

Lígia Bruni Queiroz

**A Medicina de Adolescentes no Estado de São Paulo de 1970
a 1990: uma dimensão histórica**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Programa de Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de
Carvalho Mesquita Ayres

São Paulo

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Queiroz, Lígia Bruni

A Medicina de Adolescentes no Estado de São Paulo de 1970 a 1990 : uma
dimensão histórica / Lígia Bruni Queiroz. -- São Paulo, 2011.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

Descritores: 1.Medicina do adolescente/história 2.Saúde do adolescente
3.Saúde coletiva 4.Desenvolvimento institucional

USP/FM/DBD-075/11

***Aos meus pais, Sílvia e Renato, que, na juventude,
lutaram por um mundo mais justo. Meu eterno amor e
gratidão.***

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Ignez Saito, pelos ensinamentos sobre a adolescência e por ter viabilizado a transformação do projeto em dissertação. Obrigada pela confiança, pela solidária companhia nas viagens para a realização das entrevistas e pelas valiosas críticas ao trabalho.

Ao Dr. André Mota, que foi, além de um coorientador informal – auxiliando-me, sobretudo na historiografia e na análise dos documentos históricos –, um afetuoso amigo. André, uma das conquistas mais felizes dessa trajetória toda, muito obrigada pelo apoio recebido, inclusive nos momentos mais difíceis.

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Ricardo, por ter me acolhido e confiado no projeto. Obrigada pela orientação respeitosa e cuidadosa prestada a mim e ao trabalho. Estabelecer essa parceria foi um grande aprendizado que levarei adiante, para a próxima pesquisa.

Ao Rogério, companheiro de vida, pela paciência, apoio e incentivo, mesmo durante os numerosos momentos de ausência e reclusão. Pai amoroso, que muito me auxiliou nos cuidados de nossa filha Gabriela, quando a pesquisa me afastou do convívio familiar.

À Anita Colli, Verônica Coates, Albertina Duarte Takiuti, João Luiz Pinto e Silva, Tamara Goldberg, Everardo Buoncompagno, Néia Schor, Lígia Reato, Maria Sylvia Vitale, José Ricardo de Carvalho M. Ayres, Maria Ignez Saito, por terem gentilmente me concedido as entrevistas. Obrigada pelo privilégio dos encontros e pela riqueza do material empírico gerado pelos depoimentos.

Aos colegas da Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança, Marta, Luiz Eduardo, Maurício e Benito, pelo aprendizado recebido nessa trajetória, desde os tempos da residência médica. Obrigada por compreenderem meu envolvimento com a pesquisa nesses últimos anos.

À minha querida irmã Fernanda, parceira de infância, das alegrias e das mazelas. Obrigada também ao Tiago pela ajuda com a Gabriela nos momentos finais do trabalho.

À minha querida Gabriela, nascida no percurso da pós-graduação, espero que venha a compreender as minhas ausências e minhas motivações para a pesquisa. Na esperança de que viva sua adolescência em uma sociedade mais justa.

Aos meus pais, pelo amor, carinho e dedicação. Por terem abdicado de parte de seus sonhos para viabilizar os sonhos das filhas. Obrigada pelo privilégio de compartilhar, em meio ao convívio familiar, da erudição e do conhecimento de vocês.

Ao Haley, Sônia, Priscila e Patrícia, pelo carinhoso acolhimento nesse núcleo familiar.

À Lílian, pela competência com a qual desenvolve seu trabalho, o que muito nos auxilia. Obrigada pelo carinho recebido.

À Talita, pelo apoio recebido e pela amizade sincera. Obrigada pela carona à Botucatu para a realização da entrevista e pela ajuda no consultório.

À Marisa, pelas orientações em relação à pesquisa bibliográfica realizada na Biblioteca do Instituto da Criança.

Ao Nivaldo, pelas imprescindíveis cópias e o perene bom humor com o qual nos recebe.

À Mirian da informática do Departamento de Medicina Preventiva, pelo auxílio fundamental na formatação e edição do trabalho.

À Profa. Dra. Maria Novaes, pelo acolhimento e auxílio no início do trabalho.

À Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber pelo acolhimento e pela oportunidade de publicação de parte do projeto sob forma de capítulo de livro.

À Maria, por todo o auxílio com as tarefas do lar e pela amorosa dedicação à Gabriela.

Aos queridos amigos equipanos, Mariana Telles, Juliana, Maria, Mariana Gazzotti, Tarsila, Joana, Daniel e Pedro, sempre presentes, ainda que eu estivesse um tanto ausente, em meio à pesquisa e aos cuidados de minha filha. Obrigada por todos esses anos de amizade sincera e por tudo o que vivemos juntos.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

RESUMO

SUMMARY

APRESENTAÇÃO

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	OBJETIVOS E FORMULAÇÃO DAS HIPÓTESES DA PESQUISA	8
3.	METODOLOGIA	18
4.	ADOLESCÊNCIA: CONCEPÇÕES E ORIGENS HISTÓRICAS	29
5.	A SAÚDE DO ADOLESCENTE DE 1970 a 1990: UM PANORAMA HISTÓRICO	40
5.1.	Sobre o pioneirismo estrangeiro	40
5.2.	A saúde do adolescente no Brasil: o contexto inicial	44
5.2.1	O contexto político	58
6.	A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA MEDICINA DE ADOLESCENTES NO ESTADO DE SÃO PAULO: AS INSTITUIÇÕES PIONEIRAS	65
6.1.	A Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr-HC/FMUSP)	66
6.1.1	A assistência.....	82
6.1.2	O ensino	94
6.1.3	A pesquisa	97

6.2.	A Clínica de Adolescência do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	108
6.3.	O Ambulatório de Medicina do Adolescente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP)	120
6.4.	A Disciplina de Hebiatria do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) – O Ambulatório de Adolescentes do Centro de Saúde Escola (CSE) E O Instituto de Hebiatria da FMABC	127
6.5.	O Setor de Medicina do Adolescente (Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente – CAAA) da Universidade Federal de São Paulo e Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) ..	135
7.	ADOLESCÊNCIA E INTERDISCIPLINARIDADE	141
7.1.	A Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP): A Saúde do Adolescente na perspectiva da Ginecologia e Obstetrícia e da Psiquiatria	142
7.2.	O Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo	150
7.3.	Atenção à saúde dos Adolescentes: a perspectiva da Clínica e da Saúde Coletiva	154
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	169
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175
10.	FONTES HISTÓRICAS	189
11.	APÊNDICE	191
12.	ANEXOS	196

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Entrevistas Realizadas.....	26
Figura 2	Fluxograma de atividades do Programa de atenção à saúde do adolescente do Centro de Saúde Escola do Butantã (PASA – CSEB)	163

RESUMO

Queiroz LB. A Medicina de Adolescentes no Estado de São Paulo de 1970 a 1990: uma dimensão histórica [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011. 202 p.

Observa-se relativa escassez de trabalhos especializados a respeito da reconstrução histórica da institucionalização da Medicina de Adolescentes e da Atenção à Saúde Integral dos Adolescentes, no Estado de São Paulo. Esta lacuna mostra-se ainda maior quando se trata de examinar a implantação desses serviços pioneiros no âmbito das universidades e a maneira como os profissionais responsáveis por esse pioneirismo se posicionavam diante das dificuldades e embates no contexto de suas instituições de ensino, à luz daquele momento histórico: meados da década de 1970, marcado pela ditadura militar no país. O presente trabalho tem como objetivo recuperar as origens da Medicina de Adolescentes em São Paulo, entre as décadas de 1970 a 1990. Trata-se de um estudo qualitativo, orientado pela análise dos documentos históricos produzidos ao longo das mencionadas décadas acerca da institucionalização da Medicina de Adolescentes e da construção histórico-cultural do adolescente, e pela obtenção de depoimentos dos responsáveis pela implantação dos primeiros serviços de atenção à saúde dos adolescentes no Estado de São Paulo, seja no âmbito da Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Psiquiatria, seja na área da Saúde Coletiva. Foram realizadas entrevistas, com roteiro semiestruturado, no período de 2009 a 2010, gerando depoimentos pessoais que visaram à recuperação de sentimentos, motivações, dificuldades enfrentadas e entraves institucionais e ideológicos que ocorreram no período da institucionalização da Medicina de Adolescentes e dos programas de saúde pública para essa faixa etária, que não poderiam ser extraídos por meio de documentação escrita. A preocupação com a saúde do adolescente se deu, sobretudo nas décadas de 1970 a 1990, em um momento em que se discutia a efetiva prática da medicina global ou integral ofertada ao indivíduo

e se questionava a sua fragmentação – efeito colateral da emergência das subespecialidades médicas e da medicalização do sujeito com o advento da medicina tecnológica envolvendo profissionais das áreas clínicas (pediatras, ginecologistas e psiquiatras) e da Saúde Coletiva. No tocante à saúde dos adolescentes, a discussão dos novos paradigmas de saúde fez emergir concepções divergentes entre clínicos e sanitaristas, em relação ao enfoque de atenção integral à saúde. Os sanitaristas e os idealizadores de uma política pública para a adolescência vislumbravam atingir as metas populacionais, baseados em dados epidemiológicos sobre a problemática dos adolescentes. A área clínica, ainda que considerasse as influências externas ao processo de saúde e doença, mantinha seu olhar centrado no indivíduo, nas suas peculiaridades e singularidades, aspecto esse inerente ao seu campo de atuação. Daí as dificuldades de interlocução entre essas duas áreas da saúde, e o embate acadêmico em torno da institucionalização dos programas de atenção à saúde dos adolescentes, o que foi percebido por meio da análise dos depoimentos concedidos. Essa dificuldade de diálogo entre os referidos campos, na trajetória histórica inicial da Medicina de Adolescentes e da Atenção à Saúde Integral ao Adolescente, pode ter gerado entraves e morosidade no processo de implantação de programas e estratégias de obtenção de assistência à saúde de qualidade para essa faixa etária. A reconstrução do passado é necessária para a análise do presente, donde a necessidade de compreensão de alguns aspectos da trajetória da Medicina de Adolescentes em particular, e da Atenção à Saúde dos Adolescentes, em geral, para auxiliar os profissionais de saúde na busca de soluções para as dificuldades enfrentadas no atendimento à saúde desta população.

Descritores: 1. Medicina do adolescente/história 2. Saúde do adolescente
3. Saúde coletiva 4. Desenvolvimento institucional

SUMMARY

Queiroz LB. Adolescent Medicine in the State of São Paulo from 1970 to 1990: a historical dimension [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2011. 202 p.

In light of scarcity of specialized works on the historical reconstruction of the establishment of Adolescent Medicine in particular, and of Adolescents' Comprehensive Health Care, in general, in the State of São Paulo, especially as regards implementing these pioneering services within the scope of the universities and also as regards the views of the professionals responsible for such pathbreaking towards the difficulties and resistances within the context of their institutions of education and further in relation to the historical moment considered herein, i.e., mid 70's (characterized by the military dictatorship in the country), the purpose thereof was to recover the origins of Adolescent Medicine in the State of São Paulo between the 70's and the 90's. It regards a qualitative study, oriented by the analysis of the historical documents produced throughout the decades referred to above as regards the establishment of Adolescent Medicine and as regards the historical and cultural development of adolescents, and by gathering testimonies from those responsible for implementing the pioneering services related to adolescents' health care in the State of São Paulo, either within the scope of Pediatrics, Gynecology and Obstetrics and Psychiatry, or within the Public Health area. Interviews, with a semi-structured plan, were conducted between 2009 and 2010, generating personal testimonies with the purpose of recovering feelings, motivations, difficulties experienced and institutional and ideological obstacles encountered during the period of establishment of Adolescent Medicine and public health programs for adolescents, which could not be extracted by means of written documentation. Concern for adolescents' health was expressed, especially from 1970 to 1990, on an occasion on which discussions were being conducted as regards the actual practice of global or full medicine offered to individuals and questions were being raised as regards fragmenting the individuals – side effect of the emergency for medical sub-specialties and for medicalization of the

individuals upon arrival of the technological medicine involving professionals from the clinical areas (pediatricians, gynecologists and psychiatrists), and from Public Health. As regards adolescents' health, discussions on the new health paradigms gave rise to diverging conceptions among doctors and sanitarians in relation to the full health care focus. The purpose of the sanitarians and the creators of a public policy for adolescence was to achieve the population goals, based upon epidemiological data on the adolescents' problems. The clinical area, even considering the external influences on the health and disease process, focused on the individuals, on their individuality and peculiarity, aspect inherent to their field of operations, thus giving rise to difficulties of communication between those two health areas and academic resistance to the establishment of the adolescents' health care programs, which have been noticed by analyzing the given testimonies. Such difficulty to establish communication between the said fields, on the initial historical path of Adolescent Medicine and of Adolescents' Comprehensive Health Care, may have given rise to obstacles and slowness in the process of implementing programs and strategies to obtain quality health care for this age group. It is necessary to reconstruct the past to analyze the present, thus the need to understand a few aspects of Adolescent Medicine path in particular, and of Adolescents' Health Care, in general, to assist health professionals in search of solutions for the difficulties encountered at providing health to this population.

Descriptors: 1. Adolescent medicine/history 2. Adolescent health 3. Public health 4. Institutional development

APRESENTAÇÃO

A fim de melhor compreender o panorama atual da atenção à saúde do adolescente, as carências, as precariedades e as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia da prática clínica – apesar dos significativos resultados atingidos –, mesmo quando desenvolvida no âmbito de uma das instituições de ensino de excelência do país – como é o caso do ambulatório da Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr-HC/FMUSP) – fez-se necessário olhar para o passado, buscando estudar as origens desta prática médica, seu contexto histórico e a trajetória inicial da Medicina de Adolescentes de maneira mais específica, bem como a evolução da atenção à saúde do adolescente de forma mais ampla, constituindo-se, hoje, a primeira, numa área de habilitação da pediatria e, a segunda, num campo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar no cenário da saúde.

Ao iniciar meus atendimentos na Unidade de Adolescentes da referida instituição, defrontei-me com demandas apresentadas pelos adolescentes e suas famílias, que, muitas vezes, transcendiam nossa capacidade de ajuda ou mesmo de resolução daquelas problemáticas tão complexas, que não se restringiam ao âmbito da atuação médica, mas se expressavam como questões ambientais, psicossociais e econômicas, diante das quais o médico se vê paralisado, sem ter como atuar. Essa vivência acabou por me

despertar para a pesquisa sobre as origens desta área de atuação pediátrica, a Medicina de Adolescentes, à qual começava a me dedicar.

Segue adiante o relato de uma experiência de atendimento realizado por mim, como disparador da reflexão sobre estas questões relacionadas à atenção à saúde do adolescente, que, em parte, me fez debruçar sobre o estudo das origens desta proposta de atendimento a indivíduos na faixa etária dos 10 aos 19 anos completos.

Em maio de 2005, Bianca¹ estava com 10 anos e 11 meses e teve seu primeiro atendimento na Unidade de Adolescentes do ICr-HC/FMUSP, acompanhada de sua mãe, que se preocupava com algumas características de sua personalidade, que, segundo acreditava, poderiam colocá-la em risco: *“Bianca é muito popular no bairro, muito conhecida entre os vizinhos, decidida e com personalidade forte...”*. Sua mãe, Helena, temia que a filha fizesse uso de drogas; por ela ser muito comunicativa, poderia conhecer pessoas que a pudessem influenciar nesse sentido. Bianca era a filha mais nova de Helena e Ricardo; sua irmã Kátia, de 17 anos, já era paciente da Unidade de Adolescentes (ICr-HC/FMUSP), e apresentava sintomas de Bulimia Nervosa. A família residia em Guaianases, um bairro da periferia da capital paulista. A mãe, professora de Biologia do ensino fundamental, lecionava das 7 às 23 horas; o pai, ganhava a vida como taxista noturno. Todos os membros da família tinham a mesma concepção de que o bairro era perigoso e violento, sobretudo no tocante ao consumo de drogas,

¹ Todos os nomes de pacientes citados neste trabalho são fictícios, em respeito aos preceitos éticos de atendimento médico.

afirmando que muitos jovens faziam uso de maconha e cocaína em locais próximos à residência da família.

Bianca descreve seu ambiente familiar: "*Meus pais brigam muito. Meu pai teve um relacionamento com outra mulher e ficou morando com ela. Eu e minha irmã ficamos com muita raiva do meu pai, mas principalmente da minha mãe, por ela ter aceitado o retorno do marido à casa*". O pai era descrito como sendo bastante agressivo, dado a condutas violentas, físicas e psicológicas, relacionando-se mal com as filhas e com a esposa. Enquanto os pais discutiam os termos da separação, principalmente a questão material (com quem ficaria a casa onde moravam), Bianca e Kátia permaneciam na casa da avó materna, localizada no mesmo bairro.

Em relação ao grupo de referência, Bianca dizia ter amigos "*maloqueiros*" que moravam em sua rua, e que muitos deles usavam drogas; embora nunca as tivesse usado, manifestava vontade de experimentá-las. Cursava a quinta série do ensino fundamental, com bom desempenho escolar, porém não se relacionava bem com as colegas da escola, desentendendo-se frequentemente com elas. Como atividade de lazer, permanecia na rua com os amigos após as 17 horas, ao término de seus deveres de escola, o que causava preocupação aos pais. Procurando resolver esse problema, a mãe passou a trancar Bianca em casa para que ela não permanecesse na rua. A adolescente já havia namorado um rapaz de 17 anos durante 3 meses, e ainda não tivera relação sexual.

Bianca não apresentava agravantes físicos. Sua menarca fora aos 10 anos e teve enurese noturna até os 8 anos; costumava dormir na mesma cama da mãe, pois temia dormir sozinha.

Ao longo do acompanhamento desta adolescente, sua mãe passa a apresentar os mesmos sintomas alimentares da filha mais velha (vômitos após as refeições como forma de controle do peso), com o intuito de reconquistar o marido. Helena dizia que as filhas estragaram sua vida, porque teve que se separar do homem que amava por causa delas.

Esse breve relato ilustra algumas das problemáticas apresentadas pelos adolescentes quando procuram os serviços de saúde, refletindo, assim, desafios lançados à equipe multiprofissional na tentativa de saná-los, por meio da oferta de uma assistência integral à saúde desta população. Vale lembrar que diante das situações de violência doméstica, risco social (pela proximidade com a droga e pelo transtorno de comportamento, expresso, sobretudo, no ambiente escolar) e pela vulnerabilidade (ausência de referências parentais e de fatores protetores na comunidade) apresentada pela adolescente, o caso necessitou de acompanhamento médico, psicológico, de assistência social, sendo inclusive reportado ao sistema jurídico (Conselho Tutelar e Vara da Infância e Juventude), para a abordagem de todos os aspectos nele envolvidos.

1. INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, a atenção integral à saúde dos adolescentes ainda constitui um desafio à equipe de saúde, mesmo quando preparada tecnicamente e integrada no trabalho interdisciplinar. A clientela adolescente se apresenta ao sistema de saúde de maneira peculiar, com características próprias, muitas vezes sem queixas clínicas específicas, o que demanda um olhar e uma programação especiais voltados para essa faixa etária.

O descompasso entre as necessidades de atenção ao adolescente e o que de fato é oferecido a ele pelo sistema de saúde pode ser avaliado em diversos estudos realizados durante a primeira década de 2000², refletindo, desta maneira, três décadas após a institucionalização da Medicina de Adolescentes no Brasil, a problemática enfrentada pelos profissionais que se preocupam com a saúde dos adolescentes brasileiros.

Compreender como a Medicina de Adolescentes se tornou uma área de atuação da pediatria no Brasil, em especial no Estado de São Paulo, no qual se desenvolveram algumas das instituições pioneiras, é de fundamental importância para os profissionais de saúde que se dedicam a essa faixa etária, já que a forma como se estruturam os serviços, as bases teóricas e éticas que regem o atendimento a essa população e a organização dos programas por meio de equipes multiprofissionais, tudo isso teve origem já

² A exemplo dos trabalhos de: Ruzany MH e Szwarcwald CL (2000); Ruzany MH *et al.* (2002); Taquette SR *et al.* (2005) e Ferrari *et al.* (2006).

na década de 1970, com a organização das primeiras unidades de atenção à saúde dos adolescentes.

Por meio de ferramentas e técnicas da História, cujo método se destina a reconstruir, explicar e compreender seu objeto (a história real), busca-se a compreensão de um acontecimento histórico. Segundo Thompson, a reconstrução do passado é necessária para a análise do presente: “as hipóteses são apresentadas para explicar tal formação social particular no passado, tal seqüência particular de causação. Embora o conhecimento não fique aprisionado no passado, ele ajuda a conhecer quem somos, porque estamos aqui” (Thompson, 1981, p.57).

Há uma escassez de literatura a respeito da reconstrução histórica da institucionalização da Medicina de Adolescentes no Estado de São Paulo, sobretudo no tocante à implantação desses serviços pioneiros no bojo das universidades e à maneira como os profissionais responsáveis por esse pioneirismo se posicionavam diante das dificuldades e embates tanto no âmbito de suas instituições de ensino, como em relação ao momento histórico aqui contextualizado, meados da década de 1970, marcada pela ditadura militar no país.

Além da pesquisa sobre a institucionalização da Medicina de Adolescentes no Estado de São Paulo, tomar conhecimento da construção histórico-cultural do adolescente, por meio de estudos provenientes da área das ciências humanas, tende a contribuir para a pesquisa de maneira valiosa, ofertando aos profissionais da saúde, informações a respeito

daquele que é o objeto de seu trabalho e tornando-o, desta forma, sujeito de um processo histórico.

Mas, afinal, como atua o médico de adolescentes? Quais as dificuldades enfrentadas pelo pediatra geral nos cuidados dirigidos ao adolescente? Ou, ainda, qual a conjuntura que, no âmbito da pediatria e de um determinado contexto social, fez emergir uma área de atuação médica incumbida de estudar e atender pessoas de uma específica faixa etária?

Como bem esclareceram Saito e Colli (2000) a respeito da adolescência como área de atenção à saúde, a soma de conhecimentos acumulados em relação à saúde do adolescente proporciona relevantes elementos para a existência de uma prática assistencial singular. As importantes transformações somáticas, psíquicas e sociais que ocorrem geralmente entre os 10 e os 20 anos de idade determinam avaliações e condutas específicas, envolvendo atuações preventivas e curativas.

A atenção à saúde do adolescente pode ser realizada em diferentes locais: consultório particular, centro de saúde, ambulatório hospitalar, serviço de saúde escolar, serviços especializados, entre outros. Qualquer que seja a situação, o atendimento ao adolescente deve priorizá-lo como ser biopsicossocial inserido em seu meio ambiente e com ele em permanente interação. Portanto, o médico que atende o adolescente deve abordar, durante a consulta, na sua anamnese, não somente aspectos físicos, relacionados a possíveis queixas, doenças e questões orgânicas, mas, sobretudo, compreender suas condições de vida, relações familiares, amizades, escolaridade, trabalho, lazer, percepções e sentimentos sobre o

exercício da sexualidade – namoro, “ficar”, atividade sexual, anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis - hábitos alimentares e esportivos, inserção econômica e social, uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Do ponto de vista das transformações físicas, ou da puberdade, o médico de adolescentes deve ser capaz de compreender os processos de crescimento e desenvolvimento sexual, considerados como expressões destes os mecanismos neuroendócrinos que orquestram o estirão do crescimento, o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e a ocorrência da menarca (primeira menstruação) no sexo feminino, bem como a primeira ejaculação no sexo masculino.

O hebiatra deve ser capaz de realizar diagnóstico do estado nutricional, orientando o adolescente de maneira preventiva acerca das questões alimentares e hábitos de higiene a elas relacionados. Deve também detectar precocemente agravos nutricionais, tanto na linha da carência quanto na do excesso, assim como realizar diagnóstico e oferta de assistência clínica na abordagem multiprofissional dos pacientes que desenvolvem transtornos alimentares (anorexia e bulimia nervosas), que incidem de forma predominante na adolescência; orientar quanto à situação vacinal, realizar exame físico completo, aferir pressão arterial, detectar e tratar agravos de saúde existentes. Isso tudo configura a assistência oferecida pelo médico de adolescentes (Saito e Colli, 2000).

De acordo com Reato (2007), assumir a adolescência como área de atuação pediátrica é: “atender às necessidades de saúde dos adolescentes; acompanhar seu crescimento e desenvolvimento; respeitar sua diversidade

e singularidade; escutá-los; sanar suas dúvidas; orientá-los a se protegerem e apoiá-los na busca por um projeto de vida” (Reato, 2007).

A contribuição da chamada epidemiologia do risco³ foi decisiva na abordagem dos aspectos clínicos e programáticos dos adolescentes, tanto na dimensão individual quanto nas propostas voltadas à saúde coletiva. Ayres *et al.* (2006) resgatam o conceito de vulnerabilidade, que historicamente se articulou a partir da experiência-limite da pandemia de AIDS, e que se expande para outras áreas da saúde, como a saúde de adolescentes: “...o quadro conceitual da vulnerabilidade sintetiza, sistematiza, aperfeiçoa e enriquece um conjunto de preocupações e proposições que já há mais de um século vem instruindo as teorias e práticas preocupadas com o conhecimento e intervenção sobre as dimensões sociais dos processos de saúde-doença...” (Ayres *et al.*, 2006 p. 399).

Porém, a adoção de abordagens das questões pertinentes à saúde dos adolescentes que enfatizam a vulnerabilidade e o risco, sobretudo no âmbito individual, suscita preconceito e discriminação com relação a eles. Eis o paradoxo da epidemiologia do risco: a agilidade em se identificar grupos afetados e a escassez de significados mais concretos dessa distribuição. Muitas vezes, essas perspectivas são marcadas por concepções e estereótipos negativos, presentes no senso comum, que

³ A partir de 1945, aproximadamente, até os dias atuais, o conhecimento epidemiológico se pauta pelo raciocínio analítico de base probabilística: “com que probabilidade pode-se encontrar uma condição causal hipotética X associada a um efeito Y, e com que grau de certificação de que essa associação não se deu ao acaso?”. (Ayres *et al.*, 2006, p.384).

atribuem aos adolescentes características de turbulência, de comportamento conflituoso e conturbado.

É curioso observar que o adolescente forma de si mesmo uma imagem bastante positiva, em desacordo com a qual é representado socialmente (o estereótipo do adolescente como problema). No caso clínico relatado na apresentação deste trabalho, a mãe de Bianca a descreve como alguém muito comunicativa e popular entre os pares; essa característica da filha é relatada à equipe de saúde como um problema e não como um aspecto positivo de sua personalidade, o que em outros contextos, ou até mesmo em outras faixas etárias, poderia ser destacado no discurso parental como uma vantagem adaptativa para enfrentar as adversidades de seu meio social.

Essa imagem negativa reportada aos adolescentes é, infelizmente, partilhada por muitas equipes de saúde. Quando questionados sobre o auto-conceito que os adolescentes têm de si, percebe-se que eles expressam uma auto-percepção positiva, definida especialmente pela alegria, bom humor, extroversão e satisfação corporal. Também apresentam introjetados valores como capacidade de brincar com a vida, prazer em fazer os outros rirem, respeito aos outros, valorização do próprio físico, igualdade entre as pessoas, amizade com franqueza, sinceridade e solidariedade (Assis *et al.*, 2003). É interessante observar que muitos destes traços são neotênicos, ou seja, estão de acordo com o conceito de neotenia – que se caracteriza pelo prolongamento das fases de desenvolvimento humano, e também pela persistência de características juvenis ou até infantis na idade adulta, tanto

do ponto de vista anatômico (reduzida modificação no formato do crânio do bebê em comparação ao do ser humano adulto, por exemplo) quanto na esfera do comportamento, com a manutenção de condutas lúdicas no adulto (Montagu, 1981).

Aspectos negativos como impulsividade e agressividade são pouco mencionados pelos adolescentes, fato que merece ser considerado na elaboração de estratégias de promoção da saúde e prevenção de situações de risco. Considerar os aspectos vistos como positivos (por exemplo, bom humor), tende a aproximar os adultos dos adolescentes, possibilitando a convivência mais sadia entre eles, fundamental para a individuação/socialização segura no processo do adolescer (Assis *et al.*, 2003).

Posto que a adolescência caracteriza-se por ser um período singular do desenvolvimento humano, marcada por transformações biológicas e psicossociais relevantes, percebe-se a necessidade do atendimento de saúde específico a essa faixa etária. Compreender como se deu o surgimento e a institucionalização da Medicina de Adolescentes no país, e em especial no Estado de São Paulo, pode auxiliar os profissionais que assumem a adolescência como área de atuação a prestarem assistência integral à saúde de qualidade, de acordo com as peculiares maneiras de procura dos adolescentes pelos serviços de saúde, levando em consideração, além da abordagem global, os fatores de risco e de proteção, fundamentais para a prevenção de agravos.

2. OBJETIVOS E FORMULAÇÃO DAS HIPÓTESES DA PESQUISA

Este trabalho tem como objetivo central recuperar dimensões históricas que configuram o contexto da Medicina de Adolescentes no Estado de São Paulo entre as décadas de 1970 a 1990, buscando compreendê-la à luz de suas inter-relações com os campos da chamada Medicina Clínica, representada aqui mais especificamente pelas grandes áreas da Pediatria, Ginecologia e Psiquiatria e da Saúde Coletiva, tendo como cenário, de um lado, os processos históricos vigentes no Brasil neste período e, de outro, as concepções sobre os processos de saúde-doença e cuidado em disputa no ambiente acadêmico da época.

Os primeiros trabalhos relacionados à saúde do adolescente e às instituições pioneiras no atendimento do adolescente datam do final do século XIX, na Inglaterra, e meados da década de 1950, nos Estados Unidos. Nitidamente se percebe ali a emergência de questões vinculadas aos cuidados preventivos dirigidos aos adolescentes, de forma a minimizar os riscos de aquisição de doenças, prevenção de acidentes e melhoria da qualidade do ambiente escolar, aspectos estes que constituíram a força motriz para a organização de uma área de atuação médica, cujo objetivo é assistir e orientar, do ponto de vista clínico, o processo da adolescência (Gallagher, 1982).

Compreender como se deu a incorporação deste saber médico ao contexto brasileiro, sob quais influências estrangeiras e nacionais se

constituiu a Medicina de Adolescentes no Estado de São Paulo, em um período em que vigorava o regime militar no Brasil e em outros países da América Latina, é da maior importância para esta pesquisa, que busca também compreender as influências do cenário histórico no qual se institucionaliza essa prática de saúde.

Contextualizar a importância dada à saúde do adolescente, que ocorreu sobretudo nas décadas de 1970 a 1990, em um momento em que se discutia a efetiva prática da medicina global ou integral ofertada ao indivíduo, configura-se como um procedimento essencial, pois todo o questionamento em torno da fragmentação do indivíduo – efeito colateral da emergência das sub-especialidades médicas e da medicalização do sujeito com o advento da medicina tecnológica⁴ – se fez presente nos princípios norteadores dos serviços e dos profissionais que voltaram o olhar para a saúde integral do adolescente.

Com o final da II Guerra Mundial e a emergência de novas demandas sociais, implantou-se nos Estados Unidos um sistema nacional de saúde com alguma ênfase na prevenção, gerando reformas nos currículos dos cursos médicos, inaugurando assim a proposta integrativa de saúde, que incorpora questões sociais ao cuidado médico, com o intuito de identificar um “estado global” de saúde e uma recuperação integral do paciente (Mota *et al.*, 2004).

Para Sigerist (1954), a aproximação da medicina às chamadas Ciências Sociais se fazia necessária à medida que são incorporadas à

⁴Schraiber (1995) contrasta a medicina especializada e “armada” dos dias atuais, à qual denominou “medicina tecnológica”, com a “medicina liberal” que era praticada até a primeira metade do século XX.

prática médica questões sociais relativas ao paciente, como a manutenção e promoção de saúde, a prevenção das enfermidades, o tratamento ou a cura, e, finalmente, a reabilitação ou integração do ex-enfermo à sociedade (Sigerist, 1954 *apud* Mota *et al.*, 2004, p.14).

Em 1978, na cidade de Alma Ata, na ex-União Soviética, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a UNICEF realizaram a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, na qual se afirmou a saúde como direito do homem e se estabeleceu como meta a saúde para todos no ano 2000, a partir de um discurso proveniente das concepções da medicina comunitária e da atenção primária e global à saúde.

Essa concepção de saúde integrativa⁵, inovadora naquele momento, se configurou como o eixo da Medicina Preventiva em todo o mundo, sendo incorporada por organismos internacionais do campo da saúde, a exemplo da OMS e Organização Pan-americana de Saúde (OPS) na América Latina⁶.

É nesse contexto de formação dos eixos teóricos da Medicina Preventiva e da Saúde Coletiva no país, que a assistência médica primária e comunitária começa a se preocupar, a posteriori, com jovens e

⁵A visão global do indivíduo pelo médico só é possível por meio de uma formação universitária abrangente, com a inclusão de novas disciplinas como a Psicologia, Ciências Sociais, Ecologia, etc. Tal necessidade se contrapõe à forma pela qual se daria a qualificação escolar a partir de então: “submetida à crescente especialização no conhecimento médico e realizada em instituições que se ‘isolam’ da produção de serviços médicos em geral, a qualificação escolar estaria centrada na aquisição de conhecimentos especializados e no adestramento em procedimentos que fazem uso de tecnologia complexa” (Schraiber 1989, p.122)

⁶A OMS se preocupou em estender os programas comunitários de saúde às regiões rurais e às populações deles excluídas. Na América Latina, em especial no Chile, Colômbia e Brasil, programas voltados para a saúde comunitária foram patrocinados por fundações norte-americanas e pela OPS, com a intenção de melhorar os sistemas de saúde de todo o continente.

adolescentes, nas décadas de 1980 e 1990, com a introdução de programas e políticas públicas de saúde voltadas para as suas problemáticas.

Acompanhar a implantação da Medicina de Adolescentes no Estado de São Paulo é buscar também, no contexto das políticas públicas de saúde, dados que respaldem a magnitude e a transcendência do adolescente como alvo de ações específicas de programas de saúde pública. O panorama da morbi-mortalidade dos adolescentes brasileiros refletia claramente tal necessidade já na década de 1980, ressaltando-se, então, a discrepância entre a taxa de mortalidade dos jovens brasileiros e a dos suecos na década de 1970, com os coeficientes do Brasil atingindo o dobro daqueles registrados na Suécia (Yunes, 1989).

Em que premissas os profissionais idealizadores da futura prática clínica, que também viviam e presenciavam as mudanças mundiais e a construção histórica do jovem como categoria social, se pautaram para destacar o adolescente das outras faixas etárias, merecedor agora de assistência de saúde peculiar?

Considerando as questões supramencionadas, levantam-se aqui algumas hipóteses:

1)Tendo como foco de trabalho os aspectos psicossociais e os comportamentos de risco, o médico percebe, na conduta dos adolescentes, atributos singulares que favorecem a exposição a situações de verdadeiro risco, pelas próprias transformações sofridas nesta faixa etária. Desta forma, detentor de técnica especializada, ele constrói as maneiras tidas como mais eficazes de abordagem global da problemática do adolescente, com o

objetivo de minimizar ou ainda prevenir os possíveis agravos à sua saúde e os riscos sociais que enfrenta.

A caracterização da adolescência propriamente dita emerge nos Estados Unidos no final do século XIX, à luz da obra do psicólogo G. Stanley Hall, cuja publicação, em 1904, de *Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*, em dois volumes, anuncia a “descoberta” do adolescente americano, marcando a história das publicações acerca da puberdade, dos processos psicológicos, das mudanças comportamentais e dos conflitos que ocorrem nesta faixa etária. Hall inaugura com sua obra os sucessivos debates havidos no decorrer do século XX sobre a adolescência e a juventude nos Estados Unidos, polarizados pela discussão em torno da garantia de liberdade e possibilidades de autogoverno, e da necessidade de uniformizar, coletivizar, restituir ao social os impulsos criativos dos jovens (Passerini, 1996).

2) Após ter equacionado muitos dos problemas de saúde pública referentes à criança, o que pode ser aferido pelas reduções progressivas das taxas de mortalidade infantil, a problemática do adolescente, morador da zona urbana, que enfrenta a violência de perto, é posta em evidência, como mostra o singular perfil de sua morbi-mortalidade. O coeficiente de mortalidade na adolescência é menor que aquele visto em outras faixas etárias; entretanto, trata-se de vidas perdidas, perplexamente, quando se analisa os motivos desses óbitos, havendo nítido destaque para as causas externas como a principal causa dos óbitos na população adolescente,

dentre elas, o predomínio dos acidentes de trânsito e dos homicídios. Esse perfil de mortalidade não é uniforme, havendo predominância de mortos do sexo masculino em relação ao sexo feminino, e na faixa etária de 15 a 19 anos, em relação à de 10 a 14 anos (Mello Jorge, 2008).

Os textos de Gallagher (1982), *Alderman et al.* (2003) e outros autores norte-americanos, cujo enfoque prioritário é a descrição do surgimento e a organização dos primeiros serviços de Medicina de Adolescentes, referem-se à análise do contexto histórico-cultural do início do século XX, como, por exemplo, a emergência de problemas sociais como a violência juvenil, o desemprego e as desigualdades econômicas nos Estados Unidos e em outros países. Questões como morbidade e mortalidade juvenis passaram a ser alvo de estudo e debate naquele momento histórico.

Como bem assinalam *Alderman et al.* em seu artigo “*The History of Adolescent Medicine*” (2003), o impacto de novos comportamentos entre adolescentes, como o tabagismo, a discussão sobre sexualidade, violência e lesões causadas pelo esporte, assim como os avanços tecnológicos em relação à contracepção, doenças crônicas, saúde mental e psicofarmacologia na adolescência, contribuíram para a formação de um novo campo de saber médico.

Como se vê, de um lado a Medicina de Adolescentes surge da necessidade de acolhimento e, de outro, como denúncia da fragilidade do adolescente naquele momento histórico, que enfrenta um período crítico do ciclo da vida humana, como sujeito individual e social.

3) A assistência à saúde do jovem brasileiro na década de 1970 pautava-se pelos modelos de atendimento médico que eram destinados às crianças e aos indivíduos enfermos, ficando o adolescente privado da abordagem clínica que, de fato, contemplasse a sua singularidade. O adolescente deixa de ser criança e apresenta baixa morbidade, quando se compara com as taxas de adoecimento de outras faixas etárias. Isto não quer dizer que o adolescente não é, contudo, merecedor de programas de assistência à saúde, e sim que a proposta de atendimento deve ser outra, vinculada às características próprias desta faixa etária, capaz, principalmente, de ser pautada pela prevenção e pelo risco, e não pela doença; e, ainda, pela abordagem global do indivíduo, à luz do olhar biopsicossocial que começa a ser vislumbrado naquele momento.

4) Durante a ditadura militar, que no Brasil se estendeu de 1964 até 1985, muitos dos jovens estudantes e professores universitários, inclusive médicos, tiveram o exílio como alternativa à repressão, levada a cabo pelos braços do Estado. Sabe-se que alguns dos profissionais pioneiros na implantação dos serviços de medicina de adolescentes no país estiveram nos Estados Unidos, durante o período mais opressor do regime militar, onde puderam aprender com os profissionais de lá sobre os trabalhos e a estrutura dos primeiros serviços de Medicina de Adolescentes.

Em meio ao contexto político ditatorial que suspendia os direitos do cidadão de exercer seu papel pelas vias democráticas (por meio do voto, das organizações civis e manifestações populares), o jovem da sociedade brasileira, principalmente os estudantes do ensino médio e de nível superior,

organizavam-se para reivindicar o fim da ditadura militar no país. Os movimentos estudantis ganhavam força e, naquele momento, ocorriam numerosas manifestações contra o sistema vigente, encabeçadas por políticos de esquerda, intelectuais, professores e alunos universitários, manifestações violentamente reprimidas pelo regime então vigente.

Desta forma, a problemática aqui apresentada diz respeito ao estabelecimento de possíveis relações entre a institucionalização da Medicina de Adolescentes enquanto especialidade clínica e o surgimento da juventude como categoria social no período da denominada “era de ouro da história da civilização” (Hobsbawm, 1997), aprofundando-se nas questões relativas aos acontecimentos históricos do Brasil na década de 1970 – período de grandes tensões provocadas pela “Guerra Fria” e pelo capitalismo em franca expansão, em que governos totalitários se instalavam em muitos países da América Latina, África e Europa, fazendo eclodir os mais turbulentos movimentos políticos e sociais, a maior parte deles protagonizados pelos jovens.

Delimitar neste trabalho o estudo da atenção médica destinada ao adolescente em um intervalo de duas décadas, 1970 a 1990, tem o propósito de realçar a importância deste período histórico no qual a Medicina de Adolescentes se institucionaliza nas principais faculdades de medicina do país e, mais especificamente, em São Paulo. Com isso, consegue-se aprofundar a compreensão do momento histórico aqui considerado e traçar as relações entre o contexto político do país, as representações sociais do

jovem e a preocupação com a saúde do adolescente na esfera da medicina, tanto na perspectiva da clínica quanto à luz da saúde coletiva.

É também entre essas duas décadas (1970 a 1990) que ocorre a constituição do núcleo e do campo da Medicina de Adolescentes, por meio da divulgação dos saberes intelectuais acerca do assunto e da formação de escolas que viabilizaram sua prática. De acordo com Campos (2000), a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se dariam mediante a conformação de núcleos e campos, sendo o primeiro uma aglutinação de conhecimentos que demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional, e o segundo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam apoio em outras para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (Campos, 2000).

As repercussões deste cuidado com os adolescentes se processam até os dias de hoje, e os estudos atuais a este respeito são numerosos, havendo uma extensa lista de publicações em periódicos destinados à saúde do adolescente⁷. Neste trabalho, pela intrínseca delimitação do objeto de estudo, não estará em pauta o estudo da Medicina de Adolescentes nos dias atuais, podendo ser este um tema para a elaboração de um trabalho subsequente.

À medida que os documentos históricos começaram a ser levantados e as entrevistas realizadas, vem à luz a importância do pioneirismo da Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da

⁷ Vide a Biblioteca Virtual em Saúde – “BVS” Adolec Brasil, disponível para acesso na Internet desde 1996, contendo artigos de revistas, de instituições governamentais, livros, teses de mestrado e doutorado relacionadas à Medicina do Adolescente, informações extraídas da base de dados LILACS e MEDLINE.

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr-HC/FMUSP) como instituição fundamental na formação técnica e acadêmica de quase todos os outros serviços e dos profissionais das futuras equipes multidisciplinares que irão trabalhar com a saúde do adolescente no Estado de São Paulo. Portanto, apesar do objetivo geral desta dissertação se endereçar à dimensão histórica da Medicina de Adolescentes no Estado de São Paulo, há um objetivo específico, criado pela própria necessidade de focar a referida instituição, fonte de saber e de práticas, da qual grande parte dos outros serviços veio a beber, donde, a vasta produção de dados a respeito da referida instituição e de seus atores, como se verá adiante.

3. METODOLOGIA

O trabalho que aqui se apresenta é de perfil essencialmente qualitativo. Sendo assim, a obtenção dos dados foi realizada por intermédio dos seguintes procedimentos:

1. Na categoria de dados secundários, foram realizados levantamento e análise dos documentos históricos produzidos nas décadas de 1970 a 1990 acerca da institucionalização da Medicina de Adolescentes – informações pertinentes contidas em livros, periódicos, revistas, jornais, cartas, teses acadêmicas, material de congressos e publicações de associações médicas e/ou hospitalares. Com isso pretende-se reconstruir tanto a trajetória específica quanto o contexto em que ocorreu a implantação da Medicina de Adolescentes no país, em especial no Estado de São Paulo, seja em seus aspectos mais gerais, seja no tocante às questões propriamente médicas.

O estudo do cenário histórico em questão, o período de 1970 a 1990, delimita a busca de documentos que respaldem a pesquisa e validem as hipóteses levantadas neste projeto. A perspectiva histórica aqui considerada se deu mediante utilização de uma metodologia de pesquisa que permitiu compreender as relações existentes entre o momento político em questão – a ditadura militar no Brasil e os movimentos sociais a ela relacionados –, a institucionalização da Medicina de Adolescentes em São Paulo e sua proposta para a saúde coletiva. Diferentemente do que ocorre nas ciências experimentais, o método histórico tem uma lógica própria, que se aplica aos

fenômenos que estão sempre em movimento (a dinâmica de um processo), evidenciando manifestações contraditórias; seu método lógico se destina à investigação dos materiais históricos a fim de se testar hipóteses quanto à estrutura, à causação e à eliminação de procedimentos autoconfirmadores (Thompson, 1981).

Os documentos aqui levantados são compostos pelo material científico produzido sobre a saúde dos adolescentes durante as décadas de 1970 a 1990: dissertações de mestrado e teses de doutorado; livros, coletâneas ou tratados de pediatria que abordam o tema da adolescência em especial; artigos publicados em revistas científicas pediátricas e de Medicina do Adolescente; normas técnicas dos órgãos reguladores, como Ministério da Saúde, OPAS, OMS e Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo sobre a saúde dos adolescentes; memoriais dos profissionais responsáveis pela implantação dos serviços pioneiros em Medicina do Adolescente; comunicações, boletins, informações e publicações do Comitê de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria, especialmente a de São Paulo e da Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA); material sobre a administração e as bases filosóficas de funcionamento do Departamento de Pediatria do ICr-HC/FMUSP (a carta de Embu de 1979); material sobre a implantação e avaliação do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PASA), instituído no Centro de Saúde Escola do Butantã, vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo.

Foram localizadas até mesmo cartas pessoais e fotografias dos personagens e sujeitos históricos em questão, compondo uma iconografia.

As contribuições de alguns autores, fundamentais para a compreensão dos aspectos antropológicos, sociológicos e psicológicos da adolescência e de sua origem histórica, foram evocados nesta pesquisa, a exemplo de Eric Hobsbawm, Marialice Foracchi, Philippe Ariès, Van Gennep, Rolf Muuss, Stanley Hall, Arminda Aberastury e Maurício Knobel, entre outros. O cenário político da ditadura militar no Brasil foi pesquisado por meio de livros textos, com destaque para a esclarecedora obra “*Contra os inimigos da ordem: a repressão política do regime militar brasileiro (1964-1985)*”, de Mattos e Junior (2003).

Os critérios adotados na seleção das obras acadêmicas são aqueles correntes no meio científico: relevância e reconhecimento dos autores e suas obras nos cenário editorial (apontados pelas citações e indicações de especialistas); pertinência ao tema da investigação e ao período histórico considerado; necessidade de preencher lacunas identificadas através de revisão da literatura especializada. Muito dessa bibliografia e desses documentos pesquisados foram cedidos pelos próprios autores e profissionais, cujas obras foram analisadas tanto durante o processo de entrevista quanto o de elaboração do projeto deste trabalho.

Para a árdua tarefa de se compreender o cenário político institucional em que se encontrava a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, local onde se instituiu o primeiro serviço de Medicina de Adolescentes de São Paulo e do Brasil, esta pesquisa contou com obras do acervo do

Museu Histórico “Prof. Carlos da Silva Lacaz” da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por meio do auxílio de seu coordenador, Dr. André Mota. No referido museu, foi possível a localização de notícias de jornais da época; de material sobre a fusão dos cursos de medicina (em um período em que havia dois cursos de graduação em medicina, o experimental e o tradicional) e de toda a repercussão política associada ao assunto, explorada pela mídia escrita (jornais paulistas de renome), atas de assembleias dos alunos, cartas dos professores e decisões dos membros da congregação da faculdade de medicina, durante a década de 1970.

A pesquisa virtual foi fundamental para a obtenção de artigos científicos estrangeiros, como as publicações de Gallagher, Alderman, Silber, entre outros.

Para a investigação da adolescência como objeto de estudo e práticas da Saúde Coletiva no Estado de São Paulo foram resgatados textos e publicações de autores como Ayres, e, para a compreensão e conceituação da Saúde Coletiva, tanto de sua prática quanto de sua historicidade, foram de grande valia os textos de Gastão Wagner de Sousa Campos, Everardo Duarte Nunes, Jairnilson Paim, Naomar de Almeida Filho, Massako lyda, entre outros.

2. Na categoria de dados primários, foram realizadas entrevistas com os responsáveis pela implantação dos primeiros serviços de atenção à saúde dos Adolescentes no Estado de São Paulo, tanto no âmbito da pediatria, ginecologia e psiquiatria quanto na área da saúde coletiva, visando resgatar a memória desses “pioneiros” e colher informações sobre as

razões, as circunstâncias, o contexto histórico, as dificuldades, as motivações institucionais envolvidos na criação desta especialidade clínica e dos programas de atenção à saúde coletiva do adolescente. As entrevistas têm o objetivo de complementar os dados históricos que não puderam ser obtidos por meio da documentação escrita, quer pela dificuldade de acesso a boa parte dos registros do passado, quer pela sua simples ausência. Não é o objetivo da pesquisa em questão obter uma história de vida⁸ dos narradores, e sim a elaboração de depoimentos.

A técnica utilizada para a obtenção dos dados orais foi a entrevista realizada com o emprego do gravador, desenvolvida a partir de um roteiro semiestruturado pré-estabelecido (Anexo 1). Esta relação entre pesquisador e entrevistado, de acordo com Queiroz (1991), produz um depoimento pessoal, isto é, a entrevista se realiza de forma dirigida pelo pesquisador, cabendo a ele estabelecer o fio condutor da narrativa, com o objetivo de captar os dados, as informações e as avaliações dos acontecimentos, suas circunstâncias e as condições históricas vivenciadas pelo entrevistado.

A seleção dos entrevistados obedeceu ao princípio de terem sido personagens e sujeitos históricos, ou seja, vivenciado e participado de maneira ativa da implantação dos primeiros serviços de saúde voltados para adolescentes no Estado de São Paulo, processo este ocorrido entre as décadas de 1970 e 1990. Tais profissionais foram selecionados tanto na

⁸ “A diferença entre história de vida e depoimento pessoal está na forma específica de agir do pesquisador ao utilizar cada uma destas técnicas, durante o diálogo com o informante. Ao colher um depoimento, o colóquio é dirigido diretamente pelo pesquisador; pode fazê-lo com maior ou menor sutileza, mas na verdade tem nas mãos o fio da meada e conduz a entrevista”. “Nas histórias de vida, as interferências do pesquisador devem ser reduzidas, pois o importante é que sejam captadas as experiências do entrevistado. Este é quem determina o que é importante ou não narrar, ele é que detém o fio condutor.” (Queiroz, 1991 p.7).

área clínica (pediatras, ginecologistas e psiquiatras), quanto na área da saúde coletiva, (médicos e enfermeiros sanitaristas). O que se verificará adiante é que esses centros pioneiros de atendimento ao adolescente estavam todos inseridos em instituições de ensino nas grandes universidades paulistas, e, portanto, os entrevistados foram, em sua maioria, médicos que eram, a um só tempo, clínicos ou sanitaristas e docentes, exercendo o ofício da prática e do ensino concomitantemente.

Os depoimentos pessoais colhidos nas entrevistas foram transcritos, analisados e introduzidos no corpo do texto, isto é, os trechos de maior relevância para o objetivo da pesquisa estarão presentes ao longo dos capítulos, com o intuito de complementar, fundamentar e ilustrar a análise do material teórico produzido, assim como contribuir para a sua compreensão.

De acordo com Camargo (1984), os historiadores, ao lidarem com o passado, comportam-se como arqueólogos: reconstroem os eventos por meio da referência a um corpo limitado de evidências disponíveis, cuja existência independe deles (Camargo, 1984). É por isso que a História Oral tem sido bem recebida quando os documentos escritos parecem insuficientes ou inadequados (Thompson, 1992).

No início do trabalho que aqui se apresenta, quando ainda se tratava de um projeto de estudo, a ideia de utilizar a metodologia da História Oral se originou da possibilidade de buscar junto aos atores sociais, em seu discurso, parte da história que não se encontra nos documentos escritos, nos currículos, nos capítulos de livro, nas publicações científicas ou nos relatórios de órgãos oficiais do governo. O depoimento coletado por meio da

entrevista, visava à obtenção de sentimentos, motivações, dificuldades enfrentadas e entraves institucionais e ideológicos que ocorreram no período da institucionalização da Medicina de Adolescentes e dos programas de saúde pública para essa faixa etária, que não poderiam ser extraídos por meio do documento escrito.

Por fim, resta justificar a delimitação cronológica do período histórico aqui considerado (1970 – 1990). De um lado, ele coincide com o surgimento mundial e nacional da juventude como uma nova categoria social, politicamente ativa e culturalmente inovadora. Simultaneamente, a Medicina de Adolescentes ingressa num processo de institucionalização, como que acompanhando a emergência dos jovens enquanto atores sócio-políticos relevantes no cenário social. Por fim, contradições e embates políticos e acadêmicos veem à luz exatamente no período de implantação da ditadura militar no Brasil (com o golpe de 1964 e, em 1968, a edição do Ato Institucional número 5, o “AI-5”), cujas consequências mais deletérias não deixam de ser sentidas até o final dos anos de 1980 (Mattos e Junior, 2003).

É de fundamental importância salientar o auxílio recebido pelo pesquisador, em certas etapas do trabalho, por parte de dois professores, Profa. Dra. Maria Ignez Saito e Prof. Dr. André Mota, contribuições essas valiosas para o resultado final da pesquisa, uma vez que a dissertação aqui proposta envolveu uma aproximação metodológica com a historiografia, e o objeto de estudo, a Medicina de Adolescentes, foi recortado pela perspectiva clínica e sanitária, havendo, portanto, uma triangulação de análise entre as disciplinas da História, da Hebiatria e da Medicina Preventiva. Ainda como

particular aspecto metodológico, revela-se aqui que o Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, é, a um só tempo, orientador e personagem histórico, contribuindo inclusive com um depoimento por meio de entrevista.

Figura 1 Entrevistas Realizadas

Entrevistado	Vínculo Institucional	Especialidade	Local	Datas
Anita Colli	Unidade de Adolescentes ICr-HC/FMUSP	Pediatra e Medicina de Adolescentes	São Paulo	20/04/2010
Maria Ignez Saito	Unidade de Adolescentes ICr-HC/FMUSP	Pediatra e Medicina de Adolescentes	São Paulo	13/07/2009 15/12/2009
Verônica Coates	Clínica de Adolescentes do Departamento de Pediatria da FCM da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Pediatra e Medicina de Adolescentes	São Paulo	16/07/2009 19/08/2009
Tamara Beres Lederer Golderg	Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP	Pediatra e Medicina de Adolescentes	Botucatu	17/11/2010
Lígia de Fátima Nóbrega Reato	Disciplina de Hebiatria da Faculdade de Medicina do ABC	Pediatra e Medicina de Adolescentes	Santo André	09/12/2010
Maria Sylvia de Souza Vitalle	CAAA da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM)	Pediatra e Medicina de Adolescentes	São Paulo	14/12/2010
Everardo Morais Buoncompagno	Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP	Psiquiatra	Campinas	21/04/2010
João Luiz de Carvalho Pinto e Silva	Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP	Ginecologia e Obstetrícia	Campinas	22/03/2010
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres	Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP	Médico Sanitarista	São Paulo	11/05/2010
Néia Schor	Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP	Enfermeira Sanitarista	São Paulo	10/11/2010
Albertina Duarte Takiuti	Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMUSP	Ginecologia e Obstetrícia	São Paulo	07/04/2010

Deve-se lembrar aqui de tantos outros personagens históricos que viveram a institucionalização da Medicina de Adolescentes no Estado de São Paulo, que poderiam produzir depoimentos importantes sobre a trajetória pessoal e da respectiva área de atuação que é o objeto deste estudo, entretanto não foram incluídos no processo de entrevista em virtude de não se adequarem plenamente aos critérios de seleção dos depoentes, como o período delimitado, as décadas de 1970 a 1990 (nesse sentido, cito aqui Marta Miranda Leal, Luiz Eduardo Vargas da Silva, Domingos Infante, Débora Gejer, Maria José Sant'anna, Lucimar Françoso, Geni Beznos, Ivan França Junior, Regina Sarmento, Maria José Paro Forte). Ou porque não se vincularam a instituições universitárias naquele momento histórico, como é o caso de Jacques Crespín, pediatra de renome, com importante dedicação para a delimitação de uma área específica para a adolescência na pediatria, inclusive com um pioneirismo no atendimento de adolescentes em consultório particular, que contribuiu para o conhecimento científico sobre adolescência; seu vínculo se deu aos órgãos reguladores como a Sociedade Brasileira e Paulista de Pediatria, a Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA).

Tantos outros profissionais que constituíram as primeiras equipes multiprofissionais dos serviços pioneiros no atendimento à saúde do adolescente, que não estiveram presentes nos depoimentos, mas que serão mencionados no decorrer deste trabalho, devido à relevante contribuição científica à referida área de atuação, a exemplo de Fernando José de

Nóbrega e aqueles profissionais que já não estão entre nós, como João Yunes, Fabio Adamo, Azarias Andrade de Carvalho e Regina Célia L. Muller.

4. ADOLESCÊNCIA: CONCEPÇÕES E ORIGENS HISTÓRICAS.

Muito se discute na atualidade a respeito do jovem, da adolescência e da juventude. São numerosas as tentativas de se definir, conceituar e normatizar a adolescência, a juventude e suas terminologias afins. Não tão frequentes são as investigações pertinentes à compreensão e à contextualização da problemática do adolescente, tendo em vista a sua origem histórica e suas relações com as diversas áreas do saber.

As definições existentes a respeito da adolescência, tão necessárias para o estudo desta faixa etária, se por um lado contribuem para a delimitação de um campo do conhecimento, por outro, solidificam teorias universais sobre o adolescente, muitas vezes revestidas de estereótipos, responsáveis por possíveis entraves na abordagem de seu comportamento. Questionar não apenas as definições de adolescência, como também a razão pela qual em um determinado momento, em um dado campo social, com peculiares relações de poder e modo de produção, segundo certos discursos, palavras de ordem e enunciados, se produz um determinado adolescente (Infante, 1985), assim como se origina uma área de atuação pediátrica responsável por seus cuidados – tudo isto é de extrema importância para a compreensão das relações entre este adolescente, a sociedade, o médico e o sistema de saúde que o assiste.

Em 1978, Colli já definia adolescência como um período de transição entre infância e idade adulta, caracterizado por intenso crescimento e

desenvolvimento que se manifestam em marcantes transformações anatômicas, comportamentais, fisiológicas, mentais e sociais (Colli, 1978).

Do ponto de vista cronológico, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1977) considera adolescente o indivíduo entre os 10 e os 19 anos, e o jovem aquele que se situa entre 15 e 24 anos de idade. Identifica-se, assim, adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos). De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8069 de 13/07/1990) – é considerado adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade.

Ruzany & Szwarcwald (2000) consideram a adolescência (conceito que se estabelece nas publicações especializadas sobre o tema) como sendo a etapa da vida compreendida entre a infância e a idade adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial.

A palavra “adolescência” é derivada do verbo latino “*adolescere*”, significando crescer ou crescer até a maturidade. Puberdade, por sua vez, origina-se dos termos latinos *pubertas* e *pubescere*, que significam apresentar pelos no corpo e atingir a maioridade; o conceito de puberdade, portanto, refere-se às mudanças biológicas e fisiológicas associadas à maturação sexual (Muuss, 1976).

Há muito se sabe o que vem a ser uma criança⁹ e um adulto; categoria ambígua, na medida em que não é um nem outro, o adolescente situa-se entre os dois, portanto em uma condição liminar, marginal, o que o

⁹ Françoise Dolto já apontava que a adolescência é uma fase da vida bem menos conhecida do que a infância (Dolto, 2004).

aproxima do neófito dos rituais de passagem. Entretanto, no meio urbano ocidental percebe-se um prolongamento dos limites da adolescência, em contraste com o que ocorre em sociedades ditas primitivas, nas quais essa fase de vida é caracterizada por intervenções pontuais, denominadas ritos de passagem¹⁰.

A definição cronológica da adolescência proposta pela OMS, com limites amplos, que variam de 10 a 20 anos, é capaz de abranger a maioria dos eventos puberais. Já o prolongamento do período de estudos, e com isso maior dependência econômica, posterga a juventude para além dos 20 anos¹¹, reduzindo-se assim o período de infância e adultície, contribuindo, contudo, para tornar mais nítidas e bem demarcadas estas duas faixas etárias.

Em oposição à infância, a adolescência é caracterizada pela rebeldia e necessidade de autonomia – sem, no entanto, reunirem, os adolescentes, tais condições, sejam elas materiais ou emocionais. Daí advêm os conflitos; enquanto a criança é moldável, o adolescente é resistente, identifica-se com os membros de seu grupo e não mais com a família; procura de alguma forma testar limites, apresenta elevado nível de consciência social e repudia a autoridade.

¹⁰ O antropólogo Van Gennep bem discorre em sua obra acerca dos ritos de passagem, elaborando o conceito de marginalidade, pois o neófito é posto à margem de sua sociedade, devendo nesse momento se submeter às tarefas exigidas pelos mais velhos para que, ao final desse período de transição, possa ser incorporado novamente ao grupo, ocupando um outro *status* social, o que garante sua permanência na vida social regular. Portanto, passar é permanecer (Van Gennep, 1978).

¹¹ Segundo Marcondes, se for aceito que as primeiras modificações já caracterizam a adolescência, quer sejam elas de natureza “bio” (puberdade), “psico” ou social, e que a adultícia estará instalada de modo pleno com o desaparecimento das últimas características da adolescência, poder-se-ia estender essa fase da vida dos 10 aos 25 anos (Marcondes, 1979 p.1).

A partir da Idade Média até o início dos tempos modernos, as crianças misturavam-se com os adultos assim que eram consideradas capazes de dispensar a ajuda das mães ou das amas, poucos anos depois de um desmame tardio, ou seja, aproximadamente aos sete anos de idade. Ingressavam, então, na comunidade dos homens, participando, com seus amigos jovens ou idosos, dos trabalhos e dos jogos cotidianos (Ariès, 1981). Não havia adolescência, tal como hoje é concebida, até meados do século XIX, quando começa a ser reconhecida como período crítico para a existência humana.

A atual concepção de adolescência surge inicialmente na Europa, a partir da segunda metade do século XIX, e está estreitamente relacionada às mudanças econômicas, políticas e culturais geradas no bojo do processo de industrialização e pelo estabelecimento do sistema escolar obrigatório imposto pelo desenvolvimento dos países europeus. Neste momento histórico, ampliavam-se mundialmente a demografia, a urbanização e a divisão do trabalho, donde a intensa especialização da mão de obra (Rojas, 1995).

Na segunda metade do século XX ocorreu o que se denominou de revolução cultural, atingindo a organização da família, provocando modificações na estrutura de relações entre os sexos e as gerações. A família nuclear, que se tornou modelo padrão na sociedade ocidental nos séculos XIX e XX, começa a declinar durante as décadas de 1970 e 1980; as mulheres deixavam de ser interessar pelo casamento formal, identificou-se um arrefecimento do desejo de ter filhos e uma mudança de atitude mais

aberta à aceitação de uma adaptação bissexual. Registra-se um aumento do número de pessoas vivendo solitariamente e de mães solteiras ou de lares chefiados por mulheres, tanto em países da Europa quanto nos Estados Unidos (Hobsbawm, 1997). A crise da família estava relacionada a mudanças nos valores e regras, oficiais ou não, que governam a conduta sexual, a parceria e a procriação, e essa mudança está centrada nas décadas de 1960 e 1970. As legislações de muitos países europeus oficializaram o divórcio, a comercialização de métodos anticoncepcionais, as informações sobre o controle da natalidade e até mesmo o aborto. Esta foi uma era de liberalização tanto para os heterossexuais (sobretudo para as mulheres, que desfrutavam, até então, de menor liberdade que os homens) quanto para os homossexuais.

Essas tendências, é claro, não afetaram igualmente todas as regiões culturais do planeta. Na década de 1980, o casamento continuava bem mais valorizado em países católicos, não comunistas, e o divórcio era bem menos comum na Península Ibérica e na Itália, e ainda mais raro na América Latina, mesmo em países como o México e o Brasil (Hobsbawm, 1997).

Enquanto o divórcio, os nascimentos “ilegítimos” e a multiplicação do número de famílias chefiadas por mulheres indicavam uma crise na relação entre os sexos, a expressão de uma cultura juvenil específica apontava para uma profunda mudança nas relações entre as gerações (Hobsbawm, 1997).

Após a Segunda Guerra Mundial, a Humanidade presenciou um forte crescimento econômico, com repercussões na elevação da renda da população e no consumo de produtos industrializados. A mídia passa a

exercer, neste contexto, um papel fundamental, tanto na divulgação de novos produtos quanto na veiculação de modas e tendências, destinados sobretudo aos jovens, à luz da premissa de serem eles indivíduos ainda indefinidos, abertos a mudanças e inovações e suscetíveis a influências políticas e tecnológicas modernizadoras. Tais características são identificadas e exploradas pelos meios de comunicação, que contribuíram, em larga escala, para a construção da identidade do adolescente na sociedade urbana e industrial, marcando seu ingresso no mercado de consumo.

Já a concepção de juventude, mais do que uma delimitação de faixa etária, a exemplo daquela estabelecida pela OMS que considera como jovem o indivíduo que se situa entre os 15 e 24 anos, transcende os aspectos cronológicos ou meramente biológicos, sendo uma alcunha das reflexões sociológicas. Marialice Foracchi, socióloga e estudiosa do tema, concebe a juventude da seguinte maneira: “Não sendo passível de delimitação etária, a juventude representa, histórica e socialmente, uma categoria social gerada pelas tensões inerentes à crise do sistema. Sociologicamente, ela representa um modo de realização da pessoa, um projeto de criação institucional, uma alternativa nova de existência social” (Foracchi,1972 p.160).

A juventude também é identificada por Foracchi como força dinamizadora da vida social, atuante em sua transformação, para o que se une às outras forças sociais operantes. De um lado, sua busca por uma sociedade mais justa leva-a a emergir como porta-voz dos desfavorecidos,

revelando as formas de opressão existentes; de outro, sua flexibilidade lhe permite experimentar novas alternativas e adaptar-se com relativa facilidade a modos de conduta, valores e padrões de vida anteriormente desconhecidos (Foracchi, 1972).

Ora, são muitos os exemplos de movimentos sociais da década de 1960 protagonizados sobretudo por jovens em diversos países. Exceto na China de Mao Tsé Tung, os jovens eram liderados – até aonde aceitavam líderes – por membros de seu grupo de pares. Mesmo as iniciativas dos movimentos operários em massa, ocorridos na França e Itália nos anos de 1968-1969, partiram dos jovens operários e estudantes, idealizadores de *slogans* como “*tutto e subito*” - queremos tudo e já (Hobsbawm, 1997).

De forma análoga ao que ocorria na Europa e nos Estados Unidos nas décadas de 1960 e 1970, os jovens da América Latina começavam a se configurar como categoria social distinta, definida por uma condição¹² específica que demarca interesses e necessidades próprias, quase que totalmente desvinculados da idéia de transição.

Nos países latino-americanos, o adolescente morador da zona urbana, nos períodos compreendidos entre as décadas de 1950 e 1980, experimentou profundas transformações em sua maneira de agir, pensar e sentir, em consequência da ampliação do período de escolarização e do gerenciamento do tempo livre. Houve um amplo acesso de adolescentes e jovens, oriundos das camadas médias e baixas da população, à escola,

¹² A diferença é que a condição juvenil estava anteriormente permeada pelas relações de incorporação à vida adulta e à aquisição de experiência para poder integrá-la. Os jovens eram vinculados funcionalmente às instituições de transição ao mundo adulto, o que os definia, essencialmente, como filhos, estudantes ou aprendizes (Abad, 2001).

despontando assim para eles um horizonte otimista, com perspectivas de mobilização social e melhoria das condições de vida por meio da escolarização e de novas oportunidades de trabalho.

A expansão da educação, que legitimou a “moratória social” do adolescente no papel de estudante, somada à massificação da televisão e ao crescimento de poderosas indústrias culturais, culminou com fenômenos de divergência entre gerações, tais como: a revolução sexual, o surgimento de consumos culturais tipicamente juvenis e a participação política dos estudantes secundaristas e universitários. O tempo livre desfrutado pelos jovens desperta a preocupação da sociedade adulta e leva à elaboração de uma série de programas esportivos, recreativos e campanhas preventivas de saúde para afastá-los das condutas socialmente reprovadas, como é o caso do consumo de drogas e do livre exercício da sexualidade (Abad, 2001).

Cabe relacionar à mudança de condição social do jovem, iniciada a partir da segunda década do século XX, as modalidades de políticas públicas destinadas aos adolescentes e aos jovens, elaboradas pelos governos nacionalistas e populistas da América Latina, incluindo o brasileiro, cujos interesses eram a modernização das sociedades latino-americanas, a substituição das importações e o desenvolvimento das indústrias nacionais, traços típicos de uma economia em expansão e com vasta disponibilidade de crédito externo. Em seguida, a partir da década de 1970, as políticas são centradas no controle social dos setores juvenis mobilizados, e isso por meio de doutrinação e de ações repressivas por parte do Estado às

manifestações estudantis inconformistas¹³. Esse caráter violento e opressor das intervenções do Estado chegou ao auge com a suspensão das garantias constitucionais e o incremento das restrições às liberdades civis (Abad, 2001).

Ao mesmo tempo em que o jovem é percebido como ator social, protagonista de movimentos em busca da restauração da democracia nos países que viviam sob os regimes ditatoriais, também era foco de intensas preocupações por parte do mundo adulto, o que despertou no Estado a atenção para a questão da juventude. Assim, ao se analisar as políticas públicas destinadas à adolescência e juventude no Brasil, percebe-se que são estruturadas a partir dos conflitos entre os jovens e adolescentes, de um lado, e a sociedade adulta, de outro, configurando-se a questão como um problema de ordem política. De forma geral, a história das políticas voltadas aos jovens de toda a América Latina se reveste de um caráter setorial ou focalizado, cujas ações recaem sobre as camadas mais pauperizadas da sociedade, o que as distingue de outras iniciativas sociais do Estado, que são ditas universais, ao exemplo das políticas de educação e saúde.

Historicamente, as políticas destinadas à juventude estão relacionadas aos problemas da exclusão social dos jovens e têm como objetivo facilitar a transição e a integração destes indivíduos ao mundo adulto (Abad, 2001).

Do ponto de vista biológico, percebe-se a antecipação da puberdade, por um lado, prolongando a adolescência em muitos anos, e, por outro, a

¹³ A organização estudantil na América Latina apoiou a Revolução Cubana, o governo de Salvador Allende, o Concílio do Vaticano II e o Movimento de Curas pelo Terceiro Mundo, entre outros.

dissociação entre a maturidade sexual e a capacidade de emancipação, o que leva à emergência de um contingente de pessoas sexualmente maduras, embora ainda em desenvolvimento físico, emocional, intelectual e profissional.

Vinculada ao prolongamento do período de adolescência, há uma mudança de expectativas da sociedade em relação à juventude, que passa a ser vista não como um estágio preparatório para a vida adulta, mas, em certo sentido, como o estágio final do pleno desenvolvimento humano. É o que se denomina de processo de “juvenilização” da sociedade, gerando transformações no ciclo da vida (Castro, 2008). Tome-se como exemplo o esporte, as vestimentas, os cuidados com o corpo, que ressaltam o despertar da juventude como um valor social. O processo de envelhecimento, tido até então como o período em que o passar dos anos trazia mais poder, influência e riqueza, causa, agora, insatisfação.

Esse é, em linhas gerais, o contexto histórico para a estruturação da concepção da adolescência e da nova condição da juventude. É curioso observar que a Medicina de Adolescentes foi implantada no país justamente no período de censura aos jovens e às suas manifestações políticas, ou seja, durante a ditadura militar.

A nova cultura juvenil das sociedades urbanas, surgida na segunda metade do século XX, deixa de ser a marca de um período de transição e passa a se configurar como um estágio final do pleno desenvolvimento humano; torna-se dominante nas economias de mercado desenvolvidas e se internacionaliza ou globaliza. Essa cultura e a categoria social a ela

associada – os jovens – só poderiam ter surgido num contexto urbano de afluência industrial, no qual ocorreu uma ampliação da expectativa de vida, um retardamento no ingresso no mercado de trabalho, uma maior especialização profissional, escolarização ampliada e crescente complexidade da divisão social do trabalho. Os filhos deixaram de ser mão-de-obra imprescindível no contexto familiar (nas camadas médias e altas), a cultura tornou-se mais secularizada e as formas tradicionais de controle social foram contestadas, dissolvidas e/ou abrandadas.

O censo demográfico do ano 2010, realizado pelo IBGE, aponta a existência de cerca de trinta e quatro milhões de adolescentes (idades contempladas entre 10 e 19 anos, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde - OMS) no país, o que corresponde a cerca de 18 por cento de toda a população brasileira, 84,35% dos quais habitantes das zonas urbanas (IBGE – censo 2010). Na década de 1970 foi detectada a maior taxa de crescimento da população jovem (3,29%), se comparada a de outros períodos do final do século XX, observando-se, a partir daquela década, uma desaceleração deste ritmo de crescimento (Oliveira *et al.*, 1998).

Devido à importância atribuída ao adolescente na sociedade industrial, certos ramos das ciências sociais, da psicologia, do direito, das ciências médicas e de outras áreas do conhecimento ocuparam-se cada vez mais de estudos sobre a adolescência e a juventude em geral, procurando compreender as suas peculiaridades.

5. A SAÚDE DO ADOLESCENTE DE 1970 A 1990: UM PANORAMA HISTÓRICO.

5.1 Sobre o pioneirismo estrangeiro

A Medicina de Adolescentes, também denominada “Hebiatria” (“medicina da juventude”, que se refere à Hebe, deusa grega da juventude) se originou, primordialmente, do interesse que um grupo de médicos, atuantes em escolas para rapazes na Inglaterra, nutria pelo estudo dos fenômenos da adolescência. Em 1884 se constitui a “Medical Officers of Schools Association”, primeira entidade organizada com o objetivo de reunir médicos em escolas, para debaterem assuntos e trocarem experiência a respeito de regras e condutas ideais para um bom atendimento clínico aos jovens estudantes (Gallagher, 1982).

A partir de então, temas como crescimento, desenvolvimento e questões relacionadas aos distúrbios de aprendizagem, como a dislexia, foram investigados e os resultados publicados em revistas médicas inglesas. Os primeiros trabalhos relacionados à saúde do jovem e às instituições pioneiras no atendimento do adolescente datam do final do século XIX, na Inglaterra, e meados da década de 1950, nos Estados Unidos. Nitidamente se percebe a emergência de questões vinculadas aos cuidados preventivos dirigidos aos jovens, de forma a minimizar os riscos de aquisição de doenças, prevenir acidentes e melhorar a qualidade do ambiente escolar, aspectos estes que constituíram a força motriz para a organização de uma

especialidade médica cujo objetivo é assistir e orientar, do ponto de vista clínico, o processo da adolescência (Gallagher, 1982).

Após a Primeira Guerra Mundial, surgem os primeiros serviços médicos para estudantes nas grandes universidades e escolas militares dos Estados Unidos (EUA). Com isso, assuntos como os cuidados de saúde e bem-estar foram se disseminando pelo país e se tornaram de interesse público. Ao longo da década de 1930, universidades norte-americanas como Yale e Harvard organizaram serviços de saúde para o atendimento de seus estudantes, o que levou a um melhor conhecimento a respeito dos adolescentes, de seus processos normais fisiológicos e psicológicos, e ao reconhecimento de suas diferenças em relação à criança e ao adulto, possibilitando, ademais, a melhoria dos cuidados e da prevenção de doenças (Gallagher, 1982).

Não por acaso a especialidade que se detém nos cuidados desta faixa etária origina-se no seio da instituição que permite o aparecimento da adolescência e da juventude como categorias definidas, a escola. É da necessidade de escolarização que surge, em grande parte, o adolescente como hoje o conhecemos, e é na escola que o médico busca seus conhecimentos acerca desta população que, no futuro, se constituirá em alvo de sua prática clínica.

No panorama mundial, as primeiras publicações de peso sobre a adolescência remontam ao início do século XX, a partir do clássico tratado de G. Stanley Hall, publicado em 1904: ***Adolescência: sua Psicologia e sua Relação com a Fisiologia, Sociologia, Sexo, Crime, Religião e***

Educação. Esta obra influenciou uma geração de profissionais, marcou o campo de estudos sobre a adolescência e, de certa forma, legitimou-o como área de estudo e atenção (Silber, 1997). Em 1918 foi publicado o primeiro artigo científico médico sobre o adolescente: “**O trabalho da Clínica de Adolescentes da Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford**” (Gates, 1918 *apud* Silber, 1997). Neste artigo já estão presentes, além dos problemas médicos atribuídos aos adolescentes, muitos dos princípios dos atuais programas de Medicina de Adolescentes.

As primeiras equipes científicas destinadas a estudar alguns problemas biológicos da adolescência (desenvolvimento, nutrição e endocrinologia da puberdade) são formadas nas décadas de 1920 e 1930, lembrando que muitas vezes tais investigações eram extensões de estudos iniciados com crianças, sendo o grupo mais antigo, o da Unidade de Estudos de Adolescentes da Universidade de Yale, formado por anatomistas, fisiologistas, químicos, biólogos, pediatras e psicólogos (Silber, 1997). Simultaneamente, em Viena, foi publicado um trabalho fundamental, **Estudos somáticos e endocrinológicos do rapaz púbere** (Greulich e Dorfman *et. al.*, 1942), no qual se estabeleceram os níveis de maturação sexual, cuja sistematização, elaborada por Tanner (1962), permitiu a existência de uma linguagem comum, relativamente ao desenvolvimento sexual, a pediatras, ginecologistas, endocrinologistas e clínicos gerais (Silber, 1997).

Gallagher (1982), Alderman *et al.* (2003) e outros autores norte-americanos, ao analisarem o contexto histórico-cultural no qual se

organizaram os primeiros serviços de Medicina de Adolescentes do início do século XX, referem-se à emergência de problemas sociais como a violência juvenil, o desemprego e as desigualdades econômicas, nos Estados Unidos e em outros países, como fatores associados à problemática de saúde do adolescente. Assim, questões como morbidade e mortalidade juvenis passaram a ser alvo de estudo e debate naquele momento: o impacto de novos comportamentos entre adolescentes, como o tabagismo; a discussão sobre sexualidade; violência; lesões causadas pelo esporte; avanços tecnológicos em relação à contracepção; doenças crônicas; saúde mental e psicofarmacologia na adolescência, tudo isto contribuiu para a formação de uma nova especialidade clínica.

Em 1938 a Academia Americana de Pediatria incluiu, pela primeira vez, o termo “adolescência” em seus programas, e em 1951 houve a formação da primeira Unidade de Adolescentes nos Estados Unidos, no Boston Children’s Hospital, sob o comando do médico J. Roswell Gallagher.

Em 1951 instituiu-se a primeira Unidade de Adolescentes nos Estados Unidos, no Boston Children’s Hospital, sob o comando do médico J. Roswell Gallagher, que publicou, em 1960, o livro **“Medical care of the adolescent”**, o primeiro compêndio sobre Medicina de Adolescentes, consultado por profissionais interessados neste campo do saber e da clínica.

Após a publicação de **“Medical care of the adolescent”**, estabeleceu-se, em 1968, a Society for Adolescent Medicine (SAM), cujo objetivo era incrementar a atenção médica para adolescentes e jovens. A atividade dos membros da SAM, como a de seus vários comitês,

proporcionou a publicação regular de um boletim informativo, que deu origem, em 1980, ao *Journal of Adolescent Health Care*. A partir de então, outras revistas destinadas a publicações especializadas foram surgindo, como o *Adolescence*, *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *The Journal of Adolescent Research*, *The Journal of Pediatrics and Adolescent Gynecology* (Saito, 2008).

Na América Latina, o serviço pioneiro de Medicina de Adolescentes foi fundado em 1958, em Buenos Aires, Argentina, sob a coordenação da Dra. Nydia Gomes Ferrarotti (Crespin, 2007). Em seguida, surgiram outros serviços de Medicina de Adolescentes nos diversos países da América Latina: no Chile, sob a coordenação de Paula Pelaz, e a de Enrique Dulanto, no México, ambos em 1964 (Crespin, 2007).

5.2 A saúde do adolescente no Brasil: o contexto inicial

Antes da década de 1970 não havia no Brasil médicos e serviços especializados em hebiatria. É claro que naquela época os médicos já atuavam, em clínicas particulares e nos serviços públicos, no atendimento de adolescentes. De acordo com a queixa ou problemática apresentada, o jovem podia se dirigir a um clínico geral ou pediatra; adolescentes do sexo feminino consultavam-se com ginecologistas quando as questões referentes à saúde reprodutiva e sexual estavam em pauta, ficando, neste âmbito, os do sexo masculino negligenciado pela assistência médica (Queiroz, 2009).

Além das questões relacionadas à violência das grandes cidades (dentre elas o envolvimento com drogas, acidentes, atividades ilegais, homicídios e suicídios), o adolescente apresenta como característica peculiar a frequência elevada de queixas genéricas e pouco esclarecedoras como motivo da procura aos serviços médicos, com destaque para a importante presença do componente psicoemocional nestas queixas (Ayres e França-Junior, 1996).

No Brasil, a preocupação com a saúde dos adolescentes ganha o caráter institucional a partir da década de 1970, surgida inicialmente nos serviços de medicina clínica, sobretudo naqueles vinculados à pediatria – com exceção da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), cujo programa de atendimento a adolescentes se originou a partir do interesse da equipe da Clínica Médica de adultos –, nas faculdades de medicina e nos hospitais universitários do país.

Embora não se configure exatamente como objeto do trabalho desenvolvido analisar a implantação dos programas de saúde aos adolescentes no Estado do Rio de Janeiro, cabe ressaltar a relevância do serviço de atenção à saúde do adolescente vinculado à UERJ no cenário nacional da trajetória histórica da implantação dos programas de saúde destinados a essa população e no tocante ao desenvolvimento de pesquisa e ensino no ambiente acadêmico, inclusive devido às parcerias estabelecidas com as instituições paulistas universitárias.

A partir de 1995, o denominado Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) apresenta, em sua origem, evolução diferente da maior

parte dos serviços paulistas de atenção à saúde do adolescente, já que sua institucionalização se deu entre profissionais provenientes da equipe multiprofissional da Clínica Médica de adultos – entre eles, alunos de medicina e enfermagem –, que prestavam atendimento aos pacientes internados em enfermaria, a partir da observação das dificuldades de adaptação e das angústias dos adolescentes geradas pela hospitalização. Desse interesse e preocupação surgiram em 1972, atividades recreativas com adolescentes no Setor de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), até que se conseguiu o apoio formal da sua direção para a implantação de um serviço de atenção especial a essa faixa etária.

Assim, em 1974 foi inaugurado o ambulatório de adolescentes no HUPE e, em 1975, foram reservadas duas enfermarias para hospitalização de indivíduos desse grupo etário, com dezesseis leitos para adolescentes. Com a institucionalização do serviço, o programa recebeu a denominação de Unidade Clínica de Adolescentes (UCA), que já contava, em sua fase inicial, com uma equipe multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, psicólogos, recreadores e assistentes sociais (Ruzany, 2008).

O NESA atua nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) à saúde do adolescente, buscou (e ainda busca) desenvolver projetos e programas de atendimento extramuros junto às classes sociais mais pauperizadas da Cidade do Rio de Janeiro, com equipe multidisciplinar atuando em comunidades, escolas, centros de saúde, associações de moradores, com o enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças nas populações mais vulneráveis.

Essa instituição esteve presente no processo de implantação dos modelos de atenção integral à saúde do adolescente no país, por meio de intensa produção científica referente a este assunto; parcerias estabelecidas com outras universidades, com o Ministério da Saúde, OPAS etc, e contribuiu para a formação e aperfeiçoamento de recursos humanos, influenciando, de certa forma, alguns dos personagens históricos deste trabalho na escolha da atuação profissional:

(...) no quinto ano da Faculdade [de Medicina da UERJ], eu havia assistido uma apresentação de profissionais da unidade de adolescentes da UERJ, que era vinculada à clínica médica. Eu fiquei muito entusiasmado com o trabalho multidisciplinar. Foi a única vez que eu tinha visto na faculdade essa característica: uma equipe que tinha médicos, psicólogos, recreadores e assistentes sociais. E foi falado sobre a Medicina do Adolescente, e eu fiquei fascinado com aquilo; naquele momento, nem tanto com os adolescentes em si, como objeto de trabalho e de estudo, mas com a perspectiva de poder estagiar, durante o internato, junto a uma equipe multidisciplinar (...). E quando passei pela unidade de adolescentes fiquei apaixonado pelo grupo, tinha enfermaria e ambulatório. No ambulatório de adolescentes, antes de eu chamar o primeiro paciente, a Dra. Evelyn [Eisenstein], que era a responsável, conversou comigo sobre as especificidades dos adolescentes e as suas demandas. E foi muito curioso, porque a primeira paciente que eu atendi, era uma paciente com histórico de desmaios e convulsões e eu já em tese diagnostiquei epilepsia mas a Evelyn falou: “conversa bem com ela, veja se ela não está passando por alguma fase difícil”, e realmente era um problema absolutamente vinculado a uma situação de vida delicada (...) (José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres).

Cabem aqui algumas considerações a respeito de conceitos nucleares frequentemente empregados neste trabalho, como: “Medicina de Adolescentes”, “Clínica” e “Saúde dos adolescentes”. Entende-se por

Medicina de Adolescentes uma área de atuação ou uma habilitação exclusiva da área médica, mais especificamente da pediatria. O médico de adolescentes ou hebiatra é, invariavelmente, aquele que cursou residência médica em pediatria, além de ter sido aprovado em um exame que lhe confere o título de especialista em pediatria, reconhecido e regulado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM); somente assim este médico está habilitado a prestar uma segunda prova que lhe confere o título de médico de adolescentes, isto é, pediatra com área de atuação em medicina do adolescente, igualmente reconhecido e regulado pelos mesmos órgãos. Assim, embora o ginecologista, o psiquiatra, o sanitarista e até mesmo outros profissionais não médicos atendam adolescentes, o título de Área de Atuação em Medicina de Adolescentes foi historicamente conferido à pediatria, a partir de 1998, uma vez que é essa a grande área médica que se ocupa do indivíduo em crescimento e desenvolvimento.

Essa delimitação do campo e da área que se criam e se legitimam a partir da existência de uma titulação que exige específicos pré-requisitos, é duramente criticada por alguns profissionais não médicos e por outros especialistas médicos, como uma delimitação de um mercado de trabalho, portanto não desprovido de interesse econômico, como se verificará nos discursos de alguns entrevistados. A “Clínica”, tal como será referida no presente estudo, refere-se a um conjunto de saberes, nuclear ao trabalho médico a partir do século XIX, que tem em sua raiz histórica duas ideias herdadas do positivismo: “autonomia do objeto de conhecimento por

referência ao sujeito desse conhecimento e a legitimação de sua explicação causal a partir da reprodutibilidade positivamente aferível de eventos a que se referem uma vez reproduzidas as mesmas condições a que se associou a causação” (Ayres, 1990, p.142). Por saúde do adolescente entende-se uma série de ações, programas e práticas, tanto assistenciais quanto no âmbito da saúde coletiva, que integram as mais diversas áreas (como educação, cultura, esporte, trabalho, e lazer) para a promoção de saúde e prevenção de agravos a esta faixa etária, pensando no indivíduo como um todo biopsicossocial.

O planejamento e a criação de serviços de saúde para adolescentes ocorreram a partir do saber científico construído pela chamada Clínica, pautada no estudo dos fenômenos biológicos ditos universais e mensuráveis da puberdade e na caracterização e avaliação dos aspectos sócio-psicológicos dos adolescentes.

Os primeiros trabalhos sobre a adolescência brasileira serão analisados no decorrer desta dissertação, e ficará evidente o desencadeamento de ações e propostas para a institucionalização tanto da Medicina de Adolescentes quanto de programas visando a saúde dos adolescentes nos moldes do que preconizavam os médicos das instituições pioneiras neste tipo de atendimento. Cabe ressaltar que, na grande maioria dos serviços universitários, a atenção à saúde do adolescente já merecia abordagem integral, pautada pelo modelo das equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Outro aspecto relevante na implantação da Medicina de Adolescentes no país foi o diálogo havido entre instituições universitárias

como USP, UERJ, UNICAMP e posteriormente outras, quando barreiras foram rompidas, favorecendo a divulgação de diferentes experiências e saberes integrados em um único objetivo.

As organizações de saúde (OPAS, OMS e Ministério da Saúde) também dialogaram com as instituições universitárias para estabelecerem as diretrizes e normas dos programas de atendimento aos adolescentes no Brasil. Foi fruto desta aproximação o Seminário Latino-Americano sobre a Saúde do Adolescente, organizado pela OPAS e Ministério da Saúde, ocorrido no Rio de Janeiro em 1977. Essa interlocução torna-se ainda mais presente com o Curso de Adolescência promovido pelo Ministério da Saúde – Divisão Materno-Infantil, realizado pelo Instituto da Criança, Departamento de Pediatria da FMUSP e Departamento de Psiquiatria da UNICAMP, em 1981. Já com o objetivo de capacitação multiprofissional, foram realizados, em 1993, 1994 e 1995, os Cursos de Aprimoramento em Crescimento, Desenvolvimento e Nutrição na Adolescência, promovidos pela Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança – que já era o Centro de Referência OPAS/OMS em 1993 – na Disciplina de Pediatria Preventiva e Social do Departamento de Pediatria da FMUSP. Outros serviços ligados a universidades, hospitais e centros de saúde da rede pública começaram a se multiplicar pelo Brasil durante a década de 1980 (Saito, 2005).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) termina por reconhecer a adolescência como área de atenção específica da pediatria, criando, em 1978, o Comitê de Adolescência, destinado à elaboração de normas e

recomendações para o atendimento de adolescentes em seus diferentes níveis de atenção à saúde (primário, secundário ou terciário).

O Comitê aceita como adolescente todo o indivíduo entre 10 e 20 anos de idade e /ou aqueles que se encontram no processo de mudanças físicas, cognitivas e psicossociais desencadeadas durante o crescimento e desenvolvimento. Para o Comitê de Adolescência, a saúde integral do adolescente está vinculada à capacidade do profissional ou da equipe de compreender que todos os aspectos (biológicos, psicológicos e sócio-econômicos) devem ser considerados durante a avaliação clínica da problemática de saúde, visando a sua melhor resolução e prevenção de futuros agravos, isto porque o adolescente se encontra num período de redefinição da identidade pessoal, sexual e social, elaborando valores, papéis e relações de interdependência familiar e grupal, que serão exercidos durante a vida adulta (Comitê de Adolescência da SBP, 1987)I.

Os membros do Comitê de Adolescência enfatizam que os programas de maior resolutividade são aqueles que, além de prover os cuidados para a promoção e recuperação da saúde dos adolescentes, consigam identificar os grupos de risco, de acordo com os dados de morbidade e mortalidade da área, para a atenção preventiva.

O Comitê de Adolescência também recomenda que haja o treinamento e a capacitação dos profissionais em torno dos principais problemas de saúde e de comportamento dos adolescentes, à luz do enfoque interdisciplinar, sempre que possível integrando ao conteúdo programático as técnicas de dinâmica de grupo, entrevistas,

aconselhamento e orientações familiares, reuniões de equipe, supervisão e outras condutas terapêuticas necessárias ao trabalho com adolescentes, famílias, escolas e comunidade em geral. Normas tão abrangentes como essas são difíceis de serem observadas por um único profissional de saúde, sendo imperativa a presença da equipe multiprofissional na abordagem da problemática do adolescente.

Na organização destes serviços de saúde são assinaladas as principais propostas e dificuldades para o trabalho da equipe profissional: as doenças crônicas, incapacitantes ou terminais; os distúrbios de comportamento e psicossociais; os comportamentos de risco (equivalentes depressivos, suicídio, acidentes, uso de drogas e intoxicações, delinquência e marginalização); violência e abuso sexual; conflitos familiares e abandono social; sexualidade, gravidez, anticoncepção e DST; evasão escolar e distúrbios do aprendizado; problemas de crescimento, nutrição e desenvolvimento (Comitê de Adolescência da SBP, 1987)I.

Em 1985, é realizado na cidade de São Paulo, o I Congresso Brasileiro de Adolescência. Este Congresso, presidido pela Profa. Dra. Anita Colli, vice-presidido pela Profa. Dra. Maria Helena Ruzany e secretariado pela Profa. Dra. Maria Ignez Saito, representou um marco na trajetória da Medicina de Adolescentes no país, pelo reconhecimento da importância do assunto, sobretudo entre os pediatras, já que os cursos sobre adolescência eram ministrados, anteriormente, durante os Congressos de Pediatria. A partir de então, o modelo de atenção integral à saúde do adolescente ganha destaque tanto no âmbito da Sociedade Brasileira de Pediatria (que inclui os

Congressos de Adolescência em sua agenda de realizações até os dias de hoje) quanto no panorama internacional de atenção à saúde desta faixa etária, visto que em 2001, durante o VIII Congresso Brasileiro de Adolescência realizado na Bahia, o Brasil sediou o VII Congresso Internacional de Adolescência (Saito, 2005).

É interessante apontar que o ano de 1985 foi eleito pela Organização Mundial de Saúde como o “Ano Internacional da Juventude”, a partir da publicação *“La Salud de los Jovenes: um desafio para la sociedad”*, Informe de um grupo de estudio de la OMS acerca de los jovenes y la “salud para todos en el año 2000”, por meio do qual a OMS delimita cronologicamente a juventude, período compreendido entre os 15 e os 24 anos (OMS, 1985).

Os serviços de atendimento à saúde do adolescente estabeleceram, assim, padrões de assistência que vigoram até hoje, apoiados nas características e particularidades desta fase de vida, tendo por finalidade a prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde do adolescente de forma global. A constituição de equipes multiprofissionais viabilizou o trabalho interdisciplinar, com ênfase na abordagem integral dirigida ao adolescente, tanto em seus aspectos orgânicos quanto psicossociais. Tais modelos não visavam simplesmente reproduzir a prática médica norte-americana, mas levar em conta a problemática de saúde da população jovem brasileira.

Em 1986, por meio da Divisão Materno-Infantil, o Ministério da Saúde incluiu a assistência primária à saúde dos adolescentes entre suas atribuições. Com este intuito, foram elaborados programas de atendimento

ao adolescente, fundamentados na política de promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação. Profissionais de saúde de vários estados e com experiência em adolescentes elaboraram normas técnicas para o atendimento de indivíduos desta faixa etária, assim como a realização de treinamentos de sensibilização e de capacitação de equipes multiprofissionais e formação de adolescentes como agentes multiplicadores de saúde e distribuição de material educativo (Coates, 1999).

O Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) foi criado em 1989, vinculado à Divisão Materno-Infantil do Ministério da Saúde, coordenado pela Dra. Rachel Niskier Sanchez, e denominado Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente (SASAD) a partir de 1993, ocasião da primeira publicação oficial do programa, intitulada de *“Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente”* (Brasil, 1993), que estipula as diretrizes gerais para o atendimento de adolescentes e contempla assuntos do crescimento e desenvolvimento na adolescência, os distúrbios da puberdade e o desenvolvimento psicológico do adolescente. Essa publicação foi elaborada por uma equipe constituída por membros do Ministério da Saúde e da OPAS, que coordenaram os capítulos, por profissionais vinculados às Secretarias Estaduais, e por docentes das universidades brasileiras.

O objetivo do PROSAD era proporcionar acesso do adolescente ao sistema de saúde via atenção primária, com enfoque na promoção de saúde e prevenção de agravos, inserido na proposta hierarquizada do SUS pautado na atenção integral por meio de abordagem multiprofissional. O

enfoque desta primeira publicação do PROSAD se dá na concepção de adolescência como período de risco para a saúde, e o processo de adoecimento relacionado às precariedades ambientais e do contexto socioeconômico. Para o enfrentamento da problemática de saúde apresentada pelos adolescentes, é estabelecida, como prioridade, a abordagem dos aspectos nutricionais e a monitorização do crescimento e desenvolvimento nas unidades de atenção primária (Brasil, 1993).

A Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA) foi fundada em 1989 por um grupo de profissionais interessados na saúde dos adolescentes, sendo Verônica Coates a primeira presidente eleita. Percebe-se que ao longo da trajetória da implantação dos serviços de atenção à saúde do adolescente, foram se constituindo também os comitês – que mais tarde acabaram sendo substituídos pelos Departamentos vinculados à Sociedade de Pediatria –, a Associação Brasileira de Adolescência e as regionais a ela filiadas, promovendo a solidificação, normatização e regulação de uma prática profissional, o que, de certa forma, contribuiu para sua legitimação e reconhecimento.

As primeiras publicações a respeito da saúde dos adolescentes enfatizavam os aspectos de crescimento e desenvolvimento físico, os fenômenos e alguns distúrbios da puberdade, e as afecções clínicas mais frequentes na adolescência, a exemplo dos capítulos do primeiro compêndio intitulado *Adolescência* (Colli *et al.*, 1979), que abordam os problemas dentários, nutricionais, oculares, ortopédicos e menstruais; o corrimento

vaginal, as infecções, acidentes, gravidez, vacinação, epilepsia e neoplasias; acne e alguns problemas psicossociais.

No início da década de 1990, surge uma obra nacional, de fundamental relevância para o estudo dos fenômenos biológicos e dos aspectos psicossociais da adolescência, assim como da sistematização da técnica de consulta do adolescente, o *Tratado de Adolescência: um estudo multidisciplinar* (1991), dos autores Marília de Freitas Maakaroun, Ronald Pagnocelli de Souza e Amadeu Roselli Cruz.

Atualmente, percebe-se uma substancial ampliação dos temas abordados sobre a adolescência, mesmo no tocante aos aspectos estritamente biológicos, como a inclusão de tópicos sobre hipertensão arterial, dislipidemias, esporte, mineralização óssea, primeira ejaculação, aterosclerose e cefaleia. É, portanto, pertinente a citação de alguns dos livros mais recentes sobre a saúde do adolescente, nos quais esses assuntos podem ser encontrados: *Medicina do Adolescente* (1993, 2003), de autoria de Verônica Coates, Lucimar A. Françoso e Geni Beznos; *Adolescência Prevenção e Risco* (2001, 2007), coordenado por Maria Ignez Saito, Luiz Eduardo Vargas da Silva e Marta Miranda Leal; *Hebiatria* (2007), coordenado por Jacques Crespim e Lígia de Fátima Nóbrega Reato e *Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência* (2001) sob a coordenação de Lucimar Aparecida Françoso, Débora Gejer e Lígia de Fátima Nóbrega Reato; *Adolescência – Uma abordagem ambulatorial* (2008) coordenado por Maria Sylvia de Souza Vitalle e Elide Helena Guidolin da Rocha Medeiros.

A importância da sexualidade e da saúde reprodutiva na adolescência figura em publicações recentes, que dedicam vários capítulos a assuntos tais como: “Sexualidade: uma questão em aberto”, “Papel do pediatra na educação sexual” e “Papel do pediatra na prevenção da gravidez na adolescência” – respectivamente o 16º, 17º e 18º capítulos de *Hebiatria* (Crespin e Reato, 2007). Isso sem mencionar toda a discussão sobre anticoncepção, contracepção de emergência, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS na adolescência, que ganham destaque ao longo das décadas de 1990 a 2010, revelando a “militância” dos profissionais de saúde que, nas universidades e nos órgãos governamentais – como o ministério da saúde, as secretarias estaduais de saúde e os programas de saúde municipais –, lutam pelos direitos à saúde reprodutiva dos adolescentes e para que o atendimento a essa demanda seja realizado com dignidade e com o devido respeito aos preceitos éticos de autonomia, privacidade, sigilo e confidencialidade.

Os novos trabalhos também exibem em maior profundidade e mais detalhes a análise dos problemas relacionados ao meio ambiente, como a família, a escola, o esporte, a mídia, o trabalho, a lei, a violência, os acidentes, o tabagismo e as drogas. E assuntos inexistentes nas primeiras publicações sobre medicina de adolescentes, provavelmente em razão de sua baixa incidência nas décadas de 1970 e 1980 (pelo incipiente desenvolvimento da informática e da tecnologia virtual, e pelo escasso conhecimento na literatura médica) de temas como transtornos alimentares, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, suicídio, depressão, o

adolescente portador de doença crônica, e ainda os problemas relacionados à internet e os sites de relacionamentos – o chamado *adolescer virtual* –, ganham destaque a partir dos anos de 1990.

5.2.1 O contexto político

É necessário contextualizar, também, que a implantação da saúde do adolescente nas principais universidades do país se deu durante um período político extremamente difícil e antidemocrático, que foi o da Ditadura Militar, que durou de 1964 a 1985. Em 1974, ano da institucionalização da Medicina de Adolescentes em São Paulo e Rio de Janeiro, o país vivia sob pleno Ato Institucional Número 5 (AI-5), considerado o mais autoritário dos atos institucionais, que decretava a suspensão de muitos direitos políticos dos cidadãos.

Foi uma época conturbada e violenta da história do país, na qual a nação atravessava uma grave crise política que teve início em 1961, com a renúncia do presidente Jânio Quadros, substituído então por seu vice-presidente, João Goulart. Naquele momento a Guerra Fria bipolarizava o mundo, refletindo a disputa pela hegemonia política, econômica e militar entre duas grandes potências: os Estados Unidos, no apogeu do capitalismo, e a União Soviética, símbolo da emergência do comunismo no planeta. O governo de João Goulart (1961-1964), por sua vez, foi marcado pela abertura às reivindicações populares e pelo plano de “Reformas de Base”, que culminaria com propostas de mudanças na estrutura agrária, econômica e educacional do país. Esse estilo de governo mais populista e

denominado de “esquerda” suscitou preocupações por parte dos setores mais conservadores da sociedade, e até mesmo pelos Estados Unidos, que temiam a adesão do país ao socialismo. Dessa forma, em 31 de março de 1964 as tropas do exército saem às ruas, o presidente João Goulart é deposto e se exila no Uruguai, iniciando-se assim o regime militar brasileiro, que se prolongou por 21 anos (Mattos e Junior, 2003).

Em 9 de abril daquele mesmo ano foi decretado o Ato Institucional Número 1, que autorizava a cassação de mandatos políticos de opositores ao regime militar. Em 1968 foi decretado, pelo presidente Arthur da Costa e Silva, o Ato Institucional Número 5 (AI-5), considerado o mais autoritário dos atos institucionais, que previa: *a suspensão dos direitos políticos de qualquer cidadão pelo prazo de dez anos (artigo 4º), suspensão do direito de votar e de ser votado nas eleições sindicais; proibição de atividade ou manifestação sobre assunto de natureza política; aplicação, quando necessária, das seguintes medidas de segurança: liberdade vigiada; proibição de freqüentar determinados lugares; domicílio determinado (artigo 5º). A suspensão da garantia de habeas corpus, nos casos de crimes políticos, contra a segurança nacional, a ordem econômica e social e a economia popular (artigo 10º).* O AI-5 vigorou até dezembro de 1978 (Brasil, 1964).

Em meio a esse quadro ditatorial que suspendia os direitos do cidadão e o impedia de exercer seu papel pelas vias democráticas, por meio do voto e das manifestações populares, o jovem da sociedade brasileira (principalmente os estudantes do ensino médio e de nível superior) organizou-se para reivindicar o fim da ditadura militar no país. Os

movimentos estudantis ganharam força e incitaram numerosas manifestações de protesto contra o sistema vigente – encabeçadas por políticos de esquerda, intelectuais, professores e alunos universitários –, violentamente reprimidas pelo governo.

Em 1974, ocorria também em São Paulo a epidemia de meningite meningocócica, que desde abril de 1971 amedrontava os paulistanos com sua ascendente incidência, chegando a mil casos novos por mês em julho de 1974. A epidemia denunciava a desorganização e o descaso das autoridades sanitárias da época na prestação de serviços à população, além de evidenciar o caráter autoritário do Estado brasileiro, que se fazia presente na exclusão sistemática da participação política popular e de outros setores dissidentes e era percebido inclusive no setor da saúde (Fonseca *et al.*, 2004). Em relação à epidemia de doença meningocócica, as informações sobre sua magnitude eram negligenciadas e censuradas pelas autoridades, impedindo-se, deste modo, o acesso da imprensa aos dados oficiais. A censura imposta pela ditadura militar atingia também o sistema de saúde, sob a alegação de se preservar a “segurança nacional” (Fonseca *et al.*, 2004).

Este clima político de autoritarismo e violência impregnava a sociedade brasileira na década de 1970, período da implantação dos primeiros serviços de Medicina de Adolescentes no país. Convém lembrar que as instituições universitárias congregam intelectuais, professores e estudantes, categorias que lideraram ou participaram de movimentos

políticos contrários à ditadura militar, em defesa da restauração dos direitos políticos e humanos.

(...) realizei o curso médico entre 1964 e 1969, uma época de turbulência, permeada não só pela supressão dos direitos, mas também pelas contínuas tentativas de resgate de liberdade. Quem vivenciou a Universidade nesta época há de se lembrar do quinhão de lutas e dolorosos sacrifícios realizados por muitos dos jovens acadêmicos, que resistiram na conservação de seus sonhos e ideais democráticos (Saito, 2005 p.3).

Também se percebe a alusão a esse período histórico nos depoimentos recolhidos:

(...) em 1964, esse contexto talvez seja interessante porque a gente vai viver, ou já vivia uma atividade política muito grande, nos grêmios escolares. Eu vinha de uma escola muito politizada, o Colégio de Aplicação [da USP], e as aulas [na Faculdade] já foram suspensas na primeira semana, porque foi 31 de março de 1964. Eu comecei minha atividade aqui como aluno da segunda turma da faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (...) em um período de importante participação política, porque nós estávamos tentando instalar uma faculdade, instalar uma universidade, em meio a um panorama de chumbo, no qual a participação estudantil foi fundamental para os acontecimentos relacionados ao golpe militar. Isso foi acontecendo, a gente viveu isso até 1968, quando veio o AI-5, que complicou ainda mais a situação (João Luiz de Carvalho Pinto e Silva).

Eu acho que teve [influência do momento histórico da ditadura militar na forma como a saúde do adolescente foi concebida], porque eu acho que aquele período de resistência e de luta nos cobrou uma visão mais politizada do que é a assistência à saúde; do que é a distribuição da saúde pela população e etc. Eu acho que não é por acaso que os programas de saúde, principalmente na área da

saúde da mulher e da criança, começam a ganhar vulto nesse mesmo período, acho que não é por acaso, acho que tem muito a ver com a preocupação mais social da questão da criança e do adolescente. (...) As pessoas, os protagonistas eventuais, pelo menos no grupo que a gente trabalhou, tinham muito essa vocação, essa observação política das coisas que estavam acontecendo (João Luiz de Carvalho Pinto e Silva).

(...) em 1965, eu entrei na Faculdade, era um momento importante do Brasil, um momento político importante quando se instalava a repressão, a ditadura militar e nesse momento eu já vinha de uma história de alfabetização de adultos, porque eu sou portuguesa, cheguei ao Brasil com sete anos de idade e tinha toda uma idéia de que eu vinha para um país como imigrante dizendo não às situações de repressão do meu país (...). Ao entrar na Faculdade, em 1965, eu continuei militante política e com atitudes de mudanças, participei da reforma universitária, com o lema: “que medicina nós queremos? Qual é o médico que o Brasil precisa?”. E, naquele momento, se colocava que o ensino do jeito que estava sendo feito não era um ensino adequado para a população (Albertina Duarte Takiuti).

(...) eu sou formada na UNESP, na Faculdade de Medicina de Botucatu que na ocasião não era da UNESP; éramos quase um instituto isolado. A faculdade foi formada com o curso básico que era mais ou menos a idéia do experimental: nós tínhamos aulas em conjunto com a biologia, agronomia, estatística etc. A partir do segundo ano, a gente já tinha, aí sim, também a própria medicina. Foi um curso na época inovador, as pessoas saíram muitas da USP, da Paulista, a faculdade começa em 1963 e eu já sou da 8ª turma. E, na realidade, tinha um peso político muito grande, no sentido de que todas as pessoas que migraram para cá tinham algum problema com a ditadura. Alguns conseguiram sair do país, porque a história da nossa Faculdade, os nossos professores fundadores vieram para cá desta forma. Aqui era um reduto com esse olhar político muito importante, e nós fomos formados dessa maneira (Tamara Beres Lederer Goldberg).

Mesmo que alguns dos entrevistados não identifiquem, ou não estabeleçam relação direta entre o período histórico da Ditadura Militar no Brasil e a institucionalização da saúde do adolescente no país, até por não terem participado pessoalmente ou se envolvido com movimentos estudantis ou políticos contrários à repressão, esse contexto não deixa de ser citado e relacionado, de alguma forma, aos acontecimentos no âmbito da vida acadêmica, pessoal ou da sociedade de forma mais abrangente.

Dentro da Universidade nós não sentíamos isso [influência da Ditadura Militar na questão da saúde do adolescente] exatamente como uma pressão ou como uma ameaça. Eu não senti que o momento político que a gente estivesse vivendo comprometeu ou atrapalhou; eu não senti dessa maneira, mas pode ser que outros vivenciam assim. Na Universidade, nós tínhamos muita liberdade para trabalhar, não houve repressão ao que nós fazíamos, acho que não chegou a incomodar as autoridades (Everardo Moraes Buoncompagno).

Eu não me lembro do fato da repressão ter influenciado alguma coisa ou afetado alguma coisa, eu não me lembro. Pode ser que algumas pessoas tenham lembrança disso, eu tenho lembranças da época da ditadura por “N” outros motivos, mas que isso tivesse interferido no meu trabalho, ou no nosso trabalho na USP, eu acho que não, eu não senti. Ou a minha memória apagou (Anita Colli).

Cada grupo tinha uma circunstância de vida diferente, também de alguma maneira moldado pelos ambientes. A Argentina também passou por uma época ruim, por exemplo, quilos de psiquiatras foram banidos ou se exilaram; eles tinham um Núcleo Psicológico de atendimento que era fortíssimo e também nós recebemos alguns contatos desse tipo (Anita Colli).

Durante a ditadura militar no Brasil, muitos dos jovens estudantes e professores universitários, inclusive médicos, tiveram o exílio como alternativa às ameaças da repressão. Sabe-se que alguns dos profissionais pioneiros na implantação dos serviços de Medicina de Adolescentes no país estiveram, durante o período mais cinzento do regime militar, no exterior, onde puderam estagiar nos primeiros serviços de Medicina de Adolescentes.

Nos trabalhos sobre a clínica da adolescência, não se verifica nenhuma alusão direta a esse contexto histórico no qual a prática ocorria; porém, enfatizavam-se os direitos dos jovens e adolescentes à saúde, ao bem estar físico, psíquico e social, além da preocupação com o chamado “meio ambiente” no qual o indivíduo se inseria, embora a expressiva maioria do público alvo não se constituísse de jovens vinculados ao movimento estudantil contrário à ditadura militar, mesmo que já se soubesse que, ao menos em relação aos preceitos da saúde e, principalmente, da prevenção, os adolescentes seriam melhores multiplicadores de conhecimentos do que as crianças.

Na década de 1970 ocorre a implantação dos primeiros serviços de Medicina de Adolescente no Brasil, enquanto se presencia em todo o planeta mudanças que se vêm instalando, desde o final dos anos 1950, nos âmbitos da vida privada da sociedade, da economia de mercado e da estrutura etária da população, e que revolucionaram de diversos modos as relações sociais.

6. A INTITUCIONALIZAÇÃO DA MEDICINA DE ADOLESCENTES NO ESTADO DE SÃO PAULO: AS INSTITUIÇÕES PIONEIRAS

As propostas pioneiras voltadas especificamente para a saúde do adolescente no Brasil apareceram em São Paulo e no Rio de Janeiro, no início da década de 1970, vinculados às faculdades de medicina e hospitais universitários. Em fevereiro de 1974 a primeira unidade de Medicina de Adolescentes é implantada, sob a supervisão da Prof Dra Anita Colli, no departamento de Pediatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP). Em julho de 1974, as professoras doutoras Evelyn Eisenstein e Maria Helena Ruzany foram as responsáveis pela implantação da Unidade Clínica para Adolescentes no Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Em 1975 foi constituído o terceiro serviço brasileiro de medicina de adolescentes, a Clínica de Adolescência do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, sob a coordenação da Profa. Dra. Verônica Coates.

No Estado de São Paulo, o conhecimento produzido por pesquisadores, professores e pela equipe multiprofissional das grandes universidades foi responsável pelo desenvolvimento de toda a rede de atenção à saúde pública para os adolescentes.

6.1 A Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr-HC/FMUSP).

Iniciei residência médica em pediatria ainda no HC, mas depois fui para os Estados Unidos, por motivos pessoais, para acompanhar meu marido. Fiz residência de Pediatria, com duração de dois anos, no Montefiore Hospital em Nova Iorque, de agosto de 1966 até junho de 1968. Depois, eu fiz o terceiro ano de residência na área de ambulatório, na qual permaneci como residente chefe por 1 ano. Quando faltavam mais ou menos uns seis meses para retornar ao Brasil, foi-me oferecida a possibilidade de ficar como *fellow* na unidade de adolescentes no Montefiore Hospital, unidade essa relativamente nova, quer dizer, havia sido instalada há pouco tempo, com área de ambulatório e área de enfermaria. Eu fiquei praticamente seis meses nesse terceiro ano de *fellowship* em Medicina de Adolescentes. Apesar de eu não ter tido anteriormente nenhum interesse por isso, foi uma questão de oportunidade, com a condição de interrupção assim que eu decidisse voltar para o Brasil. Então foi esse o início (Anita Colli).

Em fevereiro de 1974 teve início o programa de atendimento ambulatorial para adolescentes na chamada *Clínica Pediátrica do Hospital das Clínicas* da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob a coordenação da Profa. Dra. Anita Colli.

Após a graduação na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1965, Colli realizou residência médica em Pediatria nos Estados Unidos, no Montefiore Hospital, em Nova Iorque, de 1966 a 1969. Cumprido este programa rotativo no Departamento de Pediatria, sob a supervisão do Dr. Laurence Finberg – que incluía atividades em ambulatório, berçário e enfermaria –, ao final de seu estágio, entre julho a dezembro de 1969, Anita Colli permaneceu como *fellow* na Divisão de Medicina de Adolescentes,

vinculada ao Departamento de Pediatria, sob a chefia do Dr. Michael I. Cohen. As atividades realizadas junto à Divisão de Medicina de Adolescentes englobavam os atendimentos clínicos propriamente ditos, ademais das pesquisas relacionadas aos problemas de uso de drogas e à patologia ginecológica dos adolescentes (Colli, 1984).

Ao retornar ao Brasil, em 1970, Anita Colli foi admitida no Grupo de Pediatria Preventiva e Social da Clínica Pediátrica do HC/FMSUP, integrando a equipe chefiada pelo Prof. Dr. João Yunes, a convite do Prof. Dr. Eduardo Marcondes. Colli foi contratada como Auxiliar de Ensino pela Faculdade de Medicina daquela Universidade, junto ao chamado Curso Experimental de Medicina, assumindo atividades docentes de pediatria voltadas para os alunos do 4º ano da graduação, durante o estágio na disciplina de Pediatria Preventiva e Social II, desenvolvidas no Centro de Saúde da Lapa, pois o Centro de Saúde Escola do Butantã – este sim vinculado à FMSUP – encontrava-se em construção.

Anita Colli deixa claro durante o processo de entrevista, que a condição estabelecida pelo professor Eduardo Marcondes para contratá-la foi que ela criasse um núcleo de atendimento a adolescentes vinculado ao departamento de pediatria, já vislumbrando o pioneirismo nesse campo de atuação, uma vez que Marcondes estava influenciado pela crescente importância que o adolescente ganhava na década de 1970 e pelo surgimento de serviços médicos de referência nos Estados Unidos destinados a essa faixa etária. Colli havia tido uma experiência com adolescentes nos Estados Unidos e demonstrava interesse pela carreira

universitária. Essa conjuntura, segundo se verifica em seu depoimento, denota a ausência de um projeto pessoal de Colli em estabelecer um núcleo de atendimento ao adolescente; ao contrário, a formação desse campo clínico foi conseqüência de uma oportunidade de vínculo a uma instituição universitária, portanto uma possibilidade de ingresso na carreira acadêmica.

Embora inicialmente ele [Prof. Eduardo Marcondes] dissesse que não tinha possibilidade de me contratar, isso só aconteceu bem no final do ano [de 1970], ele guardou aquilo, e, provavelmente, já influenciado pela quantidade de coisas que surgiam sobre adolescentes, do que se falava na literatura, talvez por isso ele me convidou, com a condição de formar um Núcleo. Então, a coisa não parou mais. No início, o interesse foi de certa forma induzido, porque eu não tinha um projeto. Naquela época, começavam a surgir muitos serviços nos Estados Unidos, mas a gente não tinha muitas referências; algumas de lá, mas não muita coisa (Anita Colli).

Cabe salientar aqui que durante a década de 1970 a FMUSP vivia um momento de cisão do programa de ensino na graduação, representado pela existência de dois cursos médicos, o Tradicional e o Experimental. Este último foi criado em 1968, coexistindo com o curso Tradicional até o ano de 1976, na ocasião da unificação de ambos os cursos¹⁴.

O Curso Experimental de Medicina, idealizado por um grupo de docentes da FMUSP, entre eles Isaias Raw (Bioquímica), Eduardo Marcondes (Pediatria) e Guilherme Rodrigues da Silva (Medicina Preventiva), baseava-se em uma proposta de ensino mais abrangente,

14 Os documentos analisados nesta dissertação são constituídos de relatórios das comissões médicas, cartas, atas de assembleias dos estudantes, atas de reuniões da Congregação da Faculdade de Medicina, publicações da imprensa, e se referem ao período de fusão dos currículos, ocorrido em 1976, marcado por intenso conflito entre o corpo discente e docente, e entre membros da Comissão de Unificação e da Congregação da Faculdade de Medicina, durante o mandato do diretor Carlos da Silva Lacaz. Portanto, é oportuno ressaltar que a documentação levantada não contempla o período de formulação e implantação do Curso Experimental de Medicina, e por isso não se aprofunda em seus objetivos pedagógicos e ideológicos, e sim em sua incorporação ao curso de graduação unificado.

visando à formação de um médico generalista, não especializado, apto a atuar no seio da coletividade, na aplicação de ações preventivas e curativas (Comissão de Fusão, 1976)II. Para tanto, foram formulados novos currículos, tanto para o curso básico quanto para o curso clínico, sendo o primeiro estabelecido sob a forma de “blocos”, isto é, por meio de conjuntos de disciplinas, pelo estudo de sistemas e aparelhos em integração vertical, conectando assim as ciências básicas às ciências médicas aplicadas¹⁵; e também por meio de disciplinas isoladas, como Bioquímica, Ciências Sociais e Estatística. Em relação ao curso clínico, a tônica foi posta nos estágios em enfermarias de patologia geral e nos Centros de Saúde, priorizando os programas integrados de Pediatria, Obstetrícia, Psiquiatria e Clínica Médica, visando ao preparo dos estudantes em relação aos aspectos familiares e preventivos da prática médica (Comissão de Fusão, 1976)II.

Com o objetivo de proporcionar aos alunos da Faculdade de Medicina um ensino baseado na possibilidade de experimentações, na manipulação laboratorial, na assistência aos doentes nas enfermarias e ambulatórios gerais, e na utilização de centros de saúde para a aprendizagem, a diretoria do Curso Experimental de Medicina deu início à construção de três importantes obras: o Hospital Universitário (situado no interior do *campus* da Cidade Universitária); o Instituto de Ambulatórios do Hospital das Clínicas (que atualmente é chamado de Prédio dos Ambulatórios – PAMB/HC) e o Centro de Saúde Escola do Butantã (batizado como Centro de Saúde Escola

¹⁵ Como exemplo de conjunto de disciplinas, as chamadas Ciências Morfológicas, constituídas por Anatomia Humana Geral, Citologia, Histologia e Embriologia Gerais; as Ciências Fisiológicas, compostas por Fisiologia e Farmacologia; Microbiologia e Imunologia Básicas; e, como exemplo de integração vertical, o ensino de sistemas e aparelhos, reunindo as disciplinas de Anatomia, Cito-Histo-Embriologia, Fisiologia, Farmacologia, Patologia, Fisiopatologia, Genética e Semiologia.

Samuel Barnsley Pessoa, homenagem a esse professor, dirigente de uma unidade sanitária, que foi o primeiro Centro de Saúde Escola do Brasil, o Posto Experimental da Inspetoria de Profilaxia Geral do Serviço Sanitário de São Paulo, em 1923, criado junto ao Instituto de Higiene da FMUSP).

O Centro de Saúde Escola do Butantã representa, portanto, um marco na inserção da Atenção Primária à Saúde no cenário da FMUSP, realizado por meio do convênio entre a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e a Faculdade de Medicina, o que permitiu também a integração de diversos departamentos da FMUSP, como bem esclarece Mascaretti:

(...) precisávamos levar nossos alunos para alguma unidade de saúde fora do ambiente hospitalar (...). Para tanto, o Departamento de Pediatria, o de Medicina Preventiva, o de Ginecologia e Obstetrícia e o de Psiquiatria, iriam trabalhar de um modo integrado com o intuito de promover saúde e prevenir doenças, ficando assim o nosso aluno da Graduação diante dos problemas rotineiros da população, diferente daqueles vivenciados nas Enfermarias, UTIs, no Complexo Hospitalar do Hospital das Clínicas (Mascaretti, 2006).

É interessante perceber que a expectativa de parte dos alunos da FMUSP em relação à filosofia didática do Curso Experimental de Medicina era muito favorável a um ensino mais generalista e aberto, em oposição ao que tradicionalmente se praticava na graduação, permeado pela progressiva tendência à especialização médica e pela desconsideração da realidade social brasileira:

Os objetivos do curso experimental sempre se voltaram para a formação de médicos generalistas, com uma visão

crítica da estrutura de saúde do país e capacitados a atuar no meio social (Comunicado das Assembleias Gerais dos Alunos da FMUSP em 14 e 15/10/1976)III.

Tais modificações didáticas empreendidas pelo Curso Experimental de Medicina, ocorridas durante o período da ditadura militar no Brasil, provocaram reações de protesto por parte dos docentes da FMUSP e da opinião pública, em relação aos objetivos supracitados e à introdução de novas disciplinas, como Ciências Sociais, no currículo básico. Até mesmo como argumento para a eliminação de parte das contribuições do Curso Experimental ao Curso Unificado, vinculou-se o primeiro à militância político-ideológica revolucionária ou de cunho socialista¹⁶. Perseguições políticas sofridas por alguns professores universitários, como Isaias Raw e Samuel B. Pessoa, dentre outros, ilustram essa situação.

No período de existência do Curso Experimental de Medicina (1968 a 1976), o Departamento de Pediatria funcionava no quinto andar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP). O prédio onde se localiza atualmente o Departamento de Pediatria, denominado Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (ICr-HC/FMSUP) – criado pelo decreto n° 52.481, de 2 de julho de 1970 – foi entregue em 1976 e batizado de Instituto da Criança Prof. Pedro de Alcântara (em homenagem ao Professor Titular de Pediatria Pedro de Alcântara Marcondes Machado, pioneiro na

¹⁶ Alegavam os docentes mais conservadores que “as disciplinas alheias ao curso médico, como a de Ciências Sociais não eram pertinentes a formação médica, e sim, utilizadas para o proselitismo político e que permitiram doutrinas alienígenas e contrárias à vocação democrática da Nação Brasileira” (“O Renascimento” – Carta redigida por membros docentes e discentes da FMUSP em 1976, em apoio à decisão da Congregação que suspendia a disciplina de Ciências Sociais do currículo de graduação)IV.

incorporação do modelo puericultor e de assistência integral e biopsicossocial à saúde da criança no ambiente universitário¹⁷, pai de Eduardo Marcondes, idealizador, diretor e empreendedor do Instituto da Criança) .

Discorrer sobre o Grupo de Adolescentes, que em 1979 viria a se denominar Unidade de Adolescentes do ICr-HC/FMUSP, sem evocar, mesmo que sucintamente, a figura do Prof. Dr. Eduardo Marcondes, tornaria este trabalho incompleto, pois tanto a oportunidade de implantação de um ambulatório para assistência à saúde do adolescente, oferecida à Profa Anita Colli, quanto a sistematização filosófica e operacional de trabalho no Instituto da Criança devem-se ao referido docente.

Marcondes enfatizava a importância da formação médica abrangente, concebendo o paciente como um todo indivisível, e, portanto, sendo necessário compreendê-lo à luz da atenção integral à saúde:

E por isso mesmo, para bem exercer a sua profissão, o pediatra precisa ter conhecimentos muito mais abrangentes do que qualquer outro médico. A dicotomização é antidoutrinária na pediatria. Como ciência e prática ela é preventiva e curativa (e não ou), orgânica e psíquica (e não ou), clínica e cirúrgica (e não ou) (Carta do Embu, 1979 p.87)V.

¹⁷As bases filosóficas elaboradas pelo Prof. Dr. Eduardo Marcondes para a assistência da criança, nos moldes da definição de assistência global do Prof. Pedro de Alcântara, seu pai, já em 1964, na primeira edição do livro *Pediatria Básica*, definia: “A Pediatria deve abranger: 1. os problemas orgânicos e psíquicos, 2. de modo preventivo e curativo, 3. em sua totalidade e em suas mútuas dependências, 4. à luz : a) da constituição da criança; b) das condições econômicas, espirituais e de saúde da família; c) das condições de ambiente físico. 5. de modo evolutivo, isto é, de acordo com as peculiaridades de cada fase do desenvolvimento e 6. visando à criação de uma pessoa física e psiquicamente sadia e socialmente útil”.

Vale apontar que o documento em questão (a Carta do Embu, redigida em cinco de agosto de 1978 e publicada na revista *Pediatria São Paulo* em março de 1979) foi elaborado por trinta e sete profissionais do ICr-HC/FMUSP, que se reuniram no Município do Embu a fim de analisar e discutir uma proposta redigida pelo Prof. Dr. Eduardo Marcondes.

O grupo que participou daquela reunião era constituído pelos Professores Titulares de pediatria Antranik Manissadjian e Eduardo Marcondes; por pediatras especialistas como Claudete H. Gonzáles (genética), Dorina Barbieri (Gastroenterologia), Flávio A.C. Vaz, José Lauro A. Ramos (neonatologistas), Tatiana Rozov (Pneumologia), Nuvarte Setian (endocrinologia), R.R. Liberatore (diabetologia), Y. Okay (nefrologia), Mario Telles Jr. (terapia intensiva), Gabriel Oselka (patologia clínica e isolamento), Francisco F. de Fiore (especialidades clínicas); pelo diretor executivo do ICr Fernando Proença de Gouvêa; J. G. Maksoud (cirurgia pediátrica); João Yunes (normas e auditoria); Hebe da Silva Coelho (apoio técnico); Hedda Penna (atendimento às crianças internadas); Anita Hayashi (divisão de enfermagem); Dulce V. M. Machado (higiene mental); Elisa Nakao (serviço social); Claudio Leone (atenção à comunidade); Fabio Pileggi (pediatria clínica); Lea Ostronoff (nutrição); Marialda Pádua Dias (ambulatório e assistência à comunidade); Marisa Lobo da Costa (Centro de Saúde Escola do Butantã); Ulysses Dória (consulta de urgência e triagem); José Augusto Nigro Conceição (atendimento às crianças externas); Paulo Wierman (radiologia); F.R. Carrazza (coordenador da residência médica); Samuel Schvartsman (coordenador da pós-graduação).

Ou seja, uma equipe multiprofissional reunida em torno da elaboração de suas doutrinas filosóficas e administrativas, cujas propostas resultaram na publicação final denominada “*Objetivos e Organização Administrativa do Instituto da Criança*”, (1979)V.

Outro trecho da Carta do Embu revela a aspiração grandiosa da formação médica universitária, seja a de gerar um profissional que fosse não apenas um bom clínico, mas também um ser humano culto, conhecedor das artes e das humanidades, pois somente assim seria um pediatra bem formado e, portanto, capaz de cuidar de crianças:

É imprevisível a posição da pediatria no ano 2000: as especulações não cabem na extensão deste documento. Contudo, vale a afirmativa de Aldrich quando ele diz que humanidades e artes devem fazer parte do currículo de formação do pediatra a fim de que ele possa ter, futuramente, os mais amplos conceitos dos valores humanos, o que se afigura indispensável no trato de crianças (Carta do Embu, 1979 p.87 e 88)V.

Por indicação do Prof. Eduardo Marcondes, Anita Colli participou diretamente do treinamento dos profissionais de diversas áreas que iriam trabalhar nas novas dependências do Instituto, pautando-se pela filosofia de atenção global à saúde da criança e do adolescente. E manteve também a participação nos programas de ensino do Departamento, na graduação (atuando junto aos alunos nos centros de saúde: Centro de Saúde da Lapa até 1976, e Centro de Saúde Escola do Butantã, a partir de 1977) e na pós-graduação *latu sensu*.

Em paralelo ao doutoramento, a referida professora participou do planejamento de um programa de controle de saúde para crianças de zero a 12 anos de idade, que se desenvolveu no ambulatório da Clínica Pediátrica, mais especificamente junto ao grupo de Pediatria Social, o qual visava estabelecer parâmetros para uma assistência global e contínua à saúde da criança. Nesse trabalho, houve a elaboração de novo prontuário para a Clínica Pediátrica, que abrangeu aspectos ambientais e psicossociais de repercussão na saúde da criança. Neste programa, o Grupo de Adolescentes contribuiu para que esses objetivos fossem estendidos para indivíduos de até 18 anos de idade.

Ainda em 1973, concluída a tese, discutindo com o grupo de pediatria social (foi na época que eles estavam elaborando um programa de controle de saúde para crianças e montando um formulário abrangente para atendimento), nós resolvemos fazer um [formulário] para adolescente. Eu comecei a utilizar [o formulário] no Centro de Saúde da Lapa em um horário que não tinha curso, não tinha nenhuma atividade. Eu comecei a atender sozinha os adolescentes, em 1973. Como eu fazia? Recrutava adolescentes que vinham para o Centro de Saúde da rua Roma, o centro de saúde da Lapa, e que quisessem passar pelo meu atendimento, então eu tinha uma clientela pequena, testando inclusive o instrumento que era o formulário (Anita Colli).

Ressalta-se aqui a proximidade da Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICR-HC/FMUSP) com a Disciplina de Pediatria Preventiva e Social em suas origens, o que, provavelmente, contribuiu para a caracterização de uma assistência fundamentada nos aspectos

preventivos e de atenção global à saúde, a despeito de se institucionalizar em um hospital universitário de atenção terciária à saúde, na década de 1970, ao mesmo tempo em que se observava o fortalecimento das especialidades médicas no país, sobretudo no Complexo Hospitalar do Hospital das Clínicas da FMUSP; o que, de certa forma, coloca a Medicina de Adolescentes em situação de tensão e certo distanciamento relativamente às chamadas áreas de atuação pediátricas, e, em última análise, apresentando-se de forma diversa também para a sociedade, para a qual seu trabalho é oferecido.

Lá [nos EUA] realmente o enfoque, era voltado à morbidade, principalmente a morbidade física, e eles já estavam se preocupando muito com a questão das drogas e das doenças sexualmente transmissíveis; esse era o enfoque de trabalho, que era um enfoque específico. Eu não percebi, naquela época [no serviço de adolescência do *Montefiore Hospital*], o enfoque do crescimento e desenvolvimento, aspecto que eu acabei desenvolvendo aqui por causa das teses e do meu trabalho em si. Aspectos do crescimento e do desenvolvimento faziam parte [da problemática abordada no serviço de adolescência do *Montefiore Hospital*], mas dava a impressão que era uma coisa já sabida, que não precisava abordar muito. Então, o que havia mesmo era doença crônica, problemas cirúrgicos – porque as unidades de atendimento recebiam as visitas de outros profissionais –, questões ortopédicas e traumas. O aspecto psicológico era pouco abordado e não era muito marcante. Era um grupo muito dinâmico, as pessoas que comandavam esse grupo, Michael Cohen, Iron Smith, eles eram de uma atividade incrível, davam muita retaguarda, mas o enfoque era um global muito vinculado à doença, e esse não é o enfoque que eu adquiri depois. No Brasil, o grupo que me influenciou foi o da Pediatria Preventiva e Social, com a ênfase dada na prevenção de agravos e na promoção de saúde, eu acho que foi aí. Os resultados da tese também foram trazendo... [elementos importantes nesse sentido]. Não sei se responde. Se eu fosse me basear no que eu vivenciei lá, eu vinha aqui montava uma

enfermaria, montava um ambulatório e só entrava gente doente, que talvez seja no que está se transformando agora o Instituto da Criança, não é isso? (Anita Colli)

De acordo com Schraiber (1993, 1997), o período de 1930 a 1960 constituiu-se como a fase de transição da medicina liberal para a denominada medicina tecnológica, caracterizada pela substituição de um trabalho médico artesanal e em consultório particular, por uma nova modalidade de trabalho médico em sociedade, caracterizada pelo progressivo desenvolvimento tecnicista e paulatino assalariamento e empresariamento da assistência médica (Schraiber, 1993; 1997 *apud* Mota e Schraiber, 2009, p.350). Essas questões serão alvo de análise mais adiante, na discussão da atualidade da Medicina de Adolescentes como campo de atuação médica, mediante sua constituição e origens históricas, na perspectiva de uma compreensão social de sua prática.

Era o momento de identificação de uma lacuna na prática clínica, sobretudo na Pediatria, em que o adolescente não encontrava um lugar de assistência. É interessante perceber que o termo utilizado por Anita Colli para o atendimento desses adolescentes não era o de unidades de especialidades, não havendo, portanto, a necessidade de uma especialização em si; pelo contrário, o olhar necessário seria no sentido de uma assistência global à saúde. Já naquele momento instalava-se uma das zonas de tensão da Medicina de Adolescentes, ao se delimitar o adolescente como alvo de atenção médica “específica” ou “especializada”, criando-se com isso uma área de atuação no mercado de trabalho (mesmo não sendo esta, como outras especialidades médicas que se ocupam de certos órgãos

ou aparelhos, como é o caso da cardiologia, da gastroenterologia, da pneumologia, dentre outras áreas de atuação dos especialistas pediátricos), embora sua filosofia de atenção seja voltada para a promoção, prevenção de aspectos de saúde globais, e não específicos.

A Medicina de Adolescentes não pode ser considerada uma especialidade no sentido usual do termo, porém representa toda uma atuação diferenciada do campo médico que procura garantir o atendimento de necessidades básicas de saúde dentro de uma prática coerente e específica. Atender adolescentes pressupõe um corpo de conhecimentos, um interesse e uma disponibilidade profissional que possam proporcionar uma abordagem ampla e eficiente (Colli, 1985 p.3).

Em outras palavras, a problemática, e, de certa forma, o desafio, da prática da Medicina de Adolescentes está no fato de se ocupar do atendimento médico de pessoas situadas numa determinada faixa etária, cujas delimitações e definições ultrapassam o biológico. São os adolescentes uma categoria social, formada por um contingente populacional bastante diversificado, a depender de sua escolarização e de sua inserção rural ou urbana, econômica e cultural; e, também, do cenário político e histórico em que esses indivíduos se situam.

Pode-se falar de uma tendência à medicalização do adolescente, no sentido da medicina se apropriar de um momento da vida do ser humano, transformando tanto os aspectos biológicos (a puberdade), como os psicossociais em problemáticas de saúde a serem solucionadas por meio do atendimento da equipe multiprofissional. Ou, na dialética da discussão, compreender que a incorporação da problemática da adolescência na

agenda de discussão da saúde em geral, e da medicina em particular, sob a ótica da atenção integral ao indivíduo, que se configura um todo indivisível (biopsicossocial), é destinar a ele um olhar de prevenção, no contexto que era historicamente reservado à doença¹⁸.

Em 1976 houve o ingresso de mais um médico na equipe, a Dra Maria Ignez Saito, que assumiu a chefia da equipe em 1995. Saito cursou a graduação na Escola Paulista de Medicina no período de 1964 e 1969, e a residência médica em pediatria na mesma instituição, tendo realizado o terceiro ano de residência em Nefrologia. Em 1973, ingressou como pediatra do Hospital Santa Marcelina, onde ocorreram os primeiros contatos com adolescentes de 10 a 14 anos, que não eram atendidos pelo clínico geral, sob a alegação de que aqueles indivíduos ainda eram crianças. Aqueles adolescentes da região de Itaquera, exibindo muitas vezes traços infantis, assolados pela desnutrição protéico-calórica:

(...) eram diferentes das crianças, apresentando uma problemática singular, sobre a qual eu não tinha conhecimentos, pois estes não me haviam sido passados durante minha formação nem como médica, nem mesmo como pediatra (Saito, 2005 p.5).

Saito aponta em seu percurso profissional a primeira aproximação com a população adolescente, ocorrida no início da década de 1970,

¹⁸ Segue um discurso que exemplifica essa visão médica enaltecendo a doença em detrimento do enfoque preventivo: “A verdadeira medicina é uma só, nascida e vivida à beira do leito do enfermo, sempre em busca das incógnitas da patologia. Fala-se muito em ‘medicina comunitária’, mas se o aluno não aprende antes a ‘medicina do doente’, é como ensinar oratória a um analfabeto”. (Carlos da Silva Lacaz, 1976 – então diretor da Faculdade da Medicina da USP, em carta destinada aos estudantes da Faculdade de Medicina da USP, pedindo-lhes o término da greve)VI.

identificando, já naquele momento, a morbidade mais relevante entre os indivíduos desta faixa etária:

(...) não existiam, na maioria das vezes, doenças raras a serem diagnosticadas, havendo, porém, um relevante aumento de risco pelas situações de agravo, ligadas às péssimas condições de vida, e, até mesmo, ao estreito contato com a marginalidade... (Saito, 2005 p. 5).

Durante seu trabalho como pediatra em Itaquera, Maria Ignez Saito percebeu a necessidade da equipe multidisciplinar para o adequado atendimento dos adolescentes, pois em numerosas ocasiões atuava em parceria com a assistente social, na tentativa de abordagem àquela população, cuja problemática de saúde se vinculava à pobreza e à contravenção (eram os chamados menores infratores). Assim, praticava-se desde a atualização da situação vacinal, até a busca por oportunidade de trabalho, a exemplo da participação dos adolescentes na colheita de pêssegos, agricultura comum na região (Saito, 2005).

Após sua saída do Hospital Santa Marcelina, em 1976, Maria Ignez Saito vinculou-se ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, cumprindo estágio como médica adida, em busca de maiores conhecimentos sobre o atendimento de adolescentes. No mesmo ano foi aprovada em concurso público como médica assistente do Hospital das Clínicas, onde permaneceu ligada à Unidade de Adolescentes até 2008, ano de sua aposentadoria.

Maria Ignez Saito é responsável por parte importante da produção científica sobre a Medicina de Adolescentes realizada no Brasil, embora sua

principal atividade tenha se vinculado ao ensino e à formação de recursos humanos voltados para a atenção integral à saúde do adolescente, além de ter desempenhado atividades docentes, assistenciais, colaborando de maneira decisiva para a elaboração de programas de saúde para adolescentes na rede pública¹⁹ e em outras instituições de ensino.

A equipe de atendimento ambulatorial para adolescentes descreve seu próprio trabalho à luz do pressuposto da visão global do adolescente, ou seja, “...visualizar o adolescente em permanente interação com o seu meio ambiente” (Colli *et al.*, 1979a, p. 99). A equipe era composta por médicos pediatras, enfermeiros, assistentes sociais e nutricionistas, e se fazia assessorar por um psiquiatra.

Os objetivos do grupo eram pautados pelo tripé: assistência, ensino e pesquisa. Por meio da assistência, visava-se a promoção, proteção e recuperação da saúde do adolescente, considerando-o em interação com o seu ambiente de vida físico e social, familiar e comunitário. Por meio do ensino, buscava-se transmitir àqueles que estagiavam no grupo a importância das características biopsicossociais da adolescência, das influências do meio ambiente sobre o adolescente e a relevância de um trabalho multiprofissional orientado por uma abordagem holística da clientela. Por fim, a linha de pesquisa desenvolvida pela equipe destacava o processo de crescimento, desenvolvimento e nutrição do adolescente (Saito, 2005).

¹⁹ Cabe lembrar a sua participação na implantação dos programas de atenção à saúde do adolescente na Comissão Científica do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria Estadual de Saúde; no Hospital Menino Jesus (1983-1985), no Escritório Regional de Saúde 8 (ERSA de Santo Amaro, 1988-1989) e no Hospital Ítalo Brasileiro Humberto I (1991-1992).

O empenho de Anita Colli e Maria Ignez Saito em desenvolverem um modelo de atendimento global à saúde do adolescente no Instituto da Criança foi reconhecido nacionalmente em 1981, quando participaram da organização e execução do curso sobre adolescência, promovido pelo Ministério da Saúde e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), seminário que se constituiu num marco nacional no percurso da saúde do adolescente no Brasil.

6.1.1 A assistência

O atendimento dos adolescentes no Hospital das Clínicas da FMUSP foi formalizado em fevereiro de 1974, sob a coordenação da Dra. Anita Colli, que contava com uma equipe constituída por médico, assistentes sociais, enfermeiros e nutricionistas, alicerçada nos princípios de promoção, proteção e recuperação da saúde do adolescente, à luz de uma visão global do cliente. A expressão “atenção global à saúde” já era utilizada naquele momento, compreendendo, o “global”, as características de crescimento e desenvolvimento físico, problemas de saúde e relações do adolescente com o meio ambiente; isto é, integra-se aqui o bio, o psico e o social.

Percebe-se, ademais, a preocupação ressaltada nos primeiros trabalhos sobre a saúde dos adolescentes, a de delimitar uma área, um campo de atuação, e, para isso, circunscrever, por meio de uma sólida base teórica, as questões clínicas, o tipo de atendimento e, principalmente, a compreensão do adolescente à luz da saúde integral e da prevenção de agravos. Estabelecidos tais objetivos, tornou-se fundamental configurar a

equipe multidisciplinar, único modelo capaz de atender às necessidades e demandas de saúde referentes a essa população.

A sociedade moderna está cada vez mais a exigir que a saúde e a doença sejam abordadas por equipes multiprofissionais e a Pediatria se presta admiravelmente a esse tipo de trabalho, pois sendo ela a universalidade, obriga à utilização de tantos conhecimentos que seria impossível exigir todos eles de uma só pessoa (Carta do Embu, 1979 p.86)V.

Em relação à equipe multiprofissional, a importância desse modelo de atendimento na assistência à saúde do adolescente já estava contemplada, desde o início, na filosofia de atendimento à criança, delineada por Eduardo Marcondes, quando da implantação e do treinamento de recursos humanos no Instituto da Criança, em que dois objetivos eram primordiais: o ensino de assistência à criança e a investigação sobre aspectos da saúde e da doença. Essa proposta de abordagem multiprofissional foi recebida com certa resistência por parte da equipe médica no início de sua constituição, como bem elucida Anita Colli em seu depoimento:

[a equipe multidisciplinar] existia na pediatria, **no grupo de pediatria social**, mas não existia no restante da clínica pediátrica. E aquilo não era bem visto por alguns; eles diziam: “como uma nutricionista pode dar palpite no meu paciente? Como que uma assistente social pode achar que pode falar com uma mãe melhor do que eu ou tanto quanto eu?”. Então, na verdade, o multiprofissional do Instituto da Criança surgiu do grupo de pediatria preventiva e social e aquilo se alastrou pelo resto. Não sei como é que está agora, mas aí os profissionais passaram a ser valorizados, contribuir realmente, trazendo dados para o diagnóstico, trazendo dados para o tratamento, para a abordagem. Eu acho isto muito importante, eu não dispensaria nunca, eu sei que atualmente vocês que

trabalham no Instituto não tem mais essa retaguarda tão próxima, não é? (Anita Colli).

A equipe multiprofissional devotada ao atendimento à saúde do adolescente do ICr-HC/FMUSP foi, de início, constituída por médicos pediatras (Anita Colli e Maria Ignez Saito), enfermeiros (Ana Elia Robles Petrone, Maria José S. Fonseca dos Santos), assistentes sociais (Maria José Paro Forte) e nutricionistas (Roseane Pagliaro Avegliano, Ilda Nogueira de Lima). A partir de 1975, o Serviço de Higiene Mental, vinculado ao Departamento de Pediatria, então coordenado pela Dra. Dulce Vieira Marcondes Machado, passou a assessorar a equipe, ocupando-se dessa função os psiquiatras David L. Levisky e, posteriormente, Domingos Paulo Infante.

Então a tese de doutoramento, o estudo dos adolescentes da escola, já mostrou uma série de problemas mais comuns e situações que a gente tinha que considerar no atendimento, e evidentemente eu tinha noção de que a gente não podia aplicar o modelo americano na nossa sociedade, pois a gente tem uma questão de vida completamente diferente. Quando a gente começou a atender no Centro de Saúde da Lapa e depois no HC, isso começou a ficar bem claro, nós tínhamos coisas que não tinham lá [nos EUA], nós tínhamos problemas nutricionais, nós tínhamos problemas clínicos que parecem banais que lá fora você praticamente não vê, questões básicas de saúde que você tinha que resolver quando eles eram adolescentes, e não questões básicas que já deveriam ter sido solucionadas ou pelo menos controladas na infância. Por exemplo, problema de visão, você vai imaginar que o adolescente vai chegar aos doze, treze anos com problema de visão não identificado. Então a gente via que o adolescente brasileiro tinha que ser visto de outra maneira, e que era fundamental considerar o ambiente de vida e, principalmente, o ambiente de vida dos adolescentes mais pobres, das populações mais carentes. Numa classe mais alta, nas classes ditas mais

abonadas, você tende a ter essas coisas mais ou menos resolvidas, pelo menos a maioria das vezes. Então a gente tinha que voltar o atendimento para isso, daí que a equipe multiprofissional tinha um papel muito importante para poder ver justamente essas circunstâncias ambientais: nutrição, ambiente físico, principalmente ambiente social da família. Então a nossa equipe foi sempre constituída com esses elementos, além dos pediatras, nutricionistas, enfermeiras, assistente social, essa era a nossa equipe básica de trabalho em que a gente procurava completar de uma maneira, tentar conseguir um diagnóstico mais claro e poder atuar de uma maneira mais evidente junto ao adolescente (Anita Colli).

Em *Adolescência* (1979a), as funções de cada membro da equipe multiprofissional já estavam delineadas e, com isso, se estabeleceu um fluxograma para o atendimento de adolescentes no ambulatório.

O primeiro contato do adolescente na instituição era com a assistente social, responsável por explicitar os objetivos do programa, as normas administrativas e o papel de cada profissional da equipe. Esse contato inicial permitia que a clientela optasse pelo trabalho que seria desenvolvido junto a ela. É também na abordagem da assistente social que surgiam as expectativas do adolescente e da família em relação ao atendimento, possibilitando detectar se as mesmas eram de ordem preventiva ou curativa, e identificar quais as expectativas da família e do adolescente em relação a ele mesmo, a fim de adequá-las àquelas postuladas pela equipe. A assistência social se encarregava de averiguar os aspectos econômicos e a composição familiar (renda, número de membros da família, hábitos de lazer, escolaridade, condições de moradia etc.), assim como a participação da família na comunidade na qual se inseria. A partir desse perfil

psicossocial da família, podia-se elaborar um plano de intervenção adaptado às condições da clientela, buscando uma melhor compreensão do grupo familiar face às peculiaridades do desenvolvimento do adolescente e, por meio da percepção que este revelava a respeito do seu relacionamento familiar e com outros grupos de referência, procurar se dialogar com ele a respeito de aspectos importantes dessas relações (Colli *et al.*, 1979a).

Ao enfermeiro estava reservada a tarefa de cuidar do ambiente físico do adolescente e de sua família, o que inclui averiguar a vacinação, a presença de agravos, a higiene, a habitação, a segurança e os comportamentos dos familiares; com base nessas informações, o enfermeiro procurava incentivar a família e o adolescente a adotarem atitudes preventivas e curativas, fornecia orientação a respeito da utilização de recursos de saúde existentes na comunidade e também procurava adequar os recursos disponíveis no domicílio às necessidades habituais e especiais dos adolescentes. O papel da nutricionista foi estipulado fundamentalmente para a promoção de condições adequadas de alimentação de toda a família, visando, sobretudo, o favorecimento dos potenciais de crescimento e desenvolvimento do adolescente (Colli *et al.*, 1979a).

É interessante ressaltar aqui o papel da assessoria psiquiátrica oferecida à equipe multiprofissional, cuja finalidade era a de fornecer subsídios para se compreender a problemática psicológica do adolescente, enriquecendo assim a visão global de sua saúde. Isso era feito por meio de diversas abordagens: pedagógica, pelo aprofundamento teórico dos conhecimentos sobre adolescência normal e patológica; clínica, pela

discussão de casos selecionados pela equipe, orientando quanto ao encaminhamento dos adolescentes que necessitassem de atendimento especializado; analítica, pela análise dos problemas (ansiedades) levantados pela equipe na relação estabelecida entre os profissionais e o complexo adolescente-família e pela supervisão dos profissionais que realizavam grupos de orientação de mães e de adolescentes (Colli *et al.*, 1979a).

Quando nós começamos a atender adolescentes na clínica pediátrica no HC, logo no primeiro ano de atendimento a gente recebeu muitos adolescentes com graves distúrbios psicológicos, com diagnósticos psiquiátricos importantes e então eu falei: eu não estou preparada, eu preciso fazer algum curso, procurar alguma especialização, eu e a Assistente Social, que era a Maria José Paro Forte, que você conhece. Fomos ao Rio de Janeiro visitar serviços que tinham experiências, e eu até me preocupei e fui pessoalmente ao Sedes Sapientiae procurar Madre Cristina, que naquela época dava cursos sobre adolescentes, dava cursos de formação, e conversei muito com a Madre Cristina. Falei do que eu tinha feito, do que eu queria fazer e ela disse: “não faça curso, você vai trabalhar dessa maneira como você está trabalhando, com essa perspectiva, mas eu não vejo necessidade de você fazer um dos meus cursos porque eu acho que não vai acrescentar; à medida que você for aprendendo com essa retaguarda de equipe” (nós tínhamos a retaguarda de um assistente da Higiene Mental, naquela época se chamava Higiene Mental, que era a Dra. Dulce Marcondes) e ela falou: “não acho necessário que você faça cursos”. Eu não fiz cursos no exterior eu não tive essa possibilidade e eu acho que também não me ocorreu muito de ir para o exterior fazer curso, porque a ideia era trabalhar aqui mesmo, avançar estudando. Os casos eram discutidos extensivamente, então eu acho que a gente vai aprendendo (Anita Colli).

Quanto ao atendimento médico, já enfatizavam Colli *et al.*, em 1979, que, apesar de conservar os padrões tradicionais de elaboração da anamnese e da realização do exame físico, o adolescente e o responsável

eram entrevistados separadamente pelo médico, e o conhecimento dos fatores ambientais que influenciavam a saúde do adolescente propiciavam uma ampliação dos diagnósticos estabelecidos.

Em publicações posteriores da equipe, fica ainda mais evidente que, além da preocupação do médico com os fatores ambientais, reafirma-se de forma ainda mais categórica a importância da atenção global à saúde, nitidamente ameaçada pela cisão entre os aspectos físicos e psicossociais do adolescente, o que leva a abordagens unilaterais e a resultados insatisfatórios (Colli *et al*, 1985)²⁰. Essa prerrogativa do anseio pela medicina integral se afirmava em uma época em que a especialização médica ganhava muita força e, com ela, a tendência progressiva ao reducionismo da patologia e ao olhar multifacetado do especialista, conhecedor em profundidade de um órgão ou sistema, mas, contudo, carente da compreensão do ser humano como um todo.

A consulta do adolescente se configura como uma das questões fundamentais para a obtenção do sucesso na abordagem médica e da equipe multiprofissional a essa população, que apresenta formas peculiares tanto de procura aos serviços de saúde quanto de adoecimento²¹. Estabelecer os aspectos éticos que conferem a especificidade da consulta a essa faixa etária foi fundamental para que a assistência à saúde pudesse de

²⁰ “O adolescente é visto, por vezes, de modo parcial, com aspectos físicos e psicossociais separados. Tal situação condiciona abordagens unilaterais, fazendo com que, frente a uma patologia clínica, não sejam considerados os concomitantes psicossociais envolvidos ou que, na vigência de um problema psicológico, não sejam lembradas necessidades biológicas. O adolescente, como qualquer outro ser humano, constitui-se num todo indivisível biopsicossocial e só a abordagem do todo leva a resultados satisfatórios.” (Colli *et al.*, 1985 p. 5)

²¹ Por meio de estatísticas de serviços que atendem adolescentes, pode-se concluir que a morbidade por eles apresentada, com exceção do principal motivo de consulta, que são as questões vinculadas à gravidez, relaciona-se principalmente ao grupo das queixas gerais e inespecíficas, revelando o importante aspecto psicoemocional envolvido (Ayres,1990).

fato contribuir com a importante tarefa de detectar riscos e realizar prevenção na adolescência.

Os preceitos éticos de atendimento de saúde ao adolescente se aplicam a todos os profissionais da equipe, sendo explicitados logo na primeira entrevista com o paciente e sua família, sobretudo a garantia do sigilo de suas informações, assim como seus limites, isto é, a quebra de sigilo, que ocorre com o conhecimento prévio do adolescente, em função de situações ou diagnósticos por ele apresentados.

As primeiras publicações brasileiras a respeito do atendimento do adolescente e seus aspectos éticos, que compreendem o sigilo, a privacidade e a confidencialidade, remontam ao final da década de 1970 e ao início da década de 1980. Por sigilo compreende-se o segredo médico assegurado ao adolescente pelo Código de Ética Médica²²; a privacidade se caracteriza pela:

Não permissão de outrem no espaço da consulta; confidencialidade, por sua vez, traduz “o acordo entre profissional de saúde e adolescente, no qual as informações discutidas durante e depois da consulta ou entrevista não podem ser passadas aos seus pais e/ou responsáveis sem a permissão explícita do paciente (Saito et al., 1999, p.113).

Tais princípios éticos, que nortearam o trabalho do Grupo de Adolescentes do HC/FMUSP, que em 1979 passou a se configurar como a

²² Capítulo IX, artigo 74 do Código de Ética Médica, setembro de 2009: “É vedado ao médico revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente”.

Unidade de Adolescentes, desde meados da década de 1970 baseavam-se na:

Confiança, respeito à autonomia, compromisso, privacidade e confidencialidade; considerando o adolescente um todo biopsicossocial, tendo como enfoque prioritário a promoção de saúde e a prevenção de agravos, qualquer que seja o nível de atuação primário, secundário ou terciário (Saito, 2005 p.8).

A partir do momento em que o adolescente adquire tais direitos, ele pode ser alvo de uma abordagem clínica divergente da tradicional consulta pediátrica, centrada no informante (na maior parte das vezes, na mãe). O que se propõe agora é a emancipação do indivíduo, transformando o objeto em sujeito, como enfatizado no discurso do Comitê de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo, publicado em 1983:

Desta forma, o pediatra deverá estar atento para não repetir os moldes da consulta infantil, onde o responsável, geralmente a mãe, informa, participa, recebe e executa orientações, sendo o cliente mero espectador, quase objeto. A entrevista com o adolescente deve se realizar a sós, pois é importante que ele encontre um espaço real, onde possa falar livremente, informar sobre si mesmo, participar do diálogo, sendo ouvido com atenção, recebendo ele mesmo orientação. Deve ser-lhe garantido sigilo profissional que só será quebrado se absolutamente necessário e sempre com seu consentimento prévio (Rossi *et al.*, 1983b).

A evolução dos aspectos éticos referentes à consulta do adolescente, desde a década de 1970 até os dias atuais, se deu na direção da formulação de leis, diretrizes, normas, fóruns e conferências, sempre em busca de uniformização para a assistência à saúde do adolescente e do respaldo legal para essa prática.

Isso teve início com o Código de Ética Médica, que durante quase duas décadas foi a única proteção legal ao atendimento médico do adolescente segundo os princípios da privacidade e confidencialidade, seguido, posteriormente, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (lei nº 8069, 1990), garantindo o direito dos adolescentes à saúde²³, à liberdade, ao respeito e à dignidade²⁴.

Segundo Saito, o respeito à privacidade e à confidencialidade no atendimento ao adolescente garante uma assistência de qualidade, desde que realizada a abordagem preventiva vinculada ao exercício da sexualidade, ao uso de drogas e à violência; do mesmo modo, permite a denúncia de situações de abuso sexual, maus tratos, agressão e negligência, a que estão sujeitos esses clientes (Saito, 2005).

Em relação à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, já estão bem estabelecidas as diretrizes de atendimento, que se respaldam na Conferência da Organização das Nações Unidas (ONU) (Cairo + 5, 1999, que reviu a Conferência Mundial de População e Desenvolvimento²⁵) e nas resoluções dos Fóruns: *Adolescência, contracepção e ética* (2002), e *Adolescência e contracepção de emergência* (2005), ambos ocorridos em

23Estatuto da Criança e do Adolescente, capítulo I, Art. 7º: “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”.

24 Estatuto da Criança e do Adolescente, capítulo II, Art. 15º. “a criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis”. Art. 17: “o direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais”.

25 O plano de ação da **Conferência Mundial de População e Desenvolvimento** (Cairo, 1994), introduziu o conceito de direitos sexuais e reprodutivos na normativa internacional, inserindo os adolescentes como sujeitos que deverão ser alcançados pelas normas, programas e políticas públicas. O documento de revisão do programa, Cairo 5, garante os direitos dos adolescentes à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação sexual e à assistência à saúde reprodutiva.

São Paulo, organizados pelo ICr-HC/FMUSP e coordenados pela Profa. Dra. Maria Ignez Saito, que reuniu profissionais das áreas da saúde e da justiça de diferentes serviços e regiões do país. O primeiro resultou nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), que concluem que o respeito à autonomia dos adolescentes, faz com que eles passem de objeto a sujeito de direito (SBP e FEBRASGO, 2004). O segundo fórum terminou por sugerir ao Conselho Federal de Medicina (CFM) que reconhecesse a contracepção de emergência como método alternativo à prevenção da gravidez em todas as etapas da vida reprodutiva, o que resultou na Resolução do CFM no 1.811, de 14 de dezembro de 2006.

Por fim, em 2005, o Ministério da Saúde publica o *Marco Legal – Saúde, um Direito de Adolescentes*, da Série A: normas e manuais técnicos, elaborado por Miriam Ventura, sob coordenação de Ana Sudária de Lemos Serra, Socorro Tabosa e Thereza de Lamare. Esta publicação se destaca pela ênfase posta no respeito aos direitos do adolescente à saúde, de forma integral, contextualizando o ECA no serviço de saúde e resgatando os aspectos éticos de seu atendimento²⁶.

Os médicos pioneiros no atendimento de adolescentes, sobretudo os pediatras, já apontavam a existência de uma lacuna na atenção à saúde desta faixa etária, e atribuíam isso, em parte, à falta de motivação e de

26 “Desta forma, qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável”. (Marco Legal, p.41)

preparo dos profissionais para a consulta com o adolescente, assim como o seu temor pelos aspectos legais e éticos:

A maioria de nossos colegas pediatras, (...) relutam ou não se sentem motivados para o atendimento de adolescentes, mesmo quando estes já foram seus clientes na infância e estão simplesmente continuando seu processo de crescimento e desenvolvimento (Rossi *et al.*, 1983a).

Por isso, entende-se que a “especialização” do médico no atendimento de adolescentes ocorre à medida que se identifica a necessidade de se conhecer a fundo tanto o cenário biológico da adolescência, que engloba o processo de crescimento e desenvolvimento (a puberdade em si) e seus agravos, quanto a de se especializar na técnica da consulta; isto é, estudar os aspectos éticos e respeitar os direitos humanos, legais, culturais e sociais. Nessa medida, exige-se uma formação global do médico para que esses objetivos sejam alcançados.

Por definição, a consulta do adolescente é longa; salvo exceções, a sua duração é maior que aquela destinada à criança. Como a problemática de saúde da população adolescente se vincula, ademais das questões médicas, frequentemente àquelas psicossociais, a necessidade de uma equipe multiprofissional se impõe frente a algumas demandas. Entretanto, a sua ausência não deve ser um impedimento para a assistência à saúde na adolescência.

Todas essas questões na abordagem à saúde do adolescente do ponto de vista clínico, a relação médico-paciente, a autonomia, a

privacidade, o sigilo e a confidencialidade, a necessidade de abordagem global do indivíduo e a demanda por equipe multiprofissional, muitas vezes se transformam em obstáculos e desmotivam a escolha pelo atendimento desta população. Mesmo que a pediatria compreenda a adolescência, e que faça parte da filosofia do pediatra o atendimento de indivíduos em crescimento e desenvolvimento, o adolescente suscita receio e preconceitos em alguns médicos, dificultando o seu acesso a uma assistência de qualidade.

6.1.2 O Ensino

Ainda que a inserção dos profissionais da equipe de Medicina do Adolescente do ICr-HC/FMUSP fora vinculada ao Departamento de Pediatria da referida instituição, especificamente ligada ao Grupo de Pediatria Preventiva e Social, o ensino teórico e prático não se deu, de início, na graduação em medicina, e sim por meio de estágio oferecido aos médicos Adidos, desde 1979, o que se estendeu, a partir de 1980, aos residentes de segundo ano de pediatria e à Complementação Especializada (que tem como pré-requisito dois anos de residência médica em Pediatria).

Médicos de todo o Brasil foram recebidos na Unidade de Adolescentes, tanto para estágios de médico-observador (cuja duração é de um a três meses) quanto para estágios de complementação especializada (inicialmente de um ano de duração; após 1990, o período se prolongou para dois anos). Médicos observadores e estagiários de complementação especializada foram responsáveis pela implantação de serviços de

atendimento aos adolescentes em todo o país, como os de Goiânia, Vitória, Botucatu, Florianópolis, Marília, Taubaté, São José do Rio Preto, entre outros, muitos dos quais ligados às universidades locais (Saito, 2005).

O ensino na Unidade de Adolescentes do ICr-HC/FMUSP não se restringiu ao âmbito da medicina, uma vez que o trabalho multidisciplinar norteador da assistência possibilitou que profissionais de outras áreas da saúde – como enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas em estágio de aprimoramento – pudessem desenvolver parte de seu estágio junto às atividades da referida equipe.

Foi apenas em 1992 que o ensino da Medicina de Adolescentes se voltou para a graduação médica na FMUSP, por meio de curso oferecido aos alunos de sexto ano, por meio da Disciplina de Pediatria Preventiva e Social, ministrado no Hospital Universitário. Essa proposta de ensino teórico se estendeu aos alunos do terceiro ano do ensino médico, a partir de 1994, inserida na Disciplina de Propedêutica da Criança Normal e Doente, daquela instituição. Embora esses cursos não contemplassem o aspecto prático do exercício da Medicina de Adolescentes, a divulgação desta proposta de ensino por meio de publicações e palestras contribuiu para a disseminação e o reconhecimento da importância do assunto na formação dos alunos de graduação, modelo que foi seguido como referência por outras instituições de ensino (Saito *et al.*, 1999).

Em relação ao ensino no âmbito da Pós-Graduação *stricto sensu* na FMUSP, a disciplina “Saúde do Adolescente: aspectos médico-sociais” teve início em 1995, e é, atualmente denominada *Medicina de Adolescentes:*

aspectos atuais e metodologia de pesquisa, oferecida a cada dois anos, e não apenas aos pediatras, pois também atrai psiquiatras, ginecologistas e outros profissionais da saúde.

Ademais de toda a participação da equipe de profissionais da Unidade de Adolescentes do ICR-HC/FMUSP na transmissão de conhecimento e formação de recursos humanos para o atendimento à saúde do adolescente, tudo isto por meio de aulas, seminários, reuniões que ocorriam na referida instituição²⁷, deve-se salientar a presença de Anita Colli e Maria Ignez Saito, entre outros docentes, nos Cursos de Capacitação do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado de São Paulo, coordenado pela ginecologista Albertina Duarte Takiuti, que tinha como objetivo facilitar a implantação de programas de saúde para adolescentes na diferentes regiões do Estado de São Paulo.

O saber produzido pelos profissionais da Unidade de Adolescentes do ICR-HC/FMUSP termina por ser transmitido por meio de livros, que constituem marcos de referência para consulta sobre a Medicina de Adolescentes, como, por exemplo, os capítulos de Adolescência no livro *Pediatria Básica* (que se faz presente desde a 4ª edição de 1974) e *Pediatria em Consultório* (havia temas sobre a adolescência desde a primeira edição de 1985) e o *Adolescência Prevenção e Risco* (2001 e 2008).

²⁷ A exemplo da divulgação da Medicina de Adolescentes por meio de projetos do Departamento de Pediatria, como o Projeto Gêmeos e o Projeto Sagitário, cujas aulas eram ministradas ao ex-residentes e aos pediatras da capital e do interior, respectivamente.

6.1.3 A Pesquisa

Antes de implantar um programa de atendimento para adolescentes, Anita Colli julgou necessário conhecer a situação de saúde daquele grupo populacional, e desta iniciativa originou-se a sua tese de doutoramento, a primeira pesquisa nacional sobre a saúde do adolescente brasileiro.

A sua tese de doutoramento representou um marco teórico nacional sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Adolescentes – Aspectos Globais de Saúde.** Apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1972, resultou da pesquisa de campo, assessorada pelo Grupo de Pediatria Social, enfocando 1336 estudantes entre 10 e 20 anos de idade, alunos de escolas públicas do sub-distrito da Lapa. Os resultados desta tese permitiram caracterizar aspectos físicos e psicossociais da saúde desses adolescentes, assim como seu ambiente de vida.

(...) sendo que eu tinha uma formação em Medicina de Adolescentes, voltava dos Estados Unidos, eu queria implantar um Núcleo de Ensino ou um Núcleo de Trabalho; a proposta que nos pareceu mais óbvia naquela época era conhecer um pouco da saúde do adolescente globalmente, não só no plano da doença, do físico, mas um conhecimento global. Então se partiu da idéia de estudar o adolescente na escola e não pegar o adolescente vinculado já a um processo mórbido. Eu fui para um levantamento muito grande na área do sub-distrito da Lapa; por que no sub-distrito da Lapa? Porque a área de ensino da Lapa naquela época a gente freqüentava para ensinar pediatria aos alunos do 4º ano, a gente usava o Centro de Saúde da rua Roma, então foi feito um levantamento amplo com cerca de 1300 adolescentes de várias escolas, os detalhes disso você encontra na minha tese de doutoramento (Anita Colli).

Tratava-se do primeiro trabalho científico publicado pela pediatria sobre a saúde dos adolescentes no Brasil. Na introdução deste texto, Anita Colli ressalta a ausência de estudos brasileiros que identificassem os problemas de saúde da população adolescente. Atribui esta escassez à falta de interesse pelo jovem, e, em especial na área médica, a inexistência de programas voltados para indivíduos dessa faixa etária, uma vez que, ao completar 12 anos, o adolescente deixa de ser assistido pelo setor pediátrico:

(...) perdendo-se o seu seguimento entre clínicas de adultos e setores especializados. Evidencia-se aí a necessidade de começarmos a planejar unidades especialmente designadas para esses jovens e nas quais se procure dar uma assistência global de saúde (Colli 1972; p. 3).

Anita Colli descreve a necessidade e a importância da caracterização da adolescência brasileira, posto que a literatura estrangeira, sobretudo a norte-americana, não contemplava a singularidade daquela população:

(...) devemos adaptar os dados obtidos na literatura estrangeira e passar a atuar junto ao jovem brasileiro com material fornecido por estudos realizados em outros grupos populacionais? Em nossa opinião isso não pode ser feito considerando-se as nossas características sócio-econômicas e culturais. Antes de estabelecermos planos e implantarmos programas é necessário conhecer quais os problemas de saúde que os jovens apresentam, algumas de suas idéias sobre esses problemas, alguns aspectos de seu comportamento e de suas aspirações. (Colli, 1972 p.3).

Buscando identificar e quantificar as principais características de saúde e os aspectos sócio-econômicos de um grupo de adolescentes escolares, a tese de Anita Colli apresentava os seguintes objetivos específicos: identificar, quantificar e analisar os dados de morbidade; características de desenvolvimento sexual; conceito de saúde; conhecimentos e comportamentos relacionados com o sexo; alguns aspectos de comportamento social, preocupações e aspirações; aspectos sócio-econômicos e aspectos de comportamento e rendimento escolares de uma amostra de 1336 estudantes de escolas públicas do subdistrito da Lapa (Colli, 1972).

Anita Colli apresentou os resultados e a discussão de seus dados, dividindo o trabalho em dois grandes itens: o primeiro, **caracterização da população adolescente**, contendo dados sócio-demográficos de procedência, sexo, idade, cor, religião, ocupação e escolaridade; de sua família, contemplando a procedência dos pais, idade, cor, estado civil, tamanho da família, religião, escolaridade, ocupação, renda familiar e habitação. O segundo grande item diz respeito à **caracterização global de saúde**, subdividido em antecedentes mórbidos familiares e pessoais. Nesta última rubrica estão contidos agravos à saúde: doenças anteriores, acidentes, intervenções cirúrgicas, antecedentes neuropsiquiátricos; atenção à saúde: imunização, consulta médica para tratamento e controle, consulta dentária para tratamento e controle e assistência médica.

Ainda constam do segundo grande item, **caracterização global de saúde**: vida escolar, contendo a idade de início de escolarização, o tempo

na escola, repetição de ano escolar e ausência na escola; saúde atual: preocupações e opiniões sobre saúde (informações da mãe e do adolescente); traços de temperamento; peso e altura; estado nutritivo e alimentação; alterações ortopédicas; pele e mucosas; vias aéreas; dentes; visão; audição e fala; tireoide; aparelho cardiovascular; abdome; aspectos relacionados com o desenvolvimento sexual (mamas, genitais, informações sobre sexo, ciclo menstrual, masturbação, emissões noturnas, relação sexual, enurese); aspectos do comportamento social: amizades e namoro, lazer, comportamento escolar, alguns aspectos de poder decisório (mesada, escolha de roupas, amigos com quem sai, permanência fora de casa); aspectos de controle social; aspirações escolares e fumo.

Ao analisar esse trabalho, percebe-se de início uma ampla gama de aspectos e preocupações relacionados aos adolescentes, o que é bastante coerente porque vai ao encontro da tese inicial de Anita Colli, de que não havia até então estudos médicos sobre essa faixa etária. Por isso, a autora procura mostrar que muitos aspectos precisam ser caracterizados, desde a situação sócio-demográfica dessa população, até questões tão específicas como as alterações ortopédicas e o exame físico da tireóide, por exemplo.

Outra consideração deve ser feita relativamente a esse caráter abrangente do trabalho em análise, que é o fato de ter sido desenvolvido junto ao Grupo de Pediatria Social da Disciplina de Pediatria do Departamento de Clínica da FMUSP, sob orientação do Dr. João Yunes, durante o Curso de Medicina Experimental daquela faculdade.

Então, ao entrar na USP, eu automaticamente me inscrevi para o doutorado e passei a desenvolver a tese, e a condição estabelecida pelo Eduardo Marcondes ao me contratar além da atividade de ensino junto aos alunos do curso experimental de Medicina, foi que eu criasse um Núcleo de atendimento de adolescentes na pediatria da USP. Eu estabeleci que a minha tese teria que ser com adolescência, a minha tese de doutorado. Eu me vinculei, naquela época, por causa disso em termos de orientação, a pessoa sugerida para mim para minha orientação foi o João Yunes, então eu me vinculei ao grupo de pediatria social que existia naquela época. E foi o grupo de pediatria social chefiado pelo João Yunes que me orientou na tese de doutoramento. Eu digo que não foi só o João Yunes porque eu tive a colaboração de pessoas muito importantes do grupo como a Hebe da Silva Coelho e o José Augusto Nigro Conceição (Anita Colli).

O interesse pelos aspectos sócio-demográficos, escolares, de poder decisório e de controle social, pelo fumo e aspirações escolares, está presente também na prática pediátrica de forma geral, como postula a puericultura, sobretudo no âmbito da Pediatria Social. É interessante ressaltar que a puericultura elegeu historicamente o lactente como objeto central de sua teoria e prática; porém, à medida que alarga sua abrangência, o conceito pode referir-se a todas as fases da vida humana, desde que suas ações tenham repercussão na vida de uma criança²⁸ (Novaes, 1979).

Atendo-se à distribuição dos itens abordados na tese, dividindo-os em dois grandes blocos, os aspectos médicos propriamente ditos, e outro, de interesse mais social (como os dados sócio-demográficos, vida escolar e

28 No tocante às suas origens históricas, significados e ideologias, a puericultura surge no final do século XIX na França, propondo-se a normatizar todos os aspectos envolvidos no cuidado das crianças, a fim de se obter uma saúde perfeita. Seu caráter ideológico é identificado quando se percebe que suas ações são voltadas sobretudo às crianças socialmente desfavorecidas, que apresentam grandes riscos para a saúde, tomando como efeito a causa da situação: ao se pensar as más condições de saúde como consequência da falta de informações por parte dos indivíduos e não como reflexo de uma situação de vida em que os problemas de saúde e a ignorância fazem parte de uma única condição de desfavorecimento social (Novaes, 1979).

aspectos do comportamento), percebe-se o nítido predomínio da dimensão médica, contendo 53 páginas, comparativamente aos aspectos sociais, que contemplam 29 páginas. Essa ênfase concedida ao biológico no pioneiro trabalho pode ser atribuída à formação da autora, médica, e também à escassez de informações sobre os eventos puberais em nosso meio.

Os resultados obtidos pela pesquisa de Anita Colli revelam um rico panorama da saúde dos adolescentes escolares de um bairro da capital paulista no início da década de 1970, e algumas das suas conclusões devem ser analisadas, até porque guardam muitas semelhanças, não obstante algumas divergências, com a atualidade, como se assinala adiante.

A maior parte das doenças progressas dos adolescentes se referia às moléstias infecto-contagiosas próprias da infância (sarampo, varicela, caxumba, coqueluche e rubéola foram as mais freqüentes). Houve muitos adolescentes acometidos por afecções de olhos e ouvidos, o que compromete o rendimento escolar. Em relação aos distúrbios neuropsiquiátricos, os mais freqüentes foram os de ordem emocional ou problemas psicológicos.

A procura por assistência médica foi pequena, tanto para prevenção como para tratamento. A atenção odontológica sobrepunha a atenção médica. A percepção dos pais em relação à saúde dos filhos adolescentes é a de que eles possuem poucos agravos, em concordância com a percepção dos próprios adolescentes, que avaliaram como boa sua saúde. É interessante perceber que muitas mães se queixaram que seus filhos apresentavam problemas psicológicos, mas isso não é incorporado por elas

como uma questão de saúde. Os adolescentes se preocupavam com os estudos e com o futuro, mas um quarto deles não se inclinava a dialogar com ninguém sobre isso. Um terço dos adolescentes apresentava preocupação com questões de ordem física, sobretudo aquelas relacionadas à aparência e estética, embora não procurassem o médico para resolver esse tipo de problema. As principais queixas das mães em relação à saúde dos filhos foram o nervosismo, as alterações de comportamento, os problemas oculares e os de vias aéreas.

O exame físico foi normal para a maior parte dos adolescentes, aparecendo como as principais alterações a presença de acne, cáries dentárias, diminuição da acuidade visual e auditiva, corrimento vaginal e criptorquidia. A idade média da menarca foi de 12 anos e 2 meses.

Em relação às questões pertinentes à sexualidade, percebem-se algumas lacunas na abordagem da vivência sexual, talvez pela dificuldade que o tema desperta no pediatra em geral e pelo fato da pesquisa ter ocorrido na escola e não em ambiente de consultório. Foram colhidos apenas os dados referentes a ter tido ou não relação sexual, se os adolescentes sabiam do significado do termo “relação sexual”, se a mãe sabia que o filho tinha relações sexuais, e qual a fonte de informação sobre sexo (amigos, colegas, mãe ou pessoa do programa escolar).

A escola caracterizava-se, já naquela época, como instituição problemática, palco de grandes tensões entre a sociedade e o adolescente, considerados os 20% dos adolescentes com baixo rendimento escolar, 10% com habilidade intelectual diminuída e cerca de um terço deles desajustados

no ambiente escolar. Entretanto, apesar dos problemas relacionados à escolaridade, a maioria dos adolescentes almejava o curso universitário.

Também foram frutos daquela pesquisa as posteriores publicações em revistas especializadas sobre a saúde dos adolescentes²⁹.

O primeiro compêndio publicado no Brasil a respeito da Medicina de Adolescentes surgiu em 1979, intitulando-se *Adolescência*, integrando a coleção de monografias da Editora Sarvier e coordenado por Nuvarte Setian, Anita Colli e Eduardo Marcondes. Ao percorrer a disposição dos capítulos no livro, percebe-se o interesse e as necessidades de conhecimento sobre a Medicina de Adolescentes no início de sua prática. Eduardo Marcondes escreve a *Introdução ao Estudo da Adolescência*, e o restante do livro é dividido em “*parte geral*” e “*parte especial*”. Na primeira parte estão os capítulos: *O médico frente ao adolescente; crescimento e desenvolvimento físico do adolescente normal; fatores neuroendócrinos na adolescência; variações hormonais na adolescência; desenvolvimento psicossocial do adolescente; necessidades de saúde do adolescente; atendimento de adolescentes*. Na segunda parte figuram os capítulos: *problemas de saúde na adolescência; puberdade precoce; puberdade atrasada; hirsutismo na*

²⁹ Colli AS, Conceição JAN & Coelho HS. *Freqüência Cardíaca e Pressão Arterial de Adolescentes*. Arq. Brás. Cardiol 1975; (28) 37-44. Colli AS, Coelho HS, Conceição JAN & Yunes J. *Encuesta sobre la salud de un grupo de adolescentes de São Paulo, Brasil*. Bol. Of. Sanit. Panam 1975; (79) 433-477. Colli AS, Coelho HS, Conceição JAN et. al. *Modelo para atendimento de adolescentes*. J. Ped 1975; (40), 329-335. Colli AS, Coelho HS & Conceição JAN. *Alguns aspectos relativos ao crescimento de adolescentes*. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med 1977; (32) 280-288. Colli AS, Saito MI, Petrone AER, et. al. *Problemas de saúde de adolescentes em atendimento ambulatorial*. J. Ped 1979; (46) 20-30. Colli AS, Saito MI, Santos MJFS, Lima IN et. al. *Características de um ambulatório para adolescentes*. Pediatr. 1979; (1) 77-84. Colli AS, Conceição JAN & Coelho HS. *Desenvolvimento pubertário de escolares de São Paulo: caracteres sexuais secundários*. J. Ped 1979; (46) 284-290. Colli AS. *Inter-relações entre características de maturação sexual em adolescentes brasileiros. I- Sexo masculino; II- Sexo feminino*. Pediatr 1984; (6) 18-24 e 63-68. Infante DP & Colli AS. *Atendimento psiquiátrico de adolescentes numa equipe multiprofissional*. Pediatr. 1984. Colli AS. *Maturação sexual de adolescentes brasileiros*. 1984 Organização Pan-americana de saúde.

adolescente; o adolescente obeso; ginecomastia; dermatoses no período puberal; adolescente de estatura elevada; o diagnóstico dos distúrbios psicológicos da adolescência.

Consta desta obra o informe da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1977, sobre as necessidades de saúde dos adolescentes, que sugere uma classificação de doenças incidentes nesta faixa etária, de modo a permitir o planejamento adequado da assistência à saúde. São as seguintes as modalidades de doenças: 1. as que se iniciam em fases anteriores da vida, mas que se mantêm ou se manifestam na adolescência. 2. doenças específicas da adolescência. 3. doenças que prevalecem na comunidade em geral e são freqüentes na adolescência e que têm repercussões em fases posteriores da vida. 5. doenças que aumentam ou diminuem acentuadamente durante a adolescência (Colli, 1979a, p.110).

É interessante observar o modo com o qual a OMS lidava com a problemática de saúde da população adolescente nos anos de 1970, sendo a palavra “doença” empregada para designar todas as questões de morbidade desta faixa etária, mesmo que a maior preocupação relacionada à adolescência e aos jovens esteja relacionada às causas externas, como violência, acidentes etc.

A tese de doutorado de Anita Colli representa um marco em termos de produção científica relativa à saúde do adolescente no país, destacando-se, também, suas conseqüentes orientações dos trabalhos de pós-graduação *stricto sensu* dos profissionais de sua equipe, e daqueles oriundos de outras instituições, constituindo, assim, uma sólida linha de

pesquisa ligada aos aspectos nutricionais e aos eventos puberais na adolescência.

Anita Colli participou da pesquisa denominada Santo André II, que estudou 6.794 adolescentes, realizada em 1978 no referido município, que deu continuidade à pesquisa Santo André I – cujos dados foram coletados por meio do estudo de 9.258 crianças de zero a doze anos, entre os anos de 1968 e 1969 – que buscava a elaboração de parâmetros de Crescimento e Desenvolvimento Pubertários em Crianças e Adolescentes Brasileiros (Marcondes *et al.*, 1982).

Os dados provenientes da pesquisa de Santo André II auxiliaram na elucidação de aspectos do crescimento físico (determinar curvas de crescimento, avaliar estado nutricional através da medida de dobras cutâneas) e do desenvolvimento de caracteres sexuais secundários (época de aparecimento da menarca, estágio de desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários) de uma população adolescente de ambos os sexos.

Devido a essa influência recebida pela participação na pesquisa de Santo André II, assuntos relacionados ao crescimento e desenvolvimento físico na adolescência tornaram-se verdadeiras linhas de pesquisa, a exemplo da própria tese de livre-docência de Anita Colli – *Maturação sexual na faixa etária de 10 a 19 anos* (1979b) – e dos relevantes trabalhos de mestrado e doutorado que foram orientados por ela e, posteriormente, por Maria Ignez Saito.

A importância da relação entre o estado nutricional e os fenômenos pubertários pode ser avaliada nos trabalhos de Maria Ignez Saito: “*Menarca*

e variáveis antropométricas em adolescentes brasileiras” (1985), dissertação de mestrado, na qual se discutiu a teoria existente sobre um peso crítico como determinante da menarca; na tese de doutorado, *“Estado nutricional em adolescentes do subdistrito do Butantã, São Paulo, Brasil: indicadores antropométricos, socioeconômicos e maturação sexual”* (1990), em que se avaliou o papel tanto dos indicadores antropométricos, quanto dos aspectos socioeconômicos na evolução da maturação sexual em ambos os sexos; e na Livre Docência, *“Puberdade masculina: indicadores antropométricos do estado nutricional e de maturidade, idade e maturação sexual, como fatores associados à primeira ejaculação, em adolescentes do subdistrito do Butantã, São Paulo, Brasil”* (2003), na qual se analisou a influência das variáveis antropométricas, da idade e da maturação sexual para a ocorrência da primeira ejaculação. A relevância dessas pesquisas para a área da saúde dos adolescentes, no panorama nacional e até mesmo internacional, é percebida por meio de publicações de parte dos resultados da tese de doutorado de Maria Ignez Saito, sob forma de capítulo de livro editado pela OPAS, *“Estado nutricional de adolescentes brasileiros: indicadores socioeconômicos, antropométricos y de maduración”* (Saito et al., 1995) e pela outorga do prêmio de melhor trabalho estrangeiro, conferido à referida autora, durante o VI Congresso Latino Americano de Obstetrícia y Ginecología de la Infancia y de la Adolescencia, realizado em 1999, em Havana, Cuba, por trabalho apresentado a partir dos resultados da referida tese (Saito, 2005).

Ademais, no tocante à linha de pesquisa dos eventos pubertários, ganha destaque o trabalho pioneiro de Marta Miranda Leal, “*Caracterização da espermarca: um projeto piloto*” (1994), dissertação de mestrado orientada por Anita Colli, que buscou relacionar o evento da primeira ejaculação com a idade, maturação sexual, alguns aspectos psicossociais a ela relacionados e a ocorrência de espermatúria (Leal, 1994).

6.2. A Clínica de Adolescência do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Em setembro de 1975 foi constituído o segundo serviço de Medicina de Adolescentes de São Paulo, sob coordenação da Dra. Verônica Coates, vinculado à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, também formado por equipe multiprofissional (Coates, 1999).

À semelhança de Anita Colli, Verônica Coates também realizou sua formação especializada em pediatria e o estágio em Medicina de Adolescentes nos Estados Unidos, recebendo influências de profissionais e dos serviços médicos norte-americanos de atendimento multiprofissional ao adolescente.

Me formei na USP em 1961, depois fui para os Estados Unidos fazer três anos de residência médica (...) eu falava bem o inglês e era pediatra do Consulado Americano e lá conheci meu primeiro marido, que era diplomata e ele pediu transferência para Washington (...). Eu fiz residência no Georgetown University Medical Center, em Washington DC (de 1962 a 1964), em pediatria e depois o terceiro ano na University of Arkansas Medical Center em

Little Rock, Estados Unidos [no ano de 1965] (Verônica Coates).

Ainda durante o estágio em Pediatria, no ano de 1965, Coates teve a oportunidade de conviver com uma médica, que foi sua residente chefe no hospital da Universidade de Arkansas, chamada Joycelyn Elders, que viria a ser, em 1993, a primeira mulher negra indicada para ocupar o cargo de Surgeon General dos Estados Unidos – equivalente ao Ministro da Saúde no Brasil – indicada pelo então presidente daquele país, Bill Clinton.

(...) a minha residente chefe, isso é uma coisa interessante porque teve uma certa influência [no percurso de Verônica Coates junto à medicina de adolescentes], ela foi a primeira Surgeon General; é como o Ministro da Saúde, só que se chama Surgeon General, e ela era preta. Joycelyn Elders, primeira mulher e primeira de raça negra. Isso porque o Bill Clinton era de Little Rock, Arkansas, e viu que ela diminuiu a gravidez na adolescência em Little Rock e a chamou para Washington, e ela fez isso lá. E somos amigas até hoje, falamos ao telefone, ela já me visitou aqui várias vezes, veio dar aulas aqui... (Verônica Coates)

Como pediatra, Elders se dedicou inicialmente ao estudo de endocrinologia, em especial ao diabetes juvenil, percebendo, na prática clínica, que as adolescentes portadoras desta doença estavam submetidas a um maior risco de aborto espontâneo e mal formações congênitas nos recém nascidos quando elas engravidavam precocemente, ainda na adolescência.

A partir dessa vivência clínica e de suas pesquisas como docente do Departamento de Pediatria da Universidade de Medicina de Arkansas, Elders aproximou-se da temática da sexualidade na adolescência e

desenvolveu estratégias de prevenção de gravidez, por meio de adoção de métodos contraceptivos e planejamento familiar, ponto de partida para todo o trabalho na saúde pública de seu país, desenvolvido inicialmente como diretora do Departamento de Saúde do Estado de Arkansas durante o governo de Bill Clinton, de 1987 a 1992, e, posteriormente, como Surgeon General, de 1992 a 1993. Elders defendia a implantação da saúde universal e da educação médica visando à saúde global, o que incluía educação sexual nas escolas. Devido à luta pela implantação da educação sexual expandida, Elders despertou grande polêmica entre os políticos conservadores e os grupos religiosos. No entanto, em grande parte por causa de sua influência, a Assembléia Legislativa do Estado de Arkansas implantou, em 1989, um currículo denominado de K-12, que incluiu a educação sexual, prevenção do uso e abuso de drogas e programas para promoção da autoestima. De 1987 a 1992, ela quase dobrou a taxa de imunização infantil, ampliou o programa estadual de assistência pré-natal e ofereceu mais opções de home-care para os pacientes portadores de doenças crônicas e cuidados paliativos (National Library of Medicine – National Institutes of Health).

Elders foi indicada para o cargo de Surgeon General em 1992, no qual permaneceu por apenas 15 meses, após sua demissão forçada em virtude de duras críticas que vinha recebendo da ala mais conservadora do governo e das instituições religiosas pela sua postura progressista em relação aos assuntos de saúde pública (U.S. Public Health Service - Department of Health & Human Services. Office of the Surgeon General).

Após retornar dos Estados Unidos em 1965, Coates foi admitida como professora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, vinculada ao departamento de Pediatria, ocupando-se da assistência e do ensino nas unidades de ambulatório e enfermarias de pediatria geral.

Embora Coates tivesse realizado sua residência médica em pediatria nos Estados Unidos na primeira metade da década de 1960, tido contato com profissionais que se destacaram junto à idealização de políticas públicas mais justas e baseadas em pressupostos de atenção integral à saúde, como o enfoque dado por Elders em relação à prevenção e promoção de saúde dos jovens e adolescentes, somente dez anos depois, no começo da década de 1970, é que Coates vai buscar nos serviços norte-americanos de Medicina do Adolescente referências práticas e teóricas para a implantação da Clínica de Adolescência da Santa Casa.

Em um Congresso que houve [primeiro congresso brasileiro de adolescência], veio [Felix Heald] trazido pela Dra. Evelyn Eisenstein, que é do Rio, uma das pioneiras também, ela fez residência com o Dr. Felix Heald, eu mostrei a foto dele para você aqui. Felix Heald foi residente do Gallagher. E ele era chefe da Universidade de Baltimore de adolescência no Departamento de Pediatria. Ele veio aqui com a mulher e fizemos amizade, nos encontramos em vários Congressos e eu comecei a ter gosto pela adolescência por meio dele. Então ele me perguntou: “você não quer vir à nossa casa? Ver como funciona o meu serviço?”. Eu falei: “eu quero”. Fui para Baltimore, não Anápolis, Anápolis que é onde tem a Academia Militar em Maryland, perto de Baltimore. Fiquei na casa deles e fui visitar o serviço. (...) vi como o serviço multidisciplinar funcionava, e eu acho que o meu grande mérito na verdade é ter conseguido copiar, mais ou menos, aquilo que ele fazia em condições bem diferentes: Baltimore, Maryland nos Estados Unidos, e Santa Casa de São Paulo, um Hospital privado que sempre tem problemas de dinheiro, atende muitas pessoas e vive de

doações e de patrimônios (...) Então, quando eu voltei de lá, resolvi tentar uma clínica de adolescência aqui. E comecei em 1975... (Verônica Coates).

Percebe-se, portanto, a marcante influência da concepção norte-americana de atenção à saúde do adolescente na constituição da Clínica de Adolescência da Santa Casa de São Paulo, baseada na experiência de Coates, adquirida em estágio nos Estados Unidos, o que posteriormente contribui com algumas características inovadoras deste serviço, como a existência de uma enfermaria de especialidades voltada para o adolescente, o treinamento ginecológico dos médicos de adolescentes e a atuação da equipe multiprofissional.

Em abril de 1990 foi inaugurada a Enfermaria de Adolescentes do Departamento de Pediatria da Santa Casa na qual a equipe da Clínica de Adolescência convive com os especialistas no tratamento dos doentes internados, na grande maioria portadores de patologias terciárias (Coates, 1999 p. 3).

(...) quando fiz a primeira enfermaria de adolescentes, que está aqui, você viu a placa (...), a equipe da enfermagem ficou com medo de atender adolescentes (...) porque eles iriam causar problemas. Isso foi uma coisa pessoal, não foi nada da administração, e tanto assim que na enfermaria de adolescentes, de um lado do corredor ficam as meninas, e do outro lado, no finzinho do corredor do terceiro andar, os rapazes, e nunca houve problema nenhum de ordem sexual, física etc. (...) Essa luta foi difícil porque eu já sabia da luta do Rio onde a enfermaria era entre adultos, na clínica [Clínica Médica], não era na pediatria. Acho que até hoje é entre os adultos com a Dra. Evelyn (...) e eu queria fazer aqui na pediatria. Então eu tive que realmente convencer um pouquinho, primeiro o então diretor do Departamento e depois o provedor, que era maravilhoso, eu faço questão que o nome dele, Mario Altenfelder da Silva (...), e ele gostava muito de jovens e ele falou: “faça Verônica”. E foi uma luta terrível. (...) Ele

gostou da idéia de eu fazer uma enfermaria, só que não dava, nunca tinha tempo, nunca tinha dinheiro; quando chegou ao término da provedoria dele, talvez na minha diretoria do departamento, ele falou assim: “vai correndo, vai correndo porque eu vou sair e você compra os móveis põe ali e depois a gente dá um jeito”. Foi assim que aconteceu: nos últimos dias da provedoria dele eu consegui instituir a enfermaria (Verônica Coates).

A conquista de um espaço de internação específico em enfermaria para a faixa etária adolescente foi um aspecto inovador neste serviço, uma necessidade sentida e compartilhada pelos pediatras, uma vez que, na grande maioria dos hospitais, o adolescente permanece internado na ala dos adultos, ou, então, dividindo o espaço entre as crianças, o que acaba por dificultar algumas abordagens terapêuticas, a exemplo da resistência e da falta de preparo das equipes de enfermagem em lidar com adolescentes.

Os Serviços estão sobrecarregados, os espaços físicos são pequenos. Veja, eu sempre pleiteei ter um espaço de enfermaria para o adolescente, mas eu saí sem ter. Não consegui, a gente começou a dar atendimento para o nosso adolescente no Instituto da Criança, ao adolescente internado, mas junto com as crianças, tentava isolar, pôr em um apartamento para ele não se sentir tão infantilizado, com uma certa privacidade, mas a gente não teve a possibilidade, como Hospital Universitário, de montar uma enfermaria exclusiva, como a que eu tive quando eu fiquei seis meses [nos Estados Unidos], que era um negócio maravilhoso, uma enfermaria voltada para o adolescente, e o adolescente doente, mas ela tinha uma especificidade do adolescente, a começar pelo pessoal e toda a parte física; isso a gente não teve. Eu acho que poucos serviços universitários, já não sei agora, 14 anos depois como eles estão, tirando a UERJ que começou enfocada numa enfermaria, porque o nosso enfoque foi ambulatorial e lá o enfoque inicial foi enfermaria; o adolescente hospitalizado eu não sei muito bem como estão os outros. (...) Às vezes era vinculado ao fato de que o adolescente é mais complicado. Você tem que ter esquemas de segurança diferentes do que você tem para

uma criança, que você pode conter mais. O pessoal que trabalha com adolescente internado tem que ter um treinamento muito diferente do que aquele que trabalha com criança pequena. Eu acho que havia algumas preocupações desse tipo, de que você teria que investir muito para montar uma enfermaria para adolescentes (Anita Colli).

Apesar de não ter elaborado uma tese a respeito da clientela que procurava o serviço da Clínica de Adolescência, Verônica Coates produziu trabalhos³⁰ a esse respeito, com a parceria de outros pediatras que foram compondo a equipe, a exemplo de Lucimar Façoso, Geni Beznos e Maria José Carvalho Sant'Anna. Em seu depoimento transparecem questões da problemática de saúde dos adolescentes não restritas aos aspectos médicos, e sim ampliadas para as necessidades psicossociais.

Não foi um trabalho, não foi tese, nada formal. Mas nós sabíamos que estávamos atendendo aqui uma clientela pobre de classe C e D, e não só do Centro, mas de todo o lugar (...) e a gente sabia que era uma clientela que precisava, além de atendimento, de educação, acompanhamento, aconselhamento, porque eram pouco letrados, com problemáticas de famílias, não que outras classes não tenham também tem, mas eles tinham mais (Verônica Coates).

Verônica Coates traçou um perfil bastante particular na atenção médica voltada aos adolescentes na abordagem ambulatorial, que foi constituída, além do enfoque global, marcadamente pelo atendimento de mães adolescentes, o qual denominou de “clínica de duas gerações”.

³⁰ Eisenstein E e Coates V (1988). Coates V *et al.*, (1988).

(...) nós começamos atendendo e começou a chegar uma grávida e outra, então eu criei o que eu chamei de “clínica de duas gerações”. Por quê? Porque adolescente continuava adolescente, era mãe, mas continuava adolescente, trazendo o filho ou a filha. Então, nós conseguimos mostrar – também tem vários trabalhos nesse sentido – como é importante o vínculo entre o adolescente e a equipe. E mais tarde começamos a atender em grupo por que eram muitas adolescentes. Hoje nós não temos grávidas, breiou por falta de dinheiro, mas tivemos o grupo de grávidas adolescentes até o ano passado (...) depois a gente acolhia o filho, e ficavam no ambulatório duas gerações e isso era de boca a boca, nós não fazíamos nenhum anúncio. Foram vindo grávidas até que a gente não dava conta de atender. E resolvemos que seria melhor fazer um grupo multidisciplinar, do qual faziam parte no começo – agora infelizmente não tenho mais – psicólogo, pediatra, enfermeira, psicólogo e fisioterapeuta...(Verônica Coates).

Evidentemente, o atendimento às adolescentes grávidas não era de natureza ginecológica ou obstétrica, ou seja, o objetivo do atendimento pediátrico às grávidas adolescentes não era oferecer consultas de pré-natal, até porque o parto e as cirurgias não estão previstos no campo de atuação pediátrico, especialidade essencialmente clínica. O enfoque seria complementar à atenção prestada às adolescentes durante o acompanhamento de pré-natal, por meio de equipe multiprofissional e interdisciplinar, ampliando as possibilidades de prevenção das complicações psicossociais inerentes à gravidez precoce:

(...) existe um pré-natal multiprofissional e multidisciplinar no Departamento de Pediatria da Santa Casa de São Paulo desde 1985. (...) Trata-se de profissionais dotados de sensibilidade especial, conhecedores das características biopsicossociais e cognitivas dessa faixa etária e que gostam de lidar com adolescentes. Promover reuniões de grupo aberto com a equipe, as adolescentes grávidas, seus parceiros, mães adolescentes que freqüentaram o grupo anteriormente e seus filhos (...).

Essas reuniões representam grande oportunidade para o preparo da jovem na evolução da gravidez, com esclarecimento das modificações gravídicas mais comuns, para o parto e para a maternidade, abrangendo não apenas os aspectos obstétricos, mas também os psicossociais. Os cuidados ginecológicos que a adolescente deve receber constituem pequena parcela do seguimento global de que a jovem necessita, que engloba família, prevenção de recidiva de gravidez ainda na adolescência, incentivo à retomada ou continuidade de seus estudos, profissionalização, a fim de que não se perpetue o ciclo da pobreza (Sant'Anna e Coates, 2003 p.366).

Essa atuação do pediatra que atende adolescentes, sobretudo durante o acompanhamento da gravidez, pode ter causado desconforto entre os especialistas obstetras e ginecologistas, sob a perspectiva de interferência e até mesmo de sobreposição de práticas, por parte dos médicos de adolescentes, ao campo de trabalho essencialmente e historicamente ginecológico. De certa forma, essas tensões ocorreram após a constituição da área de atuação da Medicina de Adolescentes, uma vez que o pediatra está autorizado a prescrever anticoncepcional à sua paciente adolescente com vida sexual ativa, mediante treinamento e prática, podendo inclusive realizar pequenos procedimentos, como o exame ginecológico e a coleta de exame de papanicolau.

(...) não queríamos o lugar do ginecologista, aliás, é isso que eu ia te falar, que desde o começo, no ambulatório, como eu vi quando era residente [nos Estados Unidos], fazia-se pediatria e fazia-se também um pouco de ginecologia. Então, já comecei o ambulatório de ginecologia infanto-puberal e uma residente passava por lá desde o começo. E uma assistente, a Geni, desde o começo, hoje ela faz qualquer coisa, ela é pediatra, não faz cirurgia, mas ela examina. Uma vez por semana ela

está na ginecologia infanto-puberal, vê todos os casos ginecológicos lá. E é parte da nossa equipe (...) (Verônica Coates).

Essas tensões iniciais entre profissionais da área da saúde e especialistas médicos – principalmente a Ginecologia e Obstetrícia, Psiquiatria, Saúde Coletiva, Enfermagem, Assistência Social e Psicologia – devido à interface e à sobreposição de enfoques na abordagem do adolescente no âmbito desses saberes, ocorreu no momento de constituição do campo e da prática da Medicina de Adolescentes, ao mesmo tempo em que, paradoxalmente, estabeleceram-se parcerias entre serviços universitários e articulou-se uma rede de profissionais que compreendiam as necessidades de saúde dos adolescentes, que poderiam ser sanadas mediante elaboração de políticas públicas e de programas de saúde voltados para essa faixa etária, embora as concepções de necessidades de saúde pudessem ser distintas a depender do olhar conceitual da disciplina que se debruçava no estudo de tais problemáticas, aspecto que será melhor abordado e discutido mais adiante.

Eu acho que o adolescente não estava presente na formação de ninguém, de nenhuma das propostas de graduação de nenhuma das nossas Faculdades em nenhuma das nossas Universidades. Se a doença aparecesse na adolescência, ela poderia ser contemplada, mas o adolescente ser humano com suas necessidades, suas demandas tão específicas, suas singularidades e principalmente sua vulnerabilidade e seu risco começou a aparecer nesse momento em que você muda o seu olhar. (...) Ressaltava-se na ocasião a necessidade de uma atenção específica, posto que eles eram singulares. E muito mais singulares que uma patologia inserida na adolescência. O que poderia

acontecer com a patologia inserida na adolescência? Uma mudança de dose, uma obrigatoriedade de se pensar no futuro, mas a adolescência sempre vem antes da doença, então cada vez mais se acreditou e isso começa dentro da Universidade numa atenção específica e já com características multiprofissionais e multidisciplinares, porque a pediatria sempre fez fronteiras com a ginecologia, a ginecologia fazia fronteira com a psiquiatria, a psicologia, e aprendíamos uns com os outros. Ninguém se transformou no outro, mas se complementando no outro e aí outros profissionais nutricionistas, assistentes sociais, enfermeiras, todo mundo teve que ter uma mudança no contorno da atenção, uma mudança no olhar. Daí eu acho, acredito nisso até hoje, na necessidade de uma atenção específica, o que eu desvinculo um pouco da palavra especialização, essa coisa de especialidade pediátrica, especialidade ginecológica, não, eu acho que a atenção é singular nesse período (Maria Ignez Saito).

A adolescência fez coisas muito boas, ela uniu as Universidades em propostas comuns, o que é bem complicado se pensar no poder de cada uma e da sua necessidade de se diferenciar; enfim, vários poderes vigentes aí, e aproximou profissionais que tem formação diversa na idéia e na proposta de uma abordagem mais interessante para o cliente (Maria Ignez Saito).

(...) eu acho que muito mais do que esse trabalho de investigação que nós fizemos, o mais significativo era a gente ir radiando junto com outros grupos. O adolescente tinha que ser visto, principalmente o programa de gravidez na adolescência, de uma maneira diferente. Ele devia ser reconhecido como tal, era a embriologia que estava nascendo, eu acho que nesse tempo a gente trocou muita figurinha, principalmente com o Instituto da Criança, os nossos parceiros. A gente começou a fazer uma curriola junto com o Rio e algumas outras cidades, Curitiba, tinha alguém, no nordeste tinham algumas outras pessoas e etc.(...) reconhecer a existência de uma área especial de transição entre infância e idade adulta, que tem características muito especiais e que tem que ser vista de uma maneira muito especial e não à luz de um enfoque unidisciplinar, não existe isso. É um trabalho multidisciplinar e interprofissional sempre (...) (João Luiz de Carvalho Pinto e Silva).

(...) o adolescente tinha características muito peculiares, que requeriam, portanto, um atendimento especializado,

voltado para ele, havia uma maneira própria (...) havia características da sexualidade que eram próprias, questões de escolha profissional, enfim, adolescência era um momento muito decisivo da vida com repercussões para o resto da vida. Então, tínhamos que intervir ali sabendo de tudo isso e planejando um modelo de atenção que partisse disso. Não servia copiar dos adultos, não servia copiar como os pediatras atendiam as crianças, tínhamos de criar um outro jeito de trabalhar. E era, em princípio, uma coisa que chamava equipe multidisciplinar, a gente achou que era assim e depois, com a prática, entendemos que era uma equipe interdisciplinar e que tinha que haver respeito e relação entre os profissionais, pois não era uma equipe dirigida por um médico, mas era uma equipe onde todos se relacionavam, tinham uma importância igual, assistente social, enfermeiro, médico, terapeuta ocupacional, quem se relacionasse com o adolescente (Everardo Buoncompagno).

Parece haver, nos depoimentos coletados e na documentação escrita, um denominador comum entre os informantes e a necessidade de uma atenção específica, especializada ou especial ao adolescente, diante de suas peculiaridades apontadas, compartilhada por esses sujeitos históricos que, apesar de não pertencerem à mesma especialidade médica (pediatras, ginecologista e psiquiatra), têm a prática clínica como norteadora de sua filosofia e de concepção de saúde.

A abordagem multidisciplinar é trazida à tona como única possibilidade de ofertar atendimento médico genuíno e de qualidade aos adolescentes, o que proporciona aproximação entre as áreas e possibilita as parcerias. E também, não coincidentemente, Maria Ignez Saito, João Luiz de Carvalho Pinto e Silva, Verônica Coates e Everardo Buoncompagno, participaram todos da comissão científica do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, conferindo-lhes mais uma vertente de identidade de saberes.

6.3. O Ambulatório de Medicina do Adolescente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP).

O Ambulatório de Medicina do Adolescente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP tem início em 1988, sob coordenação da pediatra Tamara Beres Lederer Goldberg, cuja formação nessa área de atuação se deu por meio de pós-graduação *stricto sensu*, com a realização de mestrado e doutorado no ICr/HC-FMUSP, orientados pela Profa. Anita Colli.

Eu fui contratada em 1978 [na UNESP], eu era chefe do pronto socorro [de pediatria] naquele ano, trabalhava na enfermaria de pediatria e também fazia um período de pediatria social. Em 1979 eu prestei exame para o mestrado na Faculdade de Medicina da USP (...) e, após a prova e a entrevista, fui conversar com o Professor Eduardo Marcondes, dizendo: *“professor eu queria tanto fazer aqui”*, ele disse *“mas você foi aceita, nós ainda não sabemos para que área você vai”*. Ele me perguntou o que eu já fazia aqui, e eu, incerta, disse que gostava também da área de pediatria social e pediatria comunitária, e ele me pergunta se eu gostaria de fazer Medicina do Adolescente. Na realidade, eu não tinha a mínima ideia, porque nós não tínhamos essa formação aqui. Conversei com a professora Anita Colli, e achei que ia ser realmente meu rumo, e acho que eu fiz uma bela escolha na época, foi mais ou menos assim a história. (...) Fiz o mestrado e o doutorado com a Anita Colli, o primeiro eu defendi em 1984, e o segundo, em 1989 (Tamara Beres Lederer Goldberg).

À semelhança de outros profissionais que começaram a estudar e atender os adolescentes no âmbito da pediatria, sua inserção na área se deu de forma relativamente ocasional, diante da oportunidade de realizar a pós-

graduação em Medicina do Adolescente. Posteriormente, seu vínculo às sociedades, associações, programas e órgãos públicos destinados a essa população foi importante para seu reconhecimento e legitimação entre seus pares, assim como para a institucionalização daquela prática clínica em Botucatu.

(...) depois eu mantive contatos em São Paulo, e tive que mostrar quem eu era, a partir da Sociedade [Brasileira de Pediatria]. Eu comecei a participar do Comitê [de Adolescência da Sociedade de Pediatria], que eu acho que foram portas que a Anita e a Maria Ignez me abriram. O fato de ter participado do primeiro congresso de adolescência em São Paulo, (...) os primeiros textos que a gente escreveu eram sempre com o pessoal da USP. Eu acho que a Maria Ignez também me adotou como filha, ou como irmã caçula na USP. Depois disso, eu tive a Eleuze, que era uma professora com uma trajetória grande, que também foi orientada pela Anita e tinha um carinho muito grande por mim. Nós fizemos várias matérias em conjunto, e aí essas duas pessoas, elas acabam perguntando, “por que não abrir em Botucatu a Medicina do Adolescente?” Na verdade, começa bem assim, acho que eu fui mesmo instigada pelas duas, dizendo: “olha, nós somos responsáveis aqui, eu sou responsável em Goiás, por que não em Botucatu?”. E eu achava que eu não tinha o gabarito. Eu tinha uma carga horária muito grande em Botucatu, e mais ou menos em 1980, aí eu precisaria consultar aqui o memorial, eu faço um projeto grande de avaliação do que era o adolescente de Botucatu, foi assim que começou na verdade (...) o projeto se chamava “Desenvolvimento afetivo social do adolescente de Botucatu”. Esse projeto foi selecionado, nós recebemos papel, tinta, algumas coisas, nós fomos a todas as escolas de Botucatu, passamos um questionário avaliativo e esse trabalho acabou se transformando em 3 ou 4 artigos para o jornal de pediatria, vários congressos, acabou se transformando em capítulo de livro e acho que isso realmente foi o embrião do ambulatório. Então, à medida que eu já tinha segurança do que eu tinha na cidade, estava na hora de implantar. E, realmente, em 1988 a gente começa com o ambulatório. No primeiro ano foi um fracasso, a gente tinha 30 ou 40 pacientes; muito pouco, eu fazia sozinha, atendia acho que uma ou duas

tardes por semana, mas ficava esperando meu primeiro paciente, a filha se chama Tamara, era um paciente que tinha gonorreia, eu quase tive um colapso porque eu não sabia nem o que eu ia fazer, começou assim o primeiro dia (Tamara Beres Lederer Golgberg).

(...) eu já tinha alguma ideia que existia [a Medicina do Adolescente], mas efetivamente o que era desenvolvido, etc, nada. Não foi com uma conotação efetivamente imaginando o que seria, quer dizer, eu imaginava que eu iria atender indivíduos que eram dessa faixa etária, mas não com toda uma problemática que depois a gente vai entendendo no desenrolar da carreira (Tamara Beres Lederer Golgberg).

Percebe-se, neste depoimento, que os pediatras da década de 1970 e 1980 não estavam habituados ao atendimento de questões específicas à adolescência, a exemplo das DSTs, violência, uso de drogas, gravidez, problemas que de certa forma fazem fronteiras com as outras áreas e especialidades médicas, como a Ginecologia e Obstetrícia, Psiquiatria, Saúde Pública, entre outras. À medida que se cria um serviço de atendimento pediátrico ao adolescente, além da abordagem do crescimento e desenvolvimento, imunização, alimentação e dos aspectos preventivos herdados da prática puericultora, todas as demais demandas do adolescente, anteriormente pouco conhecidas pelo pediatra, tornam-se assuntos para estudo, e passam a constituir o campo teórico e de práticas da Medicina de Adolescentes como área de atuação.

O estudo sobre o desenvolvimento afetivo e social do adolescente de Botucatu foi realizado por meio de questionário avaliativo, fornecido a 1437 estudantes daquele município, cujas idades variavam entre 15 anos completos e 19 anos incompletos, buscando-se avaliar dados a respeito dos

aspectos sociais (interações familiares e entre os grupos de companheiros) e as características de sexualidade entre os adolescentes entrevistados. Os resultados obtidos por meio desta pesquisa resultaram nas seguintes publicações: *Avaliação do desenvolvimento afetivo-social do adolescente na faixa etária dos 15 aos 18 anos. Estudo com adolescentes do Município de Botucatu – São Paulo. Características sociais e interação familiar* (Goldberg et al., 1987); *Avaliação do desenvolvimento afetivo-social do adolescente na faixa etária dos 15 aos 18 anos. Estudo com adolescentes do Município de Botucatu – São Paulo. Interações sociais (grupos de companheiros)* (Jaehn et al., 1988) e *Avaliação do desenvolvimento afetivo-social do adolescente na faixa etária dos 15 aos 18 anos. Estudo com adolescentes do Município de Botucatu, SP – Aspectos da sexualidade* (Goldberg et al, 1994).

Tamara Goldberg teve destacada participação acadêmica junto ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP, ocupando cargos administrativos e assumindo a chefia do Departamento em 1993, nela permanecendo por dois mandatos, até 1997, período em que foi implantado o programa de pós-graduação em Pediatria, por meio do qual foram ministrados cursos na disciplina de Medicina do Adolescente junto ao programa e orientação de dissertações e teses sob sua orientação.

(...) eu fui alçada à posição de chefe de departamento muito cedo, se você olhar lá, [na placa da sala de reunião] é de 1993 a 1997. Eu era muito nova, eu tinha 40 e poucos anos, para ser chefe, e eu aprendi muito também com administração, acho que com as agruras. Eu não me afastei de nenhuma das atividades, foi uma época muito difícil pessoalmente, eu tinha filhos pequenos ainda, o

desgaste, você quer botar as coisas no trilho, saber onde as pessoas estão, querer dar uma seriedade. Acho que tudo isso gera um embate muito difícil (...) de tanto que eu brigava, eu consegui um pouco de reforma da enfermaria de pediatria, e nessa época a gente conseguiu implantar, o que eu acho que foi um esforço tremendo da professora Cleide Trindade, o curso de pós-graduação, que começa exatamente durante a minha chefia em 94, que também foi um salto para o departamento (Tamara Beres Lederer Golgberg).

Em 1993 eu instituí um programa junto com uma colega da pediatria social e uma assistente social, que se chamava “Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente”. Era um programa para assistentes sociais, porque eu já notava a dificuldade que eu teria se eu não tivesse alguém me acompanhando. Já nesse ano eu tive os dois primeiros R3 que eram da Pediatria Social e que passavam 2 meses comigo, então o ambulatório já estava maior. Também em 1993 eu tenho minha primeira R3, que foi a Silvia Maria Kawata Lyra, ela era bem mais jovem, dez anos mais nova, e nós fomos trabalhar com mortalidade entre adolescentes em Botucatu e esse trabalho foi publicado na revista de Saúde Pública. Foi um trabalho desenvolvido com a colaboração da professora Massako Lyda, que era uma professora brilhante da Saúde Pública, que completava o nosso olhar.

Nós coletamos os dados, fomos ver se as principais causas de mortalidade eram as externas, e esse trabalho teve uma citação bastante importante na Universidade de Princeton, foi uma coisa marcante também, ele foi publicado em 1996, se não me engano (Tamara Beres Lederer Golgberg).

A pesquisa coordenada por Tamara Goldberg em parceria com a sanitária Massako Lyda do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UNESP, intitulado *Mortalidade de adolescentes em área urbana da região Sudeste do Brasil, 1984-1993*, analisou as causas de óbito no referido período, entre adolescentes de dois subgrupos (10 a 14 e 15 a 19 anos), segundo sexo e ocupação, no município de Botucatu. O trabalho revelou dados semelhantes aos encontrados na literatura do período, em

que a mortalidade na fase da adolescência é mais elevada no sexo masculino e no subgrupo de 15 a 19 anos, devido às causas externas, que em Botucatu foram destacadas pelos acidentes de trânsito, ferimentos por armas de fogo e asfixia por afogamento. Os resultados dos dados obtidos por meio deste trabalho representam ferramenta indispensável para o planejamento e estabelecimento de programas de saúde destinados a este grupo etário e a suas famílias (Lyra *et al.*, 1996).

Também em Botucatu, a Medicina do Adolescente buscou a formação de equipe multiprofissional para o atendimento aos adolescentes, ainda que essa necessidade revelasse as dificuldades financeiras e de qualificação de recursos humanos para a alocação desses profissionais na rede pública de saúde, mesmo em serviço universitário. Em seu depoimento, percebe-se as dificuldades sentidas ainda hoje pelos profissionais que atuam com a Medicina de Adolescentes para a efetivação das propostas de atenção integral à saúde, refletindo, por um lado, a complexidade deste grupo etário, carente de ações não restritas ao âmbito da saúde, e sim sociais, culturais e econômicas, e, por outro, os entraves institucionais específicos do serviço de Botucatu, apontados no depoimento colhido.

(...) já era a sexualidade, já tinha o advento do HIV quando a gente começa a fazer o projeto [desenvolvimento afetivo social do adolescente de Botucatu]. Na realidade, nós víamos o quão pouco eles se protegiam, e as coisas continuam exatamente iguais, a gravidez na adolescência, enfim, nós olhamos as relações familiares, as relações com o município, as relações sociais. Eu diria que as coisas não mudaram muito, eu acho que a adolescência sofre um impacto social extremamente importante nisso. Mas eu acho que o país acabou não se preparando; apesar de tantos programas

para o adolescente, continuamos atendendo adolescentes que estão muito sozinhos, muito desprotegidos. Não há serviços de saúde [na região de Botucatu], à exceção do nosso; as escolas não se preparam ou não se prepararam para receber esse indivíduo. Então, se nós olharmos a saúde do adolescente como um todo, acho que realmente as coisas não caminharam como a gente gostaria, acho que os sonhos não se transformaram em realidade, apesar do esforço imenso, tanto do ministério quanto da secretaria, mas eu acho que na prática isso não reverteu. Talvez um pouco melhor, talvez porque a escolarização, você tem um acesso maior, mas eu acho que muito pouco. Hoje nós vemos adolescentes que, apesar de estarem no ensino médio, são praticamente analfabetos funcionais, o que é muito grave, muito grave (Tamara Beres Lederer Golgberg).

.

(...) eu fiquei 20 anos na enfermagem, muitos anos no pronto socorro, muitos anos na pediatria social, e eu só fiquei realmente na Medicina do Adolescente faz 8 ou 9 anos (...) nós éramos realmente clínicos, tínhamos que ser porque nós éramos muito poucos aqui na instituição, e nós não tínhamos naquela época a presença do médico; então, ou nós docentes fazíamos tudo, ou não acontecia nada (Tamara Beres Lederer Golgberg).

.

(...) O ambulatório foi crescendo, crescendo, mas eu sempre sozinha, nunca tive colaboração, a escola não entendia e acho que não entende até hoje que é necessário formar grupos; então, a contratação é muito difícil. A partir, acho que de 1996 ou 1997, eu comecei a participar com a Albertina Takiuti da comissão científica da Secretaria, e ela me dizia: “se você tiver alguém que seja do Estado e que queira colaborar com você, nós cedemos”, mas eu não encontrava esse profissional, nós não tínhamos ninguém concursado, ninguém do Estado, todos eram da prefeitura etc. Nós tivemos poucos residentes, talvez 15 que fizeram R3 com a gente (...), e a prioridade acabou sendo crianças de 0 a 5 anos. Até hoje a prefeitura de Botucatu não tem um olhar para o adolescente, e isso é extremamente complicado. A Albertina diz que não sabe bem porque, desde o curso da OPAS, enfim, todos fizeram vários cursos, todo mundo do município, mas nunca transformou, não virou, então, devem ter forças ocultas que a gente não sabe, talvez

você saiba e depois você me conta (Tamara Beres Lederer Golgberg).

6.4. A Disciplina de Hebiatria do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) – O Ambulatório de Adolescentes do Centro de Saúde Escola (CSE) e o Instituto de Hebiatria da FMABC.

O atendimento ambulatorial destinado ao adolescente na FMABC teve início em 1988, realizado inicialmente no CSE, localizado em Capuava, bairro periférico do município de Santo André no ABC paulista, organizado pela Disciplina de Pediatria e Puericultura daquela instituição, da qual o pediatra Dráuzio Viegas ocupava, e ainda ocupa, o cargo de Professor Titular. Em 1987, a pediatra Lígia de Fátima Nóbrega Reato foi transferida da FAISA (Fundação de Assistência à Infância de Santo André – Prefeitura Municipal de Santo André), – local onde atuava como pediatra geral desde 1980 – para o CSE de Capuava, contratada como auxiliar de ensino da Disciplina de Pediatria da FMABC, desenvolvendo atividades docente-assistenciais junto aos alunos de quarto ano de graduação em medicina.

Com a introdução do atendimento ambulatorial aos adolescentes no CSE, Lígia Reato e outros docentes da disciplina passaram a atendê-los, e, percebendo a necessidade de formação e treinamento específico em Medicina do Adolescente, realizaram estágio no serviço de adolescência da Santa Casa de São Paulo. A partir de então, Lígia Reato passa a coordenar as atividades desenvolvidas no ambulatório e organizar o estágio em adolescência destinado aos alunos de internato do quinto ano médico,

vinculando estreitamente a assistência ao ensino, característica marcante do serviço em questão, que mantém, desde 1990 até os dias de hoje, atividades teóricas e estágio prático em adolescência, oferecidos aos alunos de graduação.

(...) eu me formei em 1977 na Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco, que hoje é a Universidade Estadual de Pernambuco; naquela época era FESP (Fundação de Ensino Superior de Pernambuco). Eu fiz dois anos de residência em Pediatria Geral; no final do segundo ano de residência eu vim para a UNICAMP fazer um estágio, e aí foi quando a minha vida deu uma guinada, eu conheci meu marido e depois terminei me mudando para São Paulo. Aqui em São Paulo, primeiro eu trabalhei em alguns locais, mas o primeiro trabalho que eu acho que foi significativo, foi na FAISA [Fundação de Assistência à Infância de Santo André], aqui em Santo André, na região do ABC, onde eu comecei a ter uma aproximação com a faculdade [FMABC]. Na FAISA, eu tive a chance de fazer um curso que foi muito interessante, de especialização em saúde materno-infantil na Faculdade de Saúde Pública da USP, um curso muito bom, patrocinado pela OPAS. Havia pessoas do Brasil inteiro, e durante aproximadamente 10 anos eu fui pediatra geral, foi mais ou menos na época que eu tive meus filhos, uma época que eu trabalhava basicamente na FAISA e trabalhava no Estado também. Como a FAISA tinha um vínculo muito forte com a Faculdade de Medicina do ABC, e eu já tinha vontade de fazer carreira universitária desde que eu estava em Recife (...), eu comecei a me aproximar das pessoas da faculdade, e, em 1987, surgiu a oportunidade de eu começar a vir dar aulas aqui na Faculdade, a princípio para os alunos do quarto ano de medicina, em atividades práticas de puericultura. Por coincidência, essas coincidências que são interessantes na vida, havia uma discussão para a implantação do serviço de adolescência lá no Centro de Saúde Escola, onde eu fui trabalhar com os alunos, e já existia a recomendação nos congressos de ensino de pediatria, de que adolescência deveria ser assumida pelos pediatras e que o ensino da adolescência era de responsabilidade dos departamentos de pediatria ou de saúde materno-infantil. Então, a faculdade decidiu, no ano seguinte, implantar um serviço de adolescência, que foi

exatamente no Centro de Saúde Escola. Como eu nunca tinha atendido adolescente, eu, junto com mais alguns poucos colegas, fomos fazer um treinamento na Santa Casa de São Paulo, até para vermos como era a dinâmica e estruturarmos o serviço. E começamos a atender. A princípio, nas faculdades foi o início de tudo. Só quem atendia eram alguns docentes que tinham feito esse treinamento, e os residentes, nós não tínhamos alunos. Em 1990 – por isso que eu te falei que tem uma coisa histórica aí, que os momentos foram ajudando –, em 1990 houve uma mudança no internato, o internato era de um ano e meio e, por exigência do MEC, ele deveria ter dois anos. E em 1990 o internato passa a ter 2 anos de duração; com isso, aumentou a carga horária dos grandes ciclos, pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica e Cirurgia. Na Pediatria, o serviço [de adolescência] já estava bem estruturado, os residentes achavam interessante, e nós começamos a discutir a possibilidade de um dos estágios do internato da pediatria ser na adolescência. Em princípio, houve resistência por parte de vários professores dentro da própria pediatria, porque eles consideravam que a proximidade de faixa etária era um elemento complicador para os estudantes lidarem com questões como drogas e sexualidade. E a argumentação que nós usamos é que eles iriam lidar com essas situações de qualquer maneira, estando ou não preparados, então, seria melhor que eles estivessem preparados. Em 1990 nós começamos a fazer esse ciclo de adolescência, no internato, que teve uma evolução muito boa, um reconhecimento muito grande dos alunos dessa área, eu sempre digo que, graças aos alunos, a gente conseguiu fazer o que a Hebiatria é aqui na escola, se não, a gente não teria conseguido. E a coisa foi evoluindo, eu fui aumentando a minha inserção em termos de carga horária junto à adolescência, cada vez mais eu fui me afastando da Pediatria Geral e assumindo basicamente só a adolescência, até porque nós éramos muito poucos... (Lígia de Fátima Nóbrega Reato).

O ambulatório de adolescentes do CSE de Capuava apresenta características de atendimento de um serviço de atenção primária à saúde, voltado especialmente à população mais pobre, cuja demanda de atendimento médico se estabelecia de maneira diferente da conhecida

urgência pediátrica identificada pelos profissionais que atendiam nos postos de saúde das periferias metropolitanas, requerendo, portanto, formas de atendimento e de estrutura de serviço divergentes da consulta em pediatria. Essas questões se impuseram como entraves e dificuldades enfrentadas no início da implantação do ambulatório de adolescentes no CSE de Capuava, como se encontram relatados no depoimento de Lígia Reato.

Como nós estávamos em um centro de saúde escola, nós começamos a atender adolescentes e um espaço contíguo à clínica médica, uma ou duas vezes por semana, num determinado período. Então nós tivemos dificuldades desde estruturais, para arranjar esse espaço ali dentro, da gente fazer com que os poucos médicos que eram envolvidos com esse atendimento entendessem que você estava lidando com uma faixa etária diferente. A urgência deles é muito diferente da urgência pediátrica; às vezes chegava um adolescente dizendo que queria passar no médico hoje, “mas você está com febre? Você está chiando?”. Se fosse uma coisa assim, em um serviço de porta aberta, tudo bem, você encaixava. Mas a urgência às vezes era o quê? “A minha menstruação atrasou, eu quero saber o que está acontecendo”. Outra coisa que para quem está atendendo é banal, mas para uma população carente é extremamente importante, os meninos queriam atestado médico, porque se eles não levassem atestado naquele dia, eles não conseguiam a vaga no único centro comunitário do bairro, para a prática de esporte. E aí o pessoal dispensava. Ninguém entendia porque a gente demorava tanto na consulta, porque é uma consulta de uma hora, ninguém entendia porque a gente atendia primeiro o adolescente sozinho para depois chamar a mãe. Os pais, no começo, ficaram resistentes, isso da parte do atendimento direto ao adolescente. Então essas dificuldades todas aconteciam realmente, mas foram dificuldades que facilmente foram suplantadas. Acho que ajudou muito, e ajuda até hoje – a orientação que a gente pode dar para qualquer pessoa que pretende trabalhar com adolescência ou com alguma área nova –, você sempre procurar identificar outros grupos que fazem as mesmas coisas, pois com esses outros grupos você pode dividir as suas dificuldades, ver aonde as pessoas

avançaram, o que você pode fazer e assim por diante (Lígia de Fátima Nóbrega Reato).

Em busca de legitimação e reconhecimento entre os profissionais que atuavam com adolescentes, Lígia Reato, bem como os outros personagens históricos da época, se associa aos órgãos reguladores da prática médica e associações de classe, como a sociedade de pediatria, ASBRA, a comissão técnica de adolescência da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e etc., além de se qualificar e se titular para seguir adiante na carreira acadêmica universitária. Faz pós-graduação em Pediatria na FMUSP, sob orientação da Profa. Dra. Maria Ignez Saito, ingressando no mestrado que, após o exame de qualificação, se transforma em doutorado, pelo inovador trabalho relacionado à experiência do ensino de graduação em adolescência, linha de pesquisa de segue em sua produção científica. Sua tese de doutorado *Avaliação do ensino de Medicina do Adolescente no quinto ano do curso de graduação: experiência da Disciplina de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina do ABC* (Reato, 1999), foi defendida em 1999. A partir de então, seu envolvimento com a questão do ensino médico não se restringiu apenas ao âmbito da adolescência, sua área de atuação, mas se amplia para o curso de Medicina da FMABC como um todo, haja vista sua participação como coordenadora da Residência Médica de Pediatria, assumindo a presidência da comissão de ensino de pediatria, a participação na Congregação e no Grupo de Estudos e Desenvolvimento da Educação em Saúde (GEDES). É interessante perceber como o entendimento de Lígia Reato da adolescência focada na prática clínica mais

abrangente, integral e integradora de diferentes olhares – desde a prevenção, o estilo de consulta, a abordagem de aspectos de sexualidade e etc. até a terapêutica mais específica voltada às morbidades desta faixa etária –, e a experiência do ensino médico voltado para a adolescência em especial, influenciam as concepções de ensino em saúde de forma geral, pautando seu trabalho em busca de um ensino médico mais humanista e voltado para a prevenção e a promoção de saúde.

E por que eu me apaixonei pelo PRÓ-SAÚDE? Porque o PRÓ-SAÚDE tinha três aspectos que tinham tudo a ver com aquilo que eu acreditava e com a Medicina de Adolescentes: primeiro, a ênfase na prevenção e promoção da saúde; o foco na atenção primária, que é uma coisa que tem muito a ver com o trabalho que a gente faz na adolescência; uma valorização muito grande dos aspectos humanísticos na formação do aluno, com uma visão mais holística, mais integradora, que também tem tudo a ver com a adolescência. Tanto que na aula de defesa do doutorado, eu procurei fazer a associação entre as duas coisas, mostrando como a consulta do adolescente pode ser um instrumento extremamente interessante para você conseguir atingir esses objetivos atuais educacionais, com uma formação mais holística dos profissionais de saúde, particularmente dos de medicina (Lígia de Fátima Nóbrega Reato).

A partir de 2008 eu assumi o cargo de coordenadora do curso de medicina, e tudo o que eu aprendi na adolescência eu estou procurando trazer, porque eu acho que o que a adolescência trouxe para essa escola e que pode trazer para todas as outras, entre outras coisas, é o que a gente chama em educação médica de aprendizagem significativa. Eu não acredito que você ensina ECA [Estatuto da Criança e do Adolescente], humanização, no discurso, dando aula; você ensina isso na prática. E eu não vejo como única estratégia para você fazer isso, a medicina de família e comunitária, com todo o respeito que eu tenho pelo programa de saúde da família, mas eu não acho que ele é a única estratégia. Eu acho que a Medicina de Adolescentes tem muito a contribuir nesse sentido, como a geriatria tem, que são

áreas que têm essa visão mais integradora, multiprofissional, de respeito ao outro ser humano, de entender aquelas características de uma forma diferente. Eu acho que a gente consegue passar isso aos alunos, então é nisso que eu acredito (Lígia de Fátima Nóbrega Reato).

(...) quando os alunos começam a entender as possibilidades que a consulta do adolescente traz para a formação deles como médico geral, aí a coisa muda. Uma das colocações de um aluno que mais me tocou na tese, foi *“esse foi o ciclo que mais me estimulou a ter um senso de crítica, a tentar realmente ouvir o que o paciente está dizendo”*. Então isso para mim foi fantástico, porque é isso que a gente espera deles, é isso que você espera de um profissional médico, não é você só copiar determinado modelo, você só executar procedimento, você desenvolver habilidade psicomotora e cognitiva e atitude nenhuma; a gente tem uma ideia completamente diferente, eu acho que o contato com o adolescente possibilita tudo isso (Lígia de Fátima Nóbrega Reato).

O envolvimento dos alunos da graduação médica no atendimento aos adolescentes se configura como aspecto inovador no ambiente acadêmico, despontando como um diferencial da trajetória da Medicina do Adolescente da FMABC, o que muito fortaleceu institucionalmente a área, destacando-se em termos de experiência de atividade de ensino e treinamento em serviço. Como forma de reconhecimento deste empreendimento, a diretoria da FMABC concede, em 2002, um novo espaço de atendimento aos adolescentes, agora dentro do *campus*, inaugurando-se então o Instituto de Hebiatria da FMABC, destinado à atenção secundária à saúde.

Ciente desse processo e sensibilizado pela necessidade de se propiciar espaço para o crescimento da Hebiatria, o então Diretor da FMABC inaugurou, em maio de 2002, no anexo II do campus, o Instituto de Hebiatria da FMABC (IHFMABC). O IHFMABC foi criado com o objetivo de se

tornar o Centro de Referência para Ensino, Capacitação e Pesquisa em Medicina do Adolescente na região do ABC. O interessante é que a iniciativa partiu de um especialista com alma de generalista, o Prof. Dr. Luiz Henrique Camargo Paschoal, que acreditou na Hebiatria desde o início, até como espaço pedagógico transformador. Quando interpelada por ele a respeito de uma frase que traduzisse a importância desse empreendimento, respondi: “Adolescência = crescimento, transformação, ESPERANÇA”. Era isso o que aquela inauguração significava e **É** o que a Medicina do Adolescente representa para nós (Reato, 2010, p.7).

6.5 O Setor de Medicina do Adolescente (Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente – CAAA) da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM).

O atendimento ao adolescente na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) teve início, de forma mais sistematizada, em 1984, coordenado pelo pediatra Azarias Andrade de Carvalho, professor emérito, já aposentado, da então Escola Paulista de Medicina (EPM). Dessa iniciativa, organiza-se em 1993, após aprovação pelo Conselho Departamental daquela instituição, o CAAA, sob a chefia do próprio Azarias de Carvalho, e, posteriormente, da pediatra gastroenterologista Elide Helena Guidolin da Rocha Medeiros.

Já aposentado, mas desejoso de continuar a desfrutar o bom convívio da EPM, e poder ser útil de alguma maneira, aceitei, em 1984, o encargo de aglutinar os jovens médicos, estudantes, psicólogos, enfermeiras, assistentes sociais da Pediatria, em intercâmbio com outros Departamentos ou Disciplinas interessados em dar apoio e assistência aos adolescentes num setor especializado para tal. Serviria de base para desenvolver o ensino e a pesquisa em relação aos problemas médico sociais nesta fase da vida, problemas que vem

preocupando a sociedade e a medicina em particular, pelo incremento da morbidade e mortalidade nesta fase tão importante da vida (Azarias Andrade de Carvalho).

Em um período mais tardio em relação aos primeiros serviços de atendimento ao adolescente da capital paulista, uma década após a instalação do Ambulatório de Adolescentes do ICr, o CAAA da UNIFESP foi idealizado pelo Prof. Azarias de Carvalho, em conjunto com o Prof. Antonio da Silva Queiroz. O atendimento aos adolescentes era realizado uma vez por semana no ambulatório do Hospital São Paulo, e a equipe inicial contava com apenas dois estagiários.

O ingresso de mais docentes da UNIFESP ao CAAA foi fundamental para sua constituição, que teve a colaboração de profissionais de diferentes áreas da saúde, a exemplo dos médicos Mauro Fisberg, Maria Sylvia de Souza Vitalle e da nutricionista Isa de Pádua Cintra, que foram incorporados à equipe ao longo da década de 1990. O CAAA pertence ao Setor de Medicina do Adolescente da Disciplina de Especialidades Pediátricas do Departamento de Pediatria da UNIFESP/EPM.

O CAAA teve, em sua constituição histórica, características peculiares de formação da equipe profissional, a começar pela marcante presença de médicos provenientes da nutrologia e da gastroenterologia pediátricas, áreas de atuação da pediatria. Mauro Fisberg e Maria Sylvia de Souza Vitalle fizeram a formação especializada, inclusive com pós-graduação *stricto sensu* em nutrologia, e Elide Medeiros atuando como gastroenterologista pediátrica da UNIFESP. Diante dessas características de conformação da equipe multiprofissional do CAAA, a tônica do atendimento ao adolescente é

dada aos aspectos nutricionais, sobretudo às questões da obesidade e suas comorbidades, sob o formato de programas de atendimento, a exemplo do Programa de Acompanhamento ao Paciente Obeso (PAPO), Saúde do Modelo, Ambulatório de Medicina Esportiva, além dos ambulatórios gerais de adolescência, este último destinado à assistência com ênfase no ensino e treinamento em serviço que é oferecido como estágio aos residentes de pediatria.

Isso começou pela formação que a gente tem em nutrologia, (...) embora sempre desejasse fazer geral, fiz nutrologia, depois estava vinculada a um programa de nutrição na adolescência, e então eu percebo que não dá só para fazer nutrição, tem que trabalhar com o adolescente globalmente, tanto que hoje a gente usa esse termo, que eu aprendi com a Profa. Maria Ignez [Saito], atenção integral à saúde do adolescente. Mesmo no PAPO que é voltado para obesidade, mas é atenção integral, porque a gente vai ver todos os aspectos; e aí as outras contribuições também, eu com essa formação toda, o Prof. Mauro Fisberg, quando ele sai da nutrição e vem para cá, então deu uma grande contribuição no sentido de repensar esse adolescente obeso, pensar globalmente, mas também pensar nessa questão, e nesse momento a gente vivia a transição nutricional de maneira muito intensa, que hoje já passou, tanto que me perguntam assim, “*ah e a transição?*”. Não tem mais transição, já transicionou, nós somos um país de obesos, a gente tem que diminuir isso, mas a gente estava naquela época da transição, e muito voltados para essa questão. Por outro lado, a própria Profa. Elide que veio da Gastro, com essa visão, trabalhando muito com celíaco, desnutrição, então fazia parte da nossa alma, e aí a gente começou. Já tínhamos essa experiência com programas, foi quando a gente começou a trazer isso para cá... (Maria Sylvia Vitalle).

Essa abordagem pautada nos programas de atendimento ao adolescente de certa forma aproxima o CAAA de uma modalidade da especialidade pediátrica, mais do que de uma abordagem geral à saúde do

adolescente. O que pode ser atribuído, além da marcante presença da área da nutrologia, à sua institucionalização mais tardia em relação aos outros serviços de atendimento à saúde do adolescente, já num momento de franco desenvolvimento e valorização das subespecialidades clínicas e das áreas de atuação pediátricas; e também pelo fato de estar inserido em um serviço universitário de atenção terciária à saúde, vinculado à Disciplina de Especialidades Pediátricas. O resgate das questões pertinentes à saúde integral do adolescente, a necessidade de atender o adolescente como um todo, considerando os aspectos psicossociais, surge para os profissionais do CAAA a partir do enfoque da problemática nutricional, e, com ela, a procura por treinamento e preparo técnico para a abordagem integral aos indivíduos dessa faixa etária.

(...) eu vim para São Paulo fazer estágio probatório na Escola Paulista, queria infecto, nessa linha: tudo o que a gente resolve é infecto. Foi quando eu conheci o professor Fernando José de Nóbrega, que era vice-reitor (...) O professor Nóbrega olhou bem para mim e disse: *“venha para a nutrologia, você gosta de coisas gerais e nutrologia é uma coisa muito geral”*. Eu ainda falei, *“eu não sei se eu quero fazer nutrologia”*. E ele falou, *“vamos fazer o seguinte, se em 6 meses você não se adaptar, eu te mando para o Kalil para fazer infecto, que é o que você quer”*. Eu fiquei (Maria Sylvia Vitalle).

O Prof. Nóbrega, que era do Departamento de nutrologia, criou o serviço de Nutrição no Hospital Pérola Byington, era um serviço do Estado, que o Estado pediu para ser montado e ele acabou conciliando com a equipe dele da Nutrologia. Então, todos os ambulatórios eram de nutrição: alergia e nutrição, pneumo e nutrição, e a adolescência também era para ver os aspectos nutricionais (...) inicialmente não ia ter isso, eu tenho uma formação em pronto socorro, trabalho até hoje, eu gosto, eu ia chefiar e organizar o pronto socorro do Pérola

Byington, que, por questões internas, não queria porta, então nem chegou a abrir. Foi quando o Prof. Nóbrega decidiu que eu faria adolescência: *“você vai sistematizar o ambulatório e o serviço de adolescência”*. E eu fiquei assustada, e falei, *“eu não sei nada de adolescência, não tenho como fazer isso”*. E ele falou, *“pois vire referência, vai estudar, vai se formar”*. E foi muito interessante, porque ele me diz isso, eu saio da sala dele com a cabeça quente, pensando, *“meu Deus, o que eu vou fazer aqui”*. Já saí comprando livros sobre adolescência quando eu recebo um panfleto anunciando um curso de capacitação no ICr, promovido pela OMS, para quem quisesse trabalhar com adolescentes. O único problema que eu vi na ocasião, é que deveria ter alguma formação em adolescência, tinha que ter currículo, e eu não tinha currículo. Mas montei bonitinho o meu currículo e mandei, e fui uma das pessoas aceitas, e tinha até uma verba na ocasião. Foi minha primeira formação, eu lembro que a maioria das aulas foi dada pelas professoras Maria Ignez [Saito] e Anita Colli. Depois disso, nesta trajetória, o serviço de nutrição do Pérola Byington fecha, torna-se um hospital de referência em ginecologia e outras coisas, e eu consegui trazer meu vínculo também para a universidade. E eu já vinha de terça-feira porque o professor Azarias tinha pedido, ele precisava de alguém, então eu já frequentava o serviço desde de 1993, mas não tenho certeza, depois a gente olha, acho que de 1993 a 1995, já frequentava o serviço com ele. Na nutrição a gente tinha os ambulatórios de crescimento, de obesidade, que, por uma questão de afinidade, eu trabalhava mais; eu nem pensava em trabalhar com adolescentes, mas por alguma coisa que eu não sei, a criança maior, como a gente falava, *“ih não, então chama a Sylvia”*, eu tinha mais jeito, parece que a gente tem uma afinidade mesmo, não sei se a palavra é paciência, mas a escuta é melhor, com adolescente eu sabia que tinha que ouvir mais, um pouco diferente a forma, e nem todo mundo tem tanta paciência assim (Maria Sylvia Vitale).

Percebe-se nitidamente que a equipe da Unidade de Adolescentes do ICr termina por influenciar a formação e a capacitação de muitos profissionais que trabalham com adolescentes, como é o caso de Sylvia Vitale do CAAA da UNIFESP, entre outros.

Em 2001 eles resolveram me homenagear. Evidentemente eu não esperava por isso. O que mais me gratificou naquele Congresso em Salvador foi encontrar as pessoas, as pessoas que tinham passado no Instituto da Criança ao longo dos anos, as pessoas com quem eu estabelecera contatos pelo Brasil e que estavam trabalhando com adolescentes. Eu não imaginava que era tanta gente. E aquilo foi um negócio muito gostoso, que eu pensei: *“puxa vida, acho que alguma coisa eu fiz em termos de carreira”*. Tem gente trabalhando, satisfeita, gostando, acho que houve uma produção, porque às vezes você pode achar que a coisa passou em branco, mas não passou em branco. Uma coisa de fazer o trajeto, o que na verdade eu disse naquele dia da homenagem foi que a homenagem não era o caso, e sim que eu achava que eu só tinha tentado fazer as coisas direito e que esse era o maior prêmio, a gente fazer as coisas direito. Sem interesses políticos, sem interesses de qualquer ordem, era um interesse genuíno no adolescente, no ensino, nas pessoas, enfim, não tinha outra finalidade. Eu acho que para as outras pessoas que trabalharam comigo, principalmente a Maria Ignez [Saito], que foi a minha companheira durante todo o tempo, ou quase todo o tempo, foi esse [o interesse]: a gente ter trabalhado para construir alguma coisa. Foi legal (Anita Colli).

Em relação às influências recebidas pela equipe médica integrante do CAAA, provenientes do Departamento de Pediatria da própria EPM, destacam-se as contribuições dos docentes do Setor de Nutrição do Departamento de Pediatria, como os Professores Fernando José de Nóbrega, Fabio Ancona Lopes e de docentes do setor da Gastroenterologia Pediátrica como o Professor Jamal Wehba. Já o professor Azarias de Carvalho, precursor na identificação de especificidades do atendimento ao adolescente daquela instituição, contribui de forma decisiva para a formação técnica mais generalista e os ensinamentos éticos e de postura profissional para o exercício da pediatria e da profissão de forma geral.

E quando eu era estagiária, o Prof. Azarias ainda atendia. Ele já era aposentado, e ele não vinha para só supervisionar. Ele vinha e atendia. O Prof. Queiroz ainda atendia, de uma maneira toda particular, e nos ensinavam muito, a gente fazia uma roda para discussão, e era uma coisa para desenvolver a humildade mesmo, de ficar até emocionada porque é um grande ícone para nós o Prof. Azarias, um homem que implantou marcos nessa Universidade, sistematizou o departamento de pediatria, pensou na adolescência, e ele vinha numa atitude de ser igual (...) ele trazia a prática dele para a gente. E nós atendíamos no hospital São Paulo, não tinha uma estrutura física adequada, era uma sala com 3 mesas pequenas, salas mais privilegiadas tinham duas macas, a grande maioria tinha uma maca só. Você sentava, conversava, esperava vagar uma maca e examinava, e o Prof. Azarias ficava incomodado com isso, “a gente tem que dar um jeito de mudar, precisa de um pouco mais de privacidade, mas enfim, por enquanto é isso o que temos”. Às vezes se pedia para os colegas saírem enquanto se examinava um adolescente um pouco mais velho e aos pouquinhos, demorou muito tempo para a gente conseguir ter o que a gente chama de casinha aqui (...) então ele [Azarias] vinha e era muito querido, e sempre ensinava a gente a respeitar o outro, o outro sempre é uma pessoa, nunca um objeto, um estudo, ele é uma pessoa que partilha a experiência de vida dele com você, e que você vai ter um profundo respeito, seja um adolescente, seja um colega, ele sempre falava isso... (Maria Sylvia Vitalle).

7. ADOLESCÊNCIA E INTERDISCIPLINARIDADE

Como eu não me sentia de um feudo, eu me sentia livre para transitar. Claro que eu tinha minha formação em ginecologia então isso mexia comigo, era um momento de reflexão. Eu me lembro muito claramente de ter saído para os países principalmente Portugal que é a minha terra, e as pessoas dizendo assim: *Mas tu és ginecologista ou és pediatra? Por que falas às vezes até como psicóloga.* E eu falo assim: “não sei” quase que falei: “estou com uma crise de identidade mesmo” (Albertina Duarte Takiuti).

Dada a relevância dos diversos setores da saúde na constituição do saber e das práticas sobre adolescência, tanto no bojo das disciplinas e especialidades médicas, quanto nas outras áreas da saúde, a exemplo da Enfermagem, Assistência Social, Nutrição, Psicologia entre outras, se faz necessário destacar aqui, alguns serviços, universidades e programas de atendimento à saúde do adolescente, cuja estruturação se fundamentou essencialmente pela interdisciplinaridade.

Em seguida, segue-se uma discussão sobre as diferentes perspectivas em relação à saúde do adolescente, adotadas pela Clínica e pela Saúde Coletiva, presentes no momento da institucionalização da Medicina de Adolescentes no Estado de São Paulo, e das políticas públicas de saúde voltadas a essa faixa etária.

7.1 A Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP): a Saúde do Adolescente na Ginecologia e Obstetrícia e na Psiquiatria.

A Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP contribuiu de forma bastante significativa para a constituição do campo da saúde do adolescente no país, em especial os Departamentos de Tocoginecologia, Psiquiatria e Pediatria, que congregavam profissionais que participaram ativamente da formação e divulgação do saber médico sobre o adolescente, como se pode constatar pela trajetória pessoal e profissional de alguns personagens, cujas histórias de vida em algum momento se imbricaram com a história das práticas de saúde do adolescente no período de 1970 a 1990.

A começar por Maurício Knobel, renomado psiquiatra e psicanalista formado em Buenos Aires, que se exilou no Brasil durante o golpe militar na Argentina e passou a chefiar o Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da UNICAMP, a convite do então reitor, Zeferino Vaz. Em 1976, Knobel já apresentava notoriedade de saber em toda a América Latina, sendo reconhecido por importantes obras de Psiquiatria e Psicanálise a respeito da adolescência, como “Adolescência e família” (1971) e o destacado “Adolescência normal” (1973); esta última, escrita em parceria com Arminda Aberastury, constituiu um marco da visão psicanalítica no entendimento da crise da adolescência.

Cabe aqui uma breve consideração à destacada obra de Knobel e Aberastury, “*Adolescência Normal*”, à medida que sua divulgação e leitura influenciarão toda uma geração de profissionais da saúde, sobretudo os médicos, que irão desempenhar tanto a assistência quanto a produção de

conhecimento acadêmico sobre a adolescência, à luz desse referencial teórico.

Segundo os autores supracitados, a adolescência estaria permeada pelo contexto de crise ou conflito, denominado “síndrome da adolescência normal”, na qual certo grau de conduta “patológica” é necessário para que o adolescente possa atingir a estabilização da personalidade, traço inerente a essa etapa da vida. Haveria um conflito necessário para que o jovem cresça, amadureça e adquira a identidade adulta. Aberastury e Knobel (1986) discorrem em *Adolescência Normal* sobre as características do desenvolvimento psicoemocional de indivíduos na segunda década de vida, habitantes das regiões urbanas no segundo terço do século XX. As três pilstras vitais que sustentam essa teoria são descritas por meio de lutos, que devem ser elaborados e vivenciados pelos adolescentes à medida que prosseguem as perdas, sendo eles: o luto pelo corpo infantil; o luto pela identidade e pelo papel infantil e o luto pelos pais da infância.

Os autores constroem a chamada “*síndrome da adolescência normal*”, que engloba características que seriam universais aos adolescentes. A tal “síndrome” é constituída pela presença dos seguintes aspectos: 1.busca de si mesmo e da identidade; 2.separação progressiva dos pais; 3.tendência grupal; 4.desenvolvimento do pensamento abstrato, necessidade de intelectualizar e fantasiar; 5.evolução da sexualidade; 6.crisis religiosas; 7.vivência temporal singular; 8.atitude social reivindicatória; 9.constantes flutuações de humor; 10.manifestações contraditórias da conduta.

No entanto, essa forma de caracterizar o adolescente sofre críticas de autores, suscitadas pela possível repercussão negativa na abordagem clínica a estes indivíduos, que passam a ser compreendidos à luz da universalização dos fenômenos definidores da adolescência:

A Síndrome Normal da Adolescência, em que pese a sua eficácia, por sua descrição minuciosa do comportamento adolescente, sofre, ao nível compreensivo, uma operação redutora que a empobrece quando a supercodificamos em torno do luto. Se o adolescente vive suas transformações corporais com depressão, como morte, se o adolescente critica seus pais, pois o vê com nova ótica e o faz com culpa ou risco de morte, recorrendo ao conceito de luto, estamos apenas impedindo que essas observações sejam devidamente compreendidas no que são: um agenciamento complexo que nos remete às variáveis dos mais diferentes tipos: antropológicas, culturais, econômicas, políticas, etc. (Infante, 1985 p.29)

Essas considerações também são observadas no discurso de Ayres, não ao se referir diretamente à Knobel e Aberastury, e sim à forma de delimitação e concepção da adolescência formulada pela medicina Clínica, que tende a uniformizar o adolescente, dificultando a compreensão e a abordagem de sua inserção sócio-cultural:

Essa uniformização da adolescência tende a naturalizá-la enquanto fenômeno, como uma experiência a-histórica, própria da espécie humana. Cabe ao homem conhecê-lo, desvelar sua natureza íntima e amparar os indivíduos e a sociedade nessa travessia tão turbulenta.

No entanto, a antropologia, que foi talvez a grande desbravadora desta área do conhecimento, vem demonstrar o caráter social e cultural da adolescência, mostrando que, em algumas sociedades culturalmente muito distantes da nossa, Samoa, por exemplo, não existe nenhuma experiência semelhante à nossa adolescência (Ayres, 1988 p.10)**VII.**

Mauricio Knobel contribuiu para o desenvolvimento do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da UNICAMP a partir de 1976: formou e qualificou psiquiatras, inseriu o trabalho com equipes multidisciplinares de diferentes referenciais, configurou grupos de estudos e estruturou diversos setores e serviços, com destaque para a Psiquiatria da Infância e a Psiquiatria da Adolescência, que tiveram especial desenvolvimento. Knobel foi reconhecido como Cidadão Campineiro e como Professor Emérito da UNICAMP, vindo a falecer em 2008 aos 85 anos.

Sob a influência da formação de Knobel, destacam-se os psiquiatras Fabio Adamo, já falecido, e Everardo Moraes Buoncompagno, que se dedicaram especialmente à psiquiatria da adolescência no ambiente acadêmico e participaram da divulgação do saber por meio de participações em congressos, encontros e seminários. Everardo Buoncompagno fez parte do GEPRO (Grupo Executor de Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo) e publicou artigos e trabalhos científicos de grande importância sobre a psiquiatria e psicanálise do adolescente³¹.

(...) dei aulas na UNICAMP, eu acredito que por uns dez anos, no setor de psiquiatria do adolescente que surgiu com a vinda do Prof. Mauricio Knobel da Argentina para o Departamento de Psiquiatria. É uma pessoa já falecida, um grande professor, tenho uma gratidão imensa por ele, ensinou a mim e ao Fábio [Fabio Adamo] e tantos outros que vieram depois sobre adolescentes (...) eu me apaixonei e comecei a gostar dessa coisa de adolescente e ele começou a me falar “*você tem jeito, você tem um modo de falar que funciona, pense sobre isto no R3*”. Porque tinha R3 em infância e tinha R3 em psiquiatria de adolescência [Everardo cursou o R3 de psiquiatria da

³¹ Leite, RMC *et al.*, 1994; Leite, RMC *et al.*, 1995; Buoncompagno, EM e Sarmiento RC, 1994; Buoncompagno, EM e Sarmiento, RC, 1988, 1994, 1999 e 2008.

adolescência em 1979] (...) eu não tinha nesse momento nenhuma noção de onde isso ia parar, o que ia significar na minha vida. E eu gostei muito, fui me apaixonando pela história, e o Prof. Knobel, - você vai ver que eu vou falar muitas vezes, tenho muita gratidão – percebendo, começou a me encaminhar para onde antes ele ia. Então tinha um Congresso, “*não, vai você Everardo*”, eu ficava gelado porque eu estava aprendendo. “*Não, pode ir porque eu sei que você vai conseguir falar*”, ele apostava em mim. Eu estudava e ia. Estudava e ia para os Congressos falar. E fui começando a conhecer o pessoal da adolescência, foi desse jeito, e eu acho que nós daquela época, os decanos [risadas], acho que nós fomos nos cutucando mutuamente. Era um grupo muito interessante, era empolgante ver essa senhora [Maria Ignez Saito] falar, apaixonante. Então você ia dar a sua aula e via a aula do outro e você queria estudar mais e saber mais, você ficava mais aguçado. Ver uma Albertina falar, meu Deus do Céu. Ela era apaixonada por aquela coisa e eu acho que nós íamos nos estimulando uns aos outros. E a prática: veio ambulatório de psiquiatria e psicologia do adolescente na UNICAMP, aí começamos a atender gente que não acabava mais, Fábio e eu; e acumular uma experiência enorme nisso. E ao mesmo tempo João Luiz [João Luiz de Carvalho Pinto e Silva] na ginecologia. Regina Sarmento [psicóloga alocada na ginecologia da UNICAMP] na ginecologia e fomos nos aglutinando. Quando vimos, aquilo estava imenso, gigantesco (Everardo Buoncompagno).

Os estudiosos da psiquiatria do adolescente da UNICAMP naquele período de 1970 a 1980, muito influenciados por Knobel, compartilhavam as mesmas opiniões a respeito da pediatria, de que o adolescente exibia características específicas que demandavam uma estruturação de atendimento diferente daquela estabelecida para as crianças e para os adultos.

(...) [Knobel] foi uma pessoa que pela primeira vez pensou, e isso acho que era anos 60 [década de 1960], que o adolescente não era uma criança aumentada nem um adulto encolhido, que o adolescente precisava ter um espaço próprio (Everardo Buoncompagno).

Na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, os setores que se ocuparam do atendimento ao adolescente foram a Psiquiatria, a Ginecologia e Obstetrícia e a Pediatria. A constituição desses grupos de atendimento ao adolescente se deu de maneira interdisciplinar, com uma interessante aproximação da Psiquiatria com a Ginecologia e Obstetrícia e dessas com a Pediatria. Ao mesmo tempo que Knobel e seus alunos Everardo e Adamo implantavam os serviços de psiquiatria da adolescência, o tocoginecologista João Luiz de Carvalho Pinto e Silva instituiu o ambulatório de pré-natal de adolescentes, já percebendo a necessidade de um atendimento específico a essa faixa etária, diante da vivência assistencial a essa população, e já sofrendo influência dos profissionais do Instituto da Criança e da Santa Casa de São Paulo, por ocasião de congressos e capacitação sobre a adolescência.

De início, essa aproximação entre a psiquiatria da adolescência e o ambulatório de pré-natal de adolescentes se dá por uma necessidade de espaço físico para o atendimento, cedido para a psiquiatria no interior do Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (CAISM).

(...) na UNICAMP, foi construído um hospital luxuosíssimo, chiquérrimo, onde o andar destinado à Psiquiatria de Adolescentes e à Psiquiatria em geral era um andar que não existia. Quando nós fomos ver [risada] era um quarto andar, um quinto andar que não existia, isso para a Psiquiatria, a Psiquiatria do Adolescente então, nem pensar, e mesmo no Departamento de Psiquiatria, com o chefe de Departamento que era o Prof. Knobel que trouxe todo esse conhecimento de psiquiatria de adolescente, de psicanálise de adolescente, não tinha espaço para atender os adolescentes. Nós começamos a

atendê-los em um lugar que o João Luiz cedeu – na ginecologia. E aí foi uma luta imensa, para você ter uma ideia (Everardo Buoncompagno).

[no início da década de 1970] (...) Pinotti já era o diretor da Faculdade (...) desde o começo, a construção do Departamento [de Ginecologia e Obstetrícia] foi feita em moldes diferentes. Então, a ideia era que a atenção, principalmente à mulher, que era o que a gente fazia, e à criança, se faria ou deveria ser feita de uma maneira multidisciplinar. E começavam a se fazer contratações, que na época eram relativamente fáceis de fazer, e além do ginecologista e obstetra contrataram inclusive profissionais que vieram de fora, os cientistas sociais, assistente social, tanto que a Regina [Regina Sarmiento] é psicóloga e foi contratada como docente da ginecologia e obstetrícia, ela se aposentou como docente da GO (...), tinham biólogas contratadas, a ideia, era ter dentro do Departamento, uma estrutura multidisciplinar. Então todos os programas que foram feitos na época começaram muito inspirados nesse tipo de modelo. O modelo de ação multidisciplinar e com uma forte entonação de sair da academia, então os primeiros programas de controle de câncer de colo de útero, que foram originados dentro do Departamento, extravasaram pelas cidades (João Luiz Pinto e Silva).

Bom, os programas que nasciam do Departamento tinham essa característica multidisciplinar; e como é que se insere o adolescente? Na época, eu era assistente jovem e me inquietavam muito as coisas que eu via relacionadas aos adolescentes, principalmente às grávidas adolescentes, pois nessa época, estou falando de meados de 1975, 25% dos partos que aconteciam na nossa maternidade, lá na Santa Casa, eram de meninas com menos de 20 anos, menos de 18 anos de idade. Era muito comum, 25% dos partos. Elas entravam no mesmo sistema de atendimento das adultas, o que a gente achava equivocado, porque elas chegavam mais tarde, elas tinham mais problemas conjugais, geralmente eram solteiras, era uma gravidez indesejada, tudo aquilo que a gente sabe sobre a gravidez na adolescência. Nessa época, o Professor Eduardo Lane era chefe da Ginecologia, o Pinotti já era diretor da Faculdade e ele gostava muito de ginecologia infanto juvenil que chamava infanto puberal; então ele queria um levantamento de todos os casos de gravidez na adolescência porque ele queria levar para o congresso brasileiro em Curitiba, e ele

me incumbiu de fazer isso. Eu fiz esse levantamento, cheguei nesses números, me inteirei da problemática dessa faixa etária e apresentei esses dados no congresso brasileiro. Na sequência disso, houve uma espécie de oficina patrocinada pela OPAS no Rio de Janeiro e foi nessa época, eu acho que era o João Yunes que estava, ou ele já era um dos principais mentores dessa parte [adolescência] na OPAS. O Pinotti e o Aníbal, que é um outro personagem muito importante na reprodução humana deste país, que fez mudanças muito importantes no que se faz hoje no atendimento à mulher, principalmente na área de planejamento familiar, na discussão de aborto etc etc. Eles tinham que ir ao congresso, mas como eles eram muito ocupados, sempre na última hora “vai você”. E eu fui. Teve um seminário de uma semana no qual eu conheci as figuras brasileiras e não brasileiras que trabalhavam nessa área. Eu comecei a entrar contato com esse grupo, eu me lembro do João Yunes, do Castilho, a geneticista da Venezuela, a Anita Colli e Maria Ignez, Maria Helena e Evelyn. A Anita Colli tinha publicado recentemente um livro sobre crescimento e desenvolvimento e conheci outras figuras internacionais: Dulanto, Molina do Chile que hoje é o presidente da Federação Internacional [de Ginecologia e Obstetrícia] (...) a Verônica [Coates], que foi uma das pioneiras também, o Álvaro da Cunha Bastos que era quem conhecia a situação de ginecologia de adolescentes. Enfim, nós passamos uma semana lá. Embora eu seja obstetra de formação, toda minha atividade no exterior foi nesse sentido, eu trabalhei com um grupo muito forte de perinatologia que foi um dos pioneiros na área de fisiologia obstétrica. Aquele assunto [Medicina de Adolescentes] me chamou atenção. Mas não dava, eu me lembro que em uma conversa com o João [Yunes], ele falou assim: “como é que andam as coisas em Campinas?”. A ideia era fazer um serviço de atendimento para adolescentes lá. Eu falei: “ah, não tem jeito, porque não tem sala, não tem isso, não tem aquilo”. E ele falou: “então você não vai fazer nunca, se você precisar de tudo isso para fazer o seu serviço...”. Eu nunca me esqueci daquilo: “você não vai fazer nunca” e eu falei “é, você tem razão”. E ele falou “você quer o que? Endocrinologista, nutricionista, psicólogo, assistente social?”. Então eu voltei e mudei completamente minha postura. Eu falei: “quem quer trabalhar com isso?”. Tinha uma psicóloga que era a Regina Sarmiento e uma enfermeira que ficou pouco tempo conosco. Nós resolvemos que dos 5 dias de pré-natal que a gente tinha, de 2ª a 6ª nos períodos da

tarde, como um quinto mais ou menos das pacientes eram adolescentes, a gente agendou as adolescentes em um dia só. Foi a primeira atitude de mudança, quer dizer, elas não ficavam misturadas com as outras, com mulheres mais velhas, com mulheres múltiparas, enfim, elas ficaram em um grupo onde elas eram companheiras, eram iguais e com os mesmos problemas. Nós começamos a trabalhar assim; eu me lembro da gente fazendo a primeira ficha: “o que nós perguntamos para elas? Podemos fazer ou não?”. Cheio de medo porque elas eram menores de idade etc. Mas o fato é que várias pessoas se interessaram por aquilo, começaram a ajudar, assistentes sociais da época, ficaram algum tempo, as enfermeiras (...) então a gente começou a fazer um trabalho voltado para uma atenção não exclusivamente médica, mas buscando um pouquinho o que elas traziam de pano de fundo da sua problemática enquanto adolescentes grávidas. Eu acho que a história começa por aí, a gente constituiu esse serviço, e, ao longo do tempo fomos aumentando, vamos dizer assim, a transcendência do serviço dentro do próprio serviço. Nós entendíamos que a Unidade precisava reconhecer a presença da adolescente grávida, porque ela não reconhecia, a não ser para punir e etc. Então era importante que ela reconhecesse que existia uma problemática relacionada à adolescência, que tinham coisas comuns que eram quase onipresentes no grupo que a gente atendia e que não eram tocadas, não eram sequer consideradas. Elas tinham o mesmo tratamento que tinham as adultas e a gente começou a mudar, fazendo uma coisa simples, quer dizer, estejam juntas com as outras adolescentes, elas trocavam ideias, então a gente agia muito nas salas de espera, etc. Na mesma época em que essas figuras todas apareceram com um discurso que afinava com esse tipo de procedimento e foi revigorando (João Luiz C. Pinto e Silva).

7.2 O Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

As atividades do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde, coordenado pela ginecologista Albertina Duarte Takiuti, tiveram início em 1987. O programa foi elaborado a partir de uma produção

teórico-prática realizada por uma comissão científica, constituída por representantes das universidades paulistas, a exemplo do obstetra e ginecologista João Luiz Pinto e Silva, que a presidia; dos psiquiatras Maurício Knobel e Everardo Buoncompagno e da psicóloga Regina Célia Sarmiento (Universidade Estadual de Campinas); das pediatras Anita Colli e Maria Ignez Saito; dos obstetras e ginecologistas Albertina Duarte Takiuti e Álvaro de Cunha Bastos (Universidade de São Paulo); Sérgio Tufik (UNIFESP) e Verônica Coates (Santa Casa de São Paulo).

Essa comissão científica apoiou o GEPRO (Grupo Executivo do Programa de Adolescentes) na implantação de programas de saúde para adolescentes nas diversas regiões do Estado de São Paulo, promovendo a capacitação e reciclagem de profissionais no âmbito da rede básica de saúde, enfatizando aspectos da atenção primária e da prevenção para esta faixa etária (Saito, 2005). Trata-se de um exemplo claro do fortalecimento da relação docente-assistencial, por meio do conhecimento acadêmico levado à rede básica de saúde, que se concretizou pela produção de diversos materiais didáticos, além das importantes publicações: *Adolescência e Saúde* (1988,1994,1999).

(...) 1975 foi o Ano Internacional da Mulher, e nós assinamos um diagnóstico reconhecendo a necessidade da saúde da mulher em todas as fases da vida: infância, adolescência e terceira idade. Isto é um documento histórico entregue para os políticos. Em 1979, circulava nos movimentos de saúde a importância da saúde da mulher em todas as fases da vida, e a adolescência surge como uma fase. Eu estou dizendo isso porque talvez eu seja a única das entrevistadas que tenha essa vertente. Ao mesmo tempo, começa todo um movimento de

discussão para que os políticos – nós tínhamos a luta pela Anistia, a luta pelas Eleições Diretas, a luta pelas liberdades democráticas, em cada uma dessas lutas a gente tinha todo um grupo político de discussão –, por exemplo, havia um candidato a senador, havia um candidato a vereador, havia um candidato a deputado através das forças de oposição, que naquela época era o MDB, esse grupo político do qual faziam parte as mulheres, eu e o pessoal que lutava pelo SUS. Nós apresentávamos uma plataforma de reivindicações denunciando as questões dos maus tratos aos adolescentes, da necessidade de uma política pública para os adolescentes e sobre a importância dos serviços de saúde para os adolescentes. (...) não só para as mulheres, mas para os adolescentes homens também (...) e eu fui eleita pelo movimento de mulheres para vir para a Secretaria [de Saúde do Estado de São Paulo] fazer parte da Saúde da Mulher. Em 1985 ocorre o Primeiro Congresso Brasileiro de Adolescência; claro que eu continuo participando de todos os eventos científicos, e eu vou ao Primeiro Congresso, dez anos depois, como representante da Secretaria da Saúde da Mulher. Nesse Congresso, estava presente o Dr. João Yunes, que era o Secretário da Saúde. E veio uma pergunta do auditório, que na verdade era de uma das mulheres que já fazia parte do movimento feminista: “*o que existe de atendimento público para os adolescentes?*”. Isso foi uma coisa orquestrada, nós do movimento [de mulheres] já havíamos combinado que alguém do auditório faria essa pergunta, então talvez isso ninguém saiba, é a primeira vez que é colocado. A gente já tinha combinado que nesse dia alguém perguntaria: “por favor secretário, o que que tem de movimento público para isso?”. E eu estava na Mesa; então, nós falamos: “não, nós precisamos de políticas públicas para adolescentes está aqui o Secretário de Saúde, então eu gostaria Secretário da Saúde, que o senhor, que tem tanta sensibilidade, pudesse ajudar neste congresso, a possibilidade de uma implantação de políticas públicas”. E ele [Dr. João Yunes] falou para mim: “*o que você pretende fazer?*”. “*Eu pretendo que a gente se junte agora na hora do almoço e já comece a desenhar a política pública*”. Então, em uma sala do Congresso, nós nos reunimos e a partir daí eu falei com o Secretário e a gente se reunia mensalmente, primeiro na própria Secretaria. A primeira reunião teve cem pessoas, a segunda, duzentas e a gente se reunia no Centro de Convenções Rebouças, em uma sala emprestada para a Secretaria uma vez por mês, uma vez

a cada quinze dias (...) e a partir daí nós reunimos todas as experiências positivas e negativas – por isso que São Paulo é diferente – oriundas da antiga FEBEM, da Escola Paulista de Medicina, de todos os lugares, para a gente tentar desenhar uma política pública para o Estado de São Paulo. E se passou um ano; em 12 de dezembro de 1986 nós fizemos um curso de duração de uma semana, o Primeiro Encontro de Adolescência do Estado de São Paulo, no Centro de Convenções Rebouças, que reuniu cerca de mil e duzentas pessoas durante quatro dias. Nós chamamos as pessoas mais importantes, a Maria Ignez [Saito], o João Yunes para falarem sobre a saúde do adolescente. (...) no final a gente escreveu quase que uma Carta – eu estava acostumada com isso, que era toda a minha militância política – na qual se desenhou um modelo ideal de atendimento ao adolescente, com um fluxograma que atendia meninos e meninas, com atendimento psicológico, físico, odontológico, com grupos, com salas de espera, com toda a orientação que a gente pudesse ter. Nós escolhemos o lugar, qual foi o lugar? Um posto do INAMPS na Várzea do Carmo, o posto mais importante da época, era enorme. Havia psicóloga, ginecologista que poderia dar sustentação, urologista e inauguramos em 7 de março de 1987. Por que 7 de março? Porque março era o mês da mulher. Oito de março era sábado, então foi na sexta feira. Reunimos 500 mulheres comemorando essa conquista, que não era uma conquista apenas da saúde pública, e sim do Movimento de Mulheres. Então, se você tem uma história que deve ser honrada, é a participação das mulheres desde 1975 nas propostas das políticas públicas para o adolescente. Nesse primeiro ano se inauguraram sete lugares, entre eles: Tatuapé e Centro. Cada vez que se inaugurava [uma unidade de atendimento à saúde do adolescente], nós chamávamos todas as pessoas dos movimentos, dos sindicatos, para que não perdêssemos o que havíamos conquistado, pois nós tínhamos vindo de um tempo de retrocesso, esse era o medo. (...) Naquele tempo, já havia mudado o Secretário da Saúde, saiu o Dr. Yunes e entrou o Dr. Pinotti, que oficializou o Programa do Adolescente no Estado de São Paulo. E o Quércia, com todas as críticas que algumas pessoas possam fazer, liga para Washington e diz assim: “A Doutora está nomeada a Coordenadora do Programa do Adolescente no Estado de São Paulo”. E eu vou fazer tudo o que eu puder para implantar o Programa aqui. (...) que seguiu três vertentes: o modelo da Organização Pan-americana de Saúde, com atendimento multiprofissional, intersetorial para o

adolescente; e a questão do SUS com a participação comunitária; e, lógico, como não poderia deixar de ser, com a participação das Universidades. Tudo isso era o meu sangue, era a minha vida (Albertina Duarte Takiuti).

7.3 Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes: a perspectiva da Clínica e da Saúde Coletiva.

Ao se analisar a institucionalização da Medicina de Adolescentes no Brasil, sobretudo no Estado de São Paulo, percebe-se que os primeiros movimentos para a elaboração de um programa de saúde destinado a essa faixa etária foram empreendidos pela chamada medicina clínica, destacada pela pediatria, embora os ginecologistas, obstetras, psiquiatras, psicólogos e outros profissionais da saúde tenham também participado deste trabalho, que foi, na realidade, o de identificar as necessidades de saúde deste segmento da população e direcionar suas ações naqueles sentidos. A Clínica, particularmente, desenvolveu instrumentos capazes de apreender e equacionar, até aonde a problemática de saúde dos adolescentes pudesse ser desta forma solucionada, os principais motivos de procura médica desses indivíduos.

Eram as primeiras tentativas, os primeiros contornos, não definidos, de uma ideia que envolvia modelos específicos para atendimento de adolescentes, que respeitassem suas características e singularidades (Saito, 2005, p. 13).

Embora tenha transparecido uma espécie de conflito, percebido durante a coleta dos dados primários, conforme as entrevistas foram sendo realizadas, entre os idealizadores dos programas de saúde coletiva

destinados aos adolescentes e os clínicos, essa tensão havida no ambiente acadêmico pode ser analisada nos depoimentos dos atores sociais oriundos da prática sanitaria, que tecem algumas considerações relativas ao processo histórico de institucionalização da atenção à saúde do adolescente, sobretudo no tocante ao predomínio da abordagem clínica (traduzida aqui pelo enfoque pediátrico, que encampou essa área de atuação médica).

(...) [na década de 1980] abrimos um grupo de trabalho em saúde do adolescente, que existe até hoje aqui, formado por sanitarios. Eu acho que isso é importante na saúde pública. Diferentemente de outras áreas, nós somos todos sanitarios, todos nós fizemos Saúde Pública; mas as profissões básicas eram: enfermeiro, sociólogo, assistente social, médico pediatra, psicanalista e um jornalista (...). Nós constituímos um grupo junto com o Centro de Saúde Escola Geraldo Paula Souza, e foi um dos primeiros programas não oficiais da Secretaria da Saúde (...) de saúde do adolescente. Não era mais o adolescente vindo só para o pré-natal, o adolescente vindo para a hipertensão, o adolescente vindo porque é diabético; era o adolescente como um todo. De 1983 até 1988, mais ou menos, fizemos grandes trabalhos em todas as escolas da região (...) fazia-se grupos de trabalho onde alguns tinham atendimento médico, odontológico. A nossa função era discutir a saúde do adolescente do ponto de vista mais amplo: quais eram as maiores necessidades? A menor necessidade era a assistência médica, menor, não tinha. A OPAS, que também tinha os seus programas, começou a ter programa de saúde do adolescente, OPAS/OMS e Ministério da Saúde; óbvio, os financiamentos vêm por isso, mas tudo em função de patologia ainda: adolescente com acne, adolescente com gastrite, adolescente com dores indefinidas, adolescente que vai mal na escola, como se fosse doença; adolescente que não se adapta ao grupo, quer dizer, uma série de coisas que não tinham relação com saúde no sentido de doença, mas sim com o bem estar. O que eles estavam tendo de problemas? Eu já tive oportunidade de trabalhar com saúde da mulher, mas foi uma das coisas mais difíceis e eu acho que é até hoje, pelo que eu tenho ainda trabalhado e pesquisado

em campo, a implantação de qualquer programa de saúde do adolescente, porque ele não tem doença, ele é bonito, ele atrapalha o serviço, e ele atrapalha as pessoas que trabalham com ele, porque ele é bonito e está na flor da idade, com a sexualidade a toda. Enquanto que as pessoas que o atendem, às vezes são mal amadas, mal resolvidas na sua adolescência. Eu acho que nós não implantamos [um programa de atenção à saúde do adolescente] no Brasil de verdade até hoje. Nós acabamos criando nichos, guetos ditos “esse é um programa de saúde do adolescente”, mas não existe uma rede, não existe uma política para esse grupo. O que está se fazendo são políticas, de novo “patologizantes”: saúde mental, problema de depressão, problemas de álcool, de drogas, quer dizer, de novo pegando grupos com problemas específicos e não trabalhando antes a prevenção. Isso eu te falo tranquilamente porque eu acho que desde 1985 até os dias de hoje, é um desafio para mim. Ainda continuamos trabalhando só com a grávida, com a menina com esse outro problema, mas não com o adolescente integralmente como um todo, com as suas necessidades outras, que às vezes não é a assistência médica, nem de enfermagem, nem psicológica, nem de serviço social. Lógico que tem as necessidades e nós vamos trabalhar (...) (Néia Schor)

(...) Mas o discurso da área médica ficou muito difícil na saúde do adolescente, ele ficou um discurso de patologia, o que você ia ensinar na escola médica sobre saúde do adolescente? O que você aprendeu? Além das principais patologias do adolescente, os principais problemas? Muitos problemas são sociais, não é? Psicossocial, escola etc. (...). Mas o que a gente aprende? Os nossos currículos são muito fechados (...) (Néia Schor).

(...) o programa de adolescentes foi um dos pioneiros em termos de tentar puxar uma lógica diferente daquela lógica da medicina integral, para a organização de serviço, que era uma proposição de já pensar uma identidade social como definidora de certas características epidemiológicas, além das biológicas, que demandassem uma organização específica do processo de trabalho. Então, o programa de adolescentes foi o carro chefe de uma série de outros programas que foram se organizando [no Centro de Saúde Escola do Butantã] a partir dessa proposta (...). Agora, no nosso caso, teve uma outra dificuldade de diálogo em geral, que era essa perspectiva de que a gente estava querendo romper com uma visão

biomédica do adolescente; então a gente conseguia brigar com os que não consideravam os adolescentes importantes, mas também com os que consideravam o adolescente importante mas tendiam a “medicalizar” o adolescente. Era uma conversa muito difícil. Algumas das questões que a gente fazia eram vistas por alguns dos nossos interlocutores como, inclusive os nossos interlocutores atuais, o próprio Instituto da Criança e o Programa Estadual, com certa recusa... (José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres).

(...) a saúde coletiva traz uma lógica de pensar coletivos que, a tradição clínica, de onde vinham os adolescentes, não tinha. E havia também, é claro, as diferenças ideológicas no caso de alguns atores, não todos evidentemente, mas acho que, no fundo, havia essa dificuldade de diálogo e acho que nós tínhamos menos instrumentais também naquela época para podermos fazer dialogar uma coisa com a outra. Acho que hoje toda essa discussão de vulnerabilidade e de promoção da saúde permite uma conversa mais fluida, que antes não havia muito. A lógica epidemiológica era vista como uma coisa restrita às ações coletivas, não se entedia muito como é que essa lógica poderia influenciar o que eu fazia no meu consultório, ou na organização do meu serviço. Ao mesmo tempo, a lógica epidemiológica, muitas vezes, era pouco permeável às questões da subjetividade e da singularidade, que são fundamentais na atenção à saúde das pessoas. As pessoas não são somente grupos etários de riscos, não é? Então eu acho que ambos se aproximaram, flexibilizando um pouco as suas visões: a clínica trazendo essa perspectiva da singularidade e da subjetividade, e a saúde coletiva, dos atravessamentos, digamos, compartilhados das identidades grupais, e as situações de vulnerabilidade compartilhando os grupos para pensar o atendimento (José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres).

Percebe-se que enquanto a Clínica se defronta com os desafios de delimitar um campo de trabalho – estabelecer uma metodologia de atendimento, modelos de consulta pautados no indivíduo como cliente, e, portanto, garantir a ele momentos de privacidade e confidencialidade, além de definir os diversos aspectos de normalidade física, o que permite

identificar o que seria patológico, e desta forma se apropriar do tratamento – a Saúde Coletiva, por sua vez, lança um olhar crítico a respeito desta prática médica.

A fim de ilustrar o enfoque da saúde coletiva em torno da noção de programação em saúde, sobretudo com o objetivo de projetar modelos assistenciais alternativos e práticas de intervenção nos doentes e nas condições relativas à promoção da saúde da população, resgata-se aqui parte da trajetória da constituição do **Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PASA)**, instituído no Centro de Saúde Escola do Butantã (CSEB), sob coordenação do Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, desenvolvido junto à Clínica Médica de Adultos, vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP).

O PASA foi instituído em 1989 no CSEB e destinado a atender adolescentes de 12 a 18 anos da região do Butantã, mais precisamente, os adolescentes oriundos das favelas de São Remo e São Domingos, localidades que tinham o CSEB como referência para a assistência primária de saúde. O PASA foi pautado nas concepções inovadoras de processo de trabalho, programação e promoção de saúde, que vinham sendo discutidos na Saúde Coletiva, como um contraponto ao modelo clínico assistencial predominante. Partindo da crítica aos resultados concretos daquele “modelo clínico”, configurou-se a necessidade de superar suas limitações na direção de uma reorganização do trabalho segundo formas mais adequadas às já referidas necessidades quantitativas e qualitativas do trabalho em saúde na perspectiva coletiva (Ayres, 1990, p.6).

O objetivo central do PASA é o de favorecer a saúde da população adolescente da área de cobertura do CSEB, e poder contribuir para a

crescente autonomia e emancipação dos adolescentes do Butantã nas particularidades de seu processo de individuação e socialização (Ayres e França-Junior, 1996).

Os objetivos específicos propostos para o PASA se estruturam sobre quatro eixos principais de preocupação: **crescimento e desenvolvimento, sexualidade, situações de adoecimento e violência**. Na perspectiva do crescimento e desenvolvimento, o programa visa fornecer informações aos adolescentes sobre condições particulares de seu crescimento e desenvolvimento; oferecer espaço de reflexão e discussão em grupo a respeito da saúde na adolescência; detectar precocemente condições ou distúrbios nos quais a assistência médica, fonoaudiológica ou psicológica possa evitar ou minimizar limitações e/ou sofrimentos físicos, psíquicos e sociais; construir “diagnósticos” coletivos sobre esses aspectos para o conjunto da população atendida no programa; encaminhá-los para outras instituições onde possam ser realizadas atividades que favoreçam o crescimento e o desenvolvimento, como centros de esporte, artes e educação.

No âmbito da sexualidade, também constitui objetivo específico do PASA apoiar a vivência da sexualidade adolescente, visando: fornecer informações e espaço de reflexão sobre aspectos físicos, sociais e culturais julgados relevantes, pelos adolescentes e profissionais, para uma sexualidade mais livre e prazerosa; estimular a autodeterminação e a solidariedade no exercício da sexualidade, buscando evitar, em especial, a

gestação não planejada e as DSTs; acompanhar com pré-natal adequado as gestantes adolescentes.

Em relação às situações de adoecimento, o PASA se propõe a fornecer assistência às principais patologias do grupo, com o objetivo de: buscar ativamente a ocorrência de problemas de saúde epidemiologicamente relevantes; desenvolver ações preventivas rotineiras, tais como vacinação, exame preventivo do câncer ginecológico, controle de fatores de risco para doenças crônicas etc.; fornecer assistência médica programática, quando este for o nível assistencial apropriado, para a abordagem de distúrbios do desenvolvimento, anemias, doenças reumáticas e outras condições, objetos de outros programas internos, como tuberculose, DST etc.; triar para assistência à saúde de segunda linha em especial distúrbios ortopédicos, odontológicos e oftalmológicos; atender de modo não programático à demanda emergente, da forma o mais articulada possível ao seguimento programático. No tocante aos aspectos da violência na adolescência, o PASA se propõe a obter ativamente informações acerca de situações cotidianas de violência, de todos os tipos, experimentadas pela população adolescente atendida, e o modo como os adolescentes reagem a elas. Na medida do possível, procura-se discutir o problema com os adolescentes, e, eventualmente oferecer algum suporte médico, psicológico ou jurídico para os casos particulares detectados (Ayres e França-Junior, 1996, p72-74).

(...) Então eu dizia, um programa de adolescentes da atenção primária, eventualmente vai precisar sacrificar um

pouco o aprofundamento, por exemplo, da consulta médica, para poder atender mais gente, se isso precisar ser feito, encurtar um pouco o tamanho da consulta para ter mais adolescentes sendo atendidos. Porque não vai me adiantar atender super bem de modo completamente integral um número muito restrito de adolescentes. É mais importante que eu pegue algumas áreas estratégicas e atinja mais adolescentes para desencadear uma resposta mais de grupo na questão da saúde. As pessoas não aceitaram, de jeito nenhum, era quase uma heresia o que eu estava falando (José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres).

Com esses propósitos foi que se pensou a estrutura básica e o fluxograma de atendimento do PASA, que procura deslocar a abordagem estritamente médica da atividade de inscrição, a chamada “porta de entrada” para o programa, criando, com isso, condições mais favoráveis à emergência de necessidades de saúde cuja apreensão coloca-se fora das questões referentes ao instrumental médico clássico, buscando evitar sua redução por leituras “biologizantes”. Desta forma, procura-se impedir que os aspectos puramente biológicos do processo saúde-doença sejam definidores dos principais diagnósticos e condutas a serem trabalhados pelo conjunto da equipe de saúde (Ayres e França Júnior, 1996).

Justamente uma das coisas que eu propus para o programa foi a construção de um outro olhar e novos espaços de interlocução, que enriquecessem o que nós oferecíamos para o adolescente, como alternativa de cuidar da saúde (...) Em primeiro lugar, foi tirar a consulta médica da porta de entrada, ou seja, a entrada ao serviço não era feita somente por esse funil médico. Então, nós fizemos com que a atividade de entrada fosse uma composição de duas atividades, uma atividade em grupo, que a gente chamava de “adolescência e saúde” e que era produzida por profissionais de nível não universitário, mas de nível médio, seguindo o roteiro de conjunto de

questões criado por equipe interdisciplinar. Nós criamos um grupo interdisciplinar, multiprofissional, que tinha sanitarista, hebiatra, psicólogo, psiquiatra, enfermeira, assistente social, auxiliares de enfermagem e os antigos visitantes sanitários, que eram auxiliares de enfermagem de nível médio. Com isso, a gente começou a discutir adolescência, o que seria interessante fazer no serviço, montamos então um roteiro, tanto para a atividade em grupo quanto para a consulta médica. Desta forma, todo adolescente que chegava, qualquer que fosse a demanda para o serviço, se fosse alguma coisa urgente era atendido imediatamente no pronto atendimento; mas, de qualquer maneira (...), você marcava também esse grupo (...) articulado a outra atividade, o que chamávamos de entrevista médica, na qual se fazia uma anamnese propriamente médica, em que, além da investigação das patologias frequentes da idade e da investigação sobre os diversos aparelhos, você tinha também a avaliação do estadiamento puberal de Tanner; e também algumas questões que a gente achava que fossem mais delicadas discutir em grupo, coisas sobre o início da vida sexual, dificuldades que estivessem tendo, a questão da violência... (José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres).

Cabe ressaltar que o fluxograma aqui apresentado é aquele posto em prática no período de sua publicação, em torno do ano de 1996, e, como os próprios autores enfatizam, o próprio PASA já experimentou fluxogramas diversos desde a implantação de suas atividades assistenciais e, provavelmente, sofre nos dias de hoje algumas modificações práticas de seu instrumental de funcionamento. Representa-se aqui, mais do que a sistematização formal de atividades:

(...) a arquitetônica tecnológica básica de um programa, e enquanto tal, não deve ser tomado como uma “camisa-de-força”, à qual o trabalho precisa adaptar-se, tampouco

deve ser compreendido como um “menu” de possibilidades de consumo de serviços, mas sim como a primeira e mais básica concretização do projeto de trabalho do programa (Ayres & França Junior, 1996 p. 74).

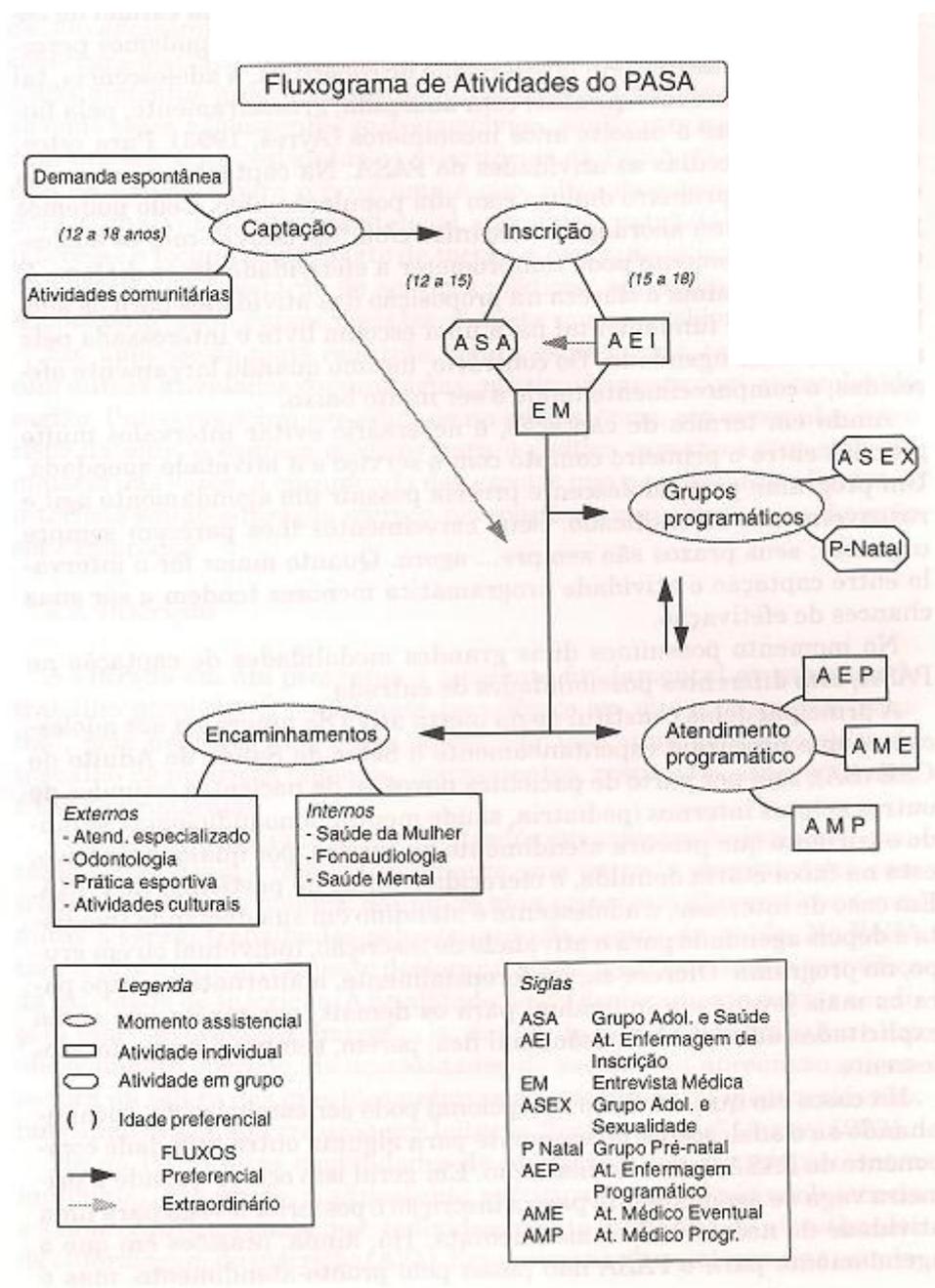


Figura 2 – Fluxograma de atividades do PASA

Fonte: Ayres & França Junior, 1996 p.75

A fim de se compreender em que contexto, no âmbito da disciplina de Medicina Preventiva, vem à tona essa perspectiva paradigmática proposta

aqui pelos profissionais que planejam e instituem os primeiros programas voltados à saúde do adolescente na esfera das práticas coletivas, centrados na atenção primária à saúde, faz-se necessário retomar, mesmo que sucintamente, o movimento da reforma sanitária iniciado no final da década de 1960 e que veio, duas décadas mais tarde, a dar origem ao campo da Saúde Coletiva.

O conceito de Saúde Coletiva que emerge a partir da década de 1980 recebe influências dos movimentos anteriores a esse período, entre eles o projeto preventivista, que se inicia na segunda metade da década de 1950, especialmente nos países latino-americanos, que identificavam um momento de crise de uma modalidade de medicina, e que já passavam por processos de reforma universitária na década de 1960. As críticas que se apontavam à maneira organicista e “biologizante” de atenção médica, centrada em práticas individuais e baseadas no hospital, geraram reformas que se concretizaram, em um primeiro momento, no plano pedagógico, sem, no entanto, incitarem mudanças nas práticas médicas. Houve a incorporação, no curso de graduação em medicina, de disciplinas e temas associados à epidemiologia, ciências sociais, administração de serviços de saúde e bioestatística, que procuravam, não somente introduzir novos conhecimentos, mas fornecer uma visão mais completa do indivíduo.

A integração tão citada do biopsicossocial teve aqui suas origens, e o modelo de medicina integral, apropriado da expressão norte-americana “*comprehensive medicine*”, aparece na versão latino-americana, especialmente na esfera da medicina de família integrada à comunidade. Se

no aspecto pedagógico o movimento preventivista acrescenta ao campo da saúde conceitos das áreas das ciências humanas, no plano político-ideológico tais concepções são manifestadas junto à prática da chamada “medicina comunitária” e seus desdobramentos nos programas extramuros (Nunes, 1994).

A trajetória histórica e conceitual da Saúde Coletiva recebeu influências de determinantes de ordem socioeconômica, que vinham se desenrolando desde a segunda metade do século XX, culminando, na década de 1980, na chamada “nova ordem mundial”, inspirada no neoliberalismo, que preconizava a lei do “estado mínimo” e o corte nos gastos públicos como resposta à crise fiscal do Estado. Isso tudo prejudicou o desenvolvimento e a implantação das propostas de saúde pública que vinham sendo discutidas desde as décadas de 1960 e 1970, como o direito à saúde, a extensão de cobertura dos serviços de saúde e o reconhecimento da importância da sociedade em garantir os cuidados básicos de saúde.

Nesse sentido, a saúde pública dos países capitalistas dependentes passa a enfrentar um período de crise, uma vez que todos os esforços no sentido da universalização da saúde, verificados por meio do lema “Saúde para Todos no ano 2000” (OMS), e da valorização da atenção primária à saúde como estratégia para obtenção desses objetivos, difundidos a partir da Conferência de Alma-Ata (1978), ficam dificultados pelo modelo econômico que privilegia o mercado como mecanismo para a alocação de recursos e questiona a responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços para o atendimento de necessidades sociais, inclusive a saúde.

Desta forma, diante desse impasse, ou até mesmo crise, emerge a necessidade de novas discussões sobre a questão da saúde na perspectiva público-coletivo-social e as subseqüentes propostas de ação, o que contribuiu, sobretudo na América Latina, para a instituição de um campo designado como Saúde Coletiva, inserido no movimento de renovação tanto da teoria quanto da prática da saúde pública. Desta forma, por meio da constituição de um novo campo científico, visualiza-se a oportunidade para a efetiva incorporação de propostas centrais da renovação da saúde pública, como o complexo “promoção-saúde-doença-cuidado”, o que contribui para a viabilidade das metas de Saúde para Todos mediante a adoção de políticas públicas com a participação da sociedade nas questões da vida, saúde, sofrimento e morte (Paim e Almeida Filho, 1998).

Tanto na área das práticas clínicas, na qual a Pediatria se insere, quanto na Saúde Coletiva, havia um movimento teórico e uma prerrogativa prática e assistencial de se adotar aspectos do novo paradigma da saúde, não mais concebida como o ato de curar ou de intervir nos processos mórbidos, mas sim a partir de uma compreensão mais ampliada do processo de saúde e doença, a chamada medicina integral ou global, envolvendo outros profissionais não médicos, na proposta de equipes de trabalho multiprofissional, incluindo a prevenção e promoção de saúde incorporados à contribuição epistemológica das disciplinas das ciências humanas (sociologia, antropologia, psicologia, entre outras).

Assim, a partir das décadas de 1960 e 1970, está em voga, no ambiente acadêmico da medicina, uma concepção paradigmática da saúde

e do processo de adoecimento, influenciada por aspectos sociais, ambientais e econômicos, substanciada tanto pelas áreas clínicas quanto pelo movimento da saúde pública, que acabava de vivenciar a chamada reforma sanitária que veio a modificar suas práticas, contribuindo de maneira decisiva, década mais tarde, na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A grande questão ou foco de tensão entre essa nova concepção de saúde, formulada e aceita pela clínica e pela saúde coletiva, era a maneira como esses saberes se aplicavam na prática médica, na assistência à saúde, na elaboração de políticas públicas e na gestão dos serviços e programas para os grupos populacionais. A área clínica, ainda que considerasse as influências externas ao processo de saúde e doença, mantinha seu olhar centrado no indivíduo, na sua individualidade e singularidade, aspecto esse inerente ao seu campo de atuação. Daí as dificuldades de interlocução entre essas duas disciplinas médicas, e o embate acadêmico em torno da institucionalização de certas áreas, implantação de núcleos de estudo e pesquisa e implantação de programas de saúde, sobretudo os de âmbito público, a exemplo da atenção à saúde do adolescente, iniciado nas décadas de 1970 e 1980.

Os problemas dos adolescentes são múltiplos, não podem ser resolvidos individualmente. Quer dizer, o coletivo está aí, os problemas são coletivos, ninguém vai resolver, na saúde, o problema dos adolescentes, e sim a interface com a cultura, com a educação e com o trabalho. O específico deve ser valorizado, a especialidade [Medicina do Adolescente] deve ser valorizada sem dúvida nenhuma, mas essa especialidade única, sozinha, ela não tem sobrevivência,

isso a história mostra; não se pode mais discutir o que é físico, e o que é psicológico, as coisas estão integradas. Eu não posso ter uma nutricionista sozinha aqui, uma ginecologista sozinha, uma psicóloga; as coisas estão integradas. As doenças integraram os problemas, basta a saúde integrar agora as soluções (...). Quando eu vou para Portugal ou quando eu vou ao México ou para a Argentina e alguém me pergunta: “*Quem cuida da saúde do adolescente? Hebiatra, ginecologista, pediatra, o psicólogo ou a saúde mental?*”. Quem cuida da saúde é o coletivo, é a política pública que tem que envolver todos. Se os personagens ainda continuam tendo essas discussões, o Estado e as propostas públicas da saúde devem resolver essa situação (Albertina Duarte Takiuti).

O global é isso, é tudo junto, eu estou vendo o meu paciente eu sei que ele mora mal, que tem uma mãe ansiosa, um pai ausente, que ele tem dificuldade de aprendizado, que tem uma escola que não lhe dá muita retaguarda, global é isso, poder ver um todo (Anita Colli).

Convém frisar essa epistemologia do atendimento global para a Clínica, hegemônica na constituição e institucionalização de um modelo de atendimento à população adolescente, pois essa concepção acerca da integralidade, da vulnerabilidade e do risco permeará a produção teórica tanto da Clínica quanto da Saúde Coletiva, com certas concordâncias e outras tantas divergências e tensões inerentes às suas origens históricas e concepções metodológicas, fundamentais para o campo das práticas, da programação e do pensar a saúde do adolescente.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência, definida pela OMS como uma fase da vida humana compreendida entre os 10 e os 20 anos incompletos, vincula-se, à luz da abordagem médica e da área da saúde em geral, mais aos fenômenos biológicos da puberdade e aos aspectos físicos, o que se expressa no sentido como o termo é utilizado nas publicações especializadas, ou seja, como o período de transição entre a infância e idade adulta, caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento que se manifestam em marcantes transformações anatômicas, comportamentais, fisiológicas, mentais e sociais (Colli, 1978). Já a concepção de juventude, mais do que uma delimitação de faixa etária, transcende os aspectos cronológicos ou meramente biológicos, sendo uma alcunha das reflexões sociológicas, constituindo, os jovens, uma categoria social devido à sua participação ativa nos processos de transformação da sociedade, condição gerada pelas tensões inerentes ao próprio sistema social (Foracchi, 1972).

Historicamente, as origens tanto da adolescência quanto da juventude estão sobrepostas, já que a segunda engloba cronologicamente a primeira – a juventude pode ser definida como a fase da vida compreendida entre os 15 e 24 anos (OMS). O surgimento de ambas as concepções remonta à segunda metade do século XIX, na Europa, e se relaciona às mudanças econômicas, políticas e culturais geradas no bojo do processo de industrialização e pelo estabelecimento do sistema escolar obrigatório imposto em razão do desenvolvimento dos países europeus. Essa dicotomia

de termos facilita, por um lado, o estudo de uma determinada faixa etária e contribui para a delimitação de um campo do conhecimento, mas dificulta, por outro, uma adequada compreensão sobre o adolescente, gerando entraves na abordagem de seu comportamento. Daí a importância das reflexões formuladas por Ariès (1981), Hobsbawm (1994), Foracchi (1972), Infante (1985), Abad (2001) e Castro (2008) em torno das questões vinculadas ao momento histórico no qual o adolescente e o jovem ganham destaque, tanto na vida em sociedade quanto na produção científica a seu respeito. Isto influenciará, de certo modo, as propostas de atenção à saúde do adolescente, que despontam em sua forma mais primordial, nas ações empreendidas por médicos ingleses no final do século XIX, sistematizando-se e institucionalizando-se mundialmente a partir da segunda metade do século XX, nos Estados Unidos.

Após as primeiras realizações dos médicos ingleses e seus estudos sobre a saúde dos jovens, e sistematizando alguns dos aspectos do atendimento destinado aos estudantes do Reino Unido, foi em meados da década de 1950, nos Estados Unidos, que o campo da saúde do adolescente passa a se vincular concretamente à prática da Pediatria no bojo das universidades, já que as investigações a respeito desta faixa etária eram, muitas vezes, extensões de estudos iniciados com crianças. Assim, em 1951, momento da instituição da primeira Unidade de Adolescentes nos Estados Unidos, no Boston Children's Hospital, sob o comando do médico J. Roswell Gallagher, a Medicina de Adolescentes ganha destaque no

panorama mundial, como área de conhecimento médico especializado, sobretudo no âmbito da pediatria.

No Brasil, a prática da Medicina de Adolescentes se desenvolve em meados da década de 1970, e particularmente no Estado de São Paulo, essa área também se origina de pesquisas e ações desenvolvidas por profissionais vinculados às universidades e à pediatria, como se deu nos Estados Unidos, até porque alguns dos nossos personagens históricos, fundadores destas instituições pioneiras, receberam influências dos programas e serviços norte-americanos de atendimento à saúde do adolescente.

É pertinente apontar a diferença existente entre os termos “Medicina de Adolescentes” e “Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes”, já que o primeiro se refere especificamente a uma área de atuação da Pediatria, cuja habilitação para a prática se faz, desde 1998, por meio de uma prova oferecida aos já especialistas em pediatria para a obtenção do título de Área de Atuação em Medicina do Adolescente, reconhecido e regulamentado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Visto que a adolescência, enquanto objeto de conhecimento e de trabalho, se pauta pela complexidade de aspectos, não delimitados exclusivamente pelo enfoque clínico, a atuação dos denominados “médicos de adolescentes” estaria restrita se não desempenhada junto a uma equipe multidisciplinar ou multiprofissional que busque apoio e soluções às problemáticas trazidas pelos adolescentes e seus familiares.

Portanto, embora os primeiros trabalhos a respeito da saúde dos adolescentes e os programas de atendimento ofertados a essa população tenham sido produzidos e criados majoritariamente por médicos pediatras, a estruturação dos serviços de atenção integral à saúde dos adolescentes ganha esse nome por sua vinculação imediata às equipes multiprofissionais de atendimento que, não por acaso, começam a surgir nos hospitais universitários, centros de saúde e outras instituições de ensino, ao longo da década de 1970.

No panorama político em meio ao qual a trajetória histórica da atenção integral à saúde dos adolescentes dava seus primeiros passos nos anos de 1970, destacava-se a ditadura militar no país, um período de intensa censura, repressão aos direitos civis e, ao mesmo tempo, momento de grandes manifestações populares estudantis contrárias ao regime político autoritário vigente. É claro que esses acontecimentos interferem e influenciam em muitos dos aspectos da vida social, e foram sentidos inclusive no âmbito da vida acadêmica, com a perseguição de professores universitários que se posicionaram contra o regime político reinante, muitos deles vinculados à área da saúde, e, de certa forma, também idealizadores de um sistema de saúde mais inclusivo, com maiores possibilidades de acolhimento dirigido à população mais pobre.

Nesse contexto, desenvolvem-se os movimentos populares reivindicando melhorias nos setores da saúde, sobretudo por meio dos movimentos de mulheres e dos sindicatos das regiões periféricas da cidade de São Paulo, o que não deixa de influenciar as políticas públicas destinadas

à saúde dos adolescentes, que se estabelecem a partir da década de 1980, com a criação do PROSAD, programa do Ministério da Saúde, na esfera nacional, e, no âmbito estadual, o Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

A constituição do núcleo e do campo da saúde do adolescente durante as décadas de 1970 e 1990 – retomando a definição de Campos (2000), sendo o primeiro a aglutinação de conhecimentos que demarcam a identidade de uma área de saber e de prática profissional, e o segundo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão busca apoio em outras para cumprir suas tarefas teóricas e práticas – não esteve imune a tensões e embates acadêmicos inerentes ao processo de organização das práticas, à luz da discussão dos novos paradigmas de saúde propostos tanto pelas disciplinas clínicas quanto pela Saúde Coletiva.

Os sanitaristas e os idealizadores de uma política pública para a adolescência almejavam metas populacionais, baseados em dados epidemiológicos sobre a problemática dos adolescentes, ou seja, das suas maiores necessidades biológicas e psicossociais. Os clínicos, que também tinham a preocupação com as questões psicossociais, recebiam críticas por sua prática de atenção focada no indivíduo, embora a Medicina de Adolescentes já despontasse no interior dos Departamentos de Pediatria como área de atuação inovadora pela sua capacidade de integrar as questões estritamente físicas aos aspectos psicossociais.

Essa dificuldade de diálogo entre os referidos campos, na trajetória histórica inicial da Medicina de Adolescentes e da Atenção à Saúde Integral

ao Adolescente, pode ter gerado entraves e morosidade no processo de implantação de programas e estratégias de oferta de assistência à saúde de qualidade para essa faixa etária.

Espera-se que o presente estudo possa auxiliar aqueles que se interessam pela adolescência – e que guardam lembranças deste período, marcado por sabores e vivências especiais, descobertas e transformações – e procuram, em sua prática profissional, oferecer a essa população um atendimento de saúde digno e autêntico, por meio do conhecimento de alguns pontos da trajetória da Medicina de Adolescentes em particular, e da Atenção à Saúde dos Adolescentes, em geral.

9. REFERÊNCIAS

Abad M. *Las políticas de juventud desde la perspectiva de la relacion entre convivencia, ciudadanía y nueva condicion juvenil*. Texto apresentado no 1º Simpósio Internacional sobre Juventude e Violência , Medellín, out. 2001.

Aberastury A, Knobel M. *Adolescência Normal: um enfoque psicanalítico*. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.

Alderman EM, Rieder J, Cohen MI. The history of adolescent medicine. *Pediatr Res*. 2003; 54(1):137-47.

Ariès P. *História social da criança e da família*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1981.

Assis SG, Avanci JQ, Silva CMFP, Malaquias JV, Santos NC, Oliveira RVC. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(3):669-80.

Ayres JRJM. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: Schraiber, LB (org). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec; 1990. p.139-82.

Ayres JRJM, França-Júnior I. Saúde do adolescente In: Schraiber LB *et al*. *Saúde do adulto – Programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p.66-85.

Ayres JRJM, Calazans GJ, Filho HCS, França-Júnior I. Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde In: Campos, GWS *et al*. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec e Fiocruz; 2006. p.375-418.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente. *Normas de atenção à saúde integral do adolescente*, Vol. 1. Brasília; 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. *Marco Legal, saúde um direito de adolescentes*. Brasília; 2005.

Brasil. Presidência da República. Ato Institucional n.5. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1968 13 dez.;Seção 1:146.

Buoncompagno EM, Sarmiento RC. Contribuição psicodinâmica e abordagem multiprofissional de adolescentes. In: São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Comissão de Saúde do Adolescente. *Adolescência e Saúde*. São Paulo. 1994, p19-26.

Buoncompagno EM, Sarmiento RC. Sexualidade. In: São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde – Comissão de Saúde do Adolescente. *Adolescência e Saúde*. São Paulo: Paris Editorial; 1988, 1994, 1999 e 2008.

Camargo A. Os usos da História Oral e da História de Vida: trabalhando com elites políticas. *Revista de Ciências Sociais*. 1984;27(1):5-28.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde colet*. 2000;5(2):219-30.

Carvalho AA – Histórico Prof. Dr. Azarias de Andrade Carvalho. [acesso em 05/01/2011] disponível em <http://www.unifesp.br/dped/historico/azarias.html>

Castro AL. Imagens do corpo e cultura de consumo. *Com Ciência – Revista eletrônica de jornalismo científico*. [periódico online]. 2008 [publicado em 10/06/2008] [acesso em 01/07/2008]; 99:[1 tela]. Disponível em: <http://www.comciencia.br/comciencia/?section=8&edicao=36&id=426>

Coates V. História brasileira da medicina do adolescente: comemorando 10 anos de ASBRA. *Adolesc Latinoam*. 1999;1:260-5.

Coates V, Corrêa MM, Tuba N, França LA, Preto LA. Atendimento ambulatorial de adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*. 1988;6(20):17-24.

Coates V, Bezno GW, França LA. *Medicina do Adolescente*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2003.

Código de Ética Médica. Capítulo IX, artigo 74, setembro de 2009.

Colli AS. *Adolescentes – aspectos globais de saúde* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1972.

Colli AS, Deluqui CG. Adolescência. In: Alcântara P & Marcondes E. *Pediatria Básica*. 6ªed. São Paulo: Sarvier; 1978. p.175.

Colli AS, Saito MI, Santos MJSF, Lima IN, Carvalheira CA, Guerra VNA, Paro MJ, Takei IM. In: Setian N, Colli AS, Marcondes E (org). *Adolescência*. São Paulo: Sarvier; 1979a. p.99-106.

Colli AS. Maturação sexual na faixa etária de 10 a 19 anos [tese livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1979b.

Colli AS. Memorial [concurso para Professor Adjunto do Departamento de Pediatria]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1984.

Colli AS. O adolescente e a equipe de saúde. *Comunicação (Publ. Roche)*. 1985; 6(1):4-5.

Conselho Federal de Medicina (CFM), resolução nº 1.811/2006 publicado no D.O.U. de 17 jan. 2007, seção I, p.72.

Crespin J. Breve História da Medicina da Adolescência. In: Crespin J, Reato LFN. *Hebiatria: Medicina da Adolescência*. São Paulo: Roca; 2007. p.4-9.

Dolto F. *A causa dos adolescentes*. Aparecida, SP: Ideias & Letras; 2004.

Eisenstein E, Coates V. Adolescent Health Care in Brazil. *Bulletin of the Pediatric Association*. 1988; 12-26.

Estatuto da Criança e do Adolescente, lei nº 8069 de 13/07/1990.

Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(11):2491-5.

Fonseca C, Moraes JC de, Barata RB. *O Livro da Meningite: uma doença sob a luz da cidade*. São Paulo: Segmento Farma; 2004.

Foracchi MM. *A juventude na sociedade moderna*. São Paulo: Livraria Pioneira; 1972.

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE - Censo Demográfico de 2000.

Françoso LA, Gejer D, Reato, LFN. *Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência*. São Paulo: Atheneu; 2001.

Gallagher JR. The origins, development, and goals of Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 1982; 3(1):57-63.

Gates AE. The work of the adolescent clinic of Sanford University Medical School. *Arch Pediatr*. 1918;35:236-43 *apud* Silber TJ, 1997.

Goldberg TBL, Jaehn SM, Kfourri JRN, Simões ACP, Curi PR. Avaliação do desenvolvimento afetivo-social do adolescente na faixa etária dos 15 aos 18 anos: estudo com adolescentes do Município de Botucatu – São Paulo; características sociais e interação familiar. *J Pediatr (Rio J)*. 1987;63(4):213-7.

Goldberg TBL, Jaehn SM, Kfourri JRN, Simões ACP, Curi PR. Avaliação do desenvolvimento afetivo-social do adolescente na faixa etária dos 15 aos 18 anos: estudo com adolescentes do Município de Botucatu, SP – Aspectos da sexualidade. *J Pediatr (Rio J)*. 1994;70(1):39-43.

Greulich WW, Dorfman RI, Carchpol HR et al. Somatic and endocrine studies of puberal and adolescent boys. *Monogr Soc Child Dev*. 1942;7:1 *apud* Silber TJ, 1997.

Hall GS. *Adolescence: Its Psychology and its relationship to physiology, antropology, sociology, sex, crime, religion and education*. 2 vol. New York: Appleton Co; 1904 *apud* Passerini L, 1996.

Hobsbawm EJ. *Era dos extremos – o breve século XX 1914 – 1991*. São Paulo: Companhia das letras; 1997.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo 2010 [acessado em 03/01/2011].

Disponível em: http://www.ibge.gov.br/censo2010/piramide_etaria/index.php

Infante DP. Devir Adolescente. *Comunicação* (Publ. Roche). 1985;6(1):29-32.

Jaehn SM, Goldberg TBL, Kfourri JRN, Simões ACP, Curi PR. Avaliação do desenvolvimento afetivo-social do adolescente na faixa etária dos 15 aos 18 anos. Estudo com adolescentes do Município de Botucatu – São Paulo. Interações sociais (grupos de companheiros). *J Pediatr (Rio J)*. 1988;64(4):111-4.

Leal MM. *Caracterização da espermarca: um projeto piloto* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1994.

Leite RMC, Buoncompagno EM, Leite ACC, Mergulhão EA, Battistoni MMM. Psychosexual characteristics of female university students in Brazil. *Adolescence*. 1994;29(114):439-60.

Leite RMC, Buoncompagno EM, Leite ACC, Psychosexual characteristics of male university students in Brazil. *Adolescence*. 1995;30(118)363-80.

Lyra SMK, Goldberg TBL, Lyda M. Mortalidade de adolescentes em área urbana da região Sudeste do Brasil, 1984-1993. *Rev Saúde Públ*. 1996;30(6):587-91.

Maakaroun MF, Souza RP, Cruz AR. *Tratado de Adolescência: um estudo multidisciplinar*. Belo Horizonte: Cultura Médica; 1991.

Marcondes E. *Pediatria Básica*. São Paulo: Sarvier; 4ª ed. 1974.

Marcondes E. Introdução ao Estudo da Adolescência In: Setian N, Colli AS, Marcondes E. *Adolescência*. São Paulo: Sarvier; 1979, p.1-12.

Marcondes E, Berquó E, Hegg R, Colli AS, Zacchi MAS. *Crescimento e desenvolvimento pubertário em crianças e adolescentes brasileiros: I – Metodologia*. São Paulo: Editora Brasileira de Ciências LTDA; 1982.

Mascaretti LAS. Texto de homenagem ao Professor Eduardo Marcondes no site do Centro de Saúde Escola do Butantã Samuel Pessoa (2006). [acessado em 15/06/2010]. Disponível em:

<http://www.fm.usp.br/cseb/mostrahp.php?origem=cseb&xcod=Prof>.

Marcondes

Mattos MAV, Junior WCS. *Contra os inimigos da ordem: a repressão política do regime militar brasileiro (1964-1985)*. Rio de Janeiro: DP&A; 2003.

Mello Jorge MHP. Como Morrem Nossos Jovens In: *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento – CNPD, 1998, vol. 1, p.209-89.

Mello Jorge MHP. Mortalidade na Adolescência: o futuro comprometido. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. *Adolescência: prevenção e risco, 2ªed*. São Paulo: Atheneu; 2008, p.543-56.

Montagu A. *Growing young*. NY: McGraw – Hill Book Company; 1981.

Mota A, Silva JA, Schraiber LBL. *Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil à obra de Maria Cecília Donnangelo*. – Brasília: Ministério da Saúde e Organização Pan-americana de Saúde, 2004.

Mota A, Schraiber LBL. Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista em 1930. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2009;16(2):345-60.

Muuss R. *Teorias da adolescência, 5ª ed.* Belo Horizonte: Interlivros; 1976.

National Library of Medicine – National Institutes of Health. [acesso em 11/12/2010]. Disponível em:
http://www.nlm.nih.gov/changingthefaceofmedicine/physicians/biography_98.html

Novaes HMD. *A Puericultura em questão* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1979.

Nunes ED. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*. 1994;3(2):5-21.

Oliveira JC, Pereira NO, Camarano AA, Baeninger R. Evolução e Características da População Jovem no Brasil. In: *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento – CNPD; 1998, vol.1, p.7-19.

Organização Mundial de Saúde. *Necessidades la salud de los adolescentes. Informe de un comité de experto de la OMS*. Informe técnico n.609. Genebra: OMS;1977.

Organização Mundial de Saúde. *Declaração de Alma-Ata: conferência internacional sobre cuidados primários de saúde*. Série Saúde para todos, n.1. Genebra: OMS;1978.

Organização Mundial de Saúde. *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la salud para todod en el año 2000*. Genebra: OMS, 1985.

Organização Pan-americana de Saúde. *La salud del adolescente y del joven em lãs Américas*. Publicación Científica, 489. Washington (DC):OPAS;1985.

Organização das Nações Unidas. *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento + 5*. Nova Iorque: ONU;1999.

Passerini L. A juventude, metáfora da mudança social. Dois debates sobre os jovens: a Itália fascista e os Estados Unidos da década de 1950. In: Levi G e Schmitt JC et. al. *História dos Jovens 2. A época contemporânea*. São Paulo: Schwarcz; 1996, p.319-82.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Públ.* 1998;32(4):299-316.

Queiroz LB. Da Pediatria à saúde do adolescente: origens históricas de uma prática médica. In: Mota A e Schraiber LB (orgs). *Infância & Saúde: perspectivas históricas*. São Paulo: Hucitec; 2009, p.265-81.

Queiroz MIP de. *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*. São Paulo: T.A. Queiroz Editor; 1991.

Reato LFN. *Avaliação do ensino de Medicina do Adolescente no quinto ano do curso de graduação: experiência da Disciplina de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina do ABC* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1999.

Reato LFN. Introdução. In: Crespim, J; Reato, LdeFN. *Hebiatria: Medicina da Adolescência*. São Paulo: Roca; 2007.

Reato LFN. Memorial [concurso para Professor Titular da Disciplina de Hebiatria do Departamento de Pediatria]. Santo André: Faculdade de Medicina do ABC; 2010.

Rojas DS. Adolescência, cultura y salud. In: Maddaleno M et. al. *La salud del adolescente y del joven*. Washington, DC: Organización Pan-americana de la Salud. 1995, p.15- 26.

Rossi VP, Saito MI, Goldberg TBL, Crespín J, Coates V, Colli AS, Corrêa MGM, Monteleone ML, Brandão SMM, Zekcer I. Atendimento de Adolescentes. *Rev. paul. pediatr.* 1983a;1(3):jan-fev, informações dos comitês – Comitê de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Rossi VP, Saito MI, Colli AS, Zecker I, Crespín J, Corrêa MGM, Monteleone ML, França PC, Goldberg TBL, Coates V. A consulta do adolescente. *Rev. paul. pediatr.* 1983b;1(6):66-67, jul-dez, informações dos comitês – Comitê de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Ruzany MH, Szwarcwald CL. Oportunidades perdidas de atenção integral do adolescente: resultados do estudo piloto. *Adolescência Latinoamericana*. 2000; 2(1): 26-35.

Ruzany MH, Andrade CLT, Esteves MAP, Pina MF, Szwarcwald CL. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente do Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(3):639-49

Ruzany MH. Núcleo de estudos da saúde do adolescente: uma prioridade docente assistencial da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM. *Adolescência Prevenção e Risco*, 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2008, p.29-38.

Saito MI. *Menarca e variáveis antropométricas em adolescentes brasileiras* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1985.

Saito MI. *Estado nutricional de adolescentes do subdistrito do Butantã, São Paulo, Brasil: indicadores antropométricos, sócio-econômicos e maturação sexual* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1990.

Saito MI, Leal MM, Silva LEV, Colli AS, Marcondes E. O caso da disciplina “Pediatria Preventiva e Social III” Departamento de Pediatria – FMUSP. *Pediatria (São Paulo)* 1999;21(1):10-14.

Saito MI. *Puberdade masculina: indicadores antropométricos do estado nutricional e de maturidade, idade e maturação sexual; como fatores associados à primeira ejaculação em adolescentes do subdistrito do Butantã* [tese livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.

Saito MI, Colli AS, Speroto G. Estado nutricional de adolescentes brasileiros: indicadores socioeconômicos, antropométricos y de maduración sexual. In: Maddaleno M, Munist MM, Serrano CV, Silber TJ, Ojeda ENS, Yunes J. *La salud del adolescente y del joven*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1995, p.487-98.

Saito MI, Colli AS. A consulta do adolescente. In: Sucupira ACSL et al. *Pediatria em Consultório*. São Paulo: Sarvier; 2000, p.703-8.

Saito MI, Silva LEV. *Adolescência Prevenção e Risco*, 1ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2001, p.3-9.

Saito MI. Memorial [concurso para Professor Livre-docente do Departamento de Pediatria]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.

Saito MI, Silva LEV, Leal MM. *Adolescência Prevenção e Risco*, 2ªed. São Paulo: Atheneu; 2008.

Sant'Anna MJC, Coates V. Gravidez na adolescência: visão do hebiatra. In: Coates V, Beznos GW, Françoso LA. *Medicina do adolescente*. São Paulo: Sarvier; 2003, p.361-71.

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde – Comissão de Saúde do Adolescente. *Adolescência e Saúde*. São Paulo: Paris Editorial; 1988, 1994, 1999 e 2008.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Adolescência, anticoncepção e ética – Diretrizes. *Jornal de Pediatria* 2004; (80)1.

Schraiber LB. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1989.

Schraiber LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1993 *apud* Mota A, Schraiber LB 2009, p.350.

Schraiber LB. Pesquisa Qualitativa Em Saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Públ.* 1995;29(1):63-74.

Schraiber LB. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos dilemas, outros desafios* [tese livre-docência]. São Paulo: Faculdade

de Medicina, Universidade de São Paulo; 1997 *apud* Mota A, Schraiber LB 2009, p.350.

Sigerist HE. Aporte de la medicina al progreso de la civilización (presentada en el XIV Congreso Internacional de Historia de la Medicina en Roma, el 17-09-1954). In: Sigerist, HE. *Historia y Sociología de la Medicina* (selecciones). Trad. Gustavo Molina, Bogotá: Guadalupe; 1974 *apud* Mota A, Silva JA, Schraiber LB 2004, p.14.

Silber TJ. Medicina da adolescência – uma nova subespecialidade pediatria e da medicina interna na América do Norte. *Adolesc. Latinoam.* 1997. 1(1): 11-5.

Sociedade Brasileira de Pediatria e Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Adolescência, Anticoncepção e Ética: Diretrizes. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80(1):informe da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Tanner JM. Growth at Adolescence. 2^a ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1962 *apud* Silber TJ, 1997.

Taquette SR, Vilhena MM, Silva MM, Vale MP. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21(6):1717-25.

Thompson EP. *A miséria da teoria ou um planetário de erros: uma crítica ao pensamento de Althusser.* Rio de Janeiro: Zahar; 1981.

Thompson P. *A voz do passado - História oral.* Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

U.S. Public Health Service - Department of Health & Human Services. Office of the Surgeon General. [acesso em 11/12/2010]. Disponível em <http://www.surgeongeneral.gov/about/previous/bioelders.htm>

Van Gennep A. *Os ritos de passagem*. Petrópolis: Vozes; 1978.

Vitalle MSS, Medeiros EHGR. *Adolescência – Uma abordagem ambulatorial*. São Paulo: Manole; 2008.

Yunes J, Pinto E. Características da Mortalidade de Adolescentes Brasileiros. In: Nóbrega FJ, Leone C. *Assistência Primária em Pediatria*. São Paulo: Artes Médicas; 1989, p.38-59.

10. FONTES HISTÓRICAS

- I. Comitê de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria – Normas e Recomendações 1987.
- II. Comissão de Fusão dos Cursos Tradicional e Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1976.
- III. Comunicado da Assembleia geral dos alunos da FMUSP em 14/10/1976, Comunicado das Assembleias Gerais dos alunos da FMUSP em 14 e 15/10/1976. Carta redigida pelos alunos do Centro Acadêmico “Oswaldo Cruz” em 20/10/1976, endereçada aos docentes da FMUSP, após publicação do ofício de reunificação dos cursos de medicina, o qual não incluía parte das propostas do extinto curso experimental (documentos localizados no Museu Histórico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).
- IV. Carta denominada “O Renascimento”, redigida por docentes e discentes da FMUSP, em defesa da restauração do currículo médico mais tradicional após a fusão dos cursos Experimental e Tradicional, em 1976 (documento localizado no Museu Histórico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).
- V. Carta do Embu – Objetivos e organização administrativa do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Pediatria São Paulo*, 1979;1:85-98.
- VI. Carta redigida aos estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), pelo então diretor da Faculdade Prof. Dr. Carlos da Silva Lacaz, em 27/10/1976, pedindo aos alunos o término da greve (documento localizado no Museu Histórico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

VII. Material Relativo ao Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PASA-CSEB) de 1987-1993. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP – Centro de Saúde Escola do Butantã (cedido pelo Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres)

11. APÊNDICE

Fotos ilustrativas de eventos e personagens pertinentes ao trabalho.

**I CONGRESSO
BRASILEIRO DE
ADOLESCÊNCIA**

1 a 5 de Junho de 1985

SÃO PAULO
**MAKSUD
PLAZA HOTEL**

TEMAS

- *Crescimento e Desenvolvimento*
- *Nutrição*
- *Sexualidade*
- *Desenvolvimento Psicológico*
- *Mortalidade*
- *Principais Problemas de Saúde*
- *Problemas Ginecológicos*
- *Atendimento de Adolescentes*
- *Adolescentes e Escola*
- *Distúrbios Psicológicos*
- *Gravidez*

SOCIEDADE BRASILEIRA
DE PEDIATRIA
Comitê de Adolescência

Secretaria Executiva:
MEETING Planejamento e Organização de Eventos
Rua Jussara, 40 - CEP 04542 - SP
Telefone (011) 210-3777

Boehringer
Ingelheim

Buscopan Composto
espasmolítico



Da esquerda para direita, de baixo para cima: Maria Helena Ruzany, Verônica Coates, Anita Colli, Maria Ignez Saito, Ronald Pagnoncelli de Souza, Evelyn Eisenstein, Elizer Aldiface, Wilson Valentim, Fabio Adamo, Orlando Araújo e Sandra Martins.



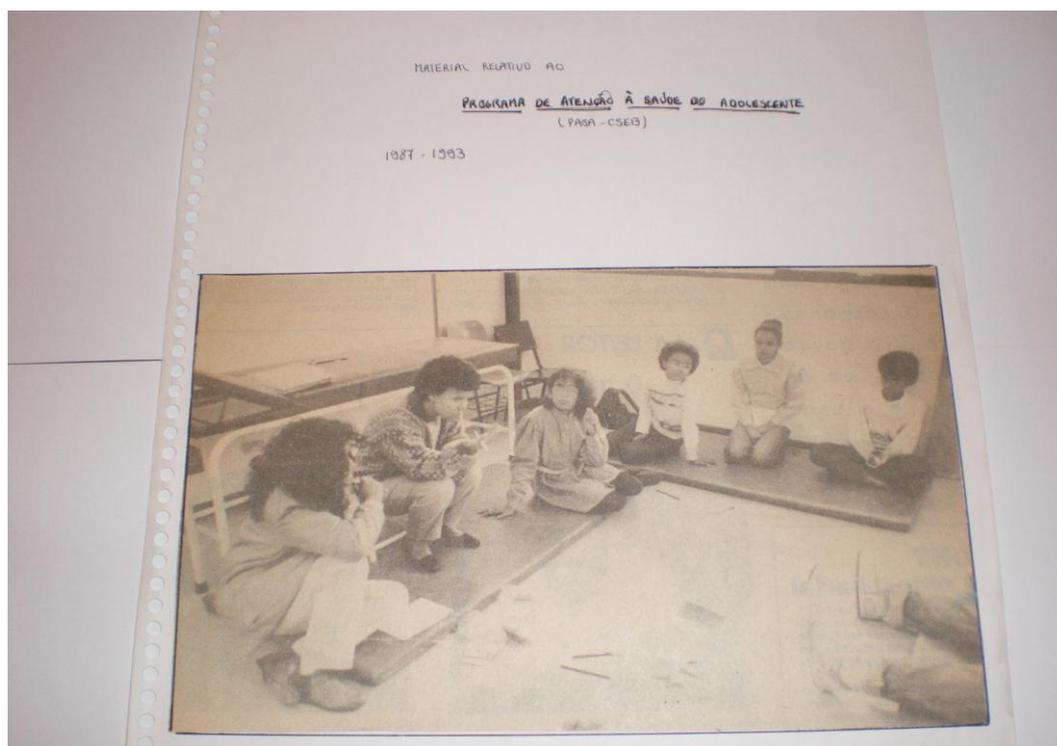
Da esquerda para a direita: Maria Ignez Saito, Sandra Martins, Eduardo Marcondes e Felix Heald.



Pôster do PROSAD – Ministério da Saúde, Coordenação da Divisão de Saúde Materno Infantil.



Equipe inicial da Unidade de Adolescentes do ICr-HC/FMUSP. Da esquerda para a direita, em cima: Maria Ignez Saito, Maria José Paro Forte, Domingos Infante, Ana Elia R. Petroni. Em baixo: estagiárias da instituição e Anita Colli.



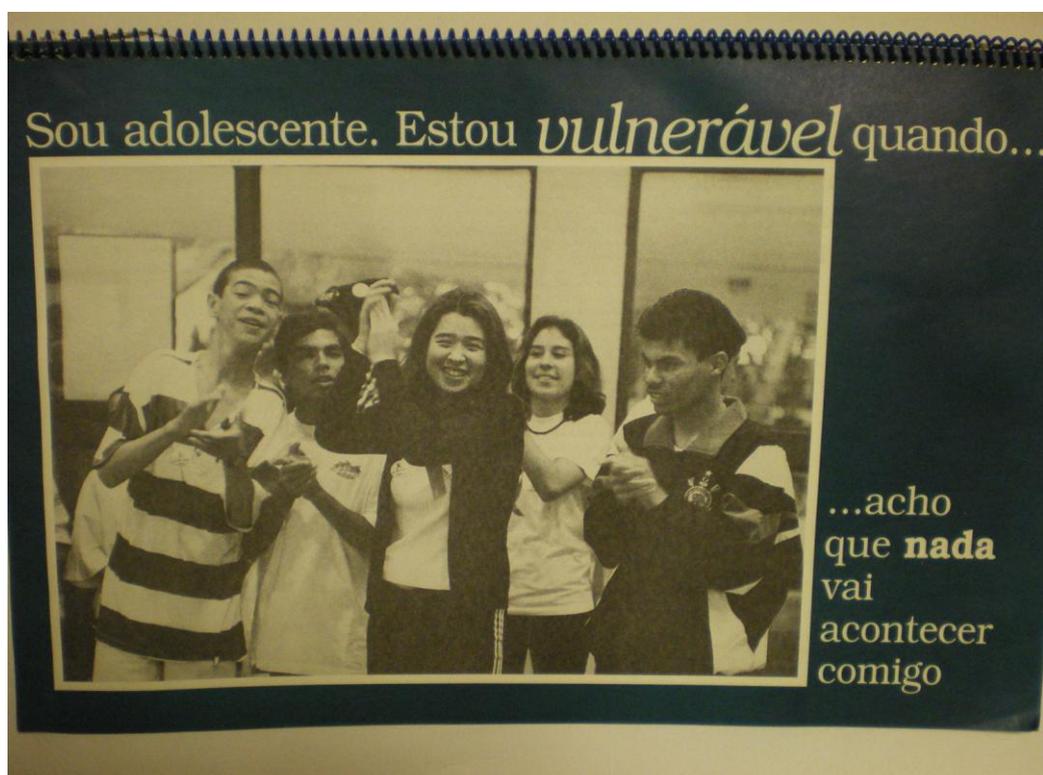
Primeira compilação de materiais documentais relativos ao PASA/CSE – Butantã (1987 – 1993), elaborado por José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. Na foto, as profissionais de enfermagem Obed Rodrigues e Ivone de Paula (da esquerda para a direita), realizam atividade em grupo com adolescentes do Programa.



Material educativo do Projeto “Trance essa rede”, desenvolvido pelo Grupo de Trabalho e Pesquisa em Orientação Sexual (GTPOS), componente de intensa atividade de parceria entre essa ONG e o PASA CSE-Butantã.



Álbum do Projeto "Trance essa rede".



Álbum do Projeto "Trance essa rede".

12. ANEXOS

Anexo I

Roteiro de Entrevista com profissionais responsáveis pela implantação dos primeiros serviços de Medicina de Adolescentes no estado de São Paulo.

I. Identificação:

Nome, idade, sexo, formação graduada, residência médica ou especialização, anos e locais de formação e especialização, títulos acadêmicos, situação atual (aposentado ou trabalhando).

II. Trajetória profissional até a constituição dos primeiros serviços de Medicina de Adolescentes:

1. Como foi o início da carreira e como se deu o interesse pelo estudo e assistência à saúde dos adolescentes.

2. Como percebeu a necessidade de uma atenção médica (ou de saúde) voltada para a adolescência.

3. Como compreendia o adolescente brasileiro naquele período, suas carências e peculiaridades.

4. Quais as influências recebidas, nacionais e estrangeiras. Necessidades de especialização em outros países por meio de cursos, estágios ou congressos.

5. Publicações especializadas e mídia da época: quais eram as preocupações, as morbidades mais relevantes, a situação de saúde dos adolescentes.

III. Medicina de Adolescentes no contexto do período histórico e as políticas públicas de saúde:

1. Situar o início da atuação como médico de adolescentes e o período histórico, influências do Estado repressivo ou não.
2. Dificuldades enfrentadas para a implantação da Medicina de Adolescentes nos hospitais, postos de saúde, universidades, diante dos colegas médicos, das instituições de saúde e da sociedade.
3. Caracterização das políticas públicas de saúde para a faixa etária adolescente na década de 1970, programas de saúde, mobilizações e iniciativas do governo para a atenção a essa população.
4. Os serviços de Medicina de Adolescentes no país em relação a outros da própria América Latina e de outros continentes.
5. Institucionalização e reconhecimento da Medicina de Adolescentes.
6. Como os adolescentes e seus responsáveis avaliam o atendimento especializado.

IV. O adolescente e a Saúde Coletiva.

1. Como se formulou e se constituiu, historicamente, a atenção à saúde do adolescente diante da perspectiva da Saúde Coletiva.
2. Qual o olhar da Saúde Coletiva dirigido ao adolescente: suas preocupações, enfoques no atendimento e no planejamento de ações de saúde coletiva destinadas a faixa etária adolescente.
3. Qual a aproximação da Clínica da Medicina de Adolescentes com as ações da Saúde Coletiva para os indivíduos desta faixa estaria (convergências e divergências).

V. Outros aspectos relevantes.

1. Existência de alguma documentação que pudesse auxiliar na pesquisa (Ex: Cartas, artigos, ofícios etc.).
2. Gostaria de acrescentar alguma coisa?
3. Acha que a entrevista deixou de abordar algum tópico que pudesse ser de interesse?
4. Gostaria de fazer algum comentário sobre o processo de entrevista em si – reflexões, sentimentos, efeitos?

ANEXO II

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. NOME:
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO
- Nº APTO:
- BAIRRO:CIDADE
- CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **“A Medicina de Adolescentes no Estado de São Paulo de 1970 a 1990: uma dimensão histórica”.**

PESQUISADOR: Lígia Bruni Queiroz

CARGO/FUNÇÃO: Médica – Pós-graduanda de Mestrado

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº :109.520.....

UNIDADE DO HCFMUSP: Medicina Preventiva

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO

RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO

RISCO MAIOR

4. Duração da pesquisa: 3 anos

1 – Desenho do estudo e objetivo(s) Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa analisar e compreender, à luz da perspectiva histórica, a institucionalização da Medicina de Adolescentes no Estado de São Paulo na década de 1970.

2 – Será realizado o levantamento de documentos da época da implantação da Medicina de Adolescentes no Estado de São Paulo e também entrevistas com os profissionais responsáveis pelos serviços pioneiros no atendimento de Adolescentes naquele Estado. As entrevistas têm o objetivo de resgatar, por meio da história oral, as condições históricas nas quais se implantaram os primeiros serviços de Medicina de Adolescentes (o momento social, econômico e político do país, e da saúde coletiva em especial).

3 – A entrevista será realizada por meio do uso do gravador.

4 – Não há desconfortos e riscos esperados no procedimento do item 3;

5 – Não há benefício direto para o participante.

6 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a **Dra Lígia Bruni Queiroz** que pode ser encontrada no endereço Av. Doutor Arnaldo, 455 2º andar. Telefone(s) 3066-7077. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnnet.usp.br

8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

09 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras entrevistas e documentos históricos, não sendo divulgada a identificação de nenhum profissional.

10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à

Adendo ao item 9 do termo de consentimento livre esclarecido

Ao longo do presente trabalho, percebeu-se a importância da identificação dos depoentes, uma vez que a perspectiva metodológica adotada foi a da reconstrução histórica da Medicina de Adolescentes e dos programas de saúde do adolescente no Estado de São Paulo no período de 1970 a 1990. Assim, os depoentes autorizaram a identificação de seus respectivos nomes e a transcrição das entrevistas que concederam.

Anexo III



APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 01/04/2009, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0224/09**, intitulado: "**A MEDICINA DE ADOLESCENTES NO ESTADO DE SÃO PAULO DE 1970 A 1990: UMA DIMENSÃO HISTÓRICA**" apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Profa. Dra. Hillegonda Maria Dutilh Novaes**

Pesquisador (a) Executante: **Lígia Bruni Queiroz**

CAPPesq, 02 de Abril de 2009

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão de
Ética para Análise de Projetos
de Pesquisa

Hillegonda Maria Dutilh Novaes
Hillegonda Maria Dutilh Novaes
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
do Depto. de Medicina Preventiva