

\* Pesquisa em andamento

## **O perigo de ser adolescente: discursos e representações sobre cuidado e risco na promoção de saúde**

### **Marcia Rodrigues Lisboa**

Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Mestre em Comunicação e Cultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (PPGICS/Fiocruz).  
lisboa.marcia@gmail.com

### **Kátia Lerner**

Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Programa de Pós-graduação em Comunicação e Informação em Saúde. Rio de Janeiro, RJ. Mestre em Comunicação e Cultura Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e doutora em Antropologia Social pelo mesma universidade. É pesquisadora do Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde e membro do corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, ambos do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz.  
klerner@icict.fiocruz.br

DOI: 10.3395/reciis.v6i4.Sup1.684pt

---

### **Resumo**

O estudo busca refletir sobre a construção de discursos voltados à promoção de saúde dos adolescentes com enfoque na interseção entre as categorias cuidado e risco. Observa que a perspectiva epidemiológica dominante de risco associa a condição juvenil a uma etapa de vulnerabilidade, reforçando argumentos de natureza biológica para explicar comportamentos sociais. Classificados como pertencentes a um "grupo de risco", os adolescentes são alvo de receituários produzidos por especialistas que buscam orientar políticas e ações, difundidas pelos meios de comunicação, sob a justificativa da prevenção. O tema central da discussão proposta é a representação do adolecer, em si mesmo, como uma ameaça à saúde.

**Palavras-chave:** Adolescente; Cuidado; Risco; Promoção de saúde; Comunicação.

### **Introdução**

Em que medida o adolecer se apresenta como uma ameaça saúde? Ao mesmo tempo em que é considerada uma etapa de intensa vitalidade, carrega a associação frequente a atitudes de risco. A classificação da adolescência como fase de acentuada vulnerabilidade tem sido apresentada, em âmbito global, nas formulações de profissionais e pesquisadores da saúde, que traçam perfis desse grupo populacional com base em interpretações de estatísticas de vitimização e de estudos comportamentais. As construções desses especialistas são

disseminadas pelos canais de comunicação e repercutem na elaboração de políticas públicas e campanhas pontuais de prevenção/proteção.

Uma análise inicial revela duas características principais que orientam o tratamento dado pelas produções acerca do tema e determinam suas linhas de ação: quando a vulnerabilidade é considerada causada por um agente externo (geralmente um adulto) e quando ela seria *provocada* pelo próprio adolescente. O aspecto distintivo tem como componente-chave a responsabilização individual direta pelo ato que gerou o dano.

O enquadramento dos adolescentes na categoria “pessoas vulneráveis” referencia-se parcialmente em dados que apontam as causas externas<sup>1</sup> como os principais agentes de mortalidade desse grupo populacional, com destaque para as situações de agressões, acidentes de trânsito e lesões autoprovocadas (suicídios). Apesar de a prevalência das causas externas sobre as demais não surpreender, tendo em vista que pessoas mais jovens são menos sujeitas a adoecimentos do que as mais velhas, os alertas enfocam a premência de reduzir o número de vítimas fatais na faixa etária entre a infância e a idade adulta. É importante citar que as causas externas também ocupam a primeira posição nas estatísticas de mortes de adultos no Brasil, mas em menores proporções, comparadas às dos adolescentes<sup>2</sup>.

Em relação à morbidade, os registros de atendimento dos serviços de saúde no Brasil apontam principalmente casos de violência sexual e intrafamiliar, agressões psicológicas, negligência e abandono. Outra causa da vitimização de adolescentes que vem mobilizando organizações sociais e governamentais para o desenvolvimento de políticas de proteção é a exploração sexual, especialmente das meninas.

Este artigo não pretende discutir as abordagens acerca desse cenário de vulnerabilidade dos adolescentes em decorrência de ações protagonizadas por adultos e outros agentes, julgados únicos ou principais responsáveis pelos danos causados a eles. Buscará, sim, refletir sobre a construção de discursos de especialistas centrados no papel ativo do adolescente, ao se expor a situações de perigo e risco à sua saúde.

Dentre os comportamentos de risco associados à adolescência, em produtos acadêmicos, jornalísticos ou publicitários, são recorrentes: o não uso de preservativo nas relações sexuais; o abuso de bebidas alcoólicas ou de drogas ilícitas, tabagismo, má alimentação (alto consumo de gorduras e açúcares e ingestão insuficiente de frutas e verduras, por exemplo), a exposição a acidentes de carro, o envolvimento em brigas e o baixo nível de atividade física.

Na tentativa de explicar as atitudes dos adolescentes, multiplicam-se estudos que se apoiam em argumentos biológicos, como o da imaturidade do sistema de recompensas, que impediria a tomada de decisões com o discernimento necessário, excluindo aspectos sociais e culturais para tais comportamentos. Contraditoriamente, também são significativas as produções que

---

<sup>1</sup> Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), são consideradas causas externas de mortalidade: ocorrências de óbitos por lesões, envenenamentos e outros efeitos adversos, incluindo: acidentes (de transporte e outras causas), lesões autoprovocadas voluntariamente, agressões, eventos cuja intenção é indeterminada, intervenções legais e operações de guerra, complicações de assistência médica e cirúrgica e sequelas de causas externas (IBGE, 2012).

<sup>2</sup> Em 2006, as causas externas representaram 70,7% das mortes de adolescentes e 29,8% das mortes de adultos, de acordo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b).

apontam a responsabilidade individual do adolescente que tem acesso a informações sobre os riscos à sua saúde e, *mesmo assim*, submete-se a eles, reforçando a perspectiva de que a previdência é fruto exclusivo da racionalidade.

A construção causal dos fatores de risco à saúde dos adolescentes está calcada em categorias construídas social e culturalmente que buscam validação científica. Isto não se dá de forma dissociada de um ideal de saúde ancorado na expectativa de longevidade, forjada para todos, mas, de modo especial, para quem tem, estatisticamente, mais chances de atingi-lo. Ao serem acionados pelos meios de comunicação, os discursos dos especialistas cancelam representações dos adolescentes que reforçam demandas de controle e vigilância.

Esta reflexão parte de materiais bibliográficos, elaborados por pesquisadores e profissionais dedicados a projetos de prevenção de riscos e promoção de saúde do adolescente ou à discussão crítica dessas propostas.

## **Adolescência e vulnerabilidade**

A adolescência é uma construção sociocultural historicamente recente: o conceito surgiu entre o final do século XVIII e o começo do século XIX e ainda hoje há controvérsias sobre os seus limites, a começar pela definição da faixa etária. Para a Organização Mundial da Saúde, adolescente é quem tem entre 10 e 19 anos e jovem, entre 15 e 24 anos. Os que estão na interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude (de 15 a 19 anos) são chamados "pessoas jovens" (BRASIL, 2010). Isto explica a tendência de grande parte dos autores usarem indiscriminadamente as palavras adolescente e jovem.

Em termos legais, a classificação é mais restrita: de acordo com o artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente brasileiro (1990), adolescentes são cidadãos de 12 aos 18 anos. Também não há consenso nos recortes etários adotados em estudos sobre temas relacionados à exposição a riscos à saúde dessa população. Os critérios para as definições da faixa etária variam conforme o interesse do pesquisador sobre seu campo: alguns optam por intervalos mais curtos, como o de 13 a 18 anos (MERCHÁN-HAMANN, 1995), o de 14 a 18 (BENINCASA; REZENDE, 2006) e o de 15 a 19 (FARIAS et al., 2005); outros adotam períodos mais extensos, como o de 16 a 24 (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2005).

Embora sejam abundantes os trabalhos que associam adolescência e risco, o relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF, 2011) registra melhoria histórica e universal das condições de saúde nesse período da vida.

Apesar da percepção comum em contrário, adolescentes em todos os lugares do mundo são, em termos gerais, mais saudáveis hoje do que em gerações anteriores. Em grande medida, esse é o legado de maior foco e investimentos na primeira infância, de taxas mais altas de imunização e melhor nutrição de bebês, que produzem benefícios fisiológicos que continuam na adolescência. Essas crianças que alcançam a adolescência já superaram o período de maior risco de mortalidade (UNICEF, 2011, p.19).

O órgão destaca as lesões por acidentes como as principais causas de vitimização dos adolescentes (UNICEF, 2011, p.19). No Brasil, a preocupação em acompanhar a evolução dos registros desses óbitos através do tempo gerou uma das séries históricas temáticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). A mais recente reporta o período de

1990 a 2009 (IBGE, 2010). O instrumento é alimentado pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde.

Ao estabelecer suas diretrizes para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, o Ministério atribui a baixa atenção à saúde dispensada pelos integrantes desse grupo populacional à crença de serem “pessoas saudáveis”, o que reforça a linha argumentativa de responsabilização individual pela exposição a riscos. Ressalta, contudo, uma exceção nas atitudes dos adolescentes quando se trata da saúde reprodutiva. O texto destaca ainda a vulnerabilidade destes quanto às diferentes formas de violências (BRASIL, 2010a).

O alerta está também presente no documento ministerial “Política nacional de atenção integral à saúde do homem” (BRASIL, 2009), que aproxima a adolescência da velhice, pelo crivo da vulnerabilidade. Enquanto os idosos seriam vítimas da degeneração física em decorrência da idade, os adolescentes estariam expostos a riscos à saúde por limitações psíquicas que os afastariam dos padrões de conduta de autoproteção.

Na adolescência, há uma predisposição aos agravos à saúde pela não adoção de práticas preventivas (gravidez indesejável, DST/AIDS) e por maior exposição a situações de risco (uso de drogas, situações de violência).

Os altos índices de morbidade e mortalidade relativos a causas externas entre adolescentes e jovens também merecem destaque, e podem ser compreendidos à luz da *crença na invulnerabilidade e na necessidade social de autoafirmação* (grifo nosso). Os adolescentes e adultos jovens são o principal grupo de risco para mortalidade por homicídio na população brasileira, com ênfase em afrodescendentes, que residem em bairros pobres ou nas periferias das metrópoles, com baixa escolaridade e pouca qualificação profissional.

Na velhice, os homens são levados a se confrontar com a própria vulnerabilidade, sobretudo porque nessa etapa do ciclo de vida muitos homens são levados a procurar ajuda médica diante de quadros irreversíveis de adoecimento, por não terem lançado mão de ações de prevenção ou de tratamento precoce para as enfermidades (WHO, 2001) (BRASIL, 2009, p. 15).

A busca de explicações para o comportamento dos adolescentes em relação à saúde tem sido tema de pesquisas em campos diversos (neurociência, psicologia, antropologia, dentre outros), e suas interpretações são difundidas por veículos de comunicação. Segundo uma perspectiva neurocientífica, a exposição ao perigo teria relação direta com as transformações do cérebro na adolescência, processo que levaria cerca de dez anos até atingir a maturidade. Enquanto isto não acontece, seríamos movidos por uma espécie de *turbilhão cerebral*, marcado por perdas no sistema de recompensas (da infância) e alterações hormonais (também conduzidas pelo cérebro) que nos tornariam entediados, impacientes e inclinados por novidades arriscadas.

Esta visão pode ser observada em publicações e produtos de diferentes formatos voltados a acadêmicos e leigos, especialmente aos pais de adolescentes, como o artigo intitulado “Adolescência é coisa do cérebro”, da neurocientista Suzana Herculano-Houzel, publicado em sua coluna no suplemento Equilíbrio, do jornal Folha de S.Paulo (2007, abril 12). No texto, ela esclarece aos leitores que “a capacidade de se colocar no lugar dos outros e de antecipar as consequências dos próprios atos, bases para as boas decisões e para a vida em sociedade, só chega ao final da adolescência, à força de mudanças no cérebro e de muita experiência”.

A autora acrescenta, no entanto, que a passagem do tempo não basta para uma pessoa se tornar independente e responsável: se quiser aprender a tomar boas decisões, precisará... tomar decisões (HERCULANO-HOUZEL, 2007, abril 12). Uma interpretação possível para a conclusão da neurocientista seria a de que um adolescente e um adulto não habituado a tomar decisões teriam instrumentais cognitivos semelhantes, embora estejam em fases distintas de desenvolvimento cerebral, o que comprometeria a defesa de argumentos biológicos como explicação unicausal.

Os discursos científicos que atribuem ao cérebro a função de coordenar a vida estão longe de ser unívocos, e evidenciam interpretações ambíguas. Se por um lado é reforçada a ideia de autonomia do cérebro e a consequente submissão do indivíduo que o abriga, também ocupam espaços editoriais nos diversos canais de disseminação da produção científica argumentações acerca das possibilidades “evolutivas” do cérebro por meio de práticas de aprendizagem do sujeito (AZIZE, 2010).

Outra linha de discursos de especialistas com grande repercussão sobre a ideia de *vulnerabilidade* do adolescente é produzida no campo da psiquiatria. A expansão dos diagnósticos de transtornos mentais nas últimas décadas<sup>3</sup> e sua aplicação por profissionais têm impacto na aceitação social da regulação biotecnológica, por meio da medicalização de experiências subjetivas (BEZERRA JÚNIOR, 2010, p. 123).

A redução do limiar entre normalidade e patologia ocorre para pessoas de todas as idades, mas se volta especialmente aos adolescentes, para atender ao imperativo do diagnóstico precoce. Isto pode ser observado nas prescrições de antipsicóticos para adolescentes, com o objetivo de tratar antecipadamente indivíduos considerados vulneráveis, sem a certeza de que esses medicamentos sejam, de fato, preventivos e dos efeitos paralelos causados por seu uso (BEZERRA JÚNIOR, 2010, p. 125).

Os diagnósticos buscam apoiar-se em exames de imagem cerebral e escalas de comportamentos considerados inadequados. A precocidade das investigações caracteriza o que Castiel, Guilam e Ferreira (2010) denominam dimensão virtual do risco, sustentada na perspectiva de antecipação, como veremos a seguir.

## **A disseminação do risco**

A literatura registra que a expressão “risco” não teve, em todos os momentos da história universal, conotação negativa, e ainda hoje traz a dicotomia dos sentidos de perigo (a ser evitado) e aventura (estimulada). A humanidade sempre esteve sujeita a perigos, voluntários e involuntários, entre desastres naturais, guerras e dificuldades diversas, mas eles não eram considerados riscos, e sim fatalidades, *harzards*, até porque os primeiros registros da palavra risco só aparecem nos séculos XIV, no catalão, XVI, em línguas latinas, e XVII, nas anglo-saxônicas (SPINK, 2001).

O conceito de risco orienta práticas em diferentes campos, a exemplo da ciência política, da economia, da engenharia e da ecologia, e tem gerado também inúmeras contribuições de autores da antropologia, como Douglas e Lupton; da sociologia, como Castel, Beck e Giddens;

---

<sup>3</sup> Em 30 anos, houve um aumento de mais de 100% do número de categorias de transtornos mentais (BEZERRA JÚNIOR., 2010).

da comunicação, como Dunwoody; e estudiosos de outras áreas. Um consenso nas produções sobre o tema é o significado de pensar o futuro como passível de controle (SPINK, 2001, p.1279).

A ideia de governabilidade, em um período de incertezas, está presente nas noções de risco percebido e risco calculável. O chamado gerenciamento de risco apoia-se na racionalidade para justificar a previdência, procurando identificar possíveis ameaças a serem configuradas como fatores de risco.

Desde meados do século XX, a noção de cuidado na saúde vem sendo vinculada ao conceito epidemiológico de risco. José Ricardo Ayres (2001) ressalta que este último assumiu três tarefas simultâneas: estender a compreensão da doença para além dos limites do corpo (um fator ambiental, por exemplo, pode ser visto como um dano mesmo antes de se materializar no corpo); expandir o raciocínio patogênico por meio de um rigoroso manuseio de regularidades; e reinterpretar continuamente os seus limites como necessidade de um "saber como" ainda mais rigoroso, "fazendo coincidir toda ideia de sucesso prático com uma infinita busca de controle técnico" (AYRES, 2001, p. 69).

Para a construção do conceito de risco, a epidemiologia apropriou-se de duas categorias do direito, vulnerabilidade e responsabilidade, associando-as ao controle de doenças. De acordo com Ayres (2001), o que move a primeira é a perspectiva de sucesso prático, pautado em horizontes normativos tecnicistas de validade proposicional. Já a noção de responsabilidade estaria ancorada na definição de livre arbítrio (CASTIEL; DIAZ, 2007, p.30). Fundamental na reflexão de Ayres (2001, p. 70) é a ideia de que curar, tratar e controlar são práticas limitadas, que "supõem relações estáticas, individualizadas e individualizantes, objetificadoras dos sujeitos-alvo das intervenções dos profissionais de saúde".

As expressões risco, fatores de risco, fatores de proteção e percepção dos riscos ganharam destaque, particularmente nas duas últimas décadas, em diferentes canais, apontando caminhos para as intervenções institucionais de promoção de saúde, sejam elas governamentais ou não. Antecipar-se aos problemas, identificando vulnerabilidades, com o objetivo de evitar que aconteçam, é o foco das medidas voltadas à prevenção de riscos.

Informado, o indivíduo teria não apenas condições, mas a obrigação de se proteger. Caso contrário, são acionados dispositivos de responsabilização individual pelo dano causado a si mesmo. Tais dispositivos decorrem da aproximação entre a medicina e a moral, que impeliria os indivíduos ao cuidado de si. Essa correlação é identificada já na cultura grega (FOUCAULT, 1985, p 59).

Certamente, os riscos atuais são bem mais complexos que os da sociedade disciplinar, analisada por Foucault. Os mecanismos de submissão do corpo dão lugar a tentativas de gerir o imponderável. As formas de vigilância na sociedade de risco submetem-se ao autocontrole do estilo de vida e ao monitoramento constante de indicadores de qualidade (SPINK, 2001, p. 1282).

## **Representações dos adolescentes como grupo de risco**

A extensa bibliografia que associa "risco" a "adolescentes" revela o grau de interesse pela temática e uma compreensão de que eles devem ser foco de atenção em políticas de

prevenção/promoção de saúde. A maior parte dos trabalhos tem recortes temáticos associados a alguma modalidade de risco: HIV e outras DSTs, gravidez na adolescência, uso de drogas, consumo de álcool, tabagismo, acidentes de trânsito, entre outros.

Vale ressaltar a observação feita por Farias et al. (2009) de que boa parte dos estudos feitos no Brasil sobre comportamentos de risco à saúde em adolescentes foram desenvolvidos com amostras muito específicas ou restritas a uma determinada cidade. Além disto, a ocorrência simultânea de comportamentos de risco seria pouco explorada, embora, para os autores, grande parte dessa população estaria exposta a mais de um risco simultaneamente.

A saúde pública começou a se preocupar com a sexualidade dos jovens na década de 1960, coincidindo com um período de liberação de costumes e o conseqüente risco de gravidezes e de doenças sexualmente transmissíveis. A prevenção destas e de outras situações às quais estavam expostos os jovens incorporou a retórica da responsabilização individual e da mudança de comportamento, "sob a ambiência do individualismo e da moralidade das sociedades modernas e das crises fiscais e econômicas dos sistemas de bem-estar social de muitas nações" (CASTIEL; DIAZ, 2007, p. 25-30).

Os adolescentes tornaram-se alvo privilegiado das políticas de promoção de saúde, seja sob a justificativa de estarem em formação, por carregarem as expectativas sociais de futuro ou por serem considerados, a princípio, mas vulneráveis a determinados riscos. Assumir hábitos saudáveis vem sendo a tônica dos discursos e das ações de prevenção, que disseminam a responsabilização individual por cuidar de si.

Neste cenário, uma das diretrizes da saúde pública tem sido o levantamento de dados sobre os comportamentos de risco dos adolescentes (ou da possibilidade de ocorrerem), seu monitoramento e a conseqüente intervenção. A justificativa dos estudos a partir da coleta de informações sobre a prevalência seria a possibilidade de identificar grupos de risco e assim subsidiar as políticas e programas de promoção à saúde (FARIAS et al., 2009).

Os conceitos de risco, fatores de risco, fatores de proteção e percepção dos riscos são acionados nos trabalhos, mas com enfoque no olhar profissional ou do pesquisador que apontarão caminhos para as intervenções institucionais, sejam elas governamentais ou não. Fundamental aqui é ressaltar que tanto os objetivos específicos quanto as metodologias aplicadas variam significativamente e que um nivelamento entre os estudos seria despropositado. A despeito das motivações iniciais e das interpretações feitas *a posteriori*, os materiais coletados ajudam a traçar um mapa das redes de informação dos adolescentes e das questões suscitadas a partir das intervenções institucionais em nome da saúde.

Exemplo disto é uma das pesquisas sobre os motivos que levam jovens da mesma origem social ("classe baixa") a não usarem drogas ilícitas. Os autores concluem que se faz necessária a inclusão do ponto de vista de quem nunca experimentou drogas e suas motivações em programas de prevenção para adolescentes de baixa renda (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2005).

Outro estudo aplicou a técnica de grupo focal para abordar a percepção de adolescentes de classes sociais distantes (A e D) a respeito do risco de acidentes de trânsito. Avalia que faltam oportunidades para os jovens refletirem sobre todos os riscos expostos diariamente: "Adultos

com discursos previamente elaborados não permitem elaborações espontâneas de conceitos sobre o tema” (BENINCAZA; REZENDE, 2006).

Apesar desta observação, os autores reiteram a perspectiva de transmissão vertical de conhecimento ao afirmarem que, no trabalho realizado com grupos focais de adolescentes, foi oferecida aos participantes “a *oportunidade* (grifo nosso) de estar expostos ou se protegem do risco de ‘acidente de trânsito’” (BENINCAZA; REZENDE, 2006, p. 254). O limite da participação no grupo foi dado, em última instância, pela necessidade de uma *escolha* individual apresentada por quem detém *o conhecimento* dos riscos aos quais está exposto. Depois de obter as informações *necessárias* sobre os perigos que o ameaça, a decisão entre correr ou não correr riscos ficaria em suas mãos, como sua única e exclusiva responsabilidade.

A análise reforça a associação do cuidado de si ao conhecimento do risco, ainda que os indivíduos potencialmente expostos não tenham essa experiência. A argumentação considera que ter acesso à informação sobre um determinado perigo é suficiente para a tomada de atitude preventiva, seguindo em direção contrária à visão de Beck (2010), segundo o qual a capacidade de perceber riscos e convertê-los em referenciais para pensar e agir dependem de as relações causais, invisíveis, estabelecidas entre circunstâncias (muitas vezes distantes entre si) e projeções menos especulativas tornarem-se críveis e imunes a prováveis objeções.

(...) a consciência do risco não consiste mais em “experiências de segunda mão”, e sim, em “inexperiências de segunda mão”. E até mais: em última instância, ninguém é capaz de conhecer os riscos enquanto conhecer quiser dizer tê-los deliberadamente experimentado (BECK, 2010, p. 88).

A intenção de modificar os denominados comportamentos de risco, enraizados em *escolhas* de estilo de vida dos jovens, é também observada por Shoveller e Johnson (2010) em relação a estudos e trabalhos de pesquisadores e profissionais do campo da saúde no Canadá. As ações estariam ancoradas em sofisticadas técnicas estatísticas, com foco no conhecimento individual do adolescente.

A análise de Shoveller e Johnson (2010) sobre os discursos que consideram os adolescentes grupos de risco ou pessoas sob risco destaca a construção de novas classificações dicotômicas, elaboradas por vozes autorizadas (acadêmicas e profissionais): o adolescente seguro e o não seguro; o informado e o ingênuo; o responsável e o negligente; o autoconfiante e o com baixa autoestima. Em resumo, quem não se encaixa no padrão de conduta definido é relegado a viver envergonhado.

## **Considerações finais**

Adolescer significa crescer, desenvolver-se; e também remoçar, rejuvenescer, conforme registram vários dicionários de língua portuguesa. Todos os sinônimos do verbo têm conotação positiva, otimista, em contraste com as representações sociais contemporâneas do adolescente que o identificam com valores negativos: *aborrescente*, *inconsequente*, *alguém insatisfeito consigo mesmo*, sempre disposto a pôr em risco a vida, pelo prazer ou pela emoção. A própria indefinição quanto ao uso das palavras “adolescente” e “jovem” e a variação da faixa etária revelam os limites da classificação que não leva em conta a diversidade social.



Os conflitos e as ambiguidades continuam fazendo parte do cotidiano dos adolescentes, mas eles não têm a prerrogativa desses sentimentos. A responsabilização individual do jovem pelos cuidados à saúde exige uma análise profunda e ao mesmo tempo abrangente das configurações de poder em nossas sociedades e das transformações culturais.

Assim como apontam os documentos ministeriais, parece-nos claro que dois fatores devem ser considerados inicialmente em qualquer reflexão sobre o tema: o fato de a vulnerabilidade não afetar todos os adolescentes da mesma forma, seja em termos de território, gênero ou raça; e os constrangimentos provocados pelas estruturas socioeconômicas e pelos diferentes dispositivos institucionais (BRASIL, 2010a).

Não se trata de descredenciar os esforços para a compreensão dos fenômenos que afetam de forma mais contundente os adolescentes e a construção de medidas de proteção à saúde. Essa busca, no entanto, não pode desconsiderar o contexto sociocultural em que estão inseridos, e as diversas formas de apelo ao consumo de "estilos de vida" às quais são submetidos.

Compreender os motivos pelos quais os jovens se expõem a determinados riscos pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de proteção. Mas essa meta revela-se árida quando dissociada dos sentidos dados pelos adolescentes e suas redes sociais (que inclui adultos) às "situações de risco" e à enxurrada de informações sobre o tema que recebe diariamente por vários canais.

As propostas e ações que articulam a adolescência às categorias cuidado, risco, controle e promoção de saúde situam-se para além das fronteiras das áreas tradicionais da saúde. Elas estão inexoravelmente ligadas às representações sociais construídas sobre eles, a partir de cenários ameaçadores pautados pela cultura do risco e disseminados pelos espaços midiáticos.

## Referências bibliográficas

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 63-72, 2001.

AZIZE, R. L. O cérebro como órgão pessoal: uma antropologia dos discursos neurocientíficos. **Trabalho Educação Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p. 563-574, 2011.

BECK, U. **Sociedade de risco**: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34, 2010.

BENINCASA, M.; REZENDE, M. M. Percepção de fatores de risco e de proteção para acidentes de trânsito entre adolescentes. **Boletim de psicologia**, São Paulo, v. 56, n. 125, p. 241-256, 2006.

BEZERRA JÚNIOR, B. A psiquiatria e a gestão do bem-estar. In: FREIRE FILHO, J. (Org.). **Ser feliz hoje**: reflexões sobre o imperativo da felicidade. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)>. Acesso em: 23 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF, 2010a. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes\\_nacionais\\_adoles\\_jovens\\_230810.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_nacionais_adoles_jovens_230810.pdf)>. Acesso em: 2 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de indicadores do SUS**. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel\\_indicadores\\_sus\\_n5\\_p2.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_n5_p2.pdf). Acesso em: 10 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem** (Princípios e diretrizes). Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_atencao\\_integral.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2012.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A. D. **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FARIAS JÚNIOR, J. C.; NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; LOCH, M. R., Oliveira, E. S. A.; DE BEM, M. F.L.; LOPES, A. S. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ver. Panam. Salud Publica**, Washington, DC, v. 25, n. 4, p. 344-352, 2009.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade III**: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

HERCULANO-HOUZEL, S. Adolescência é coisa do cérebro. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 12 abr. 2007. Suplemento Equilíbrio. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/equilibrio/eq1204200707.htm>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2012.

IBGE. **Conceitos**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/criancas\\_adolescentes/notastecnicas.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/criancas_adolescentes/notastecnicas.pdf)>. Acesso em: 10 de fev. 2012

IBGE. **Séries estatísticas & Séries históricas**. 2010. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=MS54&sv=&t=taxa-de-mortalidade-infantil>>. Acesso em: 14 fev. 2012.

MERCHÁN-HAMANN, E. Grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de Aids em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 463-478, 1995.

SANCHEZ, Z.; OLIVEIRA, L.; NAPPO, S. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n.4, p. 599-605, 2005.

SHOVELLER, J. A.; JOHNSON, J .L. Risk groups, risky behavior, and risky persons: dominating discourses on youth sexual behavior. **Critical Public Health**, v.16, n.1, p. 47-60, 2010.

SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 6, p. 1277-1311, 2010.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência. **Situação mundial da infância 2011** - Adolescência uma fase de oportunidades. 2011, p.19. Disponível em: <[http://www.unicef.pt/18/Relatorio\\_SOWC\\_2011.pdf](http://www.unicef.pt/18/Relatorio_SOWC_2011.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2012.

Recebido em: 13/11/2012

Aceito em: 15/02/2013