“Ainda dentro da idéia de um trabalho multiprofissional e multidisciplinar, surgiu, em 1989, a Associação Brasileira de Adolescentes (ASBRA), com o intuito de reunir profissionais médicos e não médicos. O médico continuou tendo a oportunidade de ampliar seus horizontes e de resgatar a idéia do *indivíduo ser humano total*, recebendo contribuições do Serviço Social, da Psicologia, da Sociologia, da Educação... Cabe lembrar que outras áreas da Medicina, como a Ginecologia e a Psiquiatria, foram fundamentais para a atenção integral à Saúde do Adolescente; o mais interessante é que todas essas pessoas conseguiam trabalhar juntas.”

Ainda dentro da idéia de um trabalho multiprofissional e multidisciplinar, surgiu, em 1989, a Associação Brasileira de Adolescentes (ASBRA), com o intuito de reunir profissionais médicos e não médicos. O médico continuou tendo a oportunidade de ampliar seus horizontes e de resgatar a idéia do *indivíduo ser humano total*, recebendo contribuições do Serviço Social, da Psicologia, da Sociologia, da Educação... Cabe lembrar que outras áreas da Medicina, como a Ginecologia e a Psiquiatria, foram fundamentais para a atenção integral à Saúde do Adolescente; o mais interessante é que todas essas pessoas conseguiam trabalhar juntas.

Mas durante muitos anos ela foi uma proposta de parceria, então se reuniu departamentos porque dentro da USP não é fácil, não é tão tranquilo. Mas nós temos vínculos concretos de muitos anos estabelecidos com a ginecologia, com o pré-natal para a adolescente, que surgiu na obstetrícia em torno 1992/93. Trabalhamos com eles desde 1996 atendendo os filhos de mães adolescentes e da prevenção da segunda gestação. E não tem outro jeito de funcionar, ou você dá uma atenção a adolescente grávida ou ela volta a engravidar. A parceria existe também

com a psiquiatria, principalmente com as drogas, temos atuado junto com o CERECA, e fora a gente trabalha com a secretaria da saúde, trabalhamos também com a UNICAMP.

Desde o começo tem uma troca de conhecimentos entre profissionais, o pessoal do Rio, por exemplo, são parceiros, porque começamos a nos conhecer já nos primeiros congressos que tinha somente meia dúzia de pessoas. Ficávamos numa sala que era minúscula. Era até engraçado, pois somente quando terminava o congresso, que a organização nos dava algum espaço de tanto insistir-mos. Colocavam um tapumezinho em alguma sala e colocavam a medicina do adolescente lá: “já que eles estão insistindo tanto...”. Era assim, a platéia e apresentadores eram as mesmas pessoas que se revezavam, um assistia o outro, até que chegou o dia em um dos congressos que a gente não coube em sala nenhuma, nós tivemos que ter o auditório, tivemos que repetir cursos em congressos. De repente a coisa deu muito certo, tinha muito serviço.

G: O Rio de Janeiro ainda está na clínica médica? Ou não?

Não, há um ano está na pediatria. É um serviço enorme o da UERJ que já não faz mais parte apenas a enfermaria de internação. Possuem ambulatorios imensos e tem trabalhos comunitários em favelas. O Rio é um exemplo de crescimento.

G: O Conselho Federal de Medicina colocou como área de atuação da pediatria...

Atualmente, há uma tendência em se considerar o atendimento do adolescente como especialidade médica, o que não autoriza o indivíduo que não seja considerado um especialista, mas se propõe a atender essa faixa etária, possa saber menos, pois ele deverá realizar diagnósticos e encaminhamentos pertinentes.

G: Por que não poder ter duas especialidades juntas?

Não, a área de atuação ela vem dentro da área da medicina em que mais trabalhou, se destacou, conteve, informou pessoas, que é a pediatria. Agora isso não invalida a proposta de outras áreas, por exemplo, ginecologia e obstetrícia eles tem uma área dentro da medicina do adolescente, porque eles foram tão importantes que mudaram o conceito de gravidez de risco. Porque todo mundo achava que gravidez de adolescente era gravidez de risco. Se você pega a definição da Organização Mundial de Saúde em 1973/1974 vem lá escrito gravidez de risco. Só que se pensava em risco pela idade, risco biológico e posteriormente isso se modificou. Se tiver um bom pré-natal, se ela tiver condução anterior, não for uma desnutrida, se ela comparecer ao pré-natal, se ela tiver assistência, a gravidez é igualzinha, é lógico que o risco aumenta se for com 10, 11 ou 12 anos é claro, é muito precoce, aí é outra questão. O desempenho obstétrico inclusive é muito bom, não precisa noventa e não sei quantas cesáreas, os índices são de 10 – 12% de cesáreas, nos bons serviços de adolescentes, não precisa mais que isso.

No entanto nós estamos caminhando. Ela é a área de atuação de outras especialidades, mas a pediatria teve essa proposta de poder dar o título de

especialista e isso é importante para convênios, trabalho, etc. As parcerias com as outras áreas são fundamentais, e a evolução da medicina do adolescente nas outras áreas também é importante. É uma postura, antes de mais nada, atender o adolescente. Não é porque você é endocrinologista ou até intensivista não pode atendê-lo. Atender o adolescente é postura, é privacidade, é confidencialidade, são princípios éticos que orienta essa proposta, além da proposta de prevenção, para você fazer prevenção, você tem que ter proposta ética, você tem que ter espaço e dar espaço, se não você não consegue atender.

G: Por ser menor de idade perante a lei, não há o conflito ético, por exemplo em adolescentes que querem consultar sem o conhecimento dos pais?

A abordagem do adolescente é baseada em princípios éticos de privacidade e confidencialidade (Artigo 103 do Código de Ética Médica) que permitem a realização da proposta de prevenção, de grande importância principalmente nessa faixa etária, na qual estão, freqüentemente, presentes a vulnerabilidade e o risco. Este último envolve, por exemplo, o exercício da sexualidade, fazendo-se necessária a prevenção da gravidez precoce e das doenças sexualmente transmissíveis, através da educação sexual. A contracepção na adolescência é parte dessa educação, sendo, porém, ainda um ponto polêmico de discussão, por uma provável dicotomia entre ética e lei. Esta dicotomia tem se atenuado com o respaldo do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Conferência do Cairo +5, que retificaram o direito do adolescente de ser atendido de maneira privada, sendo mantida a confidencialidade em relação à atividade e orientação sexual.

Tendo em vista um espaço de discussão que unisse profissionais da área médica e justiça, foi organizado, em 2002, pela Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança, o fórum *Adolescência, Contracepção e Ética*, cujas conclusões serviram de embasamento para as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia sobre o tema. Foram abordadas questões tais como a atividade sexual em menores de 14 anos que ainda hoje é considerada, por lei, violência presumida (estupro). O receio dos profissionais de área médica, ao receitar o contraceptivo para essas menores, é serem coniventes com a proposta de estupro e, portanto, poderem sofrer punição legal. Só que, quando é do conhecimento do médico ser esta uma relação consentida, isto prevalece sobre a possibilidade de estupro, pois se assim não fosse considerado, poderia haver implicação de um rapaz, um jovem ou um adulto inocente como estuprador.

Então nós não podemos fazer isso, existe uma verdade médica que está no prontuário, o prontuário é um documento do médico, ele é do paciente, mas é um documento do médico, a relação é consentida sim, não tem estupro algum, e eu tenho que prevenir as consequências dessa relação, porque muitas vezes é solicitado pela adolescente que quer um método, que ela não quer engravidar. Agora isso faz parte de um contexto de educação sexual, de cuidado com o corpo dela, de auto-estima, ninguém é objeto do outro, inclusive o outro não pode decidir por você, quando é o seu momento ou quando não é, quer dizer você tem que fortalecer os adolescentes. Eles não são objetos, eles são sujeitos.

Então assim, esse fórum mostrou a preocupação de aproximar a lei da ética, porque pela ética nós estamos absolutamente protegidos no atendimento do adolescente, porque isso é Código de Ética Médica, agora a lei, bom a lei ela é

muito antiga, o código de processo civil penal é da época de Getúlio Vargas. Então é assim, há uma preocupação dos juízes em aproximar e modificar a lei, perceber a questão humana, a questão do ser humano. Os juízes não vai julgar com um papel na mão, ele julga uma situação, ele julga o que é melhor, a gente teve todo o respaldo, nos fóruns são registrados os nomes dos juízes participantes, ninguém se ressentiu em falar, está publicado e serviu como um código de ética que tem uma norma a partir de uma reunião. As diretrizes sairá pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Já está no Jornal de Pediatria e daqui a pouco já foram para vários congressos. Os pediatras recebem os encartes para orientação. Então é absolutamente legal a proposta de passar esse conhecimento para frente. Isso faz parte do conhecimento, desde o pediatra que vai ter que haver com as questões da sexualidade já que ele se propôs a atender.

Se o pediatra se propõem a atender o adolescente, fazer uma formação, ele não vai ficar de fora da sexualidade das pessoas: “- eu atendo amigdalite, diarreia, mas sexualidade não”; então não atende adolescente. Alias mesmo o pediatra que atende a criança, se ele não discute sexualidade não está atendendo direito. Porque sexualidade não começa na adolescência. Na hora que se forma a célula ovo já tem uma perspectiva dos pais, será que é melhor ser homem ou mulher? Isso já implica num papel aí até sexual. Então o pediatra deve falar de masturbação, de crise de exibicionismo da criança, e outros assuntos inerentes ao desenvolvimento sexual.

A medicina tem que estar em construção, a ciência está sempre em construção. Mas qual é a proposta frente ao avanço tecnológico que é impressionante e você quase não dá conta. Você tem que ter uma especialidade, porque a medicina não dá para você saber, por exemplo, oncologia e pulmão. Existe

as especialidades, porque a coisa se aprofundou e se ampliou de tal maneira, agora quem é o médico do adolescente na proposta? Não é o indivíduo que sabe menos, é o indivíduo que sabe tanto que ele é capaz de perceber exatamente quais são as necessidades do outro. Fazer diagnósticos e encaminhamentos muito pertinentes, e também analisar as condutas de outros especialistas. Apesar do avanço tecnológico, o cuidado para um bom atendimento não deve somente considerar se o cliente adolescente vai realizar as tomografias necessárias e/ou as ressonâncias necessárias, mas sim que ele continue sendo visto como uma pessoa inteira. Apesar de que se possa estar preocupado com a possível alteração neurológica ou de qualquer outra ordem, é importante lembrar que a adolescência vem antes da doença. Apesar do avanço tecnológico, o cuidado para um bom atendimento não deve somente considerar se o cliente adolescente vai realizar as tomografias necessárias e/ou as ressonâncias necessárias, mas sim que ele continue sendo visto como uma pessoa inteira. Apesar de que se possa estar preocupado com a possível alteração neurológica ou de qualquer outra ordem, é importante lembrar que a adolescência vem antes da doença, ou seja, uma adolescente pode ter lúpus grave e não pode engravidar, só que a diferença é que uma menina lúpica que engravida o risco para ela não é um risco psicossocial é um risco de vida, ela pode morrer se não for tratada. Mas não podemos esquecer que está ali uma adolescentes com todos os conflitos próprios desta fase e também um ser em desenvolvimento. Então a adolescência vem antes da doença, isso tem que ficar claro. Então o direito de ser adolescente está vigorando para adolescentes com patologias graves, e com isso, o risco também está melhorando. E a atenção tem que ser integral da mesma maneira.

Hoje nos inserimos em vários ambulatórios de patologias, como nos adolescentes portadores de AIDS por exemplo. Porque nós temos uma geração de adolescentes que cresceram com AIDS pelos avanços do tratamento na criança. E veja aí a importância da educação sexual dentro deste indivíduo, ele tem direito a sexualidade, todo ser humano tem, mas eles precisam proteger o parceiro. Mas eles continuam sendo adolescente com risco de contaminar, inclusive o risco real, o que para os outros é uma hipótese para eles é uma realidade, eles podem contaminar.

G: Por que a medicina do adolescente está como área de atuação da pediatria e não como especialidade?

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. Mesmo frente a uma enfermidade de grande relevância, o médico de adolescentes deve estar se policiando constantemente para perceber que o rim e o fígado doentes estão dentro de uma pessoa. Quem faz um transplante por exemplo, um urologista que faz um transplante de rim, será que está tão claro que o rim vai para dentro de um indivíduo? A proposta em si é como fica a vida dessa pessoa, o que é êxito no transplante, ele estar vivo e ter o rim funcionando, mas como é que é para o adolescente transplantado? É essa a minha discussão.

ANEXO IV

Entrevista com a Doutora Tamara Beres Lederer Goldberg

Dra Tâmara Beres Lederer Goldberg, Professora Doutora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu , UNESP. Médica responsável pela implantação e organização do Ambulatório de Adolescência do Hospital das Clínicas da FMB-UNESP. Membro Representante da FMB-UNESP, junto a Comissão Científica de Saúde do Adolescente do Programa do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde.

Trajetória Profissional:

Dra Tamara - Eu fiz a pós-graduação em Medicina – Curso de Pediatria na USP - Universidade de São Paulo tendo como colega de turma a Dra Maria Ignez Saito, que já era médica assistente e trabalhava com a Profa. Dra Anita Colli, no departamento de pediatria, responsável pela Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do HC-USP. Tivemos o privilégio de tê-la como orientadora. Defendi o mestrado em 1984 e o doutorado em 1989. Em todos esses anos, permaneci lecionando e realizando assistência no Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu, quando em 1986, iniciei o trabalho com adolescentes, tendo como parceira e incentivadora a psicóloga Sônia Moraes Jaehn, professora doutora do mesmo departamento e mais dois colegas, um deles com especialização em endocrinologia pediátrica, Prof. Dr. Simões. Fomos então mapear a cidade, com um trabalho voltado para adolescentes escolares, que gerou capítulos de livro e artigos científicos que escrevemos sobre os aspectos psico-afetivos de adolescentes de

Botucatu. Trabalhamos na oportunidade, com adolescentes que estavam nas escolas, tendo de 13 a 18 anos, verificando aspectos familiares, sociais, do grupo de apoio, da sexualidade, enfim da trajetória de vida. Acredito que o desenvolvimento desse projeto trouxe um conhecimento, com o que lidaríamos quando implantado nosso serviço de adolescentes. Após essa experiência, solicitamos ao Chefe do Departamento de Pediatria autorização para iniciar o serviço de adolescentes. Nesta época, o chefe do departamento teve dúvidas da importância deste serviço, porém enfatizamos que já existiam, desde os anos de 1974/5 dois serviços de atendimento ao adolescentes, em São Paulo, chefiados um na USP pela Profa. Dra. Anita Colli e outro na Santa Casa pela Profa. Dra. Veronica Coates e um no Rio de Janeiro, pela Dra Maria Helena Ruzany. Em 1988, o então diretor da faculdade de medicina autorizou a implantação do ambulatório. Aqui, foi muito difícil iniciar algo novo. Nesse primeiro ano, acho que atendi de 15 a 20 adolescentes, no segundo atendemos 260 e então gradativamente o ambulatório se ampliou.

Em 1993, já tinha em mente que deveria contribuir com a formação em adolescência para o residente de pediatria e iniciamos com o R3. Seu estágio tinha duração limitada, três meses e participaram dois residentes da pediatria social, pois eu também atuava na pediatria social

Neste ano de 1993, fizemos uma solicitação à FUNDAP, implantando o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente, para profissionais não médicos, no caso assistentes sociais, surgindo o curso de aprimoramento. A demanda aumentava e as assistentes sociais aprimorandas passaram a participar dos ambulatório e inclusive este ano, conatmos com a 11^a

assistente social. Finalizado o curso, algumas passaram a atuar na FEBEM, nos presídios, com adolescentes em situação de risco, com deficiências físicas e mentais, escolas, etc.. Essas assistentes sociais foram assimiladas no mercado de trabalho, atuando em órgãos governamentais e programas do Sistema Único de Saúde.

Um ano depois, em 1994 instituímos a residência de terceiro ano opcional em adolescência. Entramos com o pedido de reconhecimento junto ao MEC, reconhecida oficialmente em 1995 e mais recentemente pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Nesses anos, apesar de termos formado 10 residentes em adolescência, nenhum deles foi incorporado à Instituição e continuamos absolutamente sozinhos. Alguns profissionais que tentaram ficar na academia, não tiveram oportunidade, pois a instituição parece não ter interesse em ampliar o serviço. Por exemplo, nestes dois últimos anos, uma professora de Educação Física, ficou como voluntária no ambulatório, enquanto desenvolvia seu mestrado, sob minha orientação. Profissional brilhante e que teria um valor incrível atuando junto a adolescentes, não se apresentou a oportunidade de seleção. Ela passou em primeiro lugar na UEL, onde foi contratada.

Atualmente temos cinco alunas do curso de nutrição, alguns alunos da graduação em medicina e alguns especializando, mas a sustentação dos ambulatórios se baseia no meu atendimento e naquele da aprimorada de serviço social. O trabalho dela consiste em fazer uma avaliação social do paciente e seus familiares e após, uma busca das oportunidades de inserção na comunidade. Uma psicóloga com atividade mais efetiva, participa de dois ambulatórios por semana. É importante ter um psicólogo atuando conosco, da mesma forma como fomos

detectando outros profissionais ligados a outros departamentos, que tinham interesse em trabalhar com adolescentes.

Por exemplo, tenho uma colega na ginecologia que desenvolve assistência e pesquisa na área de ginecologia endocrinológica, que é a Profa. Anaglória Pontes. A endocrinologista do Departamento de Clínica Médica, Profa. Ana Valéria de Barros, tem recebido nossos pacientes e colaborado na formação do R3. Procuramos fazer com que o R3 tenha uma formação a mais ampla possível. Ele realiza parte de sua formação na dermatologia, na endócrino-ginecologia, na endocrinologia, na psicologia sob a supervisão da Profa. Sueli Terezinha Ferreira Martins e na sociologia, tendo a Profa. Margareth Aparecida S. de Almeida, como responsável. Seu programa difere daquele fornecido por outros institutos de adolescentes, nos quais o residente fica junto com o pessoal da pediatria. Aqui ele sai com uma formação global, tem todas as tardes de quarta-feira duas horas de aulas teóricas com os professores da psicologia, e participa dos mesmos seminários desenvolvidos para alunos da psicologia e psiquiatria, atividade que frequenta por um ano. O residente pode passar também pela MI (moléstias infecto-contagiosas), para aprimorar seus conhecimentos sobre aids e outras doenças. Quando ele finaliza seu R3, julgo estar realmente pronto a lidar com adolescente, atuando de forma global. Evidentemente, ele não irá competir com nenhum profissional especialista, pois ele saberá até onde vão os seus conhecimentos em ginecologia, em endocrinologia, etc.. Ele saberá como e o que encaminhar, tendo um conhecimento mais profundo do adolescente. Acredito ser esse um dos pontos positivos de sua formação.

Há um fato interessante que gostaria de citar: dois anos atrás tínhamos apenas uma vaga de R3, uma segunda aluna que não foi contemplada com uma bolsa, tornou-se estagiária na USP. Algum tempo depois, tivemos liberada outra bolsa para R3 aqui, e essa residente acabou retornando, acreditando que talvez sua formação seria mais ampla do que aquela obtida na USP. A tentativa da interdisciplinaridade é a mesma, sendo interessante que o profissional em formação absorva o que o outro profissional tem a oferecer, complementando-o e interagindo. Lucram os profissionais e os pacientes.

G: Quais as dificuldades que você teve?

As dificuldades foram muitas, primeiro para instituir o trabalho, e em algumas áreas, os professores consultados sobre a possibilidade de uma atuação conjunta assim se reportavam ao departamento de pediatria: *“Olha vocês nos roubaram as crianças”*, teve um professor que usou esta terminologia, *“Vocês agora não vão querer roubar também os adolescentes”*. Então fica explícito o pensamento vigente dentro de uma universidade.

Para trabalhar com adolescentes é necessário aceitá-los sem preconceitos ou barreiras, acolhendo-os. O primeiro passo foi detectar nas diversas clínicas os profissionais com esse perfil

Na dermatologia uma forma de atendimento não própria ao adolescente, ou a outras faixas etárias era preconizada. O paciente retirava toda a roupa e colocava ou não um avental, independente se criança, se adulto ou adolescente. Era feita uma roda de alunos, residentes e professores que ficavam analisando as lesões dermatológicas. Isso era um absurdo, não se preservava a individualidade, a auto-imagem, o direito ao sigilo. Os nossos R3 repudiavam tal comportamento, apesar de considerar o estágio excelente quanto ao aprendizado

teórico e prático. A mesma atitude ocorria em outras clínicas. Acredito que ultrapassamos esses eventos através da humanização ao atendimento.

Outro ponto, que interfere na consolidação do atendimento, é você além de implantar, implementar o serviço. Não restou ninguém para nos ajudar após formados, até o presente momento. Eu nunca obtive essa vaga para contratar outra pessoa e dos 10 R3 que formamos, todos foram absorvidos em outros municípios do estado ou fora de São Paulo. Então, tenho profissionais na Bahia, no Espírito Santo, em Minas, etc., que não voltariam mais para cá. No ano passado, quando o serviço ficou sem R3, com uma demanda cada vez maior, estando sozinha, os R2 de pediatria me ajudaram muito na parte assistencial. Há a falta de continuidade do processo, a própria assistente social chega muito inexperiente, ela conta com a supervisão do serviço social médico do HC, através da Assist. Social Rivânia P. Cardoso, mas quando ela já está treinada, quando compreendeu a problemática, quando já consegue entender o contexto, o ano de estágio está terminando e se desliga do programa. Então, tudo se reinicia no ano seguinte, são 10 ou 12 anos de “roda-roda-roda”. Isso é muito complicado, realmente acho que preciso de uma terapia. Estar sozinha é difícil, a porta está aberta para todos os tipos de atendimentos. Tem aqueles casos que vêm encaminhados pelo juiz, pelo conselho tutelar, atendimentos por abuso sexual, olha.. temos toda essa problemática aqui.

G: Quais os atendimentos mais frequentes no ambulatório de adolescência?

São os problemas emocionais, não tenho dúvidas, os transtornos de humor, a obesidade, os transtornos alimentares , 33% da nossa clientela é obesa ou

sobrepeso, é alarmante. Temos alunas da instituição, que fazem o curso de nutrição, veterinária e estão por aí, com anorexia ou bulimia. Torna-se imprescindível contar com profissionais da saúde mental. A primeira psicóloga que atuava no ambulatório, era lotada no departamento de pediatria, mas houve um problema, o departamento de neurologia e psiquiatria não aceitava tal situação, qual seja, de um psicólogo vinculado a outro departamento. Quando ela se aposentou, essa vaga foi extinta. Então todos os psicólogos estão no departamento de neurologia, só que não adianta você delegar a eles o atendimento do adolescente, não é assim que as coisas funcionam. Caso o profissional não se sinta bem em atendê-lo, aquele momento não será mágico.

Outra situação difícil, encaminhar o paciente para atendimento especializado em saúde mental, quando não se conta com um psicólogo ou um psiquiatra junto a você no ambulatório. Você não é informado efetivamente sobre o que está acontecendo com aquele paciente, qual a conduta tomada. Não fica documentado no prontuário o que está acontecendo, muitas vezes você não sabe qual medicação foi prescrita. Talvez o maior problema seja na área de saúde mental, por que eu entendo que não é ético você escrever no prontuário, mas eu não sei se você não deve fornecer à equipe de saúde, pelo menos alguma informação, porque algumas vezes você fica "perdido", sem saber se está atuando corretamente, se aquele comentário poderia ou não ser realizado.

G: Você acha necessário uma medicina para o adolescente?

Eu fico muito em dúvida, porque é passado para os profissionais através de textos básicos da medicina, que: “o adolescente é um ser saudável”. Mas

ele não é. Fazemos a prevenção de tantas doenças crônicas, já na infância e adolescência, das doenças infecciosas, etc.. Na prevenção da obesidade, o primeiro profissional a atuar é o pediatra e depois o médico do adolescente que vai dar continuidade nos próximos 10 anos, assim como na prevenção do diabetes; da hipertensão, das dificuldades escolares, das doenças sexualmente transmissíveis, da gravidez indesejada, na prevenção de acidentes e violência enfim, na realidade temos um contingente de adolescentes para orientar e tratar. Mas não somente na esfera psico-social, evidenciam-se também as doenças com uma grande prevalência de asmáticos, riníticos, constipados, lesões dermatológicas, alterações do fluxo menstrual, doenças do trato urogenital, alguns já trazem estas patologias da infância, ou as vezes surgem no decorrer da adolescência, confirmando que eles não são tão saudáveis quanto nós imaginamos, ou nos é transmitido, isso é um mito.

G: É necessário um médico para atender o adolescente? O pediatra não poderia atender?

Eu acredito que é necessária a especialização, porque existem alterações próprias da adolescência, como as alterações dos ciclos menstruais ou inúmeras outras citadas anteriormente. São doenças que o pediatra até pode ter uma formação, mas de uma maneira geral, encaminham para os especialistas. Atualmente é exigido na residência de pediatria, para a formação do pediatra geral, um tempo específico de assistência e discussão teórica abordando a adolescência. Se você não tiver um profissional capacitado, que atue junto a adolescentes, a

residência não será reconhecida pelo MEC ou pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

G: O Conselho Federal de Medicina colocou área de atuação e porque não especialização?

É diferente. Eu acho que poderia ser de especialização, mas você não pode ter dois títulos de especialistas, então logo que terminamos a residência em pediatria geral, nos submetemos a um exame, para obtenção do título de especialista em pediatria (TEP) e você não pode ter dois títulos de especialista, no caso em pediatria e em medicina do adolescente. Foi por esse motivo, que denominaram área de atuação. O Conselho Federal de Medicina colocou a Medicina do Adolescente como área de atuação dentro da pediatria.

G: O clínico não teria formação para tratar adolescentes?

Ele até poderia fazer o atendimento, desde que capacitado. Porém, tudo que cresce e se desenvolve é competência do pediatra. Os clínicos sempre trabalharam com pacientes adultos.

Você acha que o profissional de psiquiatria que atua com adultos pode trabalhar com adolescente? Ele pode... desde que tenha um treinamento, uma especialização.

G: De acordo com a definição de especialidade, pelo Conselho Federal de Medicina, a medicina de adolescente não poderia ser uma especialidade?

Ela poderia, mas eu não sei se já contamos com uma massa crítica para fazer isso. Sinceramente nunca pensei nessa possibilidade.

G: O médico pediatra escolhe atuar com adolescentes por ideologia ou por uma questão mercadológica?

Acho que as duas questões. Penso que primeiramente é necessário ter o perfil, a ideologia, mas também é preciso que o mercado comporte. Não tenho dúvidas disso, por volta de 1997, a UNIMED não repassava o valor da consulta ao pediatra que atendesse pacientes com mais de 12 anos. Essa consulta só era paga se realizada por clínico geral. À medida em que as pessoas foram fazendo o R3 passou a ser competência do pediatra. Atualmente exige-se que tenha o título de habilitação, obtido através de concurso.

O mercado comporta. Com 37 milhões de adolescentes tem que comportar, não é mesmo? Agora eu não sei, ...a experiência com meus ex-residentes é variável, alguns estão atuando apenas na medicina do adolescente, não no estado de São Paulo. Um ex-residente que está em Vitória só atua na área; outra residente que foi para a Bahia, imaginando que teria um mercado muito interessante, encontrou muitas dificuldades. então isso depende. Acredito que você não consegue sobreviver de nenhuma área, sem a complementação dos plantões

em pediatria. O começo é assim, mas depois, você conseguirá atender somente a especialidade. Outra coisa importante a salientar, é o desconhecimento da família em solicitar um profissional que lide com essa faixa etária. Há dois ou três anos, a UNESP firmou um convênio com o IAMSPE, onde são atendidos funcionários públicos, que têm a possibilidade de escolher os profissionais que os irão consultar. Nota-se que o atendimento está se ampliando como um todo, em todas as especialidades, mas muitos chegam surpresos e nos dizem: *“Professora, não sabia que tinha alguém com especialização para atender adolescentes”*, então acho que ainda falta divulgação.

G:Qual a concepção de adolescência?

Nós temos trabalhado com o conceito da Organização Mundial da Saúde, que engloba todo ser de 10 a 20 anos. Mas, temos alguns pacientes que permanecem no serviço até depois dos 20 anos. Perante a faculdade, procuramos limitar o atendimento à faixa preconizada. No hospital universitário, a enfermaria de pediatria aceitava internações até 12 anos de idade. Acima desta idade, os adolescentes ficavam acamados em todas as enfermarias. Agora, liberou-se até 15 anos completos para a enfermaria de pediatria, bem como para a UTI pediátrica. Ultrapassando esta faixa etária, irão para outras unidades de internação, por falta de espaço e acomodação.

G:Hebiatria ou medicina do adolescente

Pelo CFM , a área de atuação ficou como medicina do adolescente, sinônimo na verdade de hebiatria. Hebe, na mitologia grega, era a deusa da juventude. Há profissionais que redigem com *i* e outros e, em maior número como hebiatria, com *í*.

G: Como você vê a estruturação teórica da especialidade?

Depende do enfoque que você pretende dar, acredito que se não trabalharmos de forma interdisciplinar, não chegaremos a lugar nenhum. Digamos que o problema de uma adolescente seja com a auto-imagem, baixa auto-estima, tendo ela 1,38m de altura. Se tiver de realizar a previsão da estatura final, quantas variáveis estarão envolvidas? Como iremos transmitir o resultado para a adolescente? Como iremos trabalhar com as expectativas? Claro que é necessário ter um profissional da área de saúde mental para dar o suporte psíquico a esse adolescente.. São poucos os casos nos quais o adolescente deveria ser visto isoladamente, por apenas um profissional.

G: Como que você vê a cultura hoje na questão adolescente, como por exemplo a mídia e a internet?

Tenho uma colega que sempre mostra o lado negativo da mídia, a influência negativa sobre os adolescentes. Mas eu tenho um filho formado em propaganda e marketing, e acho muito interessante suas abordagens, porque nessa área há uma aprendizagem em ética e ela poderia ser absolutamente útil também na

formação do pensamento, da individualidade do adolescente. Na verdade quem é mídia? Somos nós. Será que seria tão prejudicial? O grande problema é ela se voltar apenas à venda e consumo do produto, sem uma crítica. Mas ela pode ser absolutamente interessante. Essa história que não temos espaço na mídia e dos profissionais não se colocarem frente a mídia, é discutível. Muitas vezes acho que não queremos e não sabemos aproveitar esse espaço. Esse espaço existe, e podemos aproveitá-lo através de consultoria. Recentemente, uma revista que eu não conhecia, e que se dedica ao segmento específico de 9 a 13 anos, através de uma profissional da área de jornalismo, realizou uma entrevista por telefone. Ficamos conversando por uma hora, após redigiu um artigo e me encaminhou. Era sobre alimentos diet e light, mudanças físicas, etc. Recentemente, ela me escreveu solicitando nova colaboração. Então penso: "a mídia somos nós e precisamos conquistar este espaço".

Quanto a internet:, uma mãe comentou não conseguir controlar os sites pelos quais seu menino navegava ,etc., podendo ter acesso a informações e fotos não adequadas à sua idade. Ela até poderia bloquear, para que tal fato não se repetisse, mas o problema não é esse, pois se ele não obtiver as informações através da internet, as obterá na televisão, ou em qualquer outro lugar. Eu acho que os pais têm o dever de prepará-los. Está faltando conversa, diálogo.

A mídia pode ser um instrumento que podemos usar para nos auxiliar profissionalmente, não tenho dúvidas disso. Por exemplo, há sites sobre adolescência, fantásticos!!!, que lhes tiram uma série de dúvidas. Quero dizer que essa mídia que nos envolve, pode ser ótima ou deletéria, também, da mesma forma como temos profissionais conscientes ou não, assim como podemos ter tido

professores, dos quais temos gratas lembranças de quando éramos criança e outros não.... É a dedicação dos profissionais. Agora, será que deve haver um sistema de controle? Não sei....

G:Há diferença no atendimento de adolescentes das diferentes classes sociais?

Aqui na universidade Iniciei meu trabalho com a classe média e média-baixa. Agora com o convênio atendemos filhos de advogados, funcionários públicos de escalão superior, ou não. Os conflitos estão presentes em todas as classes. Hoje, a família deseja que alguém resolva os problemas de seus filhos, sem atuar nos conflitos intra-familiares. Alias, essa é uma situação que sempre discutimos com o pessoal da saúde mental. Muitas vezes os pais estão tão estabilizados com a "sua problemática", que quando você começa a colocar à tona as vivências traumáticas, muitas das vezes não retornam.

G: E em relação a ética do atendimento. Se o adolescente ou a adolescente necessitarem de sigilo médico? Por serem menores como que são atendidos? Por exemplo, uma adolescente que deseja usar anticoncepcionais e não querem que os pais saibam, como fica o atendimento?

Nos Estados Unidos há, em alguns estados, o conceito de menor maduro. Nós participamos de uma reunião organizada pelos profissionais do Instituto da Criança, tendo alguns juizes e advogados presentes. O enfoque do seminário

era sobre a anticoncepção e anticoncepção de emergência. Todos os juizes que estavam presentes afirmaram que perante a lei, uma menina abaixo de 14 anos que necessite da prescrição de um anticoncepcional deverá ser criteriosamente avaliada, não constituindo ato ilícito por parte do médico, desde que não haja situação de abuso ou vitimização da menor. Aliás, uma questão do título de especialista em pediatria de dois ou três anos atrás, questionava: “Você recebe em seu consultório uma menina de 13 anos que não quer que seus pais saibam que está tendo atividade sexual, etc. solicitando prescrição de ACO, Você poderia ou não prescrevê-lo, sem conhecimento e autorização dos pais? Eu digo o seguinte: quem trabalha com adolescente também tem que ter bom senso, preparamos a criança e a adolescente para que tenham uma conversa franca com seus pais, pois certamente não seremos nós que quebraremos o sigilo médico, o direito à confidencialidade.

G: Porque só hoje a medicina do adolescente?

Sempre existiu. Eu acho que a evolução foi semelhante à evolução da pediatria. Antigamente o grande foco do pediatra era até 2 a 3 anos de idade, após esta idade a criança ficava esquecida. A fase de latência era a da criança considerada saudável. A adolescência também passou pelo mito do ser saudável. Acho que o adolescente foi esquecido, assim como os idosos. Nós não contávamos com a medicina do idoso, porque ele também era esquecido, em nosso país. Talvez o adolescente esteja em situação até melhor do que a terceira idade. À medida que você começa a ter um número crescente de jovens, há uma exigência maior pelos direitos à saúde. Acredito que foi o que aconteceu. Então, em virtude da

queda da mortalidade infantil, da importância dada ao segmento, pelo fato da adolescência em seus aspectos psico-sociais se prolongar, houve uma necessidade de conhecê-lo mais profundamente, bem como os eventos que o afastavam do direito à saúde. Surge então a medicina do adolescente, por volta dos anos 50, nos Estados Unidos, favorecendo a divulgação dos conhecimentos e preparando profissionais mais competentes para realizar seu atendimento e compreensão.

ANEXO V**RESOLUÇÃO CFM Nº 1.666/2003**

Ementa: Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), visando estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão de registros de títulos de especialista;

CONSIDERANDO o disposto no art. 2º da Resolução CFM nº 1.634/2002, que prevê o reconhecimento de outras especialidades e áreas de atuação dispostas no Anexo II da referida resolução;

CONSIDERANDO a aprovação do novo relatório da Comissão Mista de Especialidades (CME), que modifica a relação de especialistas e áreas de atuação dispostas no Anexo II da Resolução nº 1.634/2002;

CONSIDERANDO, finalmente o decidido em reunião plenária de 7/5/2003,

RESOLVE:

Art. 1º- Aprovar a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002.

Art. 2º - Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 3º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 7 de maio de 2003.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA
Secretário-Geral

CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O CFM, A AMB E A CNRM**ANEXO II****RELATÓRIO DA COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES****CFM/AMB/CNRM**

A Comissão Mista de Especialidades – CME, no uso das atribuições que lhe confere o convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), visando estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão de registros de títulos de especialista, aprova o novo relatório que modifica a relação de especialistas e áreas de atuação dispostas no Anexo II da Resolução nº 1.634/2002. Do qual fazem parte os seguintes itens: 1) NORMAS ORIENTADORAS E REGULADORAS; 2) RELAÇÃO DAS ESPECIALIDADES RECONHECIDAS; 3) RELAÇÃO DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO RECONHECIDAS; 4) TITULAÇÕES E CERTIFICAÇÕES DE ESPECIALIDADE MÉDICA e 5) CERTIFICADOS DE ÁREAS DE ATUAÇÃO.

1) NORMAS ORIENTADORAS E REGULADORAS

- a) a) O Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) reconhecerão as mesmas especialidades e áreas de atuação.
- b) b) A CNRM somente autorizará programas de Residência Médica nas especialidades listadas no item 2 deste relatório.
- c) c) No âmbito da CNRM, as áreas de atuação previstas pela CME, nas respectivas especialidades, constarão como ano adicional e opcional.
- d) d) Cabe à CNRM autorizar e disciplinar o ano opcional com o mesmo nome dos programas de Residência Médica nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Obstetrícia e Ginecologia e Pediatria, para complementação da formação, mediante solicitação da instituição e com a devida justificativa e comprovação da capacidade e necessidade de sua implantação.
- e) e) A AMB emitirá apenas títulos e certificados que atendam às determinações da CME.

- f) f) Toda especialidade médica terá, no mínimo, dois anos de formação, tanto para a CNRM como para a AMB.
- g) g) Não serão autorizadas áreas de atuação com programa de formação inferior a um ano.
- h) h) A área de atuação que apresente interface com duas ou mais especialidades somente será criada ou mantida após consenso entre as respectivas Sociedades.
- i) i) Os exames da AMB para certificação de áreas de atuação comuns a duas ou mais sociedade serão únicos e contarão, na sua elaboração, com a participação de todas as Sociedades vinculadas.
- j) j) Os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) deverão registrar apenas títulos de especialistas e certificados de área de atuação.
- k) k) Os registros junto aos CRMs obedecerão aos seguintes critérios:
 - k1) Os documentos emitidos pela CNRM ou AMB, prévios à Resolução CFM nº 1.634/2002 e anexos, deverão preservar, no registro, a denominação original.
 - k2) Os documentos emitidos após a Resolução CFM nº 1.634/2002 e anexos serão registrados de acordo com a denominação vigente no ato do registro. Se sofrerem alteração de especialidade, para área de atuação, serão registrados por analogia.
- l) l) Quando solicitado pelo médico, a AMB, por meio das Sociedades de Especialidades, deverá atualizar para a nomenclatura vigente a anterior denominação dos títulos ou certificados, cabendo aos CRMs promoverem idêntica alteração no registro existente.
- m) m) As especialidades médicas e as áreas de atuação devem receber registros independentes nos CRMs.
- n) n) O médico só poderá fazer divulgação e anúncio de até duas especialidades e/ou, áreas de atuação.
- o) o) É proibido aos médicos a divulgação e anúncio de especialidades ou áreas de atuação que não tenham reconhecimento da CME.
- p) p) A AMB deverá preservar o direito à certificação de área de atuação para as Sociedades que respondiam por especialidades transformadas em áreas de atuação: Administração em Saúde, Cirurgia da Mão, Citopatologia, Endoscopia Digestiva, Endoscopia Respiratória, Hansenologia, Hepatologia, Nutrição Parenteral e Enteral e Neurofisiologia Clínica.
- q) q) Todas as demais áreas de atuação receberão certificação, na AMB, via Sociedades de Especialidades.

- r) r) As Sociedades de Especialidades ou de áreas de atuação reconhecidas ficam obrigadas a comprovar sua participação em centros de treinamento e formação, mediante relatório anual enviado à AMB.