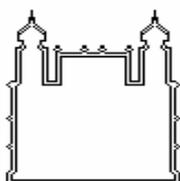


**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER**

**A consulta do paciente adolescente pelo pediatra:  
o despertar da autonomia**

**Sonia Paredes de Oliveira**

**Rio de Janeiro  
Outubro - 2006**



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER**

## **A consulta do paciente adolescente pelo pediatra: o despertar da autonomia**

**Aluna: Sonia Paredes de Oliveira**

*Dissertação apresentada à Comissão de Pós Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do Grau de Mestre em Ciências – Área da Criança e da Mulher*

**Orientadora: Marlene Braz**

**Rio de Janeiro  
Outubro - 2006**

---

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE  
CENTRO DE INFORMAÇÕES TECNOLÓGICAS  
BIBLIOTECA DO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA**

**048 OLIVEIRA, Sonia Paredes de**  
**A consulta do paciente adolescente pelo pediatra: o despertar da**  
**autonomia. - 2006.**  
**xi, 104 f.**

**Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto**  
**Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2006.**

**Orientador: Marlene Braz**  
**Bibliografia: f. 96-104**

**1. Pediatria. 2. Adolescente. 3. Bioética. 4. Assistência à Saúde. 5.**  
**Relações médico -paciente. 6. Autonomia Pessoal. I. Título**

**CDD – 20<sup>a</sup>. ed. 618.92**

---

## **DEDICATÓRIA**

**À Fernanda e Anna Carolina todo o meu carinho.**

## **AGRADECIMENTOS**

**À minha família, por compreender este período.**

**Ao José Augusto, que dividiu comigo momentos alegres e difíceis.**

**À Áurea e Helio (*in memoriam*), pela orientação ao longo da vida.**

**À Professora Marlene Braz, por me permitir este desafio.**

**Aos professores do Mestrado pela visão ampla do universo saúde.**

**Aos amigos do Mestrado, pela cumplicidade.**

**Aos amigos do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso, que acompanharam nosso trabalho.**

**Aos pediatras do Hospital Geral de Bonsucesso, que tornaram possível este estudo.**

***"O essencial é invisível aos olhos"***  
**Antoine de Saint-Exupéry**

## **Resumo**

**Este estudo analisa o respeito à autonomia dos adolescentes durante a consulta realizada por pediatras e especialistas pediátricos, à luz da Bioética. Utilizamos os conceitos teóricos relacionados à especialidade da Medicina de Adolescente, aliados aos princípios da Bioética, notadamente, o princípio da autonomia. As percepções dos pediatras quanto à autonomia destes jovens e ao período da adolescência foram discutidas, objetivando uma melhor relação médico-paciente capaz de proporcionar aderência ao tratamento, aprendizado nos cuidados com a saúde assim como maior efetividade nos tratamentos médicos oferecidos pelos pediatras a esta faixa etária. Concluimos que a maioria dos pediatras se mostra pouco à vontade nesta relação, faltando a eles suficiente aprendizado em medicina de adolescente.**

**Palavras-chave: Pediatria. Adolescente. Bioética. Assistência à Saúde.**

## **ABSTRACT**

**This study focuses on the observance of the adolescent autonomy during the consultations by pediatricians and pediatric experts in the environment of Bioethics. We have used experts' theoretical concepts in meeting with adolescents together with standards, recommended by bioethical discussions, for the building up of autonomy. Perceptions of pediatricians about the autonomy of such teenagers and their period of adolescent have been discussed aiming at a better doctor/patient relationship, capable of generate respect to the treatment and learning of health cares, as well as bigger effectiveness of medical treatment offered by pediatricians to such age period. Our conclusion is that most of pediatrician is not so comfortable on this relation. They miss knowledge in teenager medicine.**

**Key Words: Pediatrics. Adolescent. Bioethics. Delivery of Health Care**



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>8</b>
<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO I . O SER ADOLESCENTE</b>	<b>15</b>
<b>1. A adolescência sob diferentes perspectivas</b>	<b>15</b>
<b>1.1 - Introdução</b>	<b>15</b>
<b>2. As visões sobre o adolescente</b>	<b>17</b>
<b>2.1 – Guia do adolescente normal</b>	<b>17</b>
<b>2.1.1 – Definindo adolescente normal</b>	<b>18</b>
<b>2.2 – Guia do adolescente de risco</b>	<b>21</b>
<b>3. O adolescente como sujeito de risco: os resultados do campo</b>	<b>33</b>
<b>3.1 – Os aborrecentes</b>	<b>34</b>
<b>3.2 – A culpa pelo comportamento é dos pais e do meio</b>	<b>35</b>
<b>3.3 – A culpa é dos meios de informação</b>	<b>37</b>
<b>3.4 – Dificuldade em definir quem é ou não adolescente</b>	<b>38</b>
<b>CAPÍTULO II . O DESENVOLVIMENTO MORAL E A AUTONOMIA DO ADOLESCENTE</b>	<b>40</b>
<b>1. O desenvolvimento moral e cognitivo dos jovens</b>	<b>40</b>
<b>1.1 – Introdução</b>	<b>40</b>
<b>1.2 – Desenvolvimento moral</b>	<b>41</b>
<b>2. Bioética e a autonomia de crianças e adolescentes</b>	<b>46</b>
<b>2.1 – A bioética – um novo campo de conhecimento</b>	<b>46</b>
<b>2.2 – O princípio da autonomia</b>	<b>48</b>
<b>2.2.1 - O conceito da autonomia e seus paradoxos</b>	<b>52</b>
<b>2.2.2 – Direito e a autonomia</b>	<b>53</b>

2.2.3 – A autonomia e os profissionais de saúde	55
2.2.4 – O conceito da autonomia frente ao desenvolvimento cognitivo da criança ou do adolescente	57
3. O não respeito à autonomia dos adolescentes: os resultados do campo	64
3.1 – A [i] maturidade do adolescente: visão do pediatra sobre a autonomia	64
<b>CAPÍTULO III. A FORMAÇÃO DO PEDIATRA EM RELAÇÃO AO ADOLESCENTE</b>	<b>69</b>
1. A formação do pediatra	69
2. A consulta preconizada pelos médicos de adolescentes	70
3. A deficiência no atendimento dos adolescentes: os resultados do campo	78
3.1 – Dificuldades em lidar com o adolescente: deficiência na formação	79
3.1.1 – Tratando de pacientes adolescentes	79
3.1.2 – atendimentos diferenciados : o público e o privado	80
3.1.3 – A consulta do adolescente	83
<b>CAPÍTULO IV. CONCLUSÃO - AS AMBIGÜIDADES EM RELAÇÃO À AUTONOMIA DO ADOLESCENTE</b>	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>106</b>

## INTRODUÇÃO

Nosso objeto de estudo é o respeito à autonomia do adolescente durante a consulta médica realizada pelo médico pediatra e por especialistas pediátricos. Partimos do pressuposto de que os médicos especializados em adolescência detêm uma formação mais ampla para prestar atendimento a este público, o mesmo não ocorrendo com os pediatras, embora faça parte de seu currículo.

Nossa perspectiva foi a da Bioética e utilizamos o conceito de Autonomia definido por Beauchamp e Childress (2002), assim como as discussões e críticas em torno deste conceito (Braz, 1997; Segre & Schramm, 1998; Schramm, 1998; Leone, 1998 e Kottow, 2000).

Entendemos como autonomia, a capacidade de fazer escolhas entre normas e valores, decidir por si mesmo, elaborando projetos e atuando de acordo com as conseqüências de seus atos. Pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento, sendo livre de coações internas e externas para tomar decisões que afetem sua integridade físico-psíquica, sua saúde e suas relações pessoais (Beauchamp e Childress, 2002). Respeitar a autonomia, assim, é reconhecer opiniões, escolhas, valores e crenças do outro. Este respeito pela autonomia inclui também a informação e esclarecimento dos sujeitos, por parte dos profissionais de saúde, para que possam fazer suas escolhas, como enfatizam Beauchamp e Childress (2002).

Atualmente a palavra autonomia se refere especificamente àquilo que faz com que a vida de uma pessoa pertença à própria pessoa, isto é, seja moldada por preferências e escolhas pessoais. Segundo Segre, Silva e Schramm, a autonomia se refere à condição de uma pessoa ou de uma coletividade, ser capaz de determinar por ela mesma a lei à qual

quer se submeter (1998). Entretanto, nem sempre a lógica das definições espelham a complexidade deste princípio.

Para o exercício da autonomia em saúde é necessário entender a informação dada pelos profissionais, ter condições de fazer um julgamento ou avaliação sobre a informação, à luz de seus valores pessoais, visando um resultado determinado e comunicando livremente o seu desejo. Quando se trata, por exemplo, de um paciente, a autonomia pressupõe que seja competente e capaz de entender sua situação de saúde/doença e de assimilar as informações relevantes que irão lhe permitir uma tomada de decisão adequada. É preciso também ser responsável por esta decisão e este, talvez, seja o ponto mais crucial ao se tratar da autonomia do adolescente, já que ele, perante a Lei não pode ser responsabilizado. A lei impede o avanço da visão sobre o reconhecimento de autonomia do adolescente pela sociedade.

Para as ciências médicas e jurídicas, os julgamentos acerca da autonomia de uma pessoa para aceitar ou recusar uma intervenção, devem ser baseados em uma avaliação da capacidade desta pessoa (Beauchamp e Childress, 2002). Esta capacidade para decidir deve ser entendida como algo específico e não global, avaliando-se o nível de complexidade em cada situação.

Ainda hoje, na Medicina, tende-se a perpetuar a dependência dos pacientes em vez de promover a sua autonomia. Talvez isso se deva ao fato de que a avaliação da capacidade de decisão de uma pessoa não ser fácil para os profissionais de saúde, não só quando estão envolvidos pacientes adolescentes, mas também nos casos onde estão envolvidos indivíduos adultos (Fortes e Sacardo, 2000).

A avaliação da capacidade de decisão, entretanto, só é mencionada quando o paciente discorda ou recusa um tratamento médico (Beauchamp e Childress, 2002), pois,

para o profissional de saúde, o consentimento do paciente ao seu tratamento seria uma atitude responsável e o contrário seria errado ou mesmo absurdo (Teixeira, 2005). Esta atitude é denominada paternalista e se contrapõe ao princípio de beneficência, conforme postula Braz (2005).

“O princípio da beneficência não é sinônimo de paternalismo, mas é freqüentemente entendido como tal. Beneficência é a colocação de limites à autonomia individual, com o objetivo de beneficiar uma pessoa, cuja autonomia esteja limitada, ou prevenir um dano. Paternalismo é assumir pelo outro, em qualquer circunstância, o que é melhor sem respeitar sua autonomia” (p: 58).

Ao longo da história da ética médica, os princípios de beneficência e de não maleficência nortearam a prática médica e justificaram a postura paternalista do médico frente ao paciente. A medicina contemporânea, entretanto, sofre transformações em sua ética tradicional, admitindo o crescente movimento de autodeterminação do paciente que se apóia no princípio do respeito à autonomia (Almeida, 2000). A beneficência seria oferecer o melhor, na concepção dos médicos, entretanto, nem sempre corresponde aos anseios dos pacientes porque *“um sentimento de medo, insegurança, ou vergonha (...) pode permitir um estado coercitivo (...) fazendo com que o paciente aceite sem questionar a proposta do médico”* (Fortes e Sacardo, 2000: 152).

No entanto, nenhum indivíduo se encontra inteiramente livre das influências externas (família ou comunidade moral a qual pertence). O próprio adoecer traz limites ao exercício pleno da vontade autônoma. Nem por isso os indivíduos deixam de ser autônomos, pois exercitam sua autonomia ao escolher aceitar se submeter as demandas de uma instituição, a uma determinada tradição ou comunidade que admitem como fonte de orientação (Almeida, 2000).

A idade tem sido usada, convencionalmente, como um critério operacional para a validade da autorização, sendo que os limites de idade estabelecidos variam de acordo com

os modelos de uma comunidade, conforme seus valores culturais (Beauchamp e Childress, 2002).

Considerando-se o critério cronológico, um adolescente não pode ser considerado autônomo já que este período de vida está compreendido entre o limite mínimo de 10 e o máximo de 19 anos completos para a Organização Mundial de Saúde e de 12 a 18 anos para o Estatuto da Criança e do Adolescente (Sociedade de Pediatria do Estado de São Paulo, 2002). Em nossa legislação a maioridade é atingida aos 18 anos e, portanto, em todos os documentos legais, o adolescente está subordinado à vontade dos pais que são por ele responsáveis. Adotamos no trabalho um critério misto, isto é, os limites do período da adolescência se situam entre os 10 e 18 anos, já que na prática clínica este é o critério mais utilizado. A amplitude da faixa etária considerada apresenta diferenças quanto ao desenvolvimento moral e cognitivo, quanto à variabilidade de doenças, assim como quanto às experiências pessoais que podem levar ao amadurecimento precoce ou não. Isto aponta de imediato, para a necessidade de se analisar caso a caso quando se dá um encontro clínico.

Conforme estimativa das Nações Unidas, os adolescentes representam 25% da população mundial (Sociedade de Pediatria do Estado de São Paulo, 2002) sendo parte das mais variadas preocupações como pode ser inferido pelo exposto a seguir:

*“A maior vulnerabilidade deste grupo aos agravos, determinada pelo processo de crescimento e desenvolvimento, coloca-o na condição de presa fácil das mais diferentes situações de risco (...). Quando somamos estes fatores à importância demográfica que este grupo representa, encontra-se justificada a necessidade de atenção integral à sua saúde, levando em consideração as peculiaridades específicas desta faixa etária” (Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2002:46).*

A promoção da saúde do adolescente deve ocorrer num contexto de considerações sobre o seu desenvolvimento, padrões legais e princípios éticos (Dickey e Deatrck, 2000). Ajudar estes jovens a cuidar de sua saúde representa um degrau para aprenderem a tomar

decisões adequadas quanto estiverem envolvidos em questões sobre tratamentos, procedimentos ou pesquisas. As necessidades requeridas, incluem a conquista de sua confiança, ensinar a família como possibilitar o auto-cuidado, considerar as diretrizes atuais, proteger os direitos dos menores e dos pais, implementando protocolos confidenciais em seu atendimento e formalizando o processo de consentimento. Também é preciso ser isento de preconceitos e estereótipos, assim como, conhecer como a família deste jovem lida ou enfrenta situações que envolvem uma doença (Saito, 2001).

Segundo Helman, o relacionamento do profissional de saúde com o seu paciente é caracterizado pela distância, formalidade, diálogos rápidos e uso de um jargão profissional (1994). Os desafios da prática médica não encobrem o despreparo de alguns profissionais em lidar com seus pacientes, pois não basta que dominem os quadros etiológicos e a evolução das doenças. É preciso que, junto a este domínio, possam compreender as construções dos pacientes para lidar com a realidade de suas doenças (Pontes, 2003).

Para Leone (1998), o importante é que exista uma decisão em cada situação, sendo necessário avaliar o nível de capacidade de cada pessoa, a cada momento. Na continuidade, pode-se estabelecer uma relação de confiança dividindo com o paciente a responsabilidade (Carneiro, 1999), pois a busca por um tratamento tem dimensões pessoais muitas vezes distantes dos propósitos dos médicos.

Segundo Braz (2002), para o pediatra geral acostumado a trabalhar com crianças, a capacidade de escolha e decisões recai tão somente nos pais (mesmo que se questione este fato) e lidar com pacientes adolescentes, dentro de uma visão de autonomia, se constitui num problema. O que fazer com o paciente adolescente que procura o pediatra que o acompanhou durante toda a sua infância quando este comparece à consulta sem a presença dos pais, solicitando, por exemplo, medidas contra-conceptivas, tratamento de doenças

sexualmente transmissíveis ou orientações sobre o consumo de anabolizantes? Como fica a confidencialidade dos dados revelados nesta consulta? Mesmo para médicos que lidam apenas com pacientes adolescentes e que já se encontram familiarizados com este grupo, estes tipos de consultas se revestem de problemas éticos sérios, pelas repercussões que podem trazer (Taquette et al, 2005). O que se pode esperar dos pediatras que não apresentam tanto conhecimento sobre estas questões?

Na realidade de nosso país, os serviços que dispõem de setores especializados para o atendimento de adolescentes são insuficientes para a demanda. Desta forma, a consulta do paciente adolescente continua sendo realizada por médicos pediatras em muitos serviços. Existe o respaldo da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para que os adolescentes sejam atendidos até os 18 anos pelos pediatras (SBP, 1989). Em outros serviços do município do Rio de Janeiro, os adolescentes são atendidos por médicos pediatras generalistas, estabelecendo-se um horário específico para o atendimento de pacientes nesta faixa etária (Secretaria de Saúde, 2001). Especialistas pediátricos também continuam atendendo portadores de doenças crônicas e que necessitam de um acompanhamento sistemático de longo prazo, quando estes pacientes entram no período de adolescência. Muitas vezes, os jovens só são referidos para serviços especializados em adolescentes, quando apresentam alguma doença e não apenas para orientações como seria desejável. Na realidade, o que importa, é que estes pacientes sejam atendidos por profissionais que estejam familiarizados com as questões éticas que envolvem a consulta médica neste grupo de pacientes (SBP, 1989).

Ao longo da carreira como médica pediatra do Hospital Geral de Bonsucesso, no atendimento diário em uma enfermaria de pacientes pediátricos assim como no serviço de emergência deste hospital, foi possível perceber capacidades diferenciadas no que se refere

ao entendimento do tratamento médico nas diferentes faixas etárias. Por outro lado notava-se variadas dificuldades dos médicos pediatras quando do manejo do atendimento dos adolescentes. Por que das dificuldades? Estariam relacionadas ao desconhecimento deste grupo? Teriam a ver com os estereótipos relacionados aos adolescentes? A mudança de criança para jovem traz dificuldades no manejo de uma situação clínica, já que o pediatra está voltado para atender crianças? Estas são as questões postas a serem respondidas.

Em muitas situações o adolescente tem capacidade, liberdade e compreensão dos fatos, para a tomada de decisão. Pode expressar coerência e lucidez e desejar escolher o seu tratamento desde que o profissional permita. Assim como os adultos, os adolescentes também podem estar com a sua autonomia reduzida.

A relevância do nosso trabalho se prende ao fato de que a grande maioria dos artigos que abordam esta faixa etária se refere à gravidez, ao uso de drogas, às doenças sexualmente transmissíveis ou à violência neste grupo. Uma abordagem correta durante a consulta destes pacientes, significaria um aprendizado do cuidar de si, podendo ser útil até mesmo na fase adulta.

Se muitas vezes as atitudes dos médicos tendem a desconsiderar a autonomia do paciente, no caso do adolescente, a idade é um fator a mais que impede a manifestação da autonomia. Isto porque além de posição pessoal, o médico costuma seguir as normas e leis que regem sua sociedade. No caso do adolescente ele é considerado incapaz pela lei e deve-se solicitar o consentimento dos pais de fato. A idade, deste modo, limita a decisão dos jovens. No novo Código Civil (2002), a maioridade caiu dos vinte e um para os dezoito anos. Vemos assim uma tendência, já presente em outros países, para a sociedade perceber os adolescentes como tendo mais condições de responder sobre as conseqüências de suas decisões e ações. Entretanto, a maioria dos pais e profissionais que lidam com este grupo

acredita que os adolescentes deveriam ser protegidos por não serem plenamente autônomos. Atualmente, estas atitudes paternalistas podem ser entendidas como inadequadas quando se pretende apenas proteger (Teixeira, 2005). Cabe perguntar: protegidos contra quem? Protegidos delas mesmas ou dos outros? Julgamos que é a percepção que se tem dos adolescentes que irá determinar o respeito ou não à sua autonomia.

Nesse sentido, nosso estudo consistiu em saber se os adolescentes são respeitados em sua autonomia, se necessitam da intervenção de um adulto, se lhes são ofertados esclarecimentos suficientes para nortear suas escolhas e se elas são respeitadas. Partimos da hipótese que muitos pediatras não respeitam a autonomia dos adolescentes, pois no que se refere à assistência à saúde, os profissionais entendem os adolescentes como incapazes de decidir. Esperamos contribuir para uma melhor relação médico-pediatra/adolescente, nos serviços de saúde, tendo em vista, que ainda não existem, em número suficiente, médicos especializados em adolescentes, restando assim aos pediatras esta tarefa.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Analisar a percepção e a abordagem, do profissional de saúde pediatra e médico especialista pediátrico, do paciente adolescente verificando se respeitam ou não a autonomia destes jovens durante a consulta em diferentes contextos – o público e o privado.

### **Objetivos Específicos**

- a) Discutir as teorias sobre o desenvolvimento moral e a autonomia do adolescente sob o ponto de vista da Bioética.
- b) Analisar a formação do médico pediatra quanto aos adolescentes.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Inicialmente realizamos uma Pesquisa Bibliográfica extensa, utilizando como descritores as palavras: autonomia, bioética em crianças e adolescentes, autonomia em crianças e adolescentes, adolescência, consulta do adolescente, formação do pediatra, relação médico-paciente. A revisão da literatura nos permitiu reunir o material necessário e serviu como orientação e subsídio para a fase empírica de nossa pesquisa.

Demos prosseguimento ao estudo com uma abordagem qualitativa, verificando como cada profissional percebe e experimenta seu trabalho. Buscou-se, através de suas falas, conhecer a forma como médicos pediatras e especialistas pediátricos percebem e abordam o paciente adolescente verificando se respeitam ou não a autonomia destes jovens durante a consulta. Acreditávamos que seria possível perceber semelhanças e diferenças entre os sujeitos, encontradas na abordagem de pacientes adolescentes.

Optamos pela abordagem qualitativa por considerarmos, como Minayo, a importância de motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes em um espaço mais profundo das relações entre os seres humanos (1996). A finalidade desta Pesquisa Qualitativa seria explorar o espectro de opiniões e diferentes representações sobre o assunto em questão. Existe um número limitado de pontos de vista sobre um determinado tema em um grupo específico e, embora as experiências destes sujeitos pareçam únicas, as representações das experiências não o são e, a certa altura, há um ponto de saturação do sentido (Gaskel, 2000).

Realizamos um estudo de caso, de caráter exploratório. Becker explica, que o estudo de caso vem da tradição da pesquisa médica e psicológica, onde o profissional analisa em detalhes um caso em particular (1993). Atualmente, o caso não é mais uma pessoa singular,

mas um grupo, uma instituição, uma classe ou uma comunidade. O estudo de caso conduz o investigador a deter-se nas questões mais significativas, constituindo-se em uma forma um pouco mais abrangente de estudo.

### **O campo e a amostra**

O estudo foi realizado na Emergência Pediátrica e no Ambulatório de Pediatria do Hospital Geral de Bonsucesso, situado no Município do Rio de Janeiro. Trata-se de um hospital terciário, no qual o serviço de Pediatria é composto por enfermaria, ambulatório e emergência. Nestes setores trabalham pediatras generalistas e diversos especialistas pediátricos compondo os setores de Pediatria Geral, Nefrologia Infantil, Cardiopediatria, Neurologia Infantil, Pneumologia Infantil, Imunologia, Endocrinologia Pediátrica, Genética e Gastroenterologia Pediátrica.

A seleção dos sujeitos da pesquisa foi feita pela escolha aleatória de pediatras e especialistas pediátricos que exerciam suas atividades profissionais no ambulatório ou emergência deste hospital. Os critérios de inclusão foram pediatras e especialistas pediátricos que realizavam suas atividades profissionais no ambulatório ou emergência do Hospital Geral de Bonsucesso, exerciam medicina privada e atendiam pacientes adolescentes. Como critérios de exclusão, pediatras e especialistas pediátricos deste hospital que não trabalhavam com pacientes adolescentes e que não exerciam medicina privada.

Não nos preocupamos com uma abordagem numérica e sim em aprofundar a nossa temática focalizando a experiência dos sujeitos no atendimento de adolescentes, quer no serviço público ou em consultórios particulares. Segundo Minayo, “*a amostragem boa é*

*aquela que permite abranger a totalidade do problema investigado, em suas múltiplas dimensões”* (2002: 43).

O número de entrevistas foi estabelecido ao longo do trabalho, no momento em que os dados coletados foram suficientes para esgotarmos a nossa temática.

A população estudada constou de quatro pediatras generalistas e quatro especialistas pediátricos. Esta mostrou-se suficiente para uma análise qualitativa, pois nos permitiu perceber a reincidência de informações e afirmar que atingimos o ponto de saturação.

### **Entrevistas**

Utilizamos no trabalho, entrevistas temáticas individuais, onde solicitamos que os entrevistados falassem sobre o tema sem nos prendermos a perguntas pré-fixadas. As entrevistas foram realizadas em sala reservada, previamente agendadas, gravadas em fita magnética, restritas à pesquisa, com garantia de anonimato pois utilizamos nomes fictícios para nos reportar às suas falas e podendo ser difundidas em meio acadêmico. As fitas serão guardadas pela pesquisadora, permanecendo à disposição dos entrevistados por cinco anos. As entrevistas visavam obter perspectivas ou pontos de vista dos pediatras, de como se processava o atendimento oferecido aos pacientes adolescentes por estes profissionais de saúde.

Formulamos, a partir deste instrumental, uma divisão temática que listamos a seguir:

1. Visão do médico sobre o adolescente.
2. A autonomia do adolescente.
3. A formação do pediatra.

A proposta foi que as entrevistas fossem realizadas segundo a orientação de roteiro

temático, mantendo uma flexibilidade. Este roteiro foi incluído apenas para que não nos desviássemos demais de nossos objetivos traçados sem restringir as falas e sendo permitida a expressão livre e espontânea dos pediatras e dos especialistas pediátricos.

Junto à divisão temática foi elaborado um roteiro básico de questões, concernente à finalidade da pesquisa, que está detalhado no Apêndice I.

### **Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos**

Os sujeitos foram entrevistados após a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II), e após a análise e aprovação de nosso projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Hospital Geral de Bonsucesso. Este processo seguiu as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

### **Análise dos Dados**

O processo de análise das falas do grupo de entrevistados, conforme orienta Minayo (1996), obedeceu a três momentos distintos:

Em um primeiro momento realizamos a transcrição das fitas e a estruturação do mapa das entrevistas, seguindo-se a classificação e a ordenação dos dados. Na vertical listamos o grupo de entrevistados, organizados como *corpus* de comunicações, e na horizontal classificamos por eixos temáticos, organizados segundo os objetivos da investigação em que as falas são recortadas e organizadas.

No segundo momento, mediante uma análise descritiva do material empírico, realizamos a leitura detalhada do mapa das entrevistas, seja horizontalmente, iniciando uma

comparação entre os temas, seja verticalmente, objetivando especificar cada tema, por cada um dos entrevistados.

Finalmente em um terceiro momento, ocorreu a etapa interpretativa deste processo com o cruzamento entre as categorias teóricas e empíricas, sendo estabelecido um confronto entre as argumentações morais dos entrevistados e as reflexões teóricas em torno das categorias definidas anteriormente. A análise objetivou, compreender e comparar as argumentações morais dos sujeitos da pesquisa, identificar suas diferenças e semelhanças e, baseando-se no marco teórico construído, efetuar a análise da consistência dos argumentos morais utilizados por estes sujeitos para justificar suas condutas frente aos pacientes adolescentes em uma consulta.

### **Dos capítulos**

Os capítulos, a seguir descritos, foram elaborados tendo como base as temáticas envolvidas na investigação.

Capítulo I - Capítulo abordando o ser adolescente, sob diversas perspectivas. Pudemos perceber que os nossos entrevistados não se encontram familiarizados com as peculiaridades do período da adolescência e enxergam o adolescente como um sujeito de risco.

Capítulo II - O capítulo trata do desenvolvimento e da autonomia do adolescente, abordando o desenvolvimento cognitivo dos jovens, a bioética e a autonomia dos adolescentes. Vimos que poucos pediatras respeitam a autonomia dos adolescentes, por considerá-los incapazes de tomar decisões.

Capítulo III - Abordagem da formação pediátrica para lidar com o adolescente, apresentando a consulta preconizada pelos especialistas em adolescentes. Concluímos que a

maioria dos pediatras não aborda o adolescente de uma maneira adequada, pelo desconhecimento do desenvolvimento nesta faixa etária.

Capítulo IV – Capítulo conclusivo que fecha a dissertação mostrando as ambigüidades existentes em questões que envolvem a autonomia dos adolescentes, evidenciando que estes, ora são vistos como adultos plenamente capazes de compreender e decidir, ora como seres indefesos que necessitam de proteção, tanto pelos profissionais de saúde como pela sociedade. Faz-se também as considerações finais sobre o resultado da investigação.

# CAPÍTULO I

## O SER ADOLESCENTE

### 1 – A ADOLESCÊNCIA SOB DIFERENTES PERSPECTIVAS

#### 1.1 - INTRODUÇÃO

Atualmente ao considerarmos a adolescência como uma fase, com especificidades e singularidades próprias, encontramos três termos que são utilizados e que definem esta etapa entre a infância e a vida adulta do indivíduo, quais sejam: puberdade, adolescência e juventude.

O conceito de puberdade foi criado pelas ciências médicas, e se refere às transformações corporais com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários. A adolescência, como conceito, é bastante estudada pela psicologia, psicanálise e pedagogia e diz respeito às mudanças na personalidade, na psique e no comportamento. Por último o termo juventude se aplica à concepção da sociologia, incluindo as funções sociais desse grupo situado entre a infância e a vida adulta. O termo adolescência predomina na Medicina e na Psicologia (Groppo, 2000) e será com este termo que iremos designá-los de agora em diante.

Apesar de diferentes termos, hoje utilizados, os direitos e deveres dos adolescentes sofrem mudanças de acordo com a cultura, costumes e época. Para os adolescentes atuais, existiria uma percepção de que saíram da infância e são indivíduos singulares que caminham rumo à maturidade, conscientes do que deles será cobrado (Kuschnir, 1996).

De outro modo, sob o ponto de vista da legislação vigente, os adolescentes são pessoas consideradas incapazes ou parcialmente incapazes, isto é, no Brasil, os menores de

dezesseis anos de idade são considerados incapazes pelas normas do Direito Civil e, em seus artigos 5º e 6º, é esclarecido que entre 16 e 18 anos, os adolescentes são relativamente incapazes para certos atos, ou não adequadamente maduros para a maneira de exercê-los (Fortes e Sacardo, 2000). Há, entretanto, adolescentes que a legislação brasileira independente da idade cronológica, considera competentes para tomar decisões. São os chamados menores emancipados, em que a incapacidade jurídica cessa: com o casamento, emprego público, colação de ensino superior, ou quando são detentores de estabelecimentos civis ou comerciais, mantidos com economia própria (Código Civil 2002, artigo 9º, parágrafo 1º). Desta maneira, faz-se necessário o consentimento dos responsáveis, quando não são emancipados, para a decisão, por exemplo, de participarem de pesquisas ou mesmo a escolha de tratamento ou método diagnóstico.

Em alguns países como nos Estados Unidos da América, a legislação de diversos estados já permite, estimula e facilita que os adolescentes decidam quanto a medidas para prevenção, diagnóstico e tratamento, existindo permissão legal para que profissionais de saúde atendam menores desacompanhados, sem que haja necessidade do acompanhamento ou autorização de seus responsáveis (Fortes e Sacardo, 2000).

Estudos de Faustini et al (2003), em nosso país, mostram que quando os adolescentes recebem de uma equipe multidisciplinar, informações adequadas sobre questões específicas sobre a sua saúde, tornam-se mais competentes para se protegerem, passando a apresentar uma melhor percepção do processo saúde-doença, havendo um ganho significativo para os Programas de Saúde do Adolescente. Veremos, entretanto, que há várias formas de se olhar para esta fase da vida e que cada visão traz conseqüências sobre o modo de se lidar com esta.

## **2 - AS VISÕES SOBRE O ADOLESCENTE**

### **2.1. Guia do adolescente normal**

O termo adolescência significa crescer. Neste período, as modificações biológicas que ocorrem, constituem a puberdade e englobam o estirão do crescimento, o desenvolvimento das gônadas com aparecimento dos caracteres sexuais secundários, o estabelecimento da capacidade reprodutiva, as mudanças na composição corporal e o desenvolvimento de órgãos internos. Ocorre o distanciamento progressivo dos pais, a tendência a agrupar-se, a evolução manifesta da sexualidade, a tendência a intelectualizar e fantasiar, constantes flutuações de humor e do estado de ânimo, assim como contradições sucessivas e atitudes reivindicatórias (Knobel, 1981; Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2002).

O desenvolvimento psicossocial caracteriza-se pela busca da identidade adulta. Por ser um período de descoberta do mundo a identidade vai se configurando através do grupo de amigos e de uma vida social mais ampla. A personalidade do adolescente, também, está se formando e, por isso mesmo, é naturalmente instável, envolvendo contradições e sofrimentos tanto para o ele quanto para os pais e responsáveis, que podem apresentar dificuldades na aceitação do crescimento dos jovens (Aberastury, 1981).

De acordo com Aberastury (1981) o conceito de adolescente difícil e dependente reflete a realidade de uma sociedade hostil ao seu processo evolutivo e às tentativas do adolescente de modificar e mostrar as mudanças necessárias na cultura vigente na sociedade onde ele vive. Em um determinado momento, o jovem passa ao mundo adulto, apresentando os conflitos e dificuldades de viver neste mundo, ocorrendo uma crise de identidade, na qual ele perde sua estabilidade e passa a enfrentar um mundo que o frustra. A passagem dos jovens ao mundo dos adultos, se acompanha de críticas e de uma visão

diferenciada sobre como deveria ser o comportamento adulto. Eles passam a habitar um lugar próprio, um lugar que também habitamos um dia e que por força do amadurecimento e crescentes responsabilidades, nos esquecemos dele. Esquecer que se foi um dia adolescente dificulta sobretudo entender o jovem de hoje e dar-lhe um espaço próprio (Kuschnir, 1996).

Existem diferenças entre os diversos países ou regiões que podem apontar para o fato de que existem grupos ou etnias nas quais a entrada no mundo dos adultos ou é postergada, por períodos de educação prolongados, ou é abreviada pela necessidade de inserção do jovem no mercado de trabalho, muitas vezes para auxiliar na renda familiar (Aberastury, 1981).

De qualquer modo, o mundo atual vem sofrendo uma mudança global dos valores, o que vem afetando mais diretamente o adolescente, porque ele é mais sensível a estas mudanças e isto traz conseqüências como será comentado neste trabalho.

### **2.1.1. Definindo adolescente normal**

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 1989), ao lado das mudanças muitas vezes abruptas, sejam corporais ou psíquicas, as necessidades médicas dos adolescentes são básicas e geralmente se prendem a uma orientação, prescrição de contraceptivos e ao tratamento de problemas menores. Talvez este seja um dos motivos pelo qual, este grupo, pela pouca morbidade, tende a ser estudado/observado pela sua conduta e seus distúrbios psíquicos e na maioria das vezes, definidos por eles.

O estudo de Pontes, realizado no Núcleo de Estudos e Saúde do Adolescente (NESA) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, evidenciou uma incidência

predominante da faixa etária de 12 a 14 anos, entre os adolescentes hospitalizados (2003). Quanto ao diagnóstico destes pacientes, ocorreu maior incidência de doenças relacionadas ao sistema urinário (19,3%), seguida de doenças osteoarticulares (10,8%) e de afecções relacionadas ao sistema imunológico (9,8%) incluindo portadores do vírus HIV. Outros diagnósticos registrados nos prontuários destes pacientes foram doenças do sistema cardio-circulatório (8,4%), neurológicas (8,4%), tegumentares (7,2%), hematológicas (6%), otolaringológicas (6%) e as do sistema endócrino (6%).

Segundo o Comitê de Adolescência da SBP (1989) evidenciam-se três etapas distintas durante a adolescência:

- a) Adolescência precoce (10-14 anos): etapa de habituar-se às modificações do corpo e estabelecer a separação dos pais.
- b) Adolescência média (15-17 anos): etapa de melhorar sua imagem através da cultura física e do vestuário iniciando-se a busca da identidade.
- c) Adolescência tardia (17-19 anos completos): etapa na qual emergem os valores e comportamentos adultos, predominando uma identidade estável e um relacionamento mais estreito e afetuoso com as outras pessoas.

As mudanças sejam corporais ou mentais estão no centro da problemática e assustam o próprio adolescente que pode apresentar atitudes infantis como defesa. Assim, pode portar-se como adulto para algumas coisas e criança em outras. O adolescente pode se retrair para se reassegurar, para depois enfrentar o mundo, como pode enfrentá-lo sem estar ainda preparado para este confronto.

Vários lutos ocorrem neste período: luto pela perda do corpo infantil, sem que nada se possa fazer para impedir esta transformação; luto pela identidade infantil perdida tendo

que assumir responsabilidades e por último, o luto pela perda dos pais que o protegiam na infância e que agora exigem dele uma atitude mais madura (Aberastury, 1981).

A tentativa de se tornar independente, ultrapassando os diversos lutos, leva inevitavelmente a uma instabilidade, denominada por Aberastury e Knobel como a “*síndrome da adolescência normal*” (1981: 28). Ela nada mais seria do que uma adaptação do jovem ao ambiente onde vive, porque, por mais adequado que seja o crescimento, ele flutuará da dependência à independência ao longo deste período.

Numa pesquisa com adolescentes do Núcleo de Estudos e Saúde do Adolescente (NESSA), Kuschnir (1996) concluiu: o conceito adolescente/adolescência é algo externo para eles, falado apenas pelos outros. Os adolescentes não se inserem nesta categoria e ainda não se sentem habitando o mundo dos adultos porque este lhes dá medo; seu bem mais almejado é a liberdade e esboçam projetos de vida geralmente voltados para a vida profissional; casamento e filhos são vistos com naturalidade, principalmente, para adolescentes de baixa renda; consideram hostil o mundo ao seu redor, tendo em vista as responsabilidades e o trabalho por obrigação; muitos abandonam o projeto de estudar e se formar, pela necessidade de trabalho; o caráter provedor de suas famílias é mais importante do que sua constituição; consideram o namorar e as relações sexuais como romance o que vai contra o que pensam os profissionais de saúde. Este mesmo estudo aponta que para este grupo, os profissionais de saúde são aquelas pessoas capazes de aliviar o seu sofrimento ou resolverem as suas moléstias e a doença em si os remete à questão de sua própria finitude.

Segundo Aberastury, o período da adolescência é confuso, ambivalente e doloroso para o jovem, entretanto, no momento que a maturidade biológica se associa à maturidade afetiva e intelectual, ele terá valores suficientes para enfrentar o mundo exterior. Este

processo ocorre gradualmente e à medida que o jovem se desenvolve, ele sente que deve começar a controlar a sua vida, e assim desfrutar de sua autonomia (1981).

## **2.2 – Guia do adolescente de risco**

O ser adolescente, com o seu estilo próprio de vida, buscando experiências, enfrentando perigos e desafios e desenvolvendo novas habilidades pode incorrer em comportamentos de risco, muitas vezes, sob a influência do meio. Até certo ponto, tal comportamento é positivo, entretanto, alguns jovens têm a capacidade de avaliar riscos mesmo que se saiba que esta habilidade só se adquire com a prática, com fatos concretos e por isso existe quase uma necessidade de viver cada situação para aprender com seus erros e acertos. A geração atual dos jovens é a mais urbana e a mais educada da história, entretanto, o maior acesso à educação e aos serviços de saúde se acompanha de uma maior exposição aos riscos, como o do uso de drogas lícitas e ilícitas, à violência, à gravidez indesejada, à AIDS e às doenças de transmissão sexual.

A literatura médica se refere a este grupo de pacientes como apresentando um padrão uniforme de comportamento, ignorando a complexidade existente neste universo quanto a suas necessidades de saúde (Ayres, 1990) e como bem diz Kuschnir: *"Salienta o seu voluntarismo fazendo-os os únicos causadores dos riscos oriundos de seu comportamento"* (1996: 5).

A partir da segunda metade dos anos 80 do século passado, foram lançadas na França campanhas de prevenção que recomendavam o uso de preservativos em geral, tendo como parte de seu público-alvo, os jovens. Estas campanhas visavam proteger estes jovens dos riscos ligados ao exercício de sua sexualidade. O uso de proteção durante o ato sexual passou a ser recomendado como uma atitude racional e responsável (Bozon, 2004).

Estas campanhas surtiram efeito e, a partir de meados dos anos 90, os jovens passam a adotar maciçamente o preservativo no início da vida sexual. O uso do preservativo parece ter-se imposto como um rito de passagem, entretanto, o seu abandono parece ocorrer cada vez mais rapidamente (Bozon, 2004). O abandono decorre do fato do adolescente, em sua concepção de saúde e doença, não se perceber como "indivíduo de risco" ao contrário do que é descrito nos documentos oficiais que se referem às questões sobre a sua saúde. Pesquisa recente, realizada por Miranda et al com adolescentes do sexo feminino (2005), evidenciou que embora 90% das adolescentes revelassem ter acesso às informações sobre riscos e prevenção de DST/AIDS (Doença Sexualmente Transmissível/Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida) apenas 23,4% relataram uso regular de preservativos durante as relações. Apesar de terem conhecimento sobre as formas de transmissão, não se previnem adequadamente. No estudo, 69,0% já tinham iniciado sua vida sexual e 12,8% relataram história de DST. As doenças inflamatórias pélvicas são cem vezes mais frequentes nos adolescentes do que na mulher adulta e 20% dos casos evolui para abscessos tubo-ovarianos, o que pode acarretar infertilidade (Halbe, 2000). Todos estes resultados apontam as adolescentes como vulneráveis para as DST e para a necessidade de ações preventivas, incluindo entre estas, testes de rotina para a detecção de DST e programas específicos para este público, visando à redução dos riscos (Miranda, 2005). As doenças de transmissão sexual que se apresentam, tornam clara a necessidade de educação sexual adequada para os adolescentes e, em algumas escolas, já se formam núcleos de orientação sexual, mas isto ainda é pouco. O jovem necessita de informações adequadas, pois os tabus e conceitos errôneos geram insegurança, ansiedade e conflitos. Também podem apresentar dificuldade em pedir ajuda quando tem dúvidas, porque, muitas vezes as famílias vêem a sexualidade como algo a não ser discutido com os

filhos. Aonde recorrer? Na maioria das vezes é ao próprio grupo que eles se dirigem, à procura de respostas, o que se configura arriscado já que eles também podem ter a mesma problemática.

Outra fonte de preocupação das políticas públicas, como bem refere Halbe (2000), em seu estudo, são as complicações relacionadas à gravidez, ao parto e aos abortos, em populações femininas vulneráveis. Estas complicações são as principais causas de morte em muitas partes do mundo e, nos últimos anos, ocorreu um crescimento acentuado da gravidez na adolescência o que acresce mais um risco a este grupo. Como a autora aponta, entre os principais fatores responsáveis pela gravidez nas jovens estão: a erotização precoce das meninas, a redução da idade do início da vida sexual e a ausência de um projeto de vida. As mães adolescentes e seus recém nascidos têm todas as desvantagens, sendo por este motivo, consideradas de risco (Ibidem).

Outro problema sério que implica em risco para este grupo é a depressão. A associação entre sexo e drogas também aumenta o risco de depressão e idéias ou tentativas de suicídio entre os jovens. Estes fatos são mais comuns do que se imaginava. A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) revelou que, em estudo recente nos Estados Unidos, 28% dos alunos do ensino médio já apresentaram depressão severa e que o suicídio é a terceira principal causa de morte no país, entre jovens de 15 a 19 anos (Fapesp, 2004). Pesquisa coordenada pelo Centro e Avanço à Ciência, publicada em 2004 no *American Journal of Preventive Medicine*, revelou que os menores índices de depressão, idéias suicidas e tentativas de tirar a vida foram observados em adolescentes ainda sem atividade sexual ou uso de drogas (Fapesp, 2004). Os pesquisadores afirmam que estudos são necessários para entender melhor este fenômeno e descobrir o que vem primeiro: sexo e drogas ou problemas psicológicos (Fapesp, 2004). É recomendado que os serviços de saúde

não percam a oportunidade de diagnosticar a depressão, uma vez que existem tratamentos disponíveis que podem evitar episódios trágicos.

Questão que também preocupa é o hábito de fumar cigarros que constitui a principal ameaça isolada para a saúde e longevidade dos jovens americanos. A cada ano, cerca de 400 000 pessoas morrem prematuramente de doenças relacionadas ao fumo; 90% dos fumantes adultos começaram a usar tabaco muito precocemente e 70% dos jovens que fumam são filhos de pais fumantes. A cada dia 3 000 crianças e adolescentes começam a fumar (Halbe, 2000).

Também o uso de bebidas alcoólicas nesta idade passa a ter importância pelo aumento do risco de tornar, o jovem, um dependente químico além de provocar acidentes de trânsito, pois, as pesquisas apontam que na metade das ocorrências fatais, há presença de etanol no sangue das vítimas. Na maioria dos casos de colisões, os envolvidos são jovens do sexo masculino e esta incidência maior neste grupo é atribuída à impulsividade, à ousadia e por comportamentos mais agressivos que seriam marcas típicas de adultos jovens (Medcenter, 2004). Preocupa não apenas as vítimas fatais, mas também, a incidência de seqüelas temporárias ou permanentes que é bastante elevada. Os sobreviventes requerem, em menor ou maior grau, assistência médico-hospitalar, onerando os serviços de saúde e limitando a vida destes jovens. Pesquisa com 2116 estudantes da Universidade Federal de Campinas, realizada por Marin Leon e Vizzotto (apud Medcenter, 2004), ressaltam a necessidade de se fazer intervenções educativas em jovens do sexo masculino, com renda elevada e que consomem álcool, principalmente naqueles envolvidos em um ou mais acidentes de trânsito, pelo seu maior perfil transgressor. Estes dados não estão relacionados diretamente aos adolescentes situados na faixa etária de 10 a 18 anos, mas é comum entre os jovens de 19 a 24 anos.

Os adolescentes têm pouca noção de risco e por isso são destemidos. Isto é expresso quando narram situações onde são expostos aos riscos, principalmente pela violência do seu meio social, verbalizando-as como ainda distante e pouco provável de acontecer com eles. Falam do risco de engravidar e de adquirir AIDS, porém o se contaminar ou engravidar não irá acontecer com eles. Têm as informações sobre o uso de preservativos, entretanto, ainda existe uma distância, entre conhecer os perigos e modificar definitivamente seus hábitos (Kuschnir, 1996).

O risco pode ser definido como a probabilidade de que um evento indesejável ocorra. Na saúde o risco é a probabilidade de adquirir uma determinada doença ao entrarem em contato com fatores de risco ou sinais de alerta. Estes podem ser fatores ambientais, físicos ou sociais. Podem ser herdados ou decorrentes de um tipo de comportamento (Fletcher, 1991). Os riscos, segundo Castiel (1994), podem ser resultantes de escolhas pessoais como estilos de vida, e podem ser abordados com ações preventivas de atenção primária. Os fatores de risco estão mais presentes na vida de alguns jovens que por isto se tornam incapazes de zelar por sua integridade, ficando assim mais vulneráveis por não perceberem os próprios riscos. No entanto, estilos de vida de risco, não podem simplesmente ser considerados como escolhas pessoais. Para alguns indivíduos, estes estilos podem ser os únicos modos possíveis de conviver com a realidade social ao seu redor (Castiel, 1994). O estilo de vida é mediado pela condição econômica e atribuir só ao indivíduo total responsabilidade pelo seu modo de viver ou por suas escolhas seria negar-lhes a condição de indivíduos histórica e socialmente construídos (Kuschnir, 1996).

Nos documentos oficiais é destacado ou evidenciado o adolescente como sujeito de risco tão somente e é deixado de fora suas potencialidades ou positivities, percebendo apenas uma negatividade em seu comportamento, o que justifica a necessidade de controlá-

los e indicar-lhes o caminho a seguir. Controlar os fatores de risco significa controlar o próprio adolescente (Kuschnir, 1996).

Nota-se nos, últimos anos, uma proliferação de serviços voltados para o atendimento de adolescentes, embora ainda não seja suficiente para atender à demanda das cidades. Estes serviços se orientam pelos programas de atenção à saúde dos adolescentes que identifica os grupos de risco, detecta precocemente os agravos, executa o tratamento adequado das mais diversas desordens, assim como à reabilitação destes pacientes, de forma integral, multidisciplinar e interdisciplinar. Estes programas, entretanto, nem sempre contemplam as necessidades dos jovens.

Segundo Kuschnir (1996), os adolescentes crescem e se desenvolvem expostos à violência de uma forma contundente como também são acometidos por doenças endêmicas e epidêmicas a que toda a população está sujeita. A ênfase, entretanto, se dá no risco proveniente da violência física, comum nas grandes cidades. O adolecer nesta idade, algumas vezes adquire conotações dramáticas, muitas vezes insuportáveis para alguns jovens (Ibidem). Se as questões de saúde não são tão consideradas nos documentos oficiais e pelos profissionais de saúde, como o adolescente enfrenta um adoecimento físico? Eles referem a sua doença como "*o meu problema*" minimizando as doenças, refletindo tanto um medo do adoecer e talvez de perceber a sua fragilidade, como de algum modo reproduzindo o discurso oficial – eles não adoecem e se adoecem é porque são diferentes dos outros.

Em suas entrevistas, Kuschnir observou o quanto é sofrido para os jovens ter "um problema". Significa ter poucas chances para o sucesso, sendo uma marca de inferioridade que tentam disfarçar e minimizar. Evitando a palavra doença retiram o sentido de limitação e de finitude da vida (1996). Como diz Herzog: "*Ser doente, envolve conseqüências que os remetem a uma situação de marginalidade (...) de seres diferentes*" (1987:107).

O Hospital Geral de Bonsucesso, instituição onde realizamos nosso trabalho, dispõe de Serviço de Emergência Pediátrica, efetuando o atendimento de pacientes classificados na rubrica causas externas consideradas as mais freqüentes causas de morbimortalidade, no período de adolescência em nosso meio (Ruzany,1995). Entre estas causas, os eventos violentos estão, em sua maioria, associados ao uso de álcool e de outras drogas. Por estar situado em uma área rodeada por favelas, o índice de violência é alto na população à qual prestamos atendimento médico.

Vários estudos no Brasil mostram a alta prevalência de comportamentos de risco à saúde e muitos apontam para a associação entre os vários riscos. Nos Estados Unidos, atualmente, o objetivo principal das políticas de saúde é aumentar o percentual de adolescentes que chegam à vida adulta sem terem sido usuários de tabaco, álcool e drogas ilícitas. Neste país, o Sistema de Vigilância de Comportamentos de Riscos na Juventude revelou o hábito de fumar em 16,8%; uso de maconha em 26,7%; consumo de álcool em 31,5% e atividade sexual em 36,3 % dos jovens (Melo et al, 2005).

Estudos recentes no Brasil, realizados em Minas Gerais por Melo et al (2005) mostraram percentuais bastante expressivos. Entre os adolescentes de 10 -14 anos, 18% relataram vida sexual ativa; 38,5% "ficam"; 30,3% já trabalham; 20,3% relatam o uso do álcool e 12,7% são vítimas de violência doméstica. Neste grupo, o fato de trabalhar se associa com outros fatores de risco, tais como: violência doméstica, agressão, abuso sexual, estupro, prostituição, homossexualismo, atividade sexual. O mesmo ocorre com a violência doméstica, que está associada com a violência de rua, acidentes de trabalho, estupro, prostituição, homossexualismo e consumo de cigarro.

Todos estes estudos enfatizam os adolescentes como sujeitos de risco.

Acessando sites na Internet, vemos que o adolescente procura esclarecer dúvidas sobre sexo e sexualidade, gravidez, uso de drogas, mas também aparece muito desamparo, falta de apoio familiar e desinformação. Retiramos algumas questões, muitas vezes angustiadas colocadas pelos adolescentes no site Manual do Adolescente, o mais acessado por eles (<http://www.adolescente.psc.br/perg/s17.htm#>):

“Olá, estou escrevendo mais como um desabafo. Há seis meses descobri estar grávida. Assim que descobri, corri contar para os meus pais e, embora sempre tenha sido uma garota de bem, direita, honesta, estudiosa e de nunca ter dado trabalho para os meus pais, recebi um "- Se vira!", como resposta. Em pânico, recorra ao meu namorado, o qual foi o primeiro homem da minha vida e sou PERDIDAMENTE apaixonada, e o que aconteceu é que fui acusada de ser a única culpada nessa história toda e que ele não iria assumir nada. Conheci um lado dele que jamais imaginava que existisse e mesmo assim continuo só pensando nele, só nele, no meu lindo e loiro namorado, o qual sempre eu dediquei carinho e dedicação. Parece que ele entrou na minha mente e não quer mais sair de lá. Esta gravidez foi um acidente, uma falha na camisinha, um estouro. Estou com medo. Gostaria de ter o apoio de alguém, mas não, estou só. Tenho medo que o meu bebê saia prejudicado disso tudo, pois já passei muito nervoso nessa gravidez. No começo, quando fui rejeitada por meu namorado, chorei tanto, tanto, que acabei tendo fortes cólicas e um pouco de sangramento. Fiz repouso e agora estou bem. Vou ter um menino, Gustavo. Minha médica, coitada, é a única que me ouve, agüenta meus choros e desabafos. Tenho pena do meu bebê, gostaria de dar a ele um pai, mas também não quero obrigar meu namorado a ter nenhum compromisso com ele, penso que ele deveria fazer isso por mim, por ele próprio, por nosso amor... Ele já tem 18 anos, trabalha numa farmácia, já teria maturidade pra isso, mas não, preferiu me deixar. Não sei o que faço. Meus pais não vão me pôr para fora de casa, mas eu estudo e não sei o que farei com o bebê para poder estudar. Jamais culpei meu filho, muito pelo contrário, o amo, agradeço a Deus por me dar a oportunidade de tê-lo em meu ventre, de poder estar alimentando-o e proporcionando-o conforto. Quero ver seu rostinho, beijar sua mãozinha, ver seus olhinhos, os quais eu não sei se serão azuis como os meus ou verdes como os do pai... Bom, só gostaria de uma sugestão de o que fazer. Por favor não deixem de responder, estou agoniada. Obrigada e desculpe por fazê-los perder tempo com meus problemas. Meu nome é Eliana, tenho 16 anos”.

“Por favor preciso que esclareça-me sobre duas coisas que me incomoda muito e só vocês podem me ajudar ...1ª Sempre que estou transando sinto uma dor enorme no pé da barriga uma dor que me incomoda muito que as vezes chego a pensar que não sou capaz de chegar ao final da transa, uma sensação que a bexiga esta cheia , sabe, isso é uma doença? A outra pergunta e tem algumas posições que fico que faz um barulho e isso me deixa com muita vergonha, isso também é doença ? Existe isso de mulher ser folgada e por isso fica esse barulho? Por favor vocês são as únicas pessoas que podem me ajudar. obrigada. Jujuba, 18 anos - São Paulo. SP”.

“Preciso de ajuda, tenho 17 anos e nunca beijei, nunca sequer fiquei sozinha com um menino, minhas amigas são todas mulheres, além disso me sinto sozinha, sempre acho que as pessoas são melhores do que eu, me acho feia, burra, indesejável.....já tentei cometer alguma loucura, mais quero tentar ajuda.....quero aprender a me amar do jeito que sou.....a única coisa que tem me dado prazer é a comida.....já engordei 20 kg.....me ajudem!!! Stefanie, 17 anos - São Roque – SP”.

“Tudo bem? Estou numa dúvida cruel, minha menstruação não é regular tem meses que nem vem, mas geralmente isso ocorre umas duas vezes por ano. Saí com um cara, e ele colocou o dedo na minha vagina, não sei se ele tinha esperma no dedo, estou muito nervosa e com medo de engravidar. No mês de maio não veio menstruação pra mim, em junho veio e em julho até agora nada. Gostaria de saber se posso estar grávida, qual o período que eu devo esperar pra saber??? Também gostaria de saber se quando o espermatozóide sai do pênis e é exposto ao ambiente, ele morre ou se for colocado na vagina a mulher pode engravidar? Karina, 21 anos - São Paulo – SP”

“Olá Dr, eu estou muito preocupada comigo pois faz mais ou menos uma semana que eu estou com uma dor na minha parte genital e muita coceira lá dentro. Eu quando fui tomar banho peguei um espelho e olhei lá dentro para ver como estava e estava tudo branco e eu fiquei com medo pelo fato de que meu namorado me "masturba", eu seja, ele põe o dedo dele lá dentro e eu naum sou mais virgem por causa desse ato. Quando isso aconteceu eu fikei transtornada pois eu só tenho 14 anos. De um tempo pra cá ele tem feito sexo oral em mim e eu estou com medo de eu estar com alguma DST e também não posso ir ao ginecologista pois eu tenho medo que a minha família acabe descobrindo que eu naum sou mais virgem. Estou passando uma pomada para micose e está melhorando. Por favor me ajudem. Agradeço a atenção, Carol”.

Estes são alguns exemplos entre centenas que constam neste site e que são respondidas por especialistas. Pesquisando outros sites, as mesmas questões e dúvidas se repetem: anatomia do aparelho sexual; etapas da gravidez, desde a relação sexual até o aleitamento; métodos anticoncepcionais disponíveis confiáveis ou falhos e DST principalmente a AIDS. Alguns sites, como o montado por Harada et al (2006) do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Estado de São Paulo (Unifesp), considerado um dos melhores sobre o tema, esclarece as dúvidas de forma didática, com textos claros, desenhos e animações. Os adolescentes também podem tirar dúvidas com profissionais da Unifesp por e-mail ([www.virtual.epm.br/cursos/sexhum/sexualid.htm](http://www.virtual.epm.br/cursos/sexhum/sexualid.htm)). O Ministério da Saúde (Adolesite) também esclarece dúvidas dos adolescentes, em relação à AIDS, sexualidade, drogas e DST. O IBGE Teen apresenta dados de nosso país, em linguagem acessível aos jovens de 13 a 19 anos ([www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)). Deste modo vemos sites voltados para o adolescente que tentam dar conta da problemática deste grupo. Quando são sites oficiais, de universidades ou órgãos de governo, sua função é mais didática. Quando são feitos por especialistas na área eles são mais despojados e respondem aos e-mails, muitas vezes desesperados, dos jovens que parecem não ter aonde recorrer. Fica claro que falta diálogo nas famílias, na escola com os professores, nos serviços de saúde com os profissionais. Pelo pesquisado neste item, observamos que o adolescente é tão somente percebido como um sujeito de risco, mas há muita solidão e desespero no

desconhecimento destes jovens que acaba por colocá-los em risco. A desinformação é o pior que se pode fazer. Ignorar ou não permitir questionamentos não os impedem de experimentar, mas eles pagam, muitas vezes, um alto preço por suas condutas. Parece um ciclo vicioso. Se nós os vemos como perigosos, desconfiamos de tudo que eles fazem ou pensam em saber. Optamos por não entrar em seu mundo ou nos colocamos no lugar da verdade e assim, nós os afastamos e eles acabam por trilhar caminhos que os colocam em risco e aí achamos que temos razão em olhá-los como pessoas que só sabem fazer coisas erradas e perigosas. Eles nos temem e fogem, não deixando, entretanto, de experimentar coisas novas e ocultando as conseqüências de seus atos. Frente às dúvidas e angústias recorrem aos amigos, com os mesmos problemas ou aos sites que pouco podem fazer efetivamente a não ser aconselhar, mas não ajudar efetivamente. Os sites oficiais deveriam abordar a problemática existencial desta fase e ter um espaço destinado aos pais porque alguns precisam aprender a lidar com seus filhos, já que eles, muitas vezes, podem estar tão perdidos quanto estes.

Por outro lado, os meios de comunicação de massa enfatizam a sexualidade em seus diversos produtos o que acentua ainda mais as fantasias próprias do período da adolescência. O uso de drogas, a pressão do grupo ao qual pertencem e a violência acentuada, levam alguns destes jovens a testar os seus limites, contribuindo para acentuar os seus riscos.

Ao lado disto, a sociedade percebe o adoecimento de forma diversa. Hoje se é um doente em potencial (Braz, 1994). O medo de adoecer está presente em nossa sociedade e procura-se vender saúde e prolongar a vida, até mesmo em detrimento de alguns prazeres. O risco está ou tem probabilidade de estar presente em nosso dia a dia, estabelecendo um controle sobre nossos corpos e sobre o nosso comportamento (Kuschnir, 1996). Atualmente

as doenças saem do campo da realidade e passam para a virtualidade e a preocupação recai, assim, na possibilidade de que possam vir a acontecer e de como se pode evitá-las, priorizando, deste modo, os riscos de adoecer.

Deste modo de pensar não escapam os adolescentes, vistos como de alto risco, seja contra si próprio ou contra o outro o que leva tanto as políticas voltadas para eles como os profissionais de saúde a tentarem detectá-los precocemente ao abordá-los em sua história clínica. Esta visão faz com que seja necessário investigar a história do paciente, ir além da queixa atual, daquilo que eles denominam de "*o seu problema*". Acrescenta-se na história do adolescente o indagar, por exemplo, se tiveram problemas com a justiça, se utilizam drogas lícitas ou ilícitas, se têm vida sexual ativa, se utilizam métodos contraceptivos ou se fazem prevenção das doenças sexualmente transmissíveis pelo uso de preservativos. Previamente a este interrogatório, obviamente há um pré-conceito do profissional em relação ao que seja um adolescente. Isto é agravado porque os estudos referidos mostram que o adolescente que frequenta os hospitais não se enquadra em padrões típicos, mostra-se complexo e singular. Por seu lado ele não se sente como os que são descritos nos programas e sim como vivendo um momento histórico difícil (Kuschnir, 1996) e, como o atendimento às subjetividades não é considerado, fica impossibilitado o atendimento às necessidades individuais.

O enfoque de risco na saúde dos adolescentes, ao adotar medidas preventivas e educativas para estes jovens, pretende reduzir as causas externas de morbimortalidade nesta faixa etária, assim como o acometimento dos jovens por doenças passíveis de prevenção, mas não enfoca o sujeito em si mesmo, imerso em ambivalências e dúvidas sobre si próprio e o mundo.

Alguns enfatizam que a atividade física auxilia no aprimoramento, no desenvolvimento do adolescente e na redução dos riscos de futuras doenças. Por outro lado não é totalmente isenta de riscos, sendo que estes evoluem desde lesões corporais até as deficiências nutricionais (Vieira et al, 2002).

Os exercícios físicos aliados a uma oferta energética satisfatória, aumentam a utilização da proteína da dieta, proporcionando adequado desenvolvimento esquelético; aumento da massa magra; diminuem a gordura corporal; melhoram a eficiência cardiorespiratória, além de promover importantes efeitos psicossociais (Vieira et al, 2002).

Barbosa (apud Vieira et al, 2002), destaca as vantagens do esporte: estimula a socialização, serve como "antídoto" natural dos vícios, ocasiona maior empenho na busca de objetivos, reforça a auto-estima, ajuda a equilibrar a ingestão e o gasto calórico, levando a uma menor predisposição a doenças. Fripp et al (1985) observaram que adolescentes com boa aptidão física apresentam menor índice de massa corporal (IMC), menor pressão sanguínea sistólica e diastólica, e maior concentração plasmática de HDL-colesterol do que adolescentes sedentários. Em contrapartida, as horas assistindo TV, vídeo game ou de uso intensivo da Internet, estão associadas com o aumento do IMC (Fonseca et al, 1998).

Entretanto, o pressuposto de que o esporte é isento de riscos, pode ser considerado um mito. Dentre os riscos que o esporte pode oferecer na adolescência são relatados distúrbios alimentares; morte súbita (para adolescentes portadores de patologias como cardiopatias congênitas e hipertensão arterial, ou para adolescentes sadios sujeitos à contusões fatais, choque térmico, ou superesforço); contusões variadas e distúrbios de conduta como a agressividade no esporte. Treinos muito rigorosos, sem a reposição de líquidos, podem levar a desidratação.

Entretanto, a preocupação com a imagem corporal é o que leva os adolescentes a buscarem as atividades esportivas. Uns tendo como objetivo ganhar peso ou músculos, outros de perder peso. Dentro das modalidades esportivas, as mais citadas foram práticas coletivas, refletindo a influência dos fatores sócio-culturais na vida diária. O importante é que as atividades esportivas podem levar o adolescente a um dispêndio de energia em atividades prazerosas e recreativas. Permitem o seu relaxamento, o perceber seu corpo e a forma de controlá-lo, possibilitando afastá-lo de vícios, assim como, a convivência em grupos e um relacionamento mais intenso com seus pares (Vieira et al, 2002).

Aqui vemos também uma preocupação não somente com a saúde física, mas principalmente, afastar dos perigos que possam colocar suas vidas em risco ou livrá-los de atitudes consideradas anti-sociais ou indesejadas pela sociedade.

### **3 – O adolescente como sujeito de risco: os resultados do campo**

Poucos percebem o adolescente como um sujeito descrito na primeira parte deste capítulo (item 2.1), com suas especificidades, angústias, alegrias e ambivalências e portador de dúvidas a respeito de si e do mundo, procurando sua identidade e sofrendo por não ser reconhecido neste momento de transição. Ele é pouco visto deste modo, tanto pela literatura médica, mídia e família quanto pelos profissionais de saúde. O *imaginarium* dos indivíduos se dirige aos riscos, muito mais enfatizado, pesquisado e veiculado como salientado anteriormente.

Ao divulgar nossos resultados, para garantir o anonimato das identidades de nossos entrevistados, pediatras e especialistas pediátricos, utilizamos nomes fictícios para nos reportar às suas falas. Consideramos os especialistas também como pediatras. Estes são

pediatras por formação, tendo apenas uma ligação com os pacientes adolescentes por mais tempo, em função das doenças crônicas que acompanham e também por terem se submetido a uma formação mais longa, mas não suficientemente profunda para lidarem com mais facilidade com esta faixa etária.

Apresentamos os resultados de nossa primeira temática, onde abordamos a visão do médico sobre o adolescente. Os temas propostos aos nossos entrevistados foram:

- a- O adolescente no mundo atual.
- b- Os filhos ou filhos de amigos que se encontram no período de adolescência.
- c- Tornando-se um adolescente: faixa etária e sentimentos de ser adolescente.

### **3.1 – Os aborrecentes**

Os resultados revelaram que os pediatras não têm uma visão do adolescente como um ser singular que estaria passando pela “síndrome do adolescente normal” como postula Aberastury e médicos especialistas em adolescentes. Conforme pudemos interpretar através de suas falas, os pediatras se referem ao adolescente como sendo difícil, problemático, agressivo, irresponsável, sendo um verdadeiro aborrecente, como se costuma falar, cotidianamente, ao se referir a este grupo, como mostramos a seguir:

*"Inseguro e desconfiado (...), às vezes agressivo (...) a criança você tenta tratar de uma maneira mais carinhosa conversando mais (...) o adolescente se você levar por este lado não consegue agradar e ele fica até agressivo (...) quer que você seja mais rigorosa" .*  
(Dra Sabrina)

*"O adolescente é meio problemático (...) se sentem perdidos (...) tem filhos de colegas que tem uma série de oportunidades, uma condição financeira um pouco melhor (...) você dá coisas, oportunidades de estudo, mas não tem aquela vontade, sabe? (...) falta garra" .*  
(Dra Sabrina)

*"Filhos de amigos? Nossa, horríveis! Problemas com drogas (...) respondem mal aos pais (...) não tenho nenhuma experiência boa (...) brigam no telefone (...) acho que culpa a família [pausa emocionado] nunca dá pra saber, né? Algum erro na educação (...) falando*

*isso com você estou pensando [pausa] se não estou deixando de fazer alguma coisa em relação a minha filha [pausa] eu penso muito nisto". (Dr Alberto)*

Alguns se mostram surpresos, reticentes e até preconceituosos com a tentativa de identificação com o grupo, atitude considerada normal neste período de vida, como pode-se verificar pelo que diz um dos entrevistados:

*"Outro dia atendi uma menina com uma inflamação por um pearcing no umbigo! Pearcing no umbigo com 10 anos! (...) de top! (...) uma vez me perguntaram no avião porque as meninas brasileiras se vestem como prostitutas". (Dr.Alberto)*

Mediante a análise das falas dos entrevistados, percebe-se que a "síndrome da adolescência normal" de Aberastury e Knobel é praticamente ignorada. Parece que existe um desconhecimento sobre o tipo de comportamento normal apresentado pelo adolescente, dando a este uma conotação de insegurança, rebeldia e inadequação ao meio onde vive.

Porque seria difícil para a sociedade e para os profissionais de saúde aceitar as transformações pelas quais passam os nossos jovens? Existiriam conflitos conscientes ou inconscientes impedindo a aceitação destas transformações? O conceito que é aceito por nossos profissionais de saúde de que o adolescente é um ser difícil, reflete a realidade de uma sociedade hostil ao processo evolutivo dos jovens visto como ameaça.

Apenas uma pediatra admitiu a possibilidade dos adolescentes terem um comportamento próprio, sem apresentar estranheza quanto a este jeito de ser:

*"(...) É uma faixa de rebeldia (...) de negativas (...) o adolescente é meio tribal [pausa] muito de grupos (...) eu não sei se os tenho que caracterizar como tendo uma faixa de sentimentos e comportamentos diferentes". (Dra. Mara).*

### **3.2 – A culpa pelo comportamento é dos pais e do meio**

Na prática diária, alguns dos pediatras entrevistados consideram os adolescentes como sujeitos dependentes do meio onde vivem, principalmente, o familiar, sendo este

responsável pelo seu comportamento e, pelas futuras oportunidades que surgirão na vida destes jovens:

*"Eu noto que nas famílias com um vínculo afetivo e emocional funcionalmente razoável, que permite dar aos filhos um grau de educação, afetividade e de interação de uma maneira ideal, o adolescente tem uma chance infinitamente maior de se sair bem em todos os níveis: afetivo, emocional e social (...) para que possam passar por este período com mais facilidade (...) mais tranquilidade e menos sofrimento".(Dr Marcelo)*

*"Outros adolescentes são filhos de pais não preparados para a maternidade ou paternidade (...) estão meio que empenados [pausa] flutuando em uma situação em que a atenção voltada pra eles (...) em termos de educação e saúde pública e até mesmo [pausa] de atenção familiar (...) em todos os níveis sócio-econômicos (...) existiria um despreparo social e familiar para lidar com o nosso adolescente".(Dr Marcelo)*

*"Se a família tem uma estrutura boa, você vê adolescentes que estudam, mas se não tem, você já começa a notar os distúrbios e daí (...) o desinteresse pelos estudos, tentativas de chamar a atenção fazendo coisas que desagradem à família (...) isolamento (...) mas isso tudo pode ser revertido com atenção". (Dra Alice)*

*"A falta de convívio familiar tem trazido adolescentes diferentes de um tempo pra cá (...) em relação ao social (...) à sexualidade (...) não amadurecidos! (...) como médico você precisa reconhecer (...) mesmo não tendo uma abordagem específica pra eles". (Dra Alice)*

*"Neste hospital a população é muito carente (...) cercado de favelas , de violência (...) nem todos estão envolvidos neste meio (...) 50% tem que conviver com a violência no dia a dia (...) sem dúvida este meio modifica o adolescente que aqui vive". (Dra Alice)*

Os estudos enfatizam o adolescente como sujeito de risco, assim como a mídia e a literatura médica. Não é novidade, então, que os pediatras entrevistados também entendem os adolescentes como sujeitos de risco, ignorando as especificidades deste grupo:

*"Seriam filhos de pais despreparados (...) se inserem em questões não muito desejadas como a droga-adição, o suicídio em países desenvolvidos e em causas externas de morbimortalidade como os acidentes automobilísticos". (Dr Marcelo)*

*"Os adolescentes chegam aqui na emergência com sinais e sintomas que a gente não vê na pediatria [pausa] baleados, drogados, ou o que é pior, muitos mortos pelo tráfico (...) outro dia vi um caso que me emocionou muito [lágrimas] chegou morto com doze anos [pausa] estava no ponto de ônibus em crise convulsiva e foi trazido pelos bombeiros que não conseguiram reverter [a crise convulsiva] chegou já parado [pausa] ainda me emociono quando me lembro [pausa] a única coisa que tinha era uma imagem de Nossa Senhora Aparecida [mostra a mão fechada](...) guardei". (Dr Alberto)*

*"O adolescente [contemporâneo] tem desafios de vida ou morte e talvez por isso tenham estes acting out (...) participem de gangues (...) uma sexualidade que não é das melhores (...) desafiam o perigo e não é nem com eles: posso morrer mesmo! (...) se tudo isso for mal trabalhado pode ser autodestrutivo". (Dr Alberto)*

Vemos, pelas falas, o estabelecimento de relação de causa e efeito entre a falta de estrutura familiar, o meio sócio-econômico, a impulsividade, a vivência em grupo e o adolescente em risco. Os pais ou o meio em que vive seriam os culpados, mas não somente eles. Outros culpados aparecem nas falas a seguir.

### **3.3 – A culpa é dos meios de informação**

Também podemos notar, nas falas dos entrevistados, que o acesso fácil às informações através da TV ou da Internet, sem saberem analisá-las criticamente, contribuiria para o maior risco apresentado por estes jovens:

*"Eles ainda não tem discernimento para as informações que passam pela TV." (Dra Alice)*

*"É complicado porque estão sujeitos à AIDS (...) é uma geração mais dinâmica (...) conseguem tudo pela Internet (...) se já era difícil frear um adolescente antigamente, imagine agora, com o acesso a um monte de coisas (...) se você não criar [pausa] muito bem [pausa] fica difícil". (Dr. Alberto)*

*"As informações negativas que antes eram em menor quantidade (...) a balança pesava mais para informações positivas (...) mas hoje em dia, com a quantidade de informações negativas (...) passar pela adolescência é um grande desafio (...) não só para ele [o adolescente] mas também para os que estão em volta (...) e que não deixam de se envolver (...) é um grande desafio passar pela adolescência ileso!" [sorriso] (Dra Paula)*

Na realidade os jovens apresentarão todas as dificuldades e riscos associados com a modernidade e não apenas com a idade ou maturidade. Enfrentarão o desemprego, a urbanização, as mudanças culturais e o consumismo desenfreado. Todas estas situações geram ansiedade e podem afetar a saúde de todos, mas pela vulnerabilidade maior deste grupo, eles estariam mais susceptíveis a estes apelos.

### 3.4 – Dificuldade em definir quem é ou não adolescente

Observamos, em nossos entrevistados, dificuldade em delimitar a faixa etária do período da adolescência, como se faz notar pelos depoimentos. Talvez o nível de maturidade destes jovens ou suas dimensões corporais fossem bem mais importantes, para os nossos pediatras, do que sua idade cronológica:

*"Pediatra você sabe [pausa] é do nascimento até quando der (...) mas aqui na emergência, vêm adolescentes tutelados pelo pai e pela mãe quando são neuropatas e quando são hipodesenvolvidos ou crônicos. Mantêm um status de criança (...) o limite de 12 anos fica sendo aleatório [pausa] pode ser quebrado em situações especiais de dimensões corporais [se pequeno passa como criança] ou mesmo de burocracia, para além do qual seria encaminhado a clínica médica, fugindo do nosso alcance". (Dr Alberto)*

*"Acho que o termo em inglês é correto [pausa] teen-ager [pausa] acima de 13 [pausa] acho que de 11 pra 12 [pausa] é [pausa] de 11 pra 12 até os 18 [pausa] ou deveria ser (...) têm uns que ficam adolescentes por mais muito tempo. Talvez não tenham crescido [pausa] não tenham maturidade pra assumir responsabilidades [pausa] ter uma profissão [pausa] trabalhar, ganhar o seu dinheiro [pausa] vejo pessoas, até de 26-27 anos sem saber o que fazer da vida (...) como não tenho doutorado e estou querendo aprender cada vez mais ainda sou um adolescente (...) quanto mais estudo, mais sinto que falta algo (...) ainda sou um adolescente". (Dr Alberto)*

*"É uma coisa variável [pausa longa] eu botaria de uns 12 [pausa longa] até os 18 anos". (Dra Mara)*

*"Até uns 12 [pausa](...) pode encarar como sendo criança [pausa] outros com 10 já totalmente inseridos no contexto de adolescentes (...) entre os 10 – 12 anos e o término [pausa] alguns entre os 17 -18 anos podem ser encarados como adultos". (Dra Mara)*

Algumas vezes é o próprio adolescente que se confunde ao delimitar a sua faixa etária, como constatou Kuschnir em sua pesquisa (1996):

*"Às vezes você pega uma garota de 13, 15 anos, que tem uma cabeça de 20 (...) sou um adolescente (...) acho que sou". (Edson, 17 anos)*

Como podemos inferir, neste capítulo, a visão sobre os adolescentes tende mais a vê-los como sujeito de risco do que como uma pessoa que atravessa uma fase do

desenvolvimento humano com suas peculiaridades, curiosidades, desafios e à procura de uma identidade. Momento de mudança corporal, emocional, social sem igual em outros períodos da vida de cada um, porque são mais abruptos, irreversíveis e cotidianos. A falta de compreensão deste momento pode acarretar problemas e sofrimentos já que não se sentem compreendidos em sua singularidade e por isso, o grupo torna-se sua referência. Lá entre seus iguais as questões são as mesmas e de algum modo podem partilhar suas experiências e amenizar seu sofrimento e angústia quando se presentificam.

## CAPÍTULO II

### O DESENVOLVIMENTO MORAL E A AUTONOMIA DO ADOLESCENTE

*“Hábitos e costumes, prerrogativas pessoais e princípios morais pertencem a domínios diferentes (...) muitas vezes precisamos adotar a perspectiva do outro, e subordinar nossas vontades pessoais à sociedade. Respeitar, tolerar, aceitar os limites impostos pelo outro (...) é o preço cobrado para usufruirmos o social” (Sapiro, 2003: 1).*

#### 1 - O DESENVOLVIMENTO MORAL E COGNITIVO DOS JOVENS

##### 1.1 - Introdução

No capítulo anterior, pudemos verificar que, apesar de existirem várias perspectivas e estudos relacionados aos adolescentes, a visão que predomina seja nos meios de comunicação, seja na fala dos entrevistados que são médicos pediatras, é do adolescente como sujeito de risco. Neste sentido, falarmos de desenvolvimento moral e autonomia, que são outras perspectivas de abordagem, nos parece fundamental no sentido de que além do possível desconhecimento, haverá sem dúvidas, dificuldades na realização da consulta de adolescentes por pediatras, já que a visão que os médicos portam não parece favorável para respeitar a autonomia no momento da consulta. É disto que trataremos neste capítulo.

Primeiramente, trabalharemos com as teorias de desenvolvimento moral, um dos pilares de sustentação para a questão da autonomia, a qual abordaremos em seguida. Finalizando o capítulo, traremos os resultados do campo onde evidenciamos não só desconhecimento, como também, uma grande dificuldade em se respeitar à autonomia do adolescente.

## 1.2. Desenvolvimento moral

Segundo Sapiro, se tomarmos a moral sob a ótica da psicologia do desenvolvimento sócio-cognitivo, o objeto da investigação é a natureza do raciocínio de um ou mais indivíduos, a justificativa elaborada para sustentar a decisão, ou se o comportamento corresponde ao juízo feito. De acordo com alguns autores, a seguir destacados, há diferentes estágios de desenvolvimento moral sendo que uma mesma ação pode ou não ter uma justificativa moral (2003).

*“A conduta moral e competência ética são uma consequência do indivíduo adotar a perspectiva do outro, não ter a si mesmo como centro, (...) pensar sobre as consequências de uma ação, avaliando alternativas que potencializem a melhor situação para todos os envolvidos”* (Sapiro, 2003:2).

Os autores que contribuíram para que se possa conhecer a importância do desenvolvimento sócio-moral na formação dos seres humanos foram, também, os pioneiros na produção de conhecimento sobre o desenvolvimento de estruturas cognitivas e sócio-afetivas pertinentes à ação e ao julgamento moral.

Nas visões da infância e adolescência de hoje, nos reportamos às teorias de Piaget (1932) e Kohlberg (1981), reportadas por Rego (2003) e Sapiro (2003) acerca do desenvolvimento moral:

A teoria do desenvolvimento sócio-moral de Piaget, publicada em sua obra *O julgamento moral da criança* (1932), demonstrou que o julgamento moral e o comportamento moral são aspectos do desenvolvimento cognitivo e que necessitam da maturação biológica de estruturas mentais assim como da qualidade da interação da criança com o meio ambiente (Sapiro, 2003).

Os estágios descritos por Piaget são os seguintes (Piaget, 1932 apud Braz, 2002 e apud Rego, 2003).

- Até 7 ou 8 anos existiria a Moralidade de Repressão ou Heterônoma. A criança frágil vê o adulto numa posição de superioridade. A moralidade é baseada na obediência pelo medo da punição.

- De 8 a 11 anos existiria a Moralidade de Cooperação. Baseada no respeito mútuo, na reciprocidade e na autonomia das crianças mais velhas. Já ocorre o interesse em interagir socialmente.

- De 11 anos em diante, já se manifesta a justiça igualitária com a idéia de equidade.

Piaget sustentava que são os processos de maturação internos que determinam a seqüência da progressão do desenvolvimento cognitivo. Piaget acreditava que ao negociar regras com a sociedade, a criança seria capaz de refletir, promovendo seu desenvolvimento moral levando-a a um comportamento autônomo. Evoluiriam em seu comportamento, desde o ignorar regras até a autonomia (Piaget, 1932 apud Rego, 2003). A autonomia se refere à compreensão de regras e sua aceitação, mediante o entendimento de seus fundamentos (Rego, 2003).

À medida que as crianças crescem, elas se submetem à socialização secundária, isto é, aquela não mais realizada por familiares e percebem que no mundo são necessárias negociações. Evoluem de uma concepção de justiça subordinada a uma autoridade adulta que decide quem dita as regras, até uma concepção de igualdade, finalizando num estágio em que a idéia de equidade fundamenta os julgamentos infantis (Rego, 2003).

Kohlberg deu prosseguimento aos estudos de Piaget, passando a estudar a faixa etária de dez aos dezesseis anos (Kohlberg, 1981 apud Rego, 2003). A fundamentação científica para estas considerações éticas é baseada nos trabalhos de psicologia evolutiva. Segundo este autor, a partir dos 10 anos, o indivíduo torna-se capaz de reconhecer as regras e convenções sociais, avaliando a importância destas regras para o convívio e o bem estar

social. Este autor estudando o raciocínio moral dos sujeitos tinha como preocupação discutir a capacidade cognitiva de avaliar, argumentar e refletir sobre os aspectos morais. Nessa pesquisa, ele identificou seis estágios relacionados com a maturidade das estruturas cognitivas. Segundo ele, uma vez atingido um determinado estágio, não seria possível a regressão aos estágios anteriores. Segundo Kohlberg a capacidade de raciocinar é seqüencial, não sendo possível pular estágios. Ele também acreditava na universalidade dos princípios morais, isto é, na validade destes princípios, independentemente do povo ou de sua cultura e atribuiu uma hierarquia de valores à seqüência dos estágios, sendo o seu sexto estágio o melhor deles (Rego, 2003). Estes dois pressupostos influenciaram sua obra, havendo um ideal a alcançar, configurando um princípio universal de justiça.

Os estágios descritos por Kohlberg são divididos em três níveis e apresentam um sincronismo (Kohlberg, 1981 apud Rego, 2003), a saber:

#### NÍVEL I: MORALIDADE PRÉ-CONVENCIONAL

Estágio 1: Moralidade heterônoma - Orientação em relação à punição e obediência. O certo é evitar infringir as regras pelo medo da punição dos adultos.

Estágio 2: Individualismo - É correto o que atinge interesses pessoais permitindo que todos façam o mesmo. O bem e o mal dependem da decisão dos adultos em função de seus interesses. O certo é sempre relativo, dependendo da situação ou de interesses pessoais. Este estágio se estende até os nove anos. Devemos lembrar que estes limites são didáticos e que podemos encontrar o amadurecimento precoce em alguns indivíduos.

#### NÍVEL II: MORALIDADE CONVENCIONAL

Estágio 3: Ocorre a partir dos dez anos. Moralidade de aprovação e das relações interpessoais. Expectativas interpessoais mútuas. A moral depende do grupo a que se pertence e o agir depende das expectativas dos outros. O que é certo é desempenhar seu

papel de filho, de irmão ou de amigo. É preciso manter relações mútuas de confiança, lealdade, respeito e gratidão.

Estágio 4: Ocorre a partir dos 12 anos. Orientação para a lei e a ordem e relação entre sistema social e consciência. A autoridade mantém a moralidade e as leis devem ser apoiadas, pois, existe uma preocupação em manter a sociedade. Esta é a moral adulta para qualquer sociedade.

### NÍVEL III: MORALIDADE PÓS-CONVENCIONAL OU BASEADA EM PRINCÍPIOS

Estágio 5: A partir dos quinze anos. Há uma orientação para o contrato social. As pessoas têm valores e opiniões, geralmente relativos ao seu grupo. As regras são apoiadas porque fazem parte de um contrato social. Existe um sentimento de compromisso contratual de utilidade, de fazer o melhor para o maior número de pessoas. A perspectiva é de considerar primeiro as necessidades da sociedade. A razão para se fazer o que é certo é o senso de obrigação à lei.

Estágio 6: Princípios universais de consciência. Este é o estágio dos princípios éticos universais de consciência. Leis e acordos são válidos se estão baseados nestes princípios. Os princípios aqui referidos são os princípios universais de justiça: a igualdade e o respeito pela dignidade dos seres humanos. O indivíduo faz o que é certo baseado em sua convicção e em seu compromisso pessoal com eles.

Na seqüência aos trabalhos de doutorado, Kohlberg admitiu a fragilidade da habilidade do método clínico de lidar com os indivíduos em estágios de transição. Desenvolveu, então, um teste específico que classificava o indivíduo de acordo com a forma predominante de raciocínio moral (Rego, 2003).

Os estágios 5 e 6 são atingidos por uma minoria da população, independente de escolaridade ou do nível sócio-econômico. Neles se dá a aquisição da capacidade crítica, ultrapassando o que está estabelecido. Ocorre a consciência de que normas e leis podem ser alteradas, assim como a aquisição da capacidade de atuar sobre normas e princípios éticos universais (Rego, 2003). Pode-se concordar ou até discordar de valores aceitos pelo indivíduo, entretanto, o que deve ser considerado é a capacidade individual de analisar racionalmente os problemas morais independentemente dos valores que ele assume como seus (Ibidem).

Não existe um melhor indicador para a análise do desenvolvimento moral do indivíduo. O que determina o seu desenvolvimento moral é sua capacidade de raciocinar autonomamente e decidir. Esta autonomia se refere ao processo de reflexão desenvolvido pelo indivíduo, considerando todos os interesses relacionados ao problema questionado, podendo levá-lo a concluir por uma solução de interesse pessoal ou não, englobando sempre as relações interpessoais envolvidas (Rego, 2003).

Temos deste modo, como preponderante no desenvolvimento moral, o grau de autonomia do indivíduo expresso por sua competência em raciocinar moralmente. O indivíduo de menor desenvolvimento moral seria o que não possui a capacidade de considerar os múltiplos aspectos relacionados com a decisão moral, incluindo os emocionais que não são racionais.

Kohlberg não concebeu sua teoria, fundamentado na ação moral mas no raciocínio moral. Por outro lado, o raciocínio moral é desprovido de valor. O que implica valor é a ação pela consequência dos atos para os outros, para a coletividade ou para o meio

ambiente. Ter competência moral, isto é ter raciocínio moral, não é o mesmo que ser ético, pois este último se refere à prática moral (Rego, 2003).

A teoria de Kohlberg reflete o desenvolvimento moral até a idade adulta. É nesta idade que o indivíduo estaciona em um estágio, passando a ocorrer um processo progressivo de enriquecimento do juízo moral, ampliando o seu âmbito moral (Ibidem).

Esta divisão em estágios é bastante didática, não havendo um limite preciso de idade entre os diversos estágios. Baseando-se nesta teoria pode-se afirmar que os adolescentes a partir dos 12 anos, em sua maioria, atingem o estágio de desenvolvimento moral comum nos adultos e, neste sentido, já teriam condições de saber o que é certo ou errado e este juízo é essencial para o exercício da autonomia. Atualmente esta visão sobre o desenvolvimento moral se complica, pois os testes não deveriam avaliar indivíduos. Falar em autonomia, entretanto, é ir além deste fato e como veremos a seguir há vários pontos a serem considerados.

## **2 - BIOÉTICA E A AUTONOMIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

### **2.1. A bioética – um novo campo do conhecimento**

Os avanços tecnológicos e da biomedicina originaram conflitos de ordem moral no exercício das profissões ligadas à saúde. A reflexão destes conflitos baseada apenas no código deontológico não tem sido suficiente para resolvê-los em relação à problemática ética neles envolvida. Apesar dos códigos de ética médica mais recentes, no Brasil e no exterior, começarem a destacar os direitos humanos ao invés de fazerem prevalecer posturas paternalistas e autoritárias, seus conteúdos não abordam os importantes conflitos éticos que se apresentam no desempenho cotidiano das atividades em saúde. A Bioética

supera a ética médica por não se limitar exclusivamente ao estabelecimento e a obediência de códigos e preceitos (Taquette, 2005).

Para dar conta dos problemas que surgiram junto aos avanços tecnológicos e a preocupação com o futuro do planeta, o médico cancerologista norte-americano Van Rensselaer Potter (1970), "*cunhou o termo bioética e definiu seu campo de reflexão e ação*" (Harvard Square Library, 2004). Em 1971 publica a obra intitulada "*Bioethics: a bridge to the future*" que referenciou historicamente esta área. Inicialmente a bioética foi definida por Potter "*como a ciência da sobrevivência humana*", numa perspectiva de promover e defender a dignidade humana e a qualidade de vida (Pessini e Barchifontaine, 2000:11).

Na "*Encyclopedia of Bioethics*" surgiu a primeira definição de Bioética como disciplina, embora ligada à medicina: "*bioética é o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências, da vida e da saúde enquanto esta conduta é examinada à luz de valores e princípios morais*" (Pessini e Barchifontaine, 2000:17). Na segunda edição desta enciclopédia (1995) a definição foi modificada, ampliando-se o seu âmbito de ação e reflexão: "*Bioética é um neologismo das palavras gregas bios (vida) e ethike (ética). Pode-se defini-la como o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão, conduta e normas morais, das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar*" (Reich, 1995:177). Para Schramm (1998) a bioética tem como finalidade analisar e prescrever de forma racional e imparcial os argumentos morais em situações concretas de conflitos de interesse visando dirimir estes conflitos pela escolha, sempre que possível, dos melhores argumentos.

A Bioética deve garantir "*uma ética secular que considere as fronteiras do raciocínio moral secular*" (Engelhardt, 1998: 13). Para este autor um dos primeiros conflitos bioéticos para os profissionais de saúde é que estes se colocam, frequentemente,

diante de conflitos entre o respeitar a liberdade do paciente e o fazer o que é melhor para eles (p.128), isto é, decidir entre o princípio da autonomia e o da beneficência.

Uma das correntes mais conhecidas da Bioética é a teoria dos quatro princípios formulada por Tom Beauchamp e James Childress (2002) e que teve suas origens a partir do Relatório *Belmont*, divulgado em 1979, fruto de uma comissão criada pelo governo americano denominada *The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, que tinha como objetivo a proteção dos sujeitos das pesquisas contra abusos (National Institute of Health, 1979). Foram três os princípios destacados por este relatório, quais sejam: o respeito pelas pessoas (autonomia), a beneficência e a justiça. No mesmo ano, em 1979, foi lançado o livro *Principles of biomedical ethics* (Carter, 2002) onde foi acrescentado, por Beauchamp e Childress, o princípio de não-maleficência.

Os quatro princípios deram subsídios para a formulação de “*uma nova linguagem prática para análise dos conflitos éticos suscitados pelo incremento acelerado de novas tecnologias*” (Teixeira, 2005: 20).

## **2.2 O princípio da autonomia**

A Bioética tem como um de seus postulados fundamentais o respeito à dignidade da pessoa humana. Neste sentido, o Princípio da Autonomia seria considerado o principal princípio, um princípio absoluto, sendo expresso pelo consentimento da pessoa humana (Engelhardt, 1998). Para outros seria um princípio *prima facie*, não absoluto (Beauchamp & Childress, 2002). Essa expressão *prima facie* baseia-se na obra intitulada “*The right and the good*”, de 1930, escrita pelo filósofo inglês David Ross. Este autor evidencia que os

princípios, as regras e os direitos precisam ser, além de especificados, ponderados. A especificação e a ponderação são entendidas como abordagens, métodos ou estratégias que se favorecem mutuamente e que se inserem coerentemente com os princípios mais abrangentes e, por isto, os deveres e obrigações não são absolutos e sim *prima facie*.

Retornando aos autores, eles referem que a “*palavra autonomia (...) foi primeiramente empregada com referência à autogestão de cidades-estados independentes gregas*” (Beauchamp e Childress, 2002:137). “*A primeira formulação sistemática do conceito de autonomia aplicado ao indivíduo deve-se a Kant (1785), para quem o sujeito moral é a pessoa, isto é, o indivíduo racional e livre*” sendo por isso a ética kantiana conhecida como racionalismo ético (Schramm, 1998: 27). O conceito estendeu-se a indivíduos e adquiriu sentidos diversos como direito de liberdade, privacidade e escolhas pessoais (Beauchamp e Childress, 2002).

Segundo Schramm o princípio do respeito à autonomia tornou-se, nas últimas décadas, uma das principais ferramentas conceituais da ética aplicada, sendo utilizado em contraposição com o chamado paternalismo médico na prática clínica.

*“Em nosso século (...) quando a ética se tornará ética aplicada (...) quando serão abandonados os princípios absolutos (...) válidos para todos e em todos os tempos e lugares, sendo substituídos por princípios (ou valores) prima facie, isto é, não absolutos e dependentes do contexto em que ocorrem os conflitos morais”* (Schramm, 1998: 28).

O termo paternalismo se origina da palavra latina *pater* (pai) e se refere ao modelo da família patriarcal, isto é, família onde o pai exerce o poder de fazer todas as escolhas, em especial quando se trata dos filhos (Almeida, 2000).

*“O paternalismo médico, pode ser definido como a conduta que tem como intenção beneficiar o paciente, sem o seu consentimento. Um ato paternalista pode, também, estar relacionado à omissão ou mesmo à distorção de informações, com o objetivo de não causar ao paciente, sofrimento psicológico. O paternalismo pode ainda envolver o uso da força ou da coerção* (Almeida, 2000: 29)“.

Conforme Rego (2003), o paternalismo e o autoritarismo exercidos pelos médicos nas relações com seus pacientes, se fortaleceram quando o ensino médico ocorria em instituições de assistência aos pobres. Havia, na época, a concepção de que os pacientes pobres poderiam ser objetos de ensino, em troca de uma assistência de alta qualidade. Esta foi uma decisão unilateral dos profissionais de saúde, uma dependência do paciente frente ao profissional de saúde, que se beneficiava da vulnerabilidade dos pacientes, geralmente, sem família e sem recursos e que não podiam se recusar a participar dos procedimentos. Ainda hoje, médicos e estudantes desconsideram o conforto e a vontade do paciente, em nome do suposto privilégio de estar sendo atendidos por eles (Ibidem).

Segundo Schramm (2003), o ensino da Bioética na graduação médica, assim como, sua utilização em nossa vida profissional, pode proteger os pacientes do encontro/desencontro clínico, assim como os profissionais em suas inter-relações e em suas relações com os seus pacientes. Através da Bioética, podemos atenuar a assimetria do poder, que é intrínseca da relação médico-paciente e, deste modo, estaremos permitindo que os pacientes não sejam apenas tratados, mais reconhecidos em sua fragilidade, dignidade e autonomia (Ibidem).

A decisão por uma escolha terapêutica pode ser alcançada através de duas perspectivas distintas, mas, não necessariamente excludentes: a da medicina, avaliando o que a ciência acha que é melhor para a pessoa (beneficência), e de outro lado a do paciente, levando em consideração a sua vontade e o que acha que é melhor para si mesmo (autonomia).

O modelo de decisão médica, baseado no princípio do respeito à autonomia e na beneficência, pode ser considerado o ideal, pois raramente o paciente está totalmente livre de influências externas. A escolha autônoma do paciente, deveria ser um guia da conduta

moral no processo de decisão médica, cabendo aos médicos entenderem que quanto mais são capazes de mostrar aos pacientes as conseqüências de suas decisões e as razões a favor ou contra outras possíveis decisões, mais os pacientes serão capazes de escolher racionalmente, e de assumir as responsabilidades por suas escolhas, junto com os seus médicos (Almeida, 2000).

Para envolver os pacientes como participantes de seus cuidados, o auto cuidado deve ser valorizado. Isto inclui a elaboração do consentimento informado, permitindo escolhas entre as alternativas disponíveis em saúde.

O comportamento, no que se refere à saúde, abrange as atividades voluntárias para prevenir ou detectar riscos, lesões, doenças ou deficiências. As diversas disciplinas conceituam a autonomia sobre diferentes aspectos, entretanto, existem atributos comuns nestes conceitos. Para a saúde, a autonomia é definida como autodeterminação, autocontrole, decisões pessoais e comportamentos sociais ou de risco. Para a educação, a autonomia é considerada auto-aprendizado, motivação intrínseca, controle pessoal e envolvimento acadêmico (Spear e Kulbok, 2004).

O conceito de autonomia atualmente vem sendo utilizado dentro de um contexto psicossocial onde entram em evidência atributos como: maturidade, independência, auto-eficácia, individualidade e atualização pessoal (Spear e Kulbok, 2004). A autonomia é complexa consistindo em um processo dinâmico que envolve a interação em vários níveis e o crescimento. Baurind (apud Spear e Kulbok, 2004) afirma que para se tornar independente é necessário ultrapassar o processo de formação da identidade e uma eventual emancipação. A emancipação é definida como o atingir a percepção de que a autoridade dos pais não é absoluta ou inquestionável (Spear e Kulbok, 2004). Segundo Spear e

Kulbok, a autonomia é influenciada pela idade, estrutura familiar, cultura, envolvimento e pelo desejo de independência.

### **2.2.1. O conceito de autonomia e seus paradoxos**

Segundo Kottow existem vários paradoxos relacionados ao princípio da autonomia e aos quais devemos nos reportar (2000).

O primeiro deles refere-se ao paradoxo existencial e social, isto é, o ser humano tem o livre arbítrio para tomar as decisões em sua vida, contudo tem que fazer escolhas dentro de um sistema de normas éticas e de controle social, conferindo um limite ao exercício de sua autonomia.

Em seu paradoxo bioético apresenta por um lado, o respeito às pessoas e a conduta profissional não maleficiente e, por outro lado, pode desconsiderar a vontade do paciente em nome de uma ação beneficente. O texto de Kottow ilustra uma assimetria na relação profissional de saúde-paciente:

*“(...) há um hiato insolúvel entre o ser humano que se sabe finito, vulnerável, enfermo, sujeito à enfermidade e mortal, e o agente terapêutico que aplica o conhecimento, domina a generalidade do saber científico e, em última instância, é tentado pela hubris de exercer uma retórica socialmente válida sobre o corpo do outro (...). A responsabilidade do médico impõe o requerimento moral de reduzir esta desigualdade e orientar em benefício do paciente aquele resíduo indelével de assimetria que sempre persistirá” (2000: 43).*

Na prática clínica, as ações são pautadas pelo princípio da beneficência, entretanto, inexistente a certeza dos benefícios de uma abordagem clínica ou cirúrgica. Aqui se insere o paradoxo técnico-científico como nos alerta Kottow:

*“O médico não é livre de aplicar incondicionalmente o seu saber. Há múltiplas instâncias que o obrigam, a considerar o contexto desta aplicação, instâncias que vão desde os desejos do paciente (...), as normas institucionais e legais e, as restrições econômicas impostas pelo financiamento e a administração dos serviços médicos” (2000: 43).*

Verifica-se, assim, uma relatividade na autonomia do médico quanto à escolha da

técnica. Atualmente, esta escolha passa a ser mediada pelo avanço técnico-científico e pela imposição das leis que regulamentam as atividades científicas. Neste sentido, as pesquisas que ocorrem no mundo de forma célere, possibilitam tratamentos clínicos e técnicas cirúrgicas que, entretanto, muito rapidamente, se tornam obsoletas em função das inúmeras investigações em curso e pelos lucros substantivos que advém de novas descobertas. Para coibir abusos que possam surgir no contexto dos experimentos científicos, surgem as normas éticas em pesquisas com seres humanos, tentando minimizar os dilemas entre o desenvolvimento da ciência e o respeito à autonomia dos sujeitos.

Taquette (2005) nos diz que atualmente a Bioética busca uma ação responsável por aqueles que devem decidir tipos de tratamentos ou de pesquisas e uma das questões em debate não reside na aplicação de novas tecnologias e sim no controle ético, caso a caso e devidamente contextualizado de cada uma das novidades.

### **2.2.2. Direito e a Autonomia**

O exercício da autonomia encontra um obstáculo no convívio das pessoas em sociedade. Este exercício pode se confrontar com as circunstâncias do indivíduo que se vê obrigado, a seguir regras impostas pelos costumes e pela lei, contra sua vontade e autonomia podendo resultar, assim, em conflitos.

Por outro lado, as relações entre profissionais de saúde e usuários adquirem novas concepções. Surge a necessidade de uma informação clara e acessível entre médicos e pacientes e o respeito à capacidade de autodeterminação dos pacientes (Marchi e Sztajn, 1998).

Para o Direito, a capacidade jurídica e a capacidade de agir alcançam todos os fenômenos jurídicos. A capacidade jurídica indica a posição do sujeito enquanto

destinatário dos efeitos jurídicos resultantes dos comportamentos. Os comportamentos que a lei prevê autorizam ou obrigam o sujeito a uma determinada conduta. A capacidade de agir significa capacidade para o exercício dos direitos, enquanto a capacidade jurídica significa capacidade de gozo de direitos (Marchi e Sztajn, 1998). Algumas pessoas são por si só, incapazes de manifestar a sua vontade, como as crianças e os adolescentes. A capacidade de agir fica subordinada à maioridade, atingida aos 18 anos. Verifica-se, desta maneira, que a capacidade e a autonomia da criança/adolescente dependem da conduta parental. Para a Lei a idade é, portanto, elemento que influi sobre a capacidade de agir e esta injunção faz com que a maioria das pessoas sinta dificuldades em julgar.

O consentimento dos pais nem sempre é suficiente e algumas vezes a criança/adolescente sequer é informada de seu tratamento (Teixeira, 2005). Como necessitam da autorização de um responsável, muitas vezes não são comunicados, orientados ou perguntados sobre situações que lhe dizem respeito, como intervenções, exames ou apresentação do profissional responsável pelo seu caso (Pontes, 2003).

Para o Direito, entretanto, as pessoas de pouca idade refletem menos sobre as conseqüências resultantes de seus atos, devendo assim, serem protegidas (Marchi e Sztajn, 1998).

Apesar desta restrição legal, cada vez mais surge a consciência de que “*em uma instituição de saúde o paciente não tem mais o papel de coadjuvante*” (Marchi e Sztajn, 1998: 41) e a relação entre médicos e pacientes está sendo repensada. O paciente passou a rebelar-se não só contra os erros da técnica médica, mais também quanto ao descumprimento dos deveres de humanidade: desrespeito à autonomia, à privacidade, ao sigilo e à falta de informação proveniente dos profissionais de saúde. Os profissionais iniciaram um movimento de defesa que já se faz cada vez mais freqüente nos hospitais, isto

é, estão mais cômnicos de que a informação precisa ser passada em uma linguagem simples e que se deve respeitar a autonomia do paciente. Segundo Marchi e Sztajn (1998) estes são os principais instrumentos de defesa do profissional, assim como, das instituições de saúde.

### **2.2.3. A autonomia e os profissionais de saúde**

A autonomia em saúde é o direito que o paciente tem de escolher um profissional para atendê-lo, que tratamento aceita ou admite, determinando seus próprios interesses. Do profissional é exigida a qualificação técnica e, do usuário, a capacidade de autodeterminação e a possibilidade de arcar com as conseqüências de seus atos (Marchi e Sztajn, 1998).

A declaração da vontade dos pacientes se manifesta na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Termo é a manifestação de um indivíduo capaz, que recebeu a informação necessária, entendeu esta informação, chegando a uma decisão sem ter sido coagido, induzido, intimado ou sofrido qualquer influência dos profissionais de saúde. A informação prestada ao paciente deve facilitar a sua compreensão e, sendo assim, o emprego de uma linguagem técnica pode comprometer este entendimento.

A pesquisa de Guariglia et al (2006) enfatiza a idéia que a assinatura do TCLE é apenas uma etapa do processo de obtenção do consentimento informado. Esta pesquisa demonstrou que quando o consentimento é obtido sob a ótica de um processo, onde as informações são fornecidas em momentos distintos, os sujeitos se tornam mais conscientes da abordagem da pesquisa ou do tratamento e mais capazes de se recordar do que foi proposto pelos pesquisadores e/ou profissionais.

Os profissionais de saúde podem influir nas decisões dos pacientes, o que não é considerado correto, pois deter um conhecimento especializado não lhes concede o direito de exercer o controle sobre a vida de uma outra pessoa, impondo a sua vontade.

O Termo de Consentimento legitima para a saúde o princípio da autonomia no e deve ser empregado em pesquisas, tratamentos e procedimentos, com o intuito de provar o cumprimento do dever de informar (Mendes, Silva e Dallari, 1998). Por este motivo, a Society for Adolescent Medicine elaborou um guia para a realização de pesquisas para este grupo específico de pacientes. Estas pesquisas devem considerar e contemplar a emergente independência para tomar decisões e, a ainda existente, necessidade de proteção destes indivíduos apontada no Código Civil (Guariglia et al, 2006).

No Brasil, o consentimento informado deve ser dado pelos representantes legais dos sujeitos de pesquisa considerados civilmente incapazes pelo Código Civil, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A legislação brasileira, em seu Código Civil (2002) em seus Artigos 3º e 4º, divide os menores em dois grupos segundo sua incapacidade. O primeiro grupo, inclui os menores de dezesseis anos, considerados absolutamente incapazes (Artigo 3º, I), devendo ser representados em seus atos da vida civil. O segundo grupo é formado pelos maiores de dezesseis e menores de dezoito anos de idade, classificados como relativamente incapazes para certos atos da vida civil ou à maneira de exercê-los (Artigo 4º, I). As pessoas deste grupo devem ser assistidas em seus atos. Entretanto, o Código Civil não define os atos nos quais estes indivíduos são relativamente incapazes (Ibidem). Segundo Guariglia et al, este fato dificulta o consentimento em pesquisas com maiores de dezesseis e menores que dezoito anos de idade. Se a participação em pesquisas fizer parte dos "atos da vida civil", estes jovens deveriam dar o seu consentimento juntamente com seu representante legal (2006).

O respeito à autonomia do paciente também se estende aos seus valores religiosos que não podem ser reduzidos ou desconsiderados pelos profissionais de saúde, a despeito dos melhores e mais sinceros interesses destes profissionais (Souza e Moraes, 1998).

Resumindo, vemos pelo exposto, que os adolescentes, pela sua capacidade relativa de agir não poderiam decidir de forma autônoma, o que já demonstra os conflitos existentes entre os campos de conhecimento aqui percorridos, como discutiremos a seguir.

#### **2.2.4. O conceito de Autonomia frente ao desenvolvimento cognitivo da criança ou do adolescente**

O respeito às crianças e adolescentes deve partir da análise das competências nas diferentes faixas etárias (Leone, 1998). Segundo Leone, o ser humano nasce desprotegido e totalmente dependente de cuidados e se desenvolve sincronicamente até ser capaz de desempenhar tarefas semelhantes às do adulto em torno dos oito anos (Ctenas e Vitolo, 1999). Este desenvolvimento faz com que as crianças adquiram habilidades cada vez mais complexas e refinadas (Ctenas e Vitolo, 1999), sendo que as capacidades e vivências se acumulam e se integram ao longo do tempo (Leone, 1998).

Segundo Leone, a aquisição das competências segue uma ordem pré-estabelecida sendo possível, a princípio, determinar as competências conforme a faixa de idade do paciente. Entretanto, como o desenvolvimento é individualizado e dependente dos estímulos, é possível que indivíduos da mesma idade cronológica possam estar em diferentes momentos de desenvolvimento. O meio ambiente, a educação familiar, o nível de escolaridade, as experiências pessoais assim como o sofrimento ou estímulos aos quais podem ter sido submetidos enfatizam as diferenças individuais e geram o amadurecimento distinto de alguns indivíduos (Leone, 1998). Segundo Harrison (1997) "*crianças e adolescentes portadores de doenças crônicas ou terminais desenvolvem a capacidade de tomar decisões através de experiências que irão dotá-los de discernimento e maturidade além de suas idades*" (p. 827). A atitude paternalista dos adultos visando proteger crianças

e adolescentes em função de sua idade, como se fossem indefesos, visando o seu bem, é muitas vezes inadequada e desnecessária (Ibidem).

A natureza de uma decisão racional é complexa. Além disto, determinar a idade na qual os adolescentes podem razoavelmente tomar decisões sobre a sua saúde requer um conjunto de várias habilidades. A literatura se mostra confusa. A lei, os leigos e as profissões diversas discordam quanto a este momento. *“Nenhuma posição é considerada absolutamente certa ou errada”* (Dickey e Deatrck, 2000: 461).

Os adolescentes podem ter a capacidade para decisões pessoais, entretanto, são impedidos pela sociedade, por fatores psicológicos ou pela lei. Adolescentes que tem liberdade para escolhas pessoais e para exercitar a independência e a responsabilidade, tendem a evitar comportamentos considerados negativos, como se drogar, fumar ou beber, adotando comportamentos saudáveis para a sua saúde. O comportamento da família também interfere com o desenvolver ou não a autonomia dos jovens. Se os pais não norteiam sua atitude através de um comportamento amoroso que permita a conquista da independência e controle sobre as suas vidas, a sua socialização pode ser prejudicada. Os profissionais de saúde devem ter consciência deste fato. Alguns autores sugerem que a ordem de nascimento pode influenciar o desejo por autonomia: o primeiro filho tende a ter maior independência e autonomia que os que nasceram posteriormente (Dickey e Deatrck, 2000).

A satisfação pessoal, a liberdade, a produtividade, a auto-estima e a competência para decisões pessoais são conseqüências desejadas ao se desenvolver a autonomia.

Os aspectos éticos, legais e morais para obter o consentimento informado são considerados em conjunto. De qualquer maneira, respeitando-se menos a idade para ser reconhecido como competente para tomar decisões sobre a saúde, seria necessário atingir,

sob o ponto de vista moral, os seguintes critérios: a) evidência de uma escolha; b) se esta escolha seria feita por uma pessoa razoavelmente prudente; c) se a escolha obedeceu a um critério racional e se existe compreensão de riscos, benefícios e alternativas terapêuticas (Grisso e Appelbaum, 1998 apud Dickey e Deatrck, 2000). Para Weir e Peters, adolescentes de 14 a 17 anos já atingiram estes critérios exceto quando individualmente demonstrarem não ter ainda desenvolvido esta capacidade (Weir e Peters apud Dickey e Deatrck, 2000). No Código Penal Brasileiro, os menores de idade são considerados como tendo autonomia reduzida, isto é, impossibilitados de fornecerem consentimento, havendo a ressalva que se deve na medida de sua capacidade de entendimento, explicar a eles o que se deseja e obter sua concordância (Guimarães e Novaes, 1999). Em condições de autonomia reduzida devemos respeitar a decisão do responsável ou tutor legal, mesmo que ela não pareça correta (Guimarães e Novaes, 1999). Esta decisão nem sempre respeita os reais interesses da criança ou do adolescente, mais sim os interesses dos seus responsáveis (Leone, 1998).

Piaget propugna que a capacidade de operar o pensamento concreto, com a consciência do outro e compreensão de seus atos se aperfeiçoa com a idade escolar (Piaget, 1962). O amadurecimento se completa na adolescência com a capacidade de abstração. De acordo com Leone (1998): *“Em geral a partir dos 15 anos, o indivíduo atingiria as competências necessárias para o exercício de sua autonomia, competências estas que necessitariam apenas serem lapidadas ao longo das vivências e de uma maior experiência de vida”* (pág. 2).

Em um estudo realizado nos Estados Unidos da América, com jovens atendidos em unidade de emergência após episódio de violência, foram analisados os sentimentos apresentados por estes sujeitos ao participarem de uma pesquisa. Analisou-se, também, a

percepção dos adolescentes de estarem fazendo escolhas pessoais (Cohn, 2005). O resultado mostrou que 77% dos jovens disseram ser uma opção pessoal participar da pesquisa e 84% estavam contentes em participar. A maioria acreditava ser uma decisão autônoma e, portanto, livre de coerção. Poucos se sentiram desconfortáveis em responder sobre sua vida ou sobre o ocorrido. Entretanto, a percepção da escolha como tendo sido pessoal, ocorria apenas quando se encontravam desacompanhados de seus pais ou de amigos ao darem o seu consentimento. Segundo Cohn era preciso estar em uma sala, apenas com o pesquisador, ao fornecer o consentimento (Ibidem). Para este autor, a autonomia do adolescente pode ser exercitada de uma forma mais adequada, sem a presença dos pais. Cohn também conclui que o médico poderia criar tanto em uma unidade de emergência quanto em uma consulta ambulatorial de rotina, um ambiente capaz de proteger a autonomia e a privacidade do adolescente (2005). Por outro lado, como estes indivíduos passam por diversos estágios de desenvolvimento moral e cognitivo, seria um erro considerar que aos 11 anos se possa ter a mesma capacidade de consentir que a apresentada por um paciente de 18 anos (Ibidem).

Já para Trivedi (2005) esta postura tende a ignorar a influência da presença do pesquisador-médico, sobre a habilidade do adolescente de ter uma decisão autônoma (2005). Considerando-se a possível influência do profissional sobre a decisão do adolescente, seria conveniente sugerir uma aproximação triangular que permitisse envolver as três partes: o adolescente, os pais ou responsáveis e o pesquisador em uma discussão sobre uma pesquisa ou sobre um tratamento. O diálogo entre as três partes, além de possibilitar uma melhor compreensão sobre os fatos, seria um fator educativo, auxiliando os adolescentes a entenderem os limites delicados entre o que é bom para a sociedade, e o que é bom para o indivíduo (Ibidem).

Além da necessidade de considerar as razões éticas e psicológicas de participar de uma pesquisa após um episódio de violência, o que torna os sujeitos vulneráveis por estarem sob estresse emocional, poderia ter sido relacionado a outras variáveis, como raça ou nível sócio-econômico dos sujeitos, com o fato de acreditarem e aceitarem a proposta do pesquisador (Cohn, 2005). O estudo de Cohn (2005) abordou adolescentes afro-americanos, de uma área urbana, sem apontar a raça ou grupo étnico do pesquisador que solicita o consentimento. Também não menciona o nível sócio-econômico dos sujeitos da pesquisa. Cohn diz que se os pais estiverem presentes no momento em que é solicitado o consentimento, os adolescentes podem se sentir pressionados a responderem conforme o desejo dos pais (Ibidem).

Tentando criar a maneira mais adequada para um consentimento entre adolescentes, Trivedi (2005) considera que o consentimento dos pais e o dos adolescentes se torna superior ao de apenas um deles isolado. A aproximação entre as três partes promove uma oportunidade de educação para o jovem sobre o necessário equilíbrio entre interesses individuais e coletivos: os pais tenderão a preservar a saúde e o bem-estar do filho, tendo uma tolerância pequena para os riscos, funcionando como protetores. O pesquisador, entretanto, terá uma tolerância maior para os riscos individuais, valorizando mais os benefícios para a sociedade (Ibidem). O adolescente participando desta aproximação tomará conhecimento das duas partes do conflito e se não tiver preparado para tomar decisões esta abordagem triangular poderá protegê-lo ao dar o seu consentimento. A triangulação também permite o diálogo entre pais e pesquisadores. Se o adolescente já estiver preparado para uma decisão autônoma poderá expor o seu ponto de vista, aprender a pesar os riscos, assim como os benefícios em participar de uma pesquisa ou opinar sobre

um tratamento. Médicos e pais também se beneficiarão das contribuições do jovem (Trivedi, 2005).

Ao avaliarmos as capacidades dos adolescentes muitas vezes questionamos o entendimento sobre as conseqüências de seus atos (Berkowitz, 2005). Esta preocupação pode ser fundamentada nos crimes que os adolescentes são capazes de cometer, sendo este o argumento recente que a Suprema Corte dos Estados Unidos utilizou, para impedir que os adolescentes fossem penalizados com a pena de morte (Greenhouse, 2005 apud Berkowitz, 2005). Berkowitz questiona em que idade o adolescente seria capaz de tomar decisões e reconhecer plenamente as conseqüências de seus atos.

Protocolos de pesquisas estabelecem que os adolescentes são capazes de consentir em pesquisas que envolvam não mais que um risco mínimo para os sujeitos (Berkowitz, 2005). Um risco mínimo significa que não são maiores, em sua probabilidade e magnitude, do que aqueles encontrados na vida diária, ou durante o desempenho de exames ou testes físicos ou psicológicos rotineiros (Teixeira, 2005). Por outro lado, de acordo com Kohlberg, como visto, sabe-se que, a partir de 14 anos, observamos o mesmo nível de entendimento sobre uma pesquisa e a mesma habilidade cognitiva que apresentam os adultos para decidir.

O estudo de Cohn (2005), segundo Berkowitz (2005), incluiu, sem distinção, adolescentes de 11 a 19 anos que, obviamente, têm diferentes habilidades cognitivas, apesar dos de 19 anos serem legalmente reconhecidos como tendo maturidade suficiente para dar o seu consentimento para todas as questões médicas. Classicamente, a permissão dos pais é obtida para depois do adolescente ser consultado. Esta seqüência pode levá-lo a decidir conforme o desejo dos pais e provavelmente isto também ocorre quando decidem na presença dos pais (Berkowitz, 2005).

Estudos visando avaliar a capacidade dos adolescentes são necessários para que se possa dispensar a eles a real proteção da qual necessitam (Campbell, 2005). Os profissionais de saúde gostariam de dispor de maiores conhecimentos a respeito das capacidades dos jovens, pois, o confronto entre o posicionamento dos pais e a vulnerabilidade dos jovens é crítico (Campbell, 2005). O estudo recente de Cohn (2005), ainda não pode ser generalizado com a finalidade de criar um protocolo para obtenção do consentimento dos adolescentes porque não levou em consideração a procedência ou o nível de maturidade dos indivíduos, entretanto aborda um ponto fundamental: a privacidade e a confidencialidade entre clínicos e adolescentes assim como, a percepção de coerção. Segundo Campbell (2005), Cohn mostra uma direção a ser seguida. Estudos longitudinais poderiam levar a protocolos mais adequados para obtenção de consentimento, permitindo um equilíbrio entre habilidades e vulnerabilidades tanto individuais quanto coletivas.

Em situações específicas e individualizadas, como as que ocorrem no dia-a-dia da prática pediátrica a avaliação da real capacidade seria a única forma do profissional realmente respeitar a autonomia de crianças e adolescentes (Leone, 1998).

Segundo Leone, na realidade o que deveria existir seria a construção conjunta de uma verdade para cada momento, como se infere pelo que escreve:

*“Amadurecida no crescimento e evolução de todos: juízes e legisladores, pais ou responsáveis, médicos e outros profissionais de saúde e, principalmente, a criança ou o adolescente como parte de um processo de interação que de fato respeite a autonomia, qualquer que seja o nível de competência que a criança ou adolescente estejam apresentando” (1998:3).*

Para muitos adolescentes, as conversas com o seu médico iriam significar um passo importante no sentido de sua autonomia: seriam considerados pela primeira vez como indivíduos responsáveis (Silber, 2002). Deste modo, poderíamos considerar uma responsabilidade dos pediatras, à medida que seus pacientes se tornassem mais velhos e

mais capazes, incluí-los em um processo de tomada de decisão. Ao incluí-los nas decisões, o pediatra estaria reconhecendo e respeitando as crescentes capacidades de participação e autodeterminação, inerentes ao desenvolvimento moral do ser humano (Kipper, Clotet e Loch, 2002).

### **3 – O NÃO RESPEITO À AUTONOMIA DOS ADOLESCENTES: OS RESULTADOS DO CAMPO**

Evoluindo em nossa temática, abordamos o tema de como os profissionais de saúde percebem os adolescentes. Vimos que eles parecem mais focados na idéia de que o adolescente é um sujeito de risco e, portanto, como conferir autonomia a eles? Neste capítulo enfatizamos o desenvolvimento cognitivo e a autonomia dos adolescentes.

Nosso tema na entrevista foi centrado na autonomia e como isto era percebido pelos pediatras. As questões colocadas foram:

O adolescente e a maturidade

Adolescente como um ser autônomo

Até quando e como se confere esta autonomia

A família, o adolescente e a autonomia.

#### **3.1 – A [i] maturidade do adolescente: visão do pediatra sobre a autonomia**

Alguns pediatras destacaram, em suas entrevistas, que ao se abordar um adolescente seria importante avaliar a sua maturidade e considerar o seu desenvolvimento cognitivo:

*"O que eu vejo, hoje em dia, é o adolescente bem jovem, (...) que deixou de ser criança ontem [pausa] já sendo largado como um adulto mesmo, com autonomia para os seus atos, atitudes, iniciativas (...). Não é só a família que não pode acompanhar (...) o modernismo, a liberalidade, tá todo mundo ficando adulto mais cedo, tendo direito a*

*escolhas antes da maturidade deles [pausa longa]. Maturidade é uma coisa individual (...) cada um tem em uma faixa etária". (Dra. Lúcia)*

*"Seria excelente se pudéssemos analisar antes, avaliar o seu nível de maturidade. Seria uma coisa muito boa. Será que teríamos a possibilidade de fazer isso? Um menino de 12 é totalmente diferente de um de 14 anos. Não existem idades tão marcantes assim [durante a vida]. É tão patético! Na idade adulta não somos assim. A gente com 30, é quase a mesma coisa que com 32, mas, eles não. Muda tudo, muda o corpo, são muitas escolhas. Você entra na adolescência quase criança e sai um indivíduo adulto, com escolhas profissionais. É só olhar pra trás [pausa] talvez não haja um marco, um momento em que você diga: - eu me tornei um adulto. Não mesmo!". (Dr. Alberto).*

Alguns pediatras se referem à criança como um ser passivo e já ao adolescente como em transição para ter autonomia, evidenciando algumas diferenças quanto à participação do paciente criança/adolescente durante uma consulta médica:

*"A consulta da criança, mesmo que você solicite a participação dela, durante a consulta (...) pergunte a ela qual o remédio que se adaptou melhor [pausa] a participação dela ainda é muito passiva [ênfase]. Já o adolescente, consegue expressar melhor a sua opinião, dizer com mais facilidade aquilo que o incomodou ou não, durante o tratamento [pausa], mas sinto que ainda não consegue falar durante a consulta toda sozinho. Permito que faça opções sobre o seu tratamento, salvaguardando a necessidade de um bem maior que é a saúde dele. A opção vai ser temporizada e não necessariamente será acatada a decisão dele".(Dra. Paula)*

E acrescenta, tentando minimizar um pouco o que disse:

*"Em algumas fases do tratamento eu percebo a vontade deles de não continuar o tratamento, mas isto é contornado com uma conversa [fornecendo informações] (...) da minha parte isso já é muito tranquilo [costumo agir assim]".(Dra. Paula).*

Um pediatra se manifesta favoravelmente em relação ao respeito à autonomia destes jovens, durante a consulta realizada por eles no Hospital Geral de Bonsucesso, como pode-se evidenciar ao falar:

*"Quando são adolescentes modifico completamente a abordagem (...) é um serzinho atravessando uma série de transformações do ponto de vista individual, do corpo (...) ficam confusos em relação a isto (...) têm informações valiosíssimas pra você (...) não têm amadurecimento pra ver a importância do tratamento (...) se eu informar mais, ele participa mais e adere ao tratamento [respeito à autonomia](...) eu sinto isso em relação ao tratamento da asma, como utilizar o spray, já sem o espaçador". (Dra. Alice)*

A maioria dos pediatras entrevistados desconsidera o direito de escolha do paciente adolescente, principalmente aqueles atendidos nos serviços públicos. Isto seria o não respeito à autonomia destes jovens, uma vez que não foi realizada uma avaliação previa do nível de competência destes pacientes, como se pode inferir pela fala de uma pediatra:

*"Se dermos opções [aos adolescentes](...) não sei (...) o particular talvez (...) mas o público [atendido no serviço público] com certeza não! Por falta de informação. Eh! Não têm nenhuma condição de fazer escolhas! [eu não permito]. O mais velho que eu vejo é com 15 anos (...) os crônicos têm a mãe ali do lado [pausa] são mimados [também não podem fazer escolhas]". (Dra. Sabrina)*

*"Têm uma série de informações e deveriam até melhorar, porque hoje tem computador [informações pela Internet] (...) totalmente perdidos (...) posicionamento é quase nenhum (...) têm as preocupações mais fúteis possíveis: moda, malhar, magreza, academia. Só, só! São imaturos sem dúvida! Se dermos opções como médica [pausa] eu não sei [pausa] Não! Não têm nenhuma condição de fazer escolhas! [não permito] ". (Dra. Sabrina)*

Um pediatra reflete de forma sensível esta condição de ser adolescente e suas dúvidas quanto ao que seja autonomia:

*"Eu acho que esta é a mensagem que o adolescente tem que ter. Ser orientado corretamente quanto isso. Você dizer o mundo é nosso, tenha calma, tudo vai dar certo. Se for levar em conta a auto-determinação do adolescente. Eu me lembro do plantão médico, de um adolescente com fibrose cística, que queria se suicidar, queria morrer " eu não quero ser entubado"! Faltava uma semana pra completar 18 anos e ele parou e foi entubado. O médico não queria mais a mãe estava ao lado e queria isto. Ele ficou \*#\*\$, tirou as luvas saiu do lugar [pausa] mas entubou o menino. O que uma semana faz diferença. 18 anos é um marco, um número mágico. O que difere 18 anos menos uma semana ou 18 anos mais uma semana. Não faz diferença [pausa]! Mas pra a lei sim [pausa]. A lei é cheia de marcos, com limites, se não a gente não consegue funcionar. Nos EUA tem estados onde não se pode beber antes de 21 anos. Você vê BEBER! [ênfase]. Há um pacto federativo, em que o país foi feito, onde o governo não se mete com os estados, e cada um legisla à vontade. Quando você tem um limite específico, você pauta a sua vida com relação a este limite. Quando eu estava no exército encontrei adolescentes mais amadurecidos ou não [pausa]. Talvez uma Galsiana mostre que com 18 anos os indivíduos já estejam amadurecidos, mais amadurecidos e aptos [pausa] ou talvez não haja nada mesmo. (Dr. Alberto)*

Apesar da sensibilidade e crítica em relação à autodeterminação/autonomia, ele revela que o adolescente não porta autonomia quando diz que o adolescente deve ser

orientado em suas escolhas. Entretanto, ele está correto quando afirma que isto varia de indivíduo para indivíduo, porque há diferenças pessoais que devem ser avaliadas. De fato, não existe uma idade certa para que determinada pessoa seja considerada autônoma, já que há vários fatores a serem considerados, como vimos. Por outro lado, há um acentuado paternalismo, sob o manto da proteção, onde não se permite ao jovem explorar o mundo sozinho fazendo escolhas, mesmo equivocadas, como os adultos fazem frequentemente. Outros entrevistados mostram contradições entre o postulado teórico da autonomia e a prática, e entre o pensar e o agir, quando abordam a presença da família na consulta:

*"Eu tenho uma preocupação com a família [pausa] quer seja em uma primeira consulta ou em uma consulta na emergência, onde vejo a criança pela primeira vez [pausa] em apontar para o problema que o adolescente está apresentando (...) porque é importante a participação da família, a atenção do pai da mãe ou do responsável (...) nesta parte fica muito parecida [a consulta] com o atendimento pediátrico [da criança] onde há intermediação do pai ou da mãe (...) embora sejam indivíduos que estão ganhando autonomia, não deixam de estar inseridos em um contexto familiar". (Dr Marcelo)*

*"Quando a família participa é normal, como se fosse um pai levando um filho ao médico. Como se fosse uma criança menor" (Dr Alberto).*

*"É uma questão de ter responsabilidade e nível intelectual para poder participar [pausa](...) às vezes a própria mãe do adolescente não tem esta responsabilidade. Quantas crianças cardiopatas que tem que fazer tratamento com Benzetacyl e interrompem (...) depende do familiar também (...) mãe irresponsável [pausa] o filho não vai assumir. Infelizmente não dá pra fazer isso [permitir escolhas]". (Dra. Sabrina).*

Apesar de considerarmos a dificuldade em se reconhecer a autonomia dos adolescentes, vemos uma atitude bastante paternalista dos profissionais de saúde, como também dos familiares. Reconhecer a autonomia de um ser que está desabrochando, procurando sua identidade, muitas vezes perdido sem ter a quem recorrer, com a sexualidade a florada e intensa, considerado de risco pela sociedade, mobiliza as defesas das pessoas que se sentem ou são responsáveis legais por este grupo. Parece haver uma

desconfiança. Eles se revelam perigosos como abordado no Capítulo I. Acreditamos que esta visão dá o tom na relação entre pais e filhos, pediatras e adolescentes.

No Capítulo a seguir, iremos aprofundar um pouco mais esta questão ao descortinarmos como se processa o atendimento do adolescente pelo médico pediatra, sua habilitação ou não e suas dificuldades.

### **CAPÍTULO III**

## **A FORMAÇÃO DO PEDIATRA EM RELAÇÃO AO ADOLESCENTE**

### **1 - A FORMAÇÃO DO PEDIATRA**

A Residência Médica foi instituída pelo Decreto nº 80281, de 05 de setembro de 1977 e constitui uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, funcionando em Instituições de Saúde, sob a orientação de profissionais médicos com qualificação profissional, sendo considerada o padrão ouro da especialização médica. O mesmo decreto cria a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma especialidade, confere ao médico residente o título de especialista (Secretaria de Educação Superior (SESU), 2005).

Em 1998, a Sociedade Brasileira de Pediatria concluiu que era importante avaliar o nível de treinamento dos profissionais da área pediátrica e propor medidas para uma formação mais adequada e para a melhoria da assistência pediátrica (SBP, 2003).

Em relação aos adolescentes, estudaram-se as condições básicas para a prestação da atenção integral a este grupo nas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro e ficou evidenciada a necessidade de qualificar os recursos humanos para aumentar a efetividade do Programa de Saúde do Adolescente neste município (Ruzany, 2002). Foram identificadas áreas de treinamento em pediatria ministradas por diversos hospitais e centros universitários. Foi definido um currículo nuclear com uma carga horária mínima e os estágios necessários ao treinamento adequado, para lidar com estes pacientes. Estes

requisitos mínimos foram incluídos na Resolução 004/2003 da CNRM (CNRM, 2003; SBP, 2003).

Segundo a CNRM, os residentes de pediatria devem, durante o primeiro ano de residência, cumprir um programa que obedeça ao seguinte rodízio: unidade de internação geral; ambulatório geral de atenção básica à saúde e ambulatório de especialidades pediátricas, incluindo a **Medicina do Adolescente** como extensão do ambulatório de pediatria; urgência; emergência e neonatologia.

Durante o segundo ano, o rodízio engloba: unidade de internação, ambulatório geral e de especialidades pediátricas, urgência/emergência, cuidados intensivos pediátricos e ou neonatal.

O currículo também prevê cursos obrigatórios, tais como: atenção perinatal, treinamento em aleitamento materno, controle de infecção hospitalar, controle de doenças imunopreveníveis, prevenção de acidentes na infância e na adolescência, crescimento e desenvolvimento e **atenção à saúde do adolescente**.

A inclusão da Medicina do Adolescente pode ser feita no primeiro ou no segundo ano da Residência Médica em Pediatria, contemplando o atendimento da pediatria para esta faixa etária, conforme a disponibilidade do serviço onde o residente se encontra lotado. Este período se estende de um a dois meses com carga horária estipulada pelo serviço freqüentado pelo residente.

Esta formação, apesar de incluir uma carga horária dedicada à medicina do adolescente, não a enfatiza e nem a prioriza, ficando para especialização ou residência em medicina do adolescente a verdadeira formação e preparo para lidar com este grupo.

## **2 A CONSULTA PRECONIZADA PELOS MÉDICOS DE ADOLESCENTES**

Diante das características do período de adolescência a consulta médica destes pacientes reveste-se de maior complexidade e, em algum momento, os médicos que lidam com estes pacientes acabam deparando-se com um modelo de relação no qual problemas de ordem ética se apresentam (Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP), 2002).

Os conflitos éticos no atendimento dos adolescentes são constantes e, para solucioná-los, a Bioética se apresenta como um útil instrumento. Além disto, é preciso conhecer leis e códigos, consultar os órgãos competentes e avaliar situações em particular, não existindo prescrições absolutas (Taquette et al, 2005).

Pesquisa recente de Taquette et al (2005), realizada no Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente (NESA) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, detectou os seguintes conflitos enfrentados por profissionais de saúde especializados no atendimento destes jovens, durante o exercício de suas profissões: conflito relacionado ao sigilo e confidencialidade na consulta (20,4%); à violência contra adolescentes (17,2%); ao abandono e maus tratos (15,6%); à prática de atividades ilícitas (10,0%); à atividade sexual em menores de 15 anos (9,2%); ao desrespeito à sua autonomia (6,8%); ao registro de informações confidenciais e sigilosas no prontuário, relatórios médicos, e pedidos de exames (2,8%) assim como outros conflitos (18%). Neste último item se enquadram: ética em pesquisas sobre sexualidade na adolescência, exploração de jovem em trabalho insalubre, cliente que agride o profissional, sedução na relação médico-adolescente, adolescente com doença crônica e incapacitante, ausência de recursos para o tratamento principalmente em doenças crônicas e profissionais de saúde impondo seus valores na conduta para com o paciente adolescente.

Para lidar com estes conflitos, não basta recorrer a códigos e leis. A Bioética se aplica a estas situações, pois ela analisa e reflete sobre os fatos morais, prescrevendo normas e constituindo um instrumento útil para resolver estes conflitos (Ibidem).

A abordagem do paciente adolescente é também permeada por dificuldades porque há diferenças individuais baseadas na idade, no estágio de desenvolvimento, na classe social, na origem étnica e no seu estado de saúde, principalmente nos doentes crônicos. Além disto, todos os médicos, pediatras ou especialistas pediátricos, compartilham da obrigação de beneficiar seus pacientes (Silber, 2002).

A SPSP (2002), através do Departamento de Bioética e de Adolescência da SPSP, reconhece as dificuldades em tratar destes pacientes e, por isso, elaboraram recomendações que devem nortear o atendimento médico desta faixa etária.

O primeiro aspecto a ser considerado e que difere do atendimento da criança é que a relação do profissional, que anteriormente era estabelecida com a mãe ou responsável, passa a ser substituída pela relação direta entre o médico e o adolescente. Com isto o adolescente é encarado como um indivíduo capaz de assumir progressivamente a responsabilidade pela sua saúde e cuidados com o seu corpo (Ibidem).

A família não deve ser excluída deste atendimento; entretanto, não mais servirá de intermediária entre o paciente e o médico e o seu envolvimento não pode preponderar sobre a relação do médico com o adolescente. A ausência do familiar não inviabiliza a consulta do adolescente, seja em uma primeira consulta ou nos retornos, excetuando-se os casos de portadores de distúrbios psiquiátricos ou de deficiências graves (Ibidem).

A consulta é um momento onde se destacam três aspectos fundamentais: confiança, respeito e sigilo. Este respeito poderia ser traduzido pelo explicar as etapas da entrevista ou

do exame clínico e sua importância para um diagnóstico correto, obtendo o consentimento prévio para qualquer procedimento de rotina (Ibidem).

Segundo a SPSP (2002) outro aspecto importante inerente à qualificação do adolescente, como pessoa capaz, está na garantia da confidencialidade e privacidade inserida no sigilo médico.

No seu dia a dia, os profissionais de saúde pautam o seu agir nos códigos profissionais e esta conduta está respaldada no artigo 103, do Código de Ética Médica:

*“É vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais desde que o menor tenha capacidade de avaliar o seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente” (Código de Ética Médica, 2005:32).*

Segundo o parecer número 1734/87 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo,

*“A revelação do segredo médico somente deverá ocorrer quando o médico entender que o menor não tem capacidade para avaliar a extensão e a dimensão do seu problema ou de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo e entender que a não revelação trará danos ao paciente. O julgamento sobre a capacidade do menor é subjetivo e nesta avaliação ajuda muito a experiência e o bom senso do profissional” (SPSP, 2002:48).*

Deve-se garantir a confidencialidade dos fatos revelados, mesmo perante seus familiares, excetuando-se os casos de risco de vida, e/ou integridade pessoal e/ou comunitária. A adequação da consulta deve permitir a abordagem de questões ligadas à sexualidade, aos riscos de contracepção/gravidez/DST-AIDS/drogas, aos conflitos relacionados aos pais assim como com o namorado (Departamento Científico de Adolescência da SBP, 1989).

Para os bioeticistas, a posição é outra: *“O compromisso de lealdade dos profissionais de saúde é para com o adolescente e é este quem deve decidir quais dados podem ser revelados ou não”* (Fortes e Sacardo, 2000:156). Permitir que os pais ou responsáveis participassem das entrevistas iniciais ou das demais entrevistas, poderia ser

feito respeitando-se sempre a autonomia crescente destes pacientes. Possibilitando que o mesmo decida sobre o ficar a sós ou não com o profissional para a consulta individual.

Os padrões sociais têm se modificado e com isto o comportamento dos jovens, existindo a necessidade de que a Medicina acompanhe estas modificações. O médico pode reconhecer o adolescente como indivíduo progressivamente capaz e atendê-lo de forma diferenciada, existindo a preocupação de oferecer uma adequada privacidade, com sala de exames e de entrevista separadas, com porta e chave. Quando não for possível estabelecer estas condições, pode-se estipular horários específicos para o atendimento dos adolescentes (Souza, 1989).

Alguns autores se referem ao tempo a ser dedicado às consultas médicas. Para eles o tempo é apenas uma das variáveis da questão, pois uma boa relação médico-paciente não precisa ser obrigatoriamente longa. O tempo vivido em uma consulta não é simétrico com o tempo do relógio. Poucos minutos bem aproveitados produzem a sensação de muito. Muitos minutos mal usados levam ao sentimento de nada (Moreira Filho, 2005). É possível atender bem em um tempo pequeno segundo Balint (Balint, 2005).

Segundo o Departamento de Adolescência da SBP (1989) e autores que pesquisam ou que lidam com este grupo, a consulta do adolescente engloba:

#### 1) Entrevista individual

A entrevista individual pode ocorrer desde a primeira consulta, dependendo da idade, da fase da adolescência, da espontaneidade ou da maturidade do paciente. Pode depender da entrevista feita com os pais, em conjunto e/ou separadamente, entretanto, entrevistar o adolescente sozinho é uma oportunidade de estimulá-lo para que, de forma progressiva, torne-se responsável pela sua própria saúde (Bastos, 2005). Um dado a ser

levado em consideração é o fato de quem conhece o médico desde a infância costuma vir à consulta sem a companhia dos pais (Souza, 1989).

Este é o tempo mais importante da consulta que em nenhuma hipótese deve faltar. Consiste em uma oportunidade única de falar de si e de questões que o preocupam com um adulto com o qual não tem conflitos afetivos (Guimarães, 1989). Os adolescentes procuram os serviços de saúde por sua própria motivação, de seu responsável ou de ambos e, algumas vezes, não desejem revelar informações confidenciais na presença de seus pais (Taquette, 2005). Pesquisa realizada por Reddy et al (2005) nos Estados Unidos, mostra que a maioria dos jovens não revelaria certas informações se a confidencialidade não fosse garantida.

O profissional médico pode demonstrar disponibilidade e receptividade auxiliando o adolescente em suas necessidades e na resolução de seus problemas. A adolescência é um período de conquista de novas habilidades, e no experimentá-las, sem que estejam amadurecidos, os adolescentes ficam mais expostos aos problemas de saúde que decorrem destas situações (Bastos, 2005). Os questionamentos nesta etapa da consulta devem partir de questões menos pessoais às mais pessoais. Abordar aspectos sobre escola, amigos, família, lazer, deixando por último, aspectos mais difíceis de serem falados como sexualidade e experimento de drogas (Bastos, 2005). É importante tentar identificar fatores de risco, no contato dos profissionais de saúde com os adolescentes (Kuschnir, 1996).

Os adolescentes de rua ou institucionalizados, vítimas de violência ou os com deficiência mental devem ser abordados de forma diferenciada (Bastos, 2005).

Também se preconiza que o jovem tenha o direito de fazer opções sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou profiláticos assumindo, junto ao médico, o seu tratamento (SPSP, 2002).

2) Entrevista com os pais, responsáveis ou familiares

A família deve ser ouvida para que seja possível esclarecer algumas questões do presente ou do passado, para que possa ser entendida a estrutura familiar e para auxiliar em alguma modificação necessária durante o acompanhamento. Ignorar o envolvimento de familiares nos conflitos pode resultar na demora em resolvê-los.

Depois das informações iniciais, é aconselhável solicitar aos pais que aguardem na sala de espera, enquanto a coleta de informações, do próprio paciente, e o exame físico são realizados (Souza, 1989). Os profissionais de saúde, dependendo do motivo da consulta, podem incentivar o adolescente a envolver a família no acompanhamento de seus problemas (SPSP, 2002).

Ao final da consulta os pais podem retornar à sala de entrevista para receberem as orientações junto com o adolescente. Em situações específicas pode-se marcar uma entrevista com os pais para orientá-los, com a permissão do paciente. Para os pais o fato dos filhos tornarem-se rebeldes gera ansiedade, pois, até então detinham o controle praticamente total dos filhos (Bastos, 2005).

Zagury, em uma obra destinada aos pais de adolescentes, menciona: (...) *"agora parece ter ao seu lado não mais o companheiro, o filho que tanto o amava e admirava, mas sim uma pessoa diferente, espinhenta, meio desajeitada, crítica, ácida, irônica, às vezes debochada – um estranho que você não conhece – SEU FILHO ADOLESCENTE"* - (Zagury, 1996:17).

Certos pais não aceitam ou relutam em permitir a privacidade do filho. Nestes casos o médico pode adaptar-se às circunstâncias trabalhando a liberação ou negar-se a atender o paciente (Souza, 1989).

Alguns pais desejam manter em segredo uma primeira consulta com a finalidade de solicitar ao médico que aborde determinados assuntos com o adolescente. O médico deve

negar-se a esta atitude solicitando que esclareçam o adolescente quanto à verdadeira intenção de levá-lo à consulta (Souza, 1989).

### 3) O sigilo das informações

Segundo o Departamento Científico de Bioética e de Adolescência da SPSP (2002) deve ser guardado o segredo do que foi revelado durante as consultas. Os pais ou responsáveis somente serão informados sobre o conteúdo das consultas com o expreso consentimento do adolescente. Se, em alguns casos, pode haver dificuldade em relação a confidencialidade da consulta de adultos, é natural que ela aumente com pacientes em que não se sabe o grau de maturidade. Superar esta questão é um importante caminho para uma boa relação profissional / adolescente. Mesmo que o médico atenda outros membros da família ou quando há um maior envolvimento com os pais do adolescente, deveria ficar explícito para o médico, para os pais e para o adolescente a garantia da confidencialidade dos fatos revelados durante a consulta.

O profissional deve resistir a todas as pressões de familiares assim como de outras pessoas (amigo, namorado, superiores hierárquicos e imprensa) para manter a confidencialidade das informações (Fortes e Sacardo, 2000).

Em situações de risco (gravidez, abuso de drogas, referência à fuga de casa, suicídio, risco de violência contra si ou outrem, não adesão a tratamentos recomendados, doenças graves, situações de risco de vida ou de risco a terceiros) e diante de procedimentos de maior complexidade torna-se necessária participação e o consentimento dos pais ou responsáveis (SPSP, 2002).

Na prática, nem sempre a preservação do sigilo é possível, como por exemplo, nos casos em que a família não está presente e nem tem como ser localizada; noutras ela inexistente ou não é capaz de fornecer qualquer tipo de ajuda. Nestes casos pode se tornar

necessário recorrer às instâncias de proteção pública que dêem suporte social e emocional a estes pacientes. Os profissionais de saúde devem ficar atentos para que situações como estas possam ser identificadas e para que os adolescentes não fiquem desamparados. À luz da Bioética os profissionais podem considerar eticamente mais eficaz não quebrar o sigilo nestas situações, libertando-se de um paternalismo que se confunde com beneficência (Taquette, 2005).

Os conflitos apontados são freqüentes e graves, devendo o profissional contextualizar seus pacientes, avaliar a competência dos mesmos, conhecer leis e estatutos, documentando cuidadosamente as informações, consultar o Ministério Público e as Sociedades Legais, compartilhando e discutindo o caso com a equipe para que ocorra maior proteção destes pacientes e segurança para o profissional que presta o atendimento. Como preconizado pela Bioética, deve-se analisar cada caso a cada momento, criando referenciais éticos novos, não se baseando, tão somente, em regulamentações imperiosas e cristalizadas (Taquette, 2005).

Em todas as situações nas quais estiver caracterizada a necessidade de quebra do sigilo médico, o adolescente deve ser informado, esclarecendo-se os motivos para tal atitude. É preciso ser honesto com o adolescente (Souza, 1989).

### **3 - A DEFICIÊNCIA NO ATENDIMENTO DOS ADOLESCENTES: OS RESULTADOS DO CAMPO**

Apresentamos nossos resultados de acordo com a temática apresentada aos nossos entrevistados: a formação para tratar de adolescentes. Este tema trouxe importantes contribuições no sentido de aprofundar um pouco mais as questões relativas à autonomia,

sigilo, confidencialidade, privacidade como também o papel da família durante as consultas. Subdividimos em subtemas, quais sejam:

1- Tratando dos pacientes quando eles crescem

2 – Diferenças entre o atendimento público e o privado

3- A consulta do adolescente

4 - Treinamento para cuidar de pacientes adolescentes. Em caso negativo, por que não? Em caso afirmativo, de que tipo?

### **3.1 – Dificuldades em lidar com adolescente: deficiência na formação**

#### **3.1.1 Tratando de pacientes adolescentes**

Observamos, em nossas entrevistas, que os pediatras não se sentem habilitados para lidar com o paciente adolescente após a conclusão da residência médica em pediatria, demonstrando insegurança, desconhecimento de patologias próprias deste período e um certo desconforto em lidar com estes pacientes, o que pode ser observado através de suas falas:

*"Enquanto eu puder me limitar ao atendimento de adolescentes eu me limitarei (...) eu não me sinto assim [pausa longa] tem um envolvimento e uma abrangência maior de patologias que eu não conheço bem (...) do comportamento [pausa] Antes disso você tem que ter um curso (...) uma orientação de como conduzir (...) ter normas. Se isso chegar a acontecer eu me sinto necessitada de uma capacitação maior pra isso (...) seria importante na formação". (Dra. Mara)*

*"A minha convivência com a médica de adolescentes daqui é que fez com que [pausa] (...) me fez entender alguns aspectos dos adolescentes (...) o meu público foi crescendo, como também os pacientes que são filhos de mães adolescentes (...) aumentou a minha necessidade de buscar conhecimento sobre este público (...) mas formação não [na residência de pediatria]. Faz falta". (Dra. Alice)*

*"Trato pouco de adolescentes (...) o número é cada vez menor do que o de crianças menores (...) não tenho muita vivência desta faixa etária". (Dr. Pedro)*

*“Não fiz nenhum treinamento pra isso. Sem dúvida faz falta. É completamente diferente da criança (...) é uma coisa especial, né”?* (Dra. Sabrina)

*"Acho que faz falta este tipo de treinamento (...) se o pediatra entende que o adolescente faz parte de sua abrangência deve existir um treinamento (...) é um segmento diferente [suspiro]".* (Dra. Paula)

*“Na saúde foi muito bem vinda (...) especialistas dedicados aos adolescentes (...) isto ainda é muito tímido para os pediatras. Deveriam disseminar este conhecimento para a sociedade dos pediatras (...) eu digo por mim (...) creio que sim [pausa] do ponto de vista pessoal [pausa] eu creio que sim [pausa] com certeza".* (Dr. Marcelo)

*“Eu me sinto habilitado pra fazer o meu consultório após a minha residência em pediatria (...) a residência deveria habilitar para a adolescência também [pausa longa](...) se a residência [de pediatria] tivesse um ambulatório de adolescentes mais aprofundado, por um período mais longo (...) rodar por mais tempo [pausa] os pediatras dão plantão em emergência por tanto tempo! (...) ficam no ambulatório de adolescente por só um mês [pausa] os residentes poderiam passar, por exemplo, uma manhã por semana [no atendimento de adolescentes] ao longo de toda a residência. Olha vai ser ótimo!"* (Dr. Alberto)

### **3.1.2 – Atendimentos diferenciados: o público e o privado**

Em nossa pesquisa, observamos que existem diferenças entre o atendimento público e aquele realizado em serviços privados e que passam tanto pela questão de atender bem ou não, quanto pela privacidade, confidencialidade e sigilo da consulta, não se valorizando o respeito à autonomia destes pacientes, como seria desejável em todos os serviços.

Os pediatras justificam as suas dificuldades por uma questão do tempo disponível para as consultas médicas, não sendo possível estabelecer um vínculo maior com o paciente, principalmente, nos serviços públicos:

*"Na emergência a consulta é pontual para um problema específico, não há espaço para follow up. Se ele volta [o paciente] é ao serviço e não ao médico (...) particular a coisa é diferente [pausa] eles fazem vínculo com a família. Nem precisa ser particular (...) no ambulatório pego um adolescente e mantenho um vínculo" [se referindo a um atendimento considerado adequado para ele].* (Dr. Alberto)

*“Olha é [pausa] eu creio que não haveria diferença teórica [pausa] no sentido de que você deveria utilizar a mesma ética, a mesma solicitude, eu creio que não haveria diferença entre o setor público e o privado. Agora partindo para a questão prática, né, no serviço público, pela grande demanda de pacientes, pela sobrecarga do profissional de*

*saúde com as questões inerentes ao serviço público, eu acho que geralmente o pediatra não tem a oportunidade que tem, talvez, no consultório, dispor de tempo, de mais atenção, de investigar melhor a história, de ver como funciona o adolescente naquela família. Eu acho que aí na prática, a atenção do pediatra é sub ótima no serviço público". (Dr Marcelo)*

*"Não deveria ter [pausa] mas tem. Tem porque no setor privado você tem mais tempo com a pessoa. "É o seu paciente" [ênfase]. No setor privado a referência é o médico em si. Se bem que agora, com os convênios você está ali por causa do plano, né? É quem está mais perto de casa, ou tem um nome mais interessante (...). Não acho que a consulta tenha que ser abreviada no setor público". (Dr Alberto)*

*"O envolvimento, o pediatra vai sempre saber fazer melhor [do que o clínico] (...) numa emergência você acha que vou ter tempo pra ganhar a confiança do paciente? O fator tempo disponível é fundamental em qualquer relacionamento. O número de atendimentos no ambulatório de adolescentes é bem inferior" [ao número de atendimentos do ambulatório de pediatria]. (Dra Mara)*

*"No serviço público, pela grande demanda de pacientes o pediatra não tem a oportunidade do consultório, dispor de mais tempo, mais atenção [pausa] investigar melhor a história (...) ver como funciona o adolescente naquela família". (Dr Marcelo)*

*"O problema é o tempo [pausa] ele até muda [o adolescente] porque se você tiver tempo, conversando ele muda [pausa] o problema é o tempo [não existe um tempo adequado para as consultas nos serviços de saúde]". (Dra Sabrina)*

*"O fator tempo disponível é fundamental (...) cativar o adolescente (...) diálogo (...) ganhar a confiança (...) a clínica de adolescentes está aberta pra situações de risco e até pra elas não ocorram (...) então o número [de atendimentos] é importante (...) na consulta privada existiria tudo isso que você não tem aqui [no serviço público] (...) o número de doentes que eu atendo no PAM [em uma tarde] eu não conseguiria atender em meu consultório [risos] consigo resolver situações, mas não as emocionais [pausa] as emocionais eu encaminho" [para outro profissional ou serviço]. (Dra Mara).*

Alguns autores destacam que o tempo dedicado às consultas não tem a importância referida por nossos entrevistados como já citado anteriormente. Estabelecida uma boa relação médico-paciente, o tempo de consulta passa a não mais ser o elemento definidor de um bom atendimento. Logicamente, aqui não se está falando de uma consulta de 5 minutos. Parece haver mais problemas estruturais das instituições de saúde expressa pela dificuldade, ainda existente, de se conferir um lugar diferenciado para este grupo.

Outra questão relevante onde há diferença entre os dois setores e que tem relação com a autonomia é a confidencialidade, privacidade e o sigilo médico que parecem estar comprometidos ainda mais no serviço público. Três falas ilustram bem este ponto:

*“Mas se eu identifico algum problema psicológico ou social eu não disponho de privacidade e tenho dificuldade em abordar isto [pausa] por conta da dificuldade de privacidade que eu teria com ele para abordar isso [grande pausa]. Primeiro a gente recebe médicos e estudantes em formação que participam da consulta [pausa] posso pedir que se retirem [pausa], mas isto não é bem visto [pausa] de uma certa forma não é bem visto pela família que acha que vai ser discutido algum assunto que ninguém pode ouvir e que é algo sério [pausa] eu sou diferente dos demais [pausa]”. (Dra Paula)*

*"Você não consegue ter privacidade [no serviço público] (...) não consegue despi-lo completamente [pausa] como vai despi-lo na frente dos outros? (...) temos até dificuldades em conversar sem que os outros escutem (...) aqui na emergência a coisa é muito complicada". (Dra Helena)*

É tributada ao serviço público toda a dificuldade em manter a privacidade e, por conseqüência, o sigilo e a confidencialidade das informações. É de se supor que existam possibilidades de se fechar a porta, como veremos mais adiante. Há um nível de dificuldade com este público que só se pode enxergar a partir de outras falas, como a que se segue:

*“A privacidade é uma coisa que [grande pausa] também tem o que diz respeito ao adolescente querer ficar sozinho com o médico [pausa]. Ele tem este direito. Até mesmo a questão cultural que muitos pais de adolescentes não entendem [pausa] principalmente no serviço público que eles queiram ficar sozinho com o médico e que eles tenham que sair [pausa]. De repente ele quer conversar [grande pausa] isto também não é bem aceito pela família. Se o adolescente quiser pode ficar sozinho comigo [pausa], mas as famílias não aceitam acham que não é preciso ficar sozinho comigo [pausa grande] pra que ficar sozinho se não vai saber falar de tudo que aconteceu? [grande pausa]”. (Dra Paula)*

Aqui podemos ver que um empecilho ao exercício da autonomia dos adolescentes é tributado à família, principalmente a esta família que não se conhece bem, já que os atendimentos, pelo menos na emergência são pontuais, inviabilizando um melhor entrosamento. Por outro lado, a família interfere por achar que seu filho adolescente não

teria a competência necessária de falar de si próprio. Não teria como fornecer as informações necessárias para ser bem atendido.

Outra questão que aparece é a necessidade de um ambiente adequado e específico para atendimento dos pacientes adolescente. Nem sempre isto se torna possível, principalmente nos serviços públicos de saúde, como encontramos nas seguintes falas destes pediatras:

*"Uns não gostam de ficar junto com os bebezinhos (...) eu sou igual a estes que estão aqui fora? [perguntam sobre os que estão na sala de espera do ambulatório](...) penso que precisam de um espaço próprio (...) não deixou de ser criança e ainda não é adulto (...) nós fomos adolescentes e vemos que é uma idade diferente (...) a gente é mesmo chato". (Dr. Alberto)*

*"Quando os vemos internados junto com os adultos e olhamos nos olhinhos deles vemos que ficam completamente perdidos e assustados (...) pros adultos já é assustador imagine pro adolescente (...) deveria existir um meio termo [pausa] um espaço que não temos aqui [um setor próprio para eles na emergência]" (Dra Helena).*

Apesar dos entrevistados enfatizarem que isto acontece no setor público, há uma omissão em relação ao que ocorre no setor privado, já que o tema era a diferença entre os dois. Isto nos faz concluir que o exame físico, a privacidade, a confidencialidade e o sigilo podem estar prejudicados em ambos os setores. A diferença se dá na consulta mais prolongada, mais empática, com mais qualidade de atendimento físico, mas não conseguimos sentir que há respeito à autonomia e nem o seguimento das boas práticas no atendimento conforme preconizado pelas normas de atenção ao adolescente.

### **3.1.3. A consulta do adolescente**

Abordando a temática da consulta do adolescente e de sua família, utilizamos o seguinte roteiro guia para nossas entrevistas com os pediatras:

- 1- Diferença entre a consulta da criança e do adolescente.

2- Privacidade e sigilo.

3- A família nesta consulta.

4- Embarços durante a consulta.

Quanto à consulta, apenas dois pediatras mencionaram a necessidade de uma abordagem diferenciada para o adolescente, como podemos observar em suas falas:

*"A consulta dos adolescentes é diferente sim (...) entra a sensibilidade do profissional (...) o seu jogo de cintura (...) para tentar que se estabeleça a consulta de uma maneira mais privada (...) o direito de privacidade ainda não foi encampado pelo serviço público (...) historicamente a estrutura pública anda anos atrás das necessidades e do que o conhecimento científico sugere (...) a tarefa do pediatra ou do especialista (...) ainda que num meio inadequado é de ensaiar este atendimento mais diferenciado [do adolescente]". (Dr. Marcelo)*

*"O adolescente que chega pra mim já adolescente, eu coloco as regras do jogo: sou a Dra. Paula, sou a sua médica [ênfase] você pode falar comigo o que for preciso e ele entende isso de uma outra forma e não vê em mim, a figura de seus pais". (Dra. Paula)*

Alguns pediatras revelam a necessidade do atendimento passar a ser direto com o adolescente, sem ter a família como intermediária durante a consulta. Afasta-se, com esta conduta, a possibilidade de que os jovens se sintam coagidos a responderem conforme o desejo de seus responsáveis.

*"O pediatra vai acompanhando a criança e em um determinado momento ele vira um adolescente (...) ele [o pediatra] tem que ter sensibilidade para continuar o laço porque se não, o adolescente vai vê-lo como cúmplice e comparsa de seus pais [pausa] (...) acho que o adolescente tem que ver no médico um seu cúmplice e não aquele que (...) que ligará para os seus pais e contará tudo [tem que começar a ver o médico de uma forma diferente]". (Dra. Paula)*

*"A família não deixa o adolescente assumir sua posição, a obrigação dele. Eles mesmos tratam de tudo [os pais] acham o adolescente incapaz (...) a mãe também é incapaz de criar o filho (...) acho que a grande maioria se mete (...) a gente até tenta perguntar ao paciente adolescente, mas a mãe interfere muito na consulta". (Dra. Sabrina)*

Quando os entrevistados foram abordados, especificamente, sobre a garantia da privacidade e confidencialidade, os relatos foram um pouco diferentes dos relatados em relação à diferença entre o público e o privado. Aqui a culpa não é da estrutura do setor

público, que no caso, não permitiria o respeito necessário. A consulta deve permitir a abordagem de questões mais delicadas, segundo nossos entrevistados. Uma frase que retrata esta posição é a seguinte:

*"O ideal é que a consulta fosse feita só com o adolescente, sem o pai e sem a mãe para ter a oportunidade de conversar coisas que não tenha liberdade [de dizer] com os pais presentes (...) coisas de sexo, de relacionamento (...) ou causadoras de desentendimentos". (Dr. Alberto)*

Alguns pediatras consideram ser importante o respeito à privacidade durante a consulta, abdicando da presença do responsável durante algum momento da consulta. Este fato foi apontado em nossas entrevistas:

*"O adolescente vem acompanhado da família e em algumas situações a família sai (...) quando preciso conversar particularidades e preciso de algum dado que sei que na presença da mãe ela não vai liberar, eu peço que saiam. (...) atendo muito adolescente sozinho e a consulta flui bem. Alguns dependem da família, outros não". (Dra Alice)*

*"Tendo a dar alguma autonomia para que o adolescente fale, se coloque, manifeste pensamento próprio, as suas escolhas. Isso é muito marcante no adolescente. (...) vai ter a necessidade de falar de si sem a presença dos responsáveis ou familiares (...) ainda que não seja em um primeiro momento (...) manifeste sua visão e opiniões sobre o seu adoecimento". (Dr Marcelo)*

Outros, já não consideram importante a privacidade e o sigilo de seus pacientes:

*"Geralmente o adolescente chega com o pai ou com a mãe (...) aqui então é sempre com o pai ou a mãe [serviço público] e não vai se opor de estar com o pai e a mãe junto a ele, não gosta de ser atendido sozinho (...) em nenhum momento eu deixo ele ficar sozinho [apenas com o médico]". (Dra. Sabrina)*

*"Não vejo a necessidade do adolescente ser atendido sozinho (...) acredito que não haja esta necessidade e nenhum deles expressa este desejo também. A família participa da consulta [durante todo o tempo da consulta]". (Dra. Paula)*

*"Não tenho nenhum adolescente sendo atendido sozinho (...) a presença da família é benéfica (...) não sei se do ponto de vista da individualidade, da particularidade do adolescente se isto atrapalha (...) se a gente já começar a tirar a família do lado do adolescente em uma consulta médica (...) mais afasta o adolescente da família". (Dra. Mara)*

Nos momentos em que a família participa de consulta, a importância dos seus relatos para fornecer a história pregressa do adolescente e vermos como funciona o adolescente nesta família, foi enfatizada pelos pediatras entrevistados:

*"Até tem importância a família, porque tem coisa que o adolescente não te falaria [situações vividas na infância] então de alguma forma a família ajuda". (Dra Helena)*

*"O pediatra [com a família presente] tem a oportunidade de investigar melhor a história (...) como funciona o adolescente naquela família". (Dr. Marcelo)*

Eles também relatam que a rebeldia dos filhos adolescentes e os conflitos familiares podem ser percebidos pelo pediatra quando aborda a família junto ao adolescente:

*"Na maioria das vezes a família acaba atrapalhando, sem querer (...) atendi um adolescente que a mãe falava coisas contrárias ao que ele falava, o tempo inteiro (...) ficavam os dois brigando (...) informações completamente diferentes". (Dra Helena)*

Alguns pais não permitem a privacidade dos filhos, talvez exercendo uma forma de controle sobre as suas atividades, relutando em deixá-los sozinhos com o médico:

*"Acho que privacidade (...) diz respeito ao adolescente querer ficar sozinho com o médico (...) ele tem este direito (...) muitos pais de adolescentes não entendem (...) isso não é bem aceito pela família (...) pra que ficar sozinho se não vai saber falar de tudo que aconteceu? [dizem alguns pais](...) na verdade, pode querer falar alguma coisa que não tenha nada a ver com a doença em si [pausa longa]". (Dra. Paula)*

Um dos pediatras se referiu, de uma maneira muito apropriada, como proceder em situações especiais:

*"Quanto a confidencialidade eu creio que sim [deve ser mantida] salvo nos casos em que vejam [os médicos] a necessidade de dividir com os pais uma informação vital (...) importantíssima [casos em que a quebra de sigilo é permitida] (...) acho que ainda assim deveriam conversar com o adolescente, fazer com que ele acredite que aquela informação, que em primeiro momento foi confidencial e privativa, deve ser dividida com os seus pais". (Dr. Marcelo)*

Perguntamos aos pediatras e especialistas, se existiria algum tipo de embaraço ou constrangimento em atender pacientes adolescentes, pela questão dos caracteres sexuais secundários que passam a serem observados nesta faixa etária. Segundo nossa pesquisa os

profissionais atendem estes jovens sem nenhum embaraço. Quando ocorre um constrangimento este é do próprio adolescente. As adolescentes podem demonstrar preferência por serem atendidas por médicas, e os adolescentes preferem ser atendidos por médicos do mesmo sexo, como podemos notar nas falas de alguns pediatras:

*"Não, não! Nunca me senti embaraçada. Já atendi rapazes na clínica privada. Fiz um exame completo e acho até que eles é que se sentem embaraçados por estarem no pediatra (...) mostrar a intimidade em algumas situações". (Dra. Alice)*

*"Talvez as pacientes do sexo feminino (...) ficam constrangidas ao serem examinadas (...) ao tirar a roupa (...) não, não, não! (...) eu não fico! (...) respeito o constrangimento delas e me previno (...) procuro auscultar com uma roupa bem leve que dispense a necessidade de tirá-la". (Dr Pedro)*

*"Embaraço meu não (...) alguns adolescentes do sexo masculino se sentem embaraçados (...) mas conversando acabam deixando examinar numa boa". (Dra Helena)*

Pelas falas parece não existir constrangimento por parte dos pediatras. Ele é colocado no adolescente, entretanto, uma fala aponta para uma dificuldade já narrada na literatura e é justificada pelo possível envolvimento do médico com o paciente adolescente, como podemos supor pela seguinte fala:

*"Não, não, não [não há constrangimento]! Nem quando é pra tirar a roupa e ver Tanner. Sei de um colega, que para evitar qualquer tipo de insinuação ele atende com a porta aberta [pausa]. Na sala de espera ele não fecha a porta [explica], e atende com a porta aberta ao examinar. Não sei se é entreaberta, mas é para não ser alvo de insinuações. Acho que aqui no ambulatório não há como atender com a porta entreaberta porque é muita gente passando [tira a privacidade]. Pra lá e pra cá. Eu nunca fui colocado em uma situação para demandar uma atitude como esta" (Dr. Alberto).*

Aqui se nota o constrangimento com o corpo do adolescente. Acostumados em examinar os corpos de crianças, os/as adolescentes se apresentam com corpos já marcados por indícios de sexualidade, como pêlos, seios, crescimento peniano, entre outros, o que obriga a uma mudança de postura, mas não de falta de privacidade. Vem ao pensamento do entrevistado o ocorrido com o terapeuta de adolescentes em São Paulo, para justificar a falta de privacidade:

*“Eu tenho umas revistas antigas, a Veja, onde aquele pediatra de São Paulo, hebiatra, era citado como pessoa de contato da Veja [tirar dúvidas] uns 2 anos antes da confusão com ele. Era uma referência” [como especialista em adolescentes]. (Dr. Alberto).*

Vemos, deste modo, um desconforto no exame, o que prejudica o exercício da autonomia do adolescente porque ou bem tem alguém presente ou uma “platéia” assistindo. Não há privacidade, sigilo, confidencialidade e, portanto, não há respeito à dignidade do adolescente.

Esta questão fica mais evidente com as falas a seguir:

*"Confesso que [pausa] não tenho com os adolescentes a mesma desenvoltura que tenho no trato com as crianças, entendeu? (...) no mais recatado (...) no mais tímido (...) no rebelde (...) nos extremos (...) o pediatra deveria ter uma habilidade diferencial". (Dr Marcelo)*

Outros destacam dificuldades com as doenças que acometem os jovens, julgando que estas são diferentes das observadas nas crianças:

*"Às vezes eu peço ajuda aos clínicos (...) uma doença vascular como flebite (...) quando é algo que a gente não esteja acostumada a manipular". (Dr Alberto)*

Podemos inferir neste capítulo que existe uma deficiência na formação dos pediatras quanto ao trato com adolescentes. Diversas dificuldades foram colocadas, desde o respeito à confidencialidade, sigilo e privacidade, quanto a interferência familiar permitida pelos médicos. Também existe dificuldade com patologias não comuns em crianças, o que mostra também um treinamento insuficiente. Há muito que ensinar aos pediatras se lhes é dado à incumbência de tratar adolescentes na falta de médicos especialistas. A formação, teórica e prática, é reduzida como visto no *curriculum* da residência em pediatria. Assim não se deve colocar o problema, tão somente, nos ombros dos pediatras, mas ao mesmo tempo, devemos alertar para a questão, propósito desta investigação.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSÃO:**

### **AS AMBIGÜIDADES EM RELAÇÃO À AUTONOMIA DO ADOLESCENTE**

Recapitulando os capítulos anteriores, vimos que, em função da idade, o adolescente, de acordo com seu desenvolvimento cognitivo, já apresenta uma moralidade autônoma, isto é, já introjetou as normas sociais, capaz de saber o que é correto ou incorreto e detém um raciocínio moral semelhante ao dos adultos. Como visto, também, a moralidade presente em uma sociedade é socialmente construída e a Lei segue esta tendência, estando, por isto, sempre a reboque das mudanças, não a precedendo. Assim, podemos notar que a Lei ao não dar plena autonomia ao adolescente, nada mais faz do que prescrever o que é socialmente visto como certo. A nossa sociedade, brasileira, tem uma visão ambígua em relação a este grupo, isto é, ora os enxerga como capazes de tomar decisões e arcar com as conseqüências, ora os vê como um grupo de sujeitos de risco. Entretanto, este último aspecto acaba preponderando, porque o adolescente é descrito com um ser em desenvolvimento, à procura de sua identidade, com condutas perigosas e, neste sentido, precisa de orientação e de cuidados especiais para que chegue à maturidade preservado.

A bioética traz um outro tipo de questão. Não se prende à Lei, tão somente, mesmo a levando em consideração. A bioética analisa e reflete sobre o que seria moralmente correto a ser levado em conta quando se fala da autonomia do adolescente em dar seu consentimento em tratamentos ou pesquisas, visando seu benefício. Neste sentido, a

posição é que ao adolescente cabe opinar e ter seus desejos levados em consideração. Não somente isto, mas que deve também ser respeitado quanto à confidencialidade, privacidade e sigilo das informações colhidas durante uma consulta médica. É não permitir que fique, ao julgamento de cada profissional, definir quem teria a responsabilidade de falar e decidir em nome deles (Braz, 2002). Se considerarmos apenas os parâmetros legais os adolescentes não terão competência para decisões relacionadas a sua saúde. Entretanto, na assistência à saúde, a conduta junto a pacientes adolescentes vem se modificando. Eticamente qualquer pessoa, independente de sua idade, tendo condições intelectuais e psicológicas para avaliar e mensurar as propostas para a sua saúde, deveria poder tomar decisões sobre esta assistência.

A ambigüidade presente se faz notar até mesmo no *"Estatuto da Criança e do Adolescente, que visto como a melhor Lei existente de proteção à infância e adolescência, que também transparece sua ambigüidade quando preconiza a criança e o adolescente ora como pessoas capazes e autônomas, ora como necessitadas de proteção em função de estarem ainda em desenvolvimento"* (Braz, 2005:17).

A ambigüidade também surge ao nos deparamos com situações específicas, que destacamos a seguir:

**Adolescentes e crianças infratoras** são julgados como adultos em alguns países, notadamente EUA e Inglaterra. A mídia destaca de forma diferenciada, expressando choque ou espanto quando crianças e adolescentes matam pais, irmãos, avós ou colegas. Cometer crimes implica em que esta criança/adolescente sabia o que estava fazendo? Tinha maturidade para saber as conseqüências dos seus atos? Tinha noção de correto e incorreto? Pela tendência a punir como adultos, vemos que a sociedade anglo-saxônica, os enxerga como tendo autonomia, isto é, capacidade de autodeterminação, o mesmo não ocorrendo na

sociedade brasileira, já que menores infratores, mesmo cometendo crimes hediondos, ficam recolhidos até completarem dezoito anos e depois são soltos.

Por outro lado, assistimos à incorporação da psiquiatria e da psicanálise na avaliação da personalidade de um réu, assim como sua maturidade ou não. Esta interferência de outros saberes acaba, por um lado, legitimando o diagnóstico médico-legal em processos criminais e, por outro, diminuindo a responsabilidade da justiça diante de pessoas que a sociedade apresenta dificuldades em julgar (O Globo, 2006). De qualquer modo, tem ocorrido, em nosso país, um apelo para a redução da maioridade penal para dezesseis anos. O mesmo não se dá aos atos civis, como casar, abrir negócio, comprar ou vender, que continua a ser visto como razoável aos dezoito anos (Braz, 2002).

A pergunta que fica no ar é a seguinte: como baixar a idade para dezesseis anos para punir e não diminuí-la para que o adolescente tome decisões sobre sua vida? Por que diferentes pesos? Isto não seria o reconhecimento da autonomia destes jovens, considerando-os responsáveis por seus atos e delitos? Punir adolescentes de forma semelhante aos adultos não seria considerá-los seres autônomos?

Podemos incluir também, entre as ambigüidades, adolescentes que se casam e que por este motivo adquirem a maioridade. Pais adolescentes freqüentam hospitais se responsabilizando por seus filhos no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento destes, ou quando são acometidos das mais diversas doenças. Por que o casamento confere maioridade e autonomia e a idade não?

Citamos ainda adolescentes retirados de suas casas ou de suas escolas, partindo como soldados em guerras de diversos países. Vinte países, em todo o globo, recrutam crianças e adolescentes. A violação das convenções internacionais sobre conflitos e direitos

da infância não é exclusividade dos países pobres. Nestes casos, como no caso de delitos parece existir uma visão de que estes jovens já detêm autonomia, mas somente nestes casos.

Fatores externos podem conferir maturidade? Podemos conferir autonomia para estes adolescentes? Estas questões nos mostram a necessidade de refletirmos quando avaliamos nossos adolescentes. O paternalismo médico e as ambigüidades trazem dificuldades ao pediatra quando solicitam autorização direta ao adolescente. Estes ficam divididos entre duas visões, embora tendendo mais para vê-lo como um sujeito de risco e aí cabe vigilância em forma de “proteção”.

A clínica de adolescentes, entretanto, já pratica há alguns anos, a confidencialidade, a privacidade, e a autonomia no momento da consulta. Não se admite mais a presença dos pais durante toda a consulta, visto que esta conduta pode exercer certa coação, impedindo a livre expressão do adolescente. Os pediatras, em sua grande maioria, continuam se guiando pelo pressuposto da incapacidade infantil: *"No consultório a criança não fala, é falada; não vê, é vista; não ouve e não é ouvida; não sente, é sentida; não tem paladar ele lhe é imposto. Seu senso estético é ignorado"* (Braz, 2002:12). Quando abordam adolescentes, os pediatras persistem com as mesmas condutas e ignoram os seus desejos.

Segundo Leone (1998), só deveria deixar de existir o respeito à autonomia quando houvesse uma certeza bem fundamentada, de que um dos elementos da relação entre os seres humanos, não tivesse a capacidade de receber uma informação, por não compreendê-la, por não ter como avaliá-la ou por estar por algum motivo, impedido de decidir naquele momento.

A própria Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde nivela todos os menores na mesma condição, independente da fase de desenvolvimento que a criança ou o adolescente está passando, considerando que estes necessitam de figuras aptas a decidirem

por eles nos casos de pesquisas. Sabemos que o desenvolvimento emocional e cognitivo varia de acordo com cada um. Podem caminhar juntos ou divergirem, algo facilmente reconhecível, até mesmo pelo senso comum, quando julgamos que um adulto apresenta uma atitude infantil.

Modificando a cultura médica assistencial e possibilitando uma melhor comunicação entre profissionais de saúde e seus pacientes através do diálogo, poderemos permitir escolhas diferentes das nossas, possibilitando que adolescentes desfrutem de sua autonomia. Estas necessidades do adolescente contemporâneo ficam evidentes em nosso trabalho.

Acreditamos na importância de valorizar e preservar a decisão do paciente. Antes de qualquer tipo de exame, tratamento médico ou pesquisa clínica, podemos obter a concordância do adolescente após sua devida informação e esclarecimento. A prática de decisões compartilhadas vem contribuindo para maior satisfação dos usuários dos serviços de saúde, pois tratamentos e procedimentos implicam em riscos e benefícios. Ao apresentarmos as opções disponíveis, fundamentadas por dados e pesquisas, esclarecemos riscos e benefícios possibilitando uma escolha consciente pelo paciente. Desta forma, há uma melhor aderência ao tratamento e conseqüente redução das complicações.

Decisões compartilhadas vêm sendo incorporadas no meio acadêmico, com a inserção da Bioética durante a graduação, mesmo que ainda incipientes.

Algumas questões como a forma de transmitir informações em consultas de curta duração como as que ocorrem em serviços públicos, ou na medicina privada onde o atendimento ocorre sob a forma de convênios, geram situações onde o paternalismo acaba sendo praticado pela maioria dos profissionais médicos pediatras. Estes profissionais, como detentores do conhecimento e tendo interesse pelo bem estar de seus pacientes, acreditam

que devem tomar as decisões. A participação dos pacientes neste processo ainda é incipiente em nossos serviços. Se não houver respeito à autonomia dos adolescentes, pode ocorrer uma diminuição da aderência ao tratamento, já que a decisão sobre o mesmo não foi compartilhada e sim imposta.

Isto também vale para as pesquisas, mesmo aquelas que envolvam diretamente algum benefício para este grupo. O consentimento deve ser solicitado porque os adolescentes têm capacidade de entender e julgar.

As mudanças no Código Civil se fazem necessárias diante das necessidades da sociedade e do avanço tecnológico. Pela reflexão poderíamos ter a consciência de que leis podem ser modificadas, amparando cidadãos em sua evolução ética e moral. A idade ainda é o elemento levado em consideração pela Lei, independente de sua maturidade cognitiva ou emocional, o que limita a capacidade de agir dos jovens. Se a Lei ajuda na manutenção de atitudes paternalistas dos médicos, faz-se necessário capacitar os profissionais de saúde para novas escolhas e decisões, até mesmo para que possam aceitar melhor, escolhas e decisões de seus pacientes.

Concluimos que a formação pediátrica atual não é suficiente para o atendimento e acompanhamento dos adolescentes. Os pediatras, em sua maioria, se sentem inseguros ao lidar com estes pacientes. Existe constrangimento no atendimento, assim como desconhecimento de patologias próprias deste período. Acresce-se a pouca experiência em tratar deste grupo o que acaba por não fornecer o traquejo suficiente para lidar com os conflitos do período da adolescência. Talvez necessitem de uma maior aproximação com adolescentes durante a Residência Médica em Pediatria, de um contato mais longo e não apenas de um ou dois meses lidando com estes pacientes, durante sua formação.

Notamos que pediatras com maior tempo de formados apresentam uma dificuldade ainda mais acentuada. Nesta época a Residência Médica em Pediatria não dispunha de rodízio no Setor de Adolescentes ou até mesmo este setor não existia. Acreditamos que, atualmente, este rodízio ainda não seja realizado por um período suficiente para que os médicos se familiarizem com o atendimento dos jovens. Profissionais que concluíram a Residência Médica em Pediatria recentemente, também apresentam dificuldades em lidar com estes pacientes. Acreditamos que a maioria desconhece o lidar com comportamentos próprios da adolescência e os fatores emocionais são difíceis de serem abordados durante a consulta, exigindo maior tempo de consulta e mais experiência do profissional.

A experiência profissional é adquirida ao longo da prática clínica, entretanto, alguns pediatras relutam em atender estes pacientes preferindo, até mesmo, que sejam atendidos pela clínica de adultos em locais que não dispõem de serviço próprio para o atendimento dos adolescentes.

Em sua maioria, pediatras não respeitam a autonomia dos jovens por não aceitarem a necessidade de um atendimento sem a presença do responsável, desconsiderando a importância da confidencialidade dos fatos revelados durante a consulta. Por outro lado, há uma grave diferença entre o atendimento público e o privado no que tange às más condições de trabalho que o pediatra é submetido em alguns hospitais; a falta de local adequado para o atendimento dos jovens não permitindo privacidade durante a consulta; a insuficiente promoção e prevenção da saúde; atendimentos ambulatoriais com tempo insuficiente para detectar "comportamentos de risco" na abordagem do adolescente; carência de informações e esclarecimentos, gerando um atendimento que não atende às necessidades dos jovens.

Finalizando, concluímos que se existe a ambigüidade no olhar sobre o adolescente, se houvesse um treinamento mais adequado, seria facilitado o respeito à autonomia deste paciente, já que por um lado eles o percebem com capacidade de ajuizar quando se trata de cometimento de delitos. Entretanto, não há amparo legal o que dificulta, para quem não é especialista e mesmo para quem é (Taquette, 2005), decidir sobre situações que implicam em perigo ou hábitos que possam afetar a saúde dos jovens. Dividir esta responsabilidade com os pais, ou na falta destes, com as autoridades tutelares parece ter sido a saída. Isto, entretanto, fere o sigilo e a confidencialidade médica o que se reveste de problemática. A autonomia, neste sentido não é respeitada porque vai contra o desejo do adolescente, de ter resguardada as informações fornecidas em consulta, na maioria das vezes.

Esta é a questão central que ocorre durante uma consulta com o adolescente. No fundo, os profissionais duvidam da capacidade do adolescente de mudar sua conduta, se isso lhes for prescrito, porque ele é olhado como um sujeito de risco, problemático, destemido e rebelde e por estar numa fase em que ele contesta as autoridades instituídas. Todos se esquecem que as grandes mudanças foram feitas por jovens e não por velhos, mesmo sábios, já conformados e transfigurados pela experiência de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury A. O adolescente e a liberdade. In: Adolescência Normal. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981. p. 13-23.
- Almeida JLT. Da moral paternalista ao modelo de respeito à Autonomia do Paciente: os Desafios para o Ensino de Ética Médica. Revista Brasileira de Educação Médica 2000; 24 (1): 27-30.
- American Academy of Pediatrics. Committee in Bioethics. Informed consent, parental permission and assent in pediatric practice. Pediatrics 1995; 95: 314-317.
- Ayres JR. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: Programação em Saúde Hoje. São Paulo: Hucitec; 1990.
- Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu; 2005.
- Bastos OM. A consulta do adolescente - Peculiaridades [texto avulso]; 2005. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira - Fiocruz, xerox.
- Beauchamp TL, Childress JF. Princípios da Ética Biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
- Becker HS. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Hucitec; 1993.
- Berkowitz CD. The need for a developmental approach to adolescent decision-making. The American Journal of Bioethics, 2005; 5(5): 77-78.
- Braz M. O Indivíduo, o Sujeito e a Alma: A História da Psicologia Médica no Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 1994.
- Braz M. Autonomia: onde mora a vontade livre? In: A moralidade dos atos científicos: Questões emergentes da experiência dos Comitês de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 91-100.

- Braz M. Autonomia na infância e na adolescência – olhar bioético [Texto avulso]; 2002. Rio de Janeiro: III Encontro de Bioética do CREMERJ, xerox.
- Braz M. Bioética, proteção e diversidade moral: quem protege quem e contra o quê na ausência de um referencial moral comum? In: Bioética, riscos e proteção (FR SCHRAMM, S REGO, M BRAZ, M PALACIOS, organizadores). Rio de Janeiro: UFRJ/FIOCRUZ, 2005.
- Braz M. A Bioética e as debilidades psíquicas na infância [Texto avulso]; 2005. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira - Fiocruz, xerox.
- Bozon M. Sociologia da Sexualidade. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas; 2004.
- Campbell AT. Adolescent decisional autonomy in research: Issues in translating research into policy. *The American Journal of Bioethics*, 2005; 5 (5): 78-80.
- Carter L. A primer to the ethical analysis [on line] 2002; <http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/aspectos.htm> (acesso em 12/12/2004).
- Carneiro F. O Desejo de Maria: Reflexões sobre um instante de “aconselhamento genético” em câncer de mama. In: A moralidade dos atos científicos: Questões emergentes da experiência dos Comitês de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999: 125-34.
- Castiel LD. O Buraco e o Avestruz: a Singularidade do Adoecer Humano. Campinas: Papirus; 1994.
- Código Civil, Lei 10.406, 10 jan. 2002. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.
- Cohn JM, Ginsburg KR, Kassam-Adams, Fein JA. Adolescent decisional autonomy regarding participation in an emergency department youth violence interview. *The American Journal of Bioethics*, 2005; 5(5): 70-74.

CNRM. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução 004/2003 [on line] 2003.

Disponível em <http://portal.mec.gov.br/sesu> (acesso em 21/11/2005).

Conselho Regional de Medicina. Código de Ética Médica. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Medicina; 2005.

Ctenas ML, Vitolo MR. Crescendo com Saúde. Rio de Janeiro: C2 Editora; 1999.

Deleuze G. Conversações. Rio de Janeiro: Editora 34; 1996.

Dickey SB, Deatrck J. Autonomy and decision making for health promotion in adolescence. *Pediatric Nursing* 2000; 26 (5): 461-467.

Engelhardt Junior HT. Fundamentos de Bioética. São Paulo: Loyola; 1998.

Exames psiquiátricos são mais freqüentes entre rés. *O Globo* 2006 jun 18; p. 12.

Fapesp. Riscos da Diversão. [on line]; 2004.  
[http://www.agencia.fapesp.br/boletin\\_dentro.php?data\[id\\_materia\\_boletin\]=2450](http://www.agencia.fapesp.br/boletin_dentro.php?data[id_materia_boletin]=2450)  
(acesso em 2/5/2006).

Faustini DMT, Novo NF, Cury MCFS, Juliano Y. Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. *Ciência e Saúde Coletiva* [on line]; 2003; [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232003000300012&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000300012&lng=) (acesso em 9/11/05).

Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.

Fonseca VM, Sichieri R, Veiga GV. Fatores associados à obesidade em adolescentes. *Revista de Saúde Pública* 1998; 32: 541-9.

Fortes PA, Sacardo DP. Ética na assistência à saúde do adolescente e do jovem. In: *Saúde dos adolescentes e jovens: metodologia de auto-aprendizado para equipe de atendimento básico de saúde*. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2000: p. 147-161.

- Fripp RR, Hodgson JL, Kwiterovich PO, Werner JC, Schuler JC, Schuler HG, Whitman V. Aerobic capacity, obesity and atherosclerotic risk factor in male adolescents. *Pediatrics* 1985; 75: 813-8.
- Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MK, Gaskell G, organizadores. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2002: p. 64-89.
- Grosso LA. *Juventude: Ensaio sobre sociologia e história das juventudes modernas*. Rio de Janeiro: BCD; 2000.
- Guimarães BEM. Modelo de Anamnese e Exame Físico. In: *Manual de Adolescência*. Sociedade Brasileira de Pediatria; 1989. p. 49-52.
- Guariglia F, Bento SF, Hardy E. Adolescentes como voluntários de pesquisa e consentimento livre e esclarecido: conhecimento e opinião de pesquisadores e jovens. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(1):
- Guimarães MC, Novaes SC. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: Liberdade de decisão, diferença e desigualdade. *Revista Bioética* [on line] 1999. <http://www.cfm.org.br/revista/bio1v7/autonomia.htm> (acesso em 8/Jun/2004).
- Gulinelli A, Aisawa RK, Kunno SN, Morinaga CV, Costardi WL et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. *Rev Assoc Méd Bras* 2004; 50(1): 41-7.
- Halbe WH, Halbe AF, Ramos LO. A saúde da adolescente. *Revista Brasileira de Medicina* [on line] 2000. [http://www.drCarlos.med.br/saúde\\_adol.html](http://www.drCarlos.med.br/saúde_adol.html) (acesso em 19 /Jul /2005).
- Harrison C, Kenny NP. Bioethics for Clinicians: involving children in medical decisions. *Canadian Medical Association Journal* 1997; 156(6): 825-828.

Harvard Square Library. Van Rensselaer Potter. Global Bioethics: 1911-2001.

<http://www.google.com.br/search?q=cache:XwILYAoaV8MJ:www.harvardsquarelibrary.org/unitarians/potter.html+Van+Renssealer+Potter&hl=ptBR&ie=UTF-8>. (acesso em 14/12/2004).

Helman CG. Cultura Saúde e Doença. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1994.

Herzog R. Sujeito da doença ou doença do sujeito? A construção do ser doente. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro : Departamento de Psicologia da PUC; 1987.

Kipper DJ, Clotet J, Loch JA. Conflitos de Beneficência e Autonomia na Prática Pediátrica. *Temas de Pediatria* 2002; 73: 17-9.

Knobel M. A síndrome da adolescência normal. In: *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981. p. 24-62.

Kottow M. Enseñando las paradojas de la autonomia. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2000; 8 (3): 40-45.

Kuschnir MCC. Adolescentes: sujeitos do risco, indivíduos com medo. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 1996.

Leone C. A criança, o adolescente e a autonomia. *Bioética* [on line] 1998. <http://www.cfm.org.br/revista/bio1v6/criaadol.htm> (acesso em 8/Jun/2004).

Marchi MM, Sztajn R . Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. *Bioética* 1998; 6(1): 39-45.

Medcenter. Jovens ricos estão envolvidos em um maior número de acidentes de transito. [journal on line] 2004. <http://medicina.medcenter.com.br> (acesso em 27/3/2004).

Melo EA, Faria HP, Melo MAM, Chaves AB, Machado GP. Projeto meninos do Rio: mundo da vida, adolescência e riscos de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [on line]

2005. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S0102-311X2005000100005&1...](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0102-311X2005000100005&1...)(acesso em 2/5/2006).
- Mendes AC, Silva JV e Dallari SG. Bioética e Direito. *Bioética* 1998; 6(1): 107-108.
- Minayo MCS (organizadora), Deslandes SF, Neto OC, Gomes R . Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes; 2002.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec /Abrasco; 1996.
- Miranda AE, Gadelha AMJ, Szwarcwald CL. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. *Cadernos de saúde Pública* [on line] 2002; [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S0102-311X2005000100023...](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0102-311X2005000100023...)(acesso em 2/5/2006).
- Moreira Filho AA. Relação médico-paciente: teoria e prática. Belo Horizonte: Coopmed; 2005.
- National Institute of Health. The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research [on line] 1979; <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html#gob> (acesso em 13/12/2004).
- Pessini L, Barchifontaine PC. Problemas atuais em Bioética. São Paulo: Loyola; 2000.
- Pontes ML. Jovens hospitalizados e procedimentos intersubjetivamente construídos no espaço da internação: um estudo de caso etnográfico [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
- Piaget J. The origins of intelligence in children. New York: The Norton Library; 1962.

- Rego S. A formação ética dos médicos – saindo da adolescência e com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
- Reich WT. Encyclopedia of Bioethics. Georgetown University Editor, 1995: 5534-80.
- Ross WD. Ross's The Right and the Good 1930. <http://www.angelfire.com/md2/timewarp/ross.html>. (acesso em 12/12/2004).
- Ruzany MH. Programa de capacitação multidisciplinar na área de atenção integral ao adolescente. Washington: Educación Médica y salud. 29 (1): 112-119;1995.
- Ruzany MH, Andrade CLT, Esteves MAP, Pina MF, Szwarcwald. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública [on line] 2002. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S0102311X20002000300013&lng=...](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0102311X20002000300013&lng=...) (acesso em 9/11/05).
- Saito MI. Medicina de Adolescentes: visão histórica e perspectiva atual. In: Adolescência: Prevenção e Risco. São Paulo: Ateneu; 2001: p. 3-9.
- Sapiro CM. As Teorias de desenvolvimento sócio-moral e a formação dos profissionais de saúde [Palestra proferida no I Congresso Estadual de Bioética da Sociedade de Bioética do Estado do Rio de Janeiro; 2003; Rio de Janeiro, Brasil].
- Schramm FR. Prefácio. In: A Formação Ética dos Médicos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 9-12.
- Schramm FR. A Autonomia difícil. Bioética [on line] 1998. <http://www.cfm.org.br/revista/bio1v6/autodificil.htm>. (acesso em 8/Jun/2004).
- Secretaria de Educação Superior. Residência Médica / Latu Sensu [on line] 2005. <http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=category&sectionid=6...> (acesso em 16/11/2005).

- Secretaria de Saúde. Programa de Saúde do adolescente. Atenção ao adolescente nas unidades da Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro; 2001.
- Segre M, Silva FL, Schramm FR. O contexto histórico, semântico e filosófico do Princípio de Autonomia. *Bioética* 1998; 6 (1): 15-23.
- Silber TJ, Munist MM, Madoaleno M, Ojeda ENS. Manual de Medicina e de la Adolescência. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
- Silber TJ. Aspectos éticos da relação médico-paciente adolescente. *Adolescência Latino Americana* [on line] 2002. [http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-71302002000200004\\*1n...](http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302002000200004*1n...) (acesso em 18/Jul/2005).
- Singer P. *Compêndio de ética*. Alianza; 1998.
- Sociedade Brasileira de Pediatria / Comitê de Adolescência. Abordagem do Adolescente. In: *Manual de Adolescência*. Sociedade Brasileira de Pediatria; 1989.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. SBP Notícias. Reconhecimento de Residências em Pediatria [on line] 2003. [http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=65&id\\_detalhe=1377&tipo\\_de..](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=65&id_detalhe=1377&tipo_de..) (acesso em 17/11/2005).
- Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro. A Ética Médica na Prática Pediátrica. *Boletim SOPERJ* Julho 2005; p. 4.
- Sociedade de Pediatria do Estado de São Paulo. Aspectos Éticos no Atendimento ao Adolescente. In: *Uma introdução a Bioética*. *Temas de Pediatria* 2002; 73: 46-7.
- Sociedade de Pediatria do Estado de São Paulo. A consulta do Adolescente. In: *Uma introdução a Bioética*. *Temas de Pediatria* 2002; 73: 47-9.

- Souza RP. Abordagem do Adolescente. In: Manual de Adolescência. Sociedade Brasileira de Pediatria: 1989. p. 1-7.
- Souza Z, Moraes MIDM. A ética médica e o respeito às crenças religiosas. *Bioética* 1998; 6 (1): 89-93.
- Spear JH, Kulbok P. Autonomy and Adolescence: a Concept analysis. *Public health Nursing* 2004; 21(2): 144-153.
- Taquette SR, Vilhena MM, Silva MM, Vale MM. Conflitos éticos no atendimento à saúde do adolescente. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(6): 1717-25.
- Teixeira VMF. Consentindo riscos na esperança de cura. O processo de consentimento em sujeitos de pesquisa: crianças, adolescentes e suas famílias [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
- Trivedi AD. Rethinking adolescent assent: a triangular approach. *The American Journal of Bioethics*, 2005; 5 (5): 75-76.
- Vieira VCR, Priore SE, Fisberg M. A atividade física na adolescência. *Adolescência latino Americana*. [on line] 2002. [http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-71302002000100007...](http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302002000100007...) (acesso em 2/5/2006).
- Zagury T. O Adolescente por Ele Mesmo. São Paulo/Rio de Janeiro: Record; 1996.

**APÊNDICE I**

## ENTREVISTAS TEMÁTICAS

### **Temática I: Visão do médico sobre o adolescente**

- a- O adolescente no mundo atual.
- b- Os filhos dos médicos entrevistados ou filhos de amigos que se encontram no período de adolescência.
- c- Tornando-se um adolescente: faixa etária e sentimentos de ser adolescente.

### **Temática II: Autonomia do adolescente.**

- a) O adolescente e a maturidade
- b) Adolescente como um ser autônomo
- c) Até quando e como se confere esta autonomia
- d) A família, o adolescente e a autonomia

### **Temática III: A formação do pediatra**

- a) Tratando dos pacientes quando eles crescem
- b) Diferenças entre o atendimento público e o privado
- c) A consulta do adolescente
  - Diferença entre a consulta da criança e do adolescente.
  - Privacidade e sigilo.
  - A família nesta consulta.
  - Embarços durante a consulta
- d) Treinamento para cuidar de pacientes adolescentes. Em caso negativo, por que não? Em caso afirmativo, de que tipo?

**APÉNDICE II**

Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Fernandes Figueira  
Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Doutor (a):

Você está sendo convidado (a) a participar, voluntariamente, de um depoimento oral a ser prestado à médica Sonia Paredes de Oliveira, para a pesquisa relativa à sua dissertação de mestrado, junto ao programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

Antes de formalizar o seu consentimento, solicito que leia as seguintes informações:

A pesquisa tem como objetivo geral analisar a percepção e a abordagem do profissional de saúde pediatra e médico especialista pediátrico, do paciente adolescente verificando se respeitam ou não a autonomia destes jovens em diferentes contextos. Além disto, esta pesquisa visa discutir as teorias sobre o desenvolvimento moral e a autonomia de adolescentes sob o ponto de vista da Bioética. Analisamos também a formação do médico pediatra quanto aos adolescentes.

Esta pesquisa não oferece riscos físicos ou psicológicos a você já que abordaremos apenas o atendimento prestado aos adolescentes durante o seu exercício profissional, sua formação para lidar com estes pacientes, assim como suas concepções sobre o período da adolescência.

Sua participação é voluntária, podendo fazer as perguntas que desejar, antes, durante e após a coleta do depoimento. Na entrevista será utilizado um roteiro, abrangendo os seguintes temas: Tratando ou não de pacientes adolescentes; a consulta do adolescente e

de sua família; as diferenças entre o setor público e privado e o médico, o adolescente e a sociedade. A entrevista será gravada, podendo o entrevistado interromper a gravação da mesma, modificar o seu depoimento, solicitar cópia ou o original da gravação e solicitar que sejam retirados trechos que considerar, não desejáveis. Será mantido o anonimato do entrevistado. As fitas serão guardadas pelas pesquisadoras. Os resultados serão publicados e/ou divulgados oralmente em eventos científicos, sem a revelação da identidade dos entrevistados e das pessoas a eles relacionadas e que, porventura sejam citadas.

Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Fernandes Figueira

### Termo de Autorização para Entrevista

Eu,..... residente à  
.....  
Carteira de Identidade .....CPF.....,  
autorizo a gravação desta entrevista e sua posterior análise para pesquisa e sua divulgação,  
desde que resguardado o anonimato do meu depoimento, cedendo os direitos autorais para a  
pesquisadora. Estou consciente de que, a qualquer momento, tenho o direito de ouvir ou  
interromper a gravação da mesma, modificando o meu depoimento, assim como tenho o  
direito de solicitar uma cópia ou o original da gravação, impedindo a sua divulgação caso já  
não tenha sido realizada, sem que isto represente, nenhum prejuízo a minha pessoa.

Rio de Janeiro, .....de.....de.....

---

ASSINATURA

ENTREVISTADORA: SONIA PAREDES DE OLIVEIRA

ORIENTADORA: MARLENE BRAZ

Telefones para contato: (21)99880524 / (21)22671540