

A oportunidade de refletir e debater questões ligadas ao período da adolescência, através do excelente artigo sobre representação social do ser adolescente, de Assise *et al.* (2003), é mais um passo no estudo desta importante fase de vida e que provavelmente abrirá mais caminhos, outros trabalhos de pesquisa sobre representação social e novas percepções sobre o adolescente brasileiro.

Adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta e é caracterizada pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade e pelos impulsos do desenvolvimento físico, emocional, mental e social. A adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, assumindo sua identidade e obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social (Heald, 1985).

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial de Saúde como as idades entre os 10 e 20 anos, e pelas Organizações das Nações Unidas como as idades entre 15 e 24 anos, critério usado principalmente para fins estatísticos e demográficos. Na maioria dos países, o conceito de maioridade do ponto de vista legal é estabelecido aos 18 anos, mas outros critérios permanecem flexíveis e confusos, de acordo com os costumes e culturas locais. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente, lei 8.069, define a adolescência como a faixa etária de 12 até 18 anos de idade (1990). É importante enfatizar que devido às características da diversidade humana e variabilidade dos parâmetros biológicos e psicossociais que ocorrem nessa época, denominadas de *assincronias de maturação* a idade cronológica, apesar de ser o critério mais usado, muitas vezes, não é o melhor critério descritivo do adolescente, em estudos clínicos e comunitários que se referem aos aspectos biopsicossociais da adolescência (Eisenstein, 1994).

Puberdade é o fenômeno biológico que se refere às mudanças fisiológicas e morfológicas resultantes da re-ativação dos mecanismos neuro-hormonais do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal. Essas mudanças corporais são parte de um processo contínuo e dinâmico, que se inicia na vida fetal e termina com o completo crescimento do indivíduo, após a fusão total das epífises ósseas, com o desenvolvimento das características sexuais secundárias, com a maturação e a capacidade de fecundação, através da ovulação e da espermatogênese, garantindo a perpetuação da espécie (Tanner, 1962).

As principais manifestações da puberdade são o estirão puberal ou o aumento da velocidade de crescimento e maturação óssea, o desenvolvimento gonadal, as mudanças na composição corporal e desenvolvimento de todos os sistemas de órgãos internos, e que levam às várias mudanças corporais secundárias e que diferenciam os gêneros masculino e feminino. Ainda é importante ressaltar que existe uma enorme *variabilidade* no tempo de início, duração e progressão do desenvolvimento puberal, com marcantes diferenças entre os grupos étnicos e sociais de uma população, de acordo com fatores nutricionais, políticos e econômicos atribuídos aos processos de urbanização, globalização e avanços tecnológicos (Eveleth e Tanner, 1990).

Esses conceitos são essenciais para se compreender porque esse período é *único, original e indelével* na vida de cada pessoa e em qualquer grupo social. O adolescente está passando por um período de desenvolvimento *rápido, sensível e vulnerável* devido a tantas mudanças corporais e para o qual precisa de condições favoráveis, estímulos positivos e construtivos, apoio emocional e suporte familiar e social, de tal forma que a transição seja um reflexo do potencial máximo de organização e integração que deve ocorrer no processo saudável do crescimento e desenvolvimento humano (Scott, 1986).

Cada adolescente é um ser diferente, que exige atenção e que não pode ser massificado por critérios consumistas dos meios de comunicação e por estereótipos que irão influenciar marcadamente seu futuro estilo de vida. Assuntos associados à sexualidade, identidade, autonomia, valores e mudanças nas conexões e relações de amizade e afetivas, são temas do cotidiano e da busca de respostas ao "quem eu sou?" Daí, porque essa fase ser também caracterizada pela sociedade adulta como uma época de crises, conflitos, ambivalências, e tempestades familiares que quase sempre levam a situações de risco social associadas ao aumento dos agravos à saúde.

São ângulos diferentes de um mesmo prisma *ciclo da vida* (McGoldrick e Carter, 1980). Adolescentes vivendo o desafio da paixão, impulsividade, excitabilidade e alegria no alcance de seus potenciais e de novas expectativas e de adultos que exercem mais poder nas instituições sociais, mas que iniciam o processo de envelhecimento, mesmo a *contragosto* e tendo ainda que abrir espaços e multiplicar os suportes sociais para a nova geração que surge

todo vapor São forças diferentes e ao mesmo tempo complementares, mas que muitas vezes se chocam e trazem à tona os confrontos entre as gerações, modificando e distorcendo a percepção da realidade, segundo as idéias, ideais, esperanças e probabilidades de cada grupo etário.

No Brasil, "como em quase todos os países do mundo, vem crescendo o estudo da adolescência", desde 1970. A *medicina de adolescente ou hebiatria* (da Hebe, deusa grega da juventude e *diatros* médico) aqui surgiu a partir de três diferentes instituições universitárias, no Rio de Janeiro, a UERJ; e em São Paulo, a USP e a Santa Casa, que desenvolveram trabalhos e pesquisas pioneiros no atendimento do adolescente e nas atividades de promoção e educação em saúde desse grupo populacional. A Sociedade Brasileira de Pediatria, sensibilizada com a demanda de saúde dos adolescentes brasileiros, criou, em 1980, os Comitês de Adolescência em vários estados. As atividades dos comitês deram um impulso para os trabalhos que já vinham sendo realizados em muitas coletividades e por várias equipes multidisciplinares em nosso meio. Desde 1985, os Congressos Brasileiros de Adolescência recebem um número progressivo de trabalhos científicos e que expressam as muitas interfaces das ciências sociais e de saúde. Em 1989, foi fundada em Brasília, a Associação Brasileira de Adolescência e cujo logotipo simboliza uma porta aberta. Entre suas múltiplas finalidades, está a de melhor identificar as necessidades e conseqüentemente proporcionar o atendimento global cada vez mais adequado aos adolescentes brasileiros (Coates, 2003), e que hoje reúne profissionais interessados em quase todos os estados do Brasil.

E o trabalho realizado no município de São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro, é um exemplo da riqueza de opiniões verbalizadas de 1.986 adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, e que representam um microcosmo da realidade brasileira. Eles estão falando de si mesmos, de seus valores, de suas percepções e competências para observadores atentos e que foram coletando os dados através de entrevistas, questionários e a coletânea de 8.076 palavras utilizadas no cotidiano desse grupo de jovens. Classificar e resumir tantos dados obtidos nas várias fases da pesquisa já é um trabalho a ser elogiado. E mais ainda, quando os resultados demonstram adolescentes tão otimistas, satisfeitos, tranqüilos, calmos e alegres. Será verdade? Ou será que eles assim se expressam até para disfarçarem as angústias e inseguranças que ocorrem durante as mudanças corporais da adolescência? Os adolescentes que procuram os serviços de saúde apresentam freqüência maior de queixas vagas, de fundo emocional ou psicossocial que revelam insatisfações corporais, problemas e conflitos familiares, além de problemas clínicos comuns à faixa etária, mas sabemos que menos de 10% da população de adolescentes utiliza ou tem acesso aos serviços públicos de saúde, mesmo quando gratuitos, e portanto só estamos examinando a ponta do iceberg. A maioria dos adolescentes realmente está nas escolas e deve ser melhor rastreada nos distúrbios de comportamento e de conduta ou de baixa auto-estima, como uma medida de prevenção de problemas psicossociais futuros, inclusive da violência.

O auto-conceito e a auto-estima são as bases da representação social que são construídas durante a puberdade através do reflexo da imagem narcísica que o adolescente tem de si mesmo, sua imagem corporal. A imagem corporal é o retrato do próprio corpo que se forma na mente. É um conceito plástico, em constante transformação e modificado pelo crescimento corporal, trauma ou declínio físico e influenciado pela interação com as pessoas e o ambiente. As velocidades das mudanças corporais, a falta de informações educacionais, as expectativas sociais, os estereótipos forçados pelos meios de comunicação, e as inseguranças desse período, tudo influencia a aceitação e a representação social do adolescente, e ao mesmo tempo sua imagem corporal, sua auto-estima e o conceito de si mesmo.

O *conceito de si mesmo* é uma das teorias do desenvolvimento que interpreta os fatos que acontecem na vida diária. As crenças e os valores que os adolescentes têm de si mesmos determinam muitas das reações emocionais, quando questionados ou desafiados. E precisam sempre ser reforçados como "certos". Quando isso acontece, os adolescentes absorvem as novas informações sobre si mesmos e o "mundo lá fora" e se adaptam com mais facilidades. Quando se sentem ameaçados ou amedrontados, se fecham e defendem a si mesmos, reagindo ao mundo e se sentindo incapazes e com baixa auto-estima. Mas esses conceitos evoluem e se tornam cada vez mais diferenciados quando os adolescentes amadurecem e podem refletir sobre as decisões tomadas e também à medida que se sentem mais seguros em relação às mudanças corporais e com novas oportunidades e alternativas que vão se abrindo enquanto crescem e são aceitos (Cobb, 1995).

No quadro 2 do artigo citado, os dados não demonstram as diferenças em relação às faixas etárias e só ficam bem mais nítidas as palavras que evocam atitudes anti-sociais, de inquietude e incompetência nos adolescentes com baixa auto-estima. Mas as diferenças entre os grupos estudados e as palavras do núcleo central não demonstram essas inseguranças e seria importante debatermos o por quê, tendo a amostra de adolescentes com maior freqüência de baixa auto-estima (negativo) e ainda assim, encontrando tantas palavras ou atributos positivos. Poderíamos especular sobre a negação dos problemas ou mecanismos de defesa e resistência ou a dificuldade de expressar sentimentos negativos (afinal ninguém quer *jogar e fazer o gol contra si mesmo, nem perder o jogo...*) ou depreciativos quando se referem a si mesmos e não a outros, como colegas, pais ou professores.

Sobre as diferenças de visões e expectativas entre os adolescentes e os adultos ou a célebre dúvida existencial entre a meia garrafa cheia (otimismo) e a meia garrafa vazia (pessimismo) são dualidades complementares ou, ainda, reflexos dos estereótipos que existem em nossa sociedade. Mas que fazem a premissa dos programas e intervenções de educação e promoção da saúde com adolescentes serem tão questionados, pois são delineados sem avaliação dos dados de *causa, conteúdo e metodologia* dos resultados ou mudanças de comportamentos obtidos (Nutbeam et al, 1996).

Mas, são geralmente os adultos que desvalorizam, depreciam, rejeitam ou excluem os jovens com palavras tais como "aborrecentes", "drogados", "pixotes", "transviados", "pentelhos", "deficientes", etc. numa visão negativa e

excludente da população dos adolescentes. Ou colocam palavras e atributos que refletem pecados, culpas, ameaças, barreiras ou a imagem do adolescente como um mero objeto de consumo, de inveja, ou de "sexo e drogas"! Teria sido muito interessante especular os resultados de uma pesquisa semelhante a ser realizada com os adultos, pais ou professores, desses mesmos adolescentes de São Gonçalo a respeito das palavras que usam quando se referem aos seus filhos e alunos, ou o retrato que a sociedade local tem de seus adolescentes.

Por fim, os autores salientam que essa "visão otimista de si do adolescente precisa ser reconhecida e implementada nas estratégias de promoção, prevenção e atenção aos agravos à saúde" e "que esta mudança do paradigma já vem sendo apontada por vários autores". O que já aconteceu, inclusive, no projeto de educação em saúde desenvolvido na cidade do Rio de Janeiro, entre 1996-1999, e justamente (coincidência ou a mesma percepção dos adolescentes?) denominado Saúde, Vida, Alegria (Eisenstein e Ceccon, 2000). Este trabalho, que teve uma das autoras deste artigo como consultora, usou como metodologia oito grupos focais com adolescentes de várias faixas socioeconômicas para a elaboração de vídeos educativos e interativos sobre 12 temas de saúde.

Durante o desenvolvimento do projeto, em uma das atividades de promoção de saúde realizada numa escola, um dos adolescentes recitou um poema, criado com o seu grupo de colegas e que tão bem simboliza o mundo dos adolescentes e o seu recado:

*Não sei ainda como eu quero ser...
Não sou ainda o que deveria ser...
Não sei ainda quem eu hei de ser...
Mas, ainda bem, já não sou quem eu era!*

Referências bibliográficas

- Brasil, Ministério da Justiça 1990. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília.
- Coates V 2003. Evolução histórica da medicina de adolescente, pp. 1-6. In V Coates; G Beznos & L Françoso. *Medicina do adolescente* (2^a ed.). Sarvier, São Paulo.
- Cobb N 1995. *Adolescence, continuity, change and diversity* (2^a ed.). Mayfield Publ Co, Londres.
- Eisenstein E 1994. Antropometria e pediatria (Editorial) *Jornal de Pediatria* 70(4):193-194.
- Eisenstein E & Ceccon C 2000. *Saúde, vida, alegria* (Kit de vídeos, manual e folhetos de educação em saúde de adolescentes). Cecip-Ceiias-Artmed, Porto Alegre.
- Eveleth PB & Tanner JM 1990. *Worldwide variation in human growth* (2^a ed.). Cambridge University Press, Cambridge.
- Heald FP 1985. Nutrition in adolescence, pp. 51-61. In Pan-American Health Organization & World Health Organization. *The Health of Adolescents and Youth in the Americas*, Scientific Publication 489, PAHO-WHO, Washington.
- McGoldrick M & Carter EA 1980. *The family life cycle: a framework for family therapy*. Gardner Press Inc, Nova York.
- Nutbeam D, Smith C & Catford J 1996. Evaluation in health education: a review of progress, possibilities and problems, pp. 165-174. In Pan-American Health Organization. *Health Promotion, an Anthology*, Scientific Publication 557, PAHO-WHO, Washington.
- Scott JP 1986. Critical periods in human organizational processes, pp. 181-196. In F Falkner & JM Tanner. *Growth, a comprehensive treatise* (2^a ed.). Plenum Press, Nova York.
- Tanner JM 1962. *Growth and adolescence* (2^a ed.). Blackwell Scientific Publ, Oxford.

http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232003000300003&script=sci_arttext&lng=pt