

MARIA JOSÉ FERROS HESPANHA

**OS ADOLESCENTES PERANTE
O SISTEMA DE SAÚDE: INTEGRAÇÃO
OU MARGINALIZAÇÃO?**

**Dezembro de 1996
Oficina nº 87**

MARIA JOSÉ FERROS HESPANHA

**OS ADOLESCENTES PERANTE O SISTEMA
DE SAÚDE: INTEGRAÇÃO OU MARGINALIZAÇÃO?**

nº 87
Dezembro 1996

Oficina do CES
Centro de Estudos Sociais
Coimbra

MARIA JOSÉ FERROS HESPANHA

**OS ADOLESCENTES PERANTE O SISTEMA DE SAÚDE:
INTEGRAÇÃO OU MARGINALIZAÇÃO?**

Dezembro de 1996

Oficina nº 87

OFICINA DO CES

Publicação seriada do

Centro de Estudos Sociais

Praça de D. Dinis

Colégio de S. Jerónimo, Coimbra

Correspondência:

Apartado 3087, 3000 Coimbra

Maria José Ferreira Ferros Hespanha*

OS ADOLESCENTES PERANTE O SISTEMA DE SAÚDE: INTEGRAÇÃO OU MARGINALIZAÇÃO ? **

Resumo: A vocação universalista dos Cuidados de Saúde Primários contrasta flagrantemente com o reduzido impacto que eles provocam numa ampla camada da população jovem para quem o sistema de saúde não proporciona uma resposta adequada aos seus problemas.

Com base na sua experiência de médica de família num Centro de Saúde, a autora analisa a procura de cuidados que lhe é dirigida por adolescentes e a capacidade de resposta que os serviços asseguram, reflectindo a propósito sobre a responsabilidade do modelo dominante de intervenção e de divulgação médica na produção de um elevado nível de insatisfação nos jovens atendidos. O carácter normativo desse modelo, orientado para objectivos que só são acessíveis aos grupos afluentes, torna-se particularmente pesado para os jovens oriundos das classes populares e tem como consequência afastá-los das consultas.

As condições para uma recuperação democrática e integradora dos cuidados de saúde primários são discutidas em detalhe, abordando sucessivamente o papel dos profissionais, a relação terapêutica, o discurso médico e as práticas institucionais à luz de uma concepção menos medicalizada da intervenção dirigida aos adolescentes.

1. O problema.

A minha experiência de catorze anos de trabalho, como Médica de Família, em Centros de Saúde do Sistema Nacional de Saúde português, permite-me abordar aqui uma das questões mais estimulantes, quanto a mim, que se colocam aos profissionais de saúde: como aumentar a eficácia do sistema de saúde junto de sectores específicos da população e, no caso,

* Médica Assistente Graduada de Clínica Geral e Investigadora do Centro de Estudos Sociais.

** Comunicação apresentada na Oficina "Infância, Juventude e Pobreza: realidades distintas, problemas semelhantes? (algumas questões para a discussão de políticas públicas)" do 4º Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais (Rio de Janeiro, 2 - 5 de Setembro de 1996).

junto dos adolescentes?

A importância de aumentar e melhorar a acção médica junto dos adolescentes parece-me óbvia, designadamente em termos de uma medicina preventiva cujos resultados se reconhece serem tanto mais positivos quanto ela actue mais precocemente.

O que acontece, porém, — e a minha experiência permite confirmá-lo amplamente — é que nem os jovens têm por hábito frequentar as consultas dos Centros de Saúde (doravante CS) ou recorrer habitualmente ao seu médico de família para se aconselharem, nem o Sistema Médico está preparado para responder aos problemas de saúde dos jovens ou, talvez pior do que isso, está suficientemente interessado em dar resposta a esses problemas.

Porquê? Eis uma questão para a qual tenho procurado encontrar resposta e que suscitou o tema que trago aqui para reflexão.

Abordá-lo-ei em quatro pontos, formulados sob a forma de interrogações, e que serão objecto de um tratamento necessariamente breve:

Primeiro, porque é que a medicina se desinteressa da saúde dos adolescentes?

Segundo, porque é que os adolescentes não recorrem aos serviços de saúde?

Terceiro, existe um tipo específico de acção médica destinada a problemas dos adolescentes que não implique o risco de os medicalizar?

Quarto, como melhorar a intervenção do médico de família ou do Centro de Saúde quando não se pode mudar o sistema?

2. A medicina e a adolescência

Sendo a Medicina uma área de conhecimento que tem vindo cada vez mais a especializar-se, beneficiando dos avanços da ciência e da técnica, não deixa de ser notória a inexistência de uma especialidade médica tendo como objecto a saúde dos Adolescentes, tanto mais que existem especialidades para os outros grupos da população definidos a partir do critério da idade. É significativo o hiato entre a superespecializada pediatria (com todas as suas sub-especializações — neuropediatria, pedopsiquiatria, cardiologia pediátrica, cirurgia pediátrica, etc) e as inúmeras especialidades médicas que dizem respeito à saúde dos adultos ou entre estas e a geriatria, a mais recente mas já consolidada especialidade médica dedicada à saúde dos idosos.

São legítimas todas as especulações sobre esta ausência e, desde logo, a de que se trata de uma fase curta do ciclo de vida humano, mas quanto a mim a resposta tem mais a ver com a natureza política (isto é, de produto de relações sociais de poder) da constituição de novos domínios de especialização.

O que se passou com as outras especialidades em função da idade, à excepção da saúde dos adultos, mostra que o processo de especialização não decorre apenas do aprofundamento dos saberes accionados mas também, em certa medida, da capacidade de impôr a perspectiva do saber médico sobre as perspectivas de outros saberes científicos e sobre o próprio saber espontâneo do comum das pessoas. Sabemos hoje que, por vezes, essa capacidade de imposição foi ampliada graças ao apoio de outros interesses que nada têm a ver com a ciência médica, como no caso das firmas produtoras de alimentos para bebés relativamente à Pediatria; ou das firmas que desenvolveram próteses e equipamento mecânico relativamente à Geriatria, não esquecendo os omnipresentes interesses da indústria farma-

cêutica em relação a qualquer delas (Illich, 1977).

O que acontece é que os problemas de saúde dos adolescentes não se resolvem com farinhas, próteses ou medicamentos, apesar de assumirem hoje em todo o lado uma magnitude muito significativa. Daí que haja menos apoios interessados em fazer deles objecto de um ramo autónomo da medicina.

Temos a consciência que esta é apenas uma das razões políticas do aparente desinteresse da medicina pela adolescência. Uma outra tem a ver com a própria natureza dos problemas dos adolescentes.

São conhecidas as rápidas mudanças físicas, anatómicas e metabólicas que acompanham a adolescência e os seus profundos reflexos na vida intelectual, emocional e social dos jovens. Essas mudanças têm sido abundantemente estudadas pela medicina mas, apesar disso, tarda a surgir um saber especializado sobre o adolescente como um todo.

Frequentemente ouvem-se os pais dos adolescentes referirem que gostariam de levar os seus filhos a uma consulta de vigilância mas não sabem a quem: o pediatra já não é para esta idade e as outras especialidades também não se ajustam à situação porque os jovens não estão doentes, apenas precisavam de acompanhamento e informação.

Assim, os adolescentes ficam normalmente entregues a si próprios nesta tortuosa travessia da infância para a vida adulta. Vêm o seu corpo a transformar-se, em cada caso com o seu ritmo, e as dúvidas que isso lhes suscite vão sendo esclarecidas pelos amigos que já tiveram os mesmos problemas ou pelos familiares que, em regra, se debatem com sérios problemas para responderem com competência e isenção a essas dúvidas.

As mudanças atingem igualmente as relações de sociabilidade que os adolescentes mantêm uns com os outros. Dentro da família, os problemas que daí decorrem são particularmente melindrosos porque abalam a própria

estrutura de poderes e geram fenómenos de incomunicação ou de incompreensão. Os pais queixam-se de que os filhos assumem atitudes estranhas — “partem objectos, deixam cair as coisas, atiram com as portas” — e os jovens, sentindo também a estranheza das situações, adaptam-se mal à sua nova imagem, querem mudar o estilo de vestuário, estão agressivos, falam demasiado alto, preocupam-se obsessivamente com a aparência física. Um corpo que, de repente, se torna estranho cria confusões, complexos de culpa e desenvolve frustrações.

A ajuda torna-se então difícil: os pais, a iniciarem a fase da meia idade da vida, vêem muito acrescidos os seus problemas (por exemplo, o de assistir os seus próprios pais idosos, o de renderem o máximo no seu trabalho) os amigos, apesar de terem a mesma idade, têm padrões de desenvolvimento e crescimento diferentes o que confunde ainda mais os adolescentes quando estabelecem comparações (Attias-Donfut, 1988; Finch, 1989). Nesta altura é de grande utilidade ouvir alguém que assegure que estas mudanças estão dentro dos padrões da normalidade, apesar de obedecerem a ritmos diferentes.

Os problemas são, assim, em grande medida problemas de relacionamento social, de reinserção num outro mundo de sociabilidade dominado por regras a que o adolescente tem dificuldade em adaptar-se. Mas, ao multiplicarem-se, os efeitos geradores de mal estar podem desencadear verdadeiras situações de doença, na acepção mais lata do termo. É aqui que o modelo bio-médico dominante se mostra incapaz de responder. Para ele, essas situações não têm autonomia relativamente às disfunções orgânicas identificadas nos adultos e podem bem ser objecto das especialidades já existentes. Quanto ao resto, ou seja às dimensões psicológicas ou sociais do mal-estar, elas caem claramente fora da acção médica.

Diferente perspectiva ressalta do modelo socio-médico emergente a

partir dos anos 70 e consagrado na célebre definição de saúde e de doença adoptada pela OMS em Alma-Ata. Situações como as referidas caem claramente no seu âmbito e exigem a intervenção de saberes médicos específicos, ainda que não em exclusividade. No entanto, este modelo tem tido uma enorme dificuldade em se instalar na prática das instituições e das profissões da saúde e tarda em se tornar num recurso aberto aos que dele necessitam.

A verdade é que a medicina ainda não sabe lidar com situações de mal-estar que não tenham uma clara identificação somática. Nessas circunstâncias prefere ignorá-las ou então endereçá-las para outras disciplinas, como a psicologia. Em alternativa, submete-as a um tratamento superficial que actua apenas sobre as suas manifestações somáticas, deixando intocadas as respectivas causas (Heaven, 1996).

3 . Os adolescentes e as instituições da saúde

Apesar de os Centros de Saúde incluírem nos seus programas de actividades o acompanhamento da Saúde dos Adolescentes, estes constituem o grupo mais ausente das consultas a nível dos Cuidados de Saúde Primários. Um conjunto de circunstâncias favorece esta ausência e traduz o já referido desinteresse das instituições da saúde por este grupo da população. É raro existirem horários diferenciados para as consultas de adolescentes e quando existem são pouco acessíveis dado o período de actividades e o nível de ocupação deste grupo etário, adicionando o facto de que os problemas de saúde ainda não os preocupam demasiado, pois trata-se de uma população aparentemente saudável.

Entre os adolescentes inscritos na minha consulta apenas 4 casos são classificados como doentes e necessitam de vigilância (2 com Síndrome de Down e 2 com sequelas de Parálisia Cerebral). Todos os outros vão à consulta por problemas de doença de carácter esporádico que se resolvem

rápidamente, como infecções de predomínio no tracto respiratório, problemas digestivos, anorexia, lesões provocadas por acidentes, problemas ginecológicos e planeamento familiar. No que respeita a consultas médicas de vigilância apenas as procuram quando são necessários atestados para cartas de condução, declarações médicas para ter acesso a determinadas ocupações ou empregos ou quando precisam de actualizar os calendários vacinais.

As consultas são isentas de taxa moderadora para as crianças até aos 12 anos completos, mas a partir desta idade deixa de haver isenção, o que constitui um motivo de afastamento por parte de alguns jovens. O *Programa-tipo de actuação em Saúde Infantil e Juvenil* estabelecido em 1993 pela Direcção Geral de Saúde parece orientar-se noutro sentido ao integrar os adolescentes no grupo das crianças, ou seja, os menores de 18 anos tal como é o entendimento da Convenção sobre os Direitos das Crianças, ratificada pelos órgãos de soberania portugueses em Agosto de 1990. Assim, eles constituem um grupo prioritário, também reconhecido na Lei Bases de Saúde, que justifica “o maior empenhamento e disponibilidade por parte dos profissionais e especial atenção dos gestores dos serviços de saúde”.

A taxa moderadora, se bem que de montante pouco elevado — 300 esc. — constitui um encargo pesado para um grupo etário que não tem rendimentos próprios e se caracteriza psicologicamente pela necessidade de fazer consumos ostentatórios. No caso das raparigas ainda existe a hipótese de beneficiarem de isenção se se inscreverem em consultas de planeamento familiar. No entanto poucas recorrem a esse expediente porque temem a censura da comunidade principalmente em meios pequenos em que toda a gente se conhece (apesar de, frequentemente, os médicos nestes casos marcarem as consultas no horário normal da clínica geral). E assim os jovens continuam a considerar desperdício de tempo e dinheiro irem a consultas

médicas sem estarem doentes. Desta forma a vocação universalista dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) tem pouco impacto neste escalão etário.

O discurso médico e as práticas institucionais encontram pouco eco nos adolescentes, em primeiro lugar porque vêm de pessoas, na maioria dos casos, da geração dos pais para quem se olha e escuta com desconfiança, logo à partida. Leva muito tempo até que se ganhe confiança nos profissionais de saúde e é frequente estes ouvirem dizer “não conte nada aos meus pais, os meus pais nem sonham que eu venho cá e falo destas coisas”.

Por se tratar de um grupo ocupado com a escola (78% na população juvenil estudada) ou com o trabalho, os horários de atendimento dos Centros de Saúde constituem também um factor limitativo ponderoso; e mais ainda para aqueles jovens que habitam fora da localização dos Centros e estão sujeitos aos horários de transportes públicos. Por isso, o calendário de exames de vigilância de saúde aconselhado pelo Programa-tipo de actuação em Saúde Infantil e Juvenil (uma consulta médica entre os 11-13, outra aos 15 e outra aos 18 anos) dificilmente pode ser cumprido.

Numa sondagem realizada a jovens da minha consulta sobre as razões da sua ausência do CS, foram indicadas as seguintes razões¹:

- horários de atendimento pouco acessíveis;
- excesso de burocracia: necessidade de marcar consultas e pagar taxa moderadora;
- pessoal administrativo mal preparado para atender e respeitar as ansiedades próprias dos adolescentes;
- reduzida privacidade nas salas de espera;

¹ Referem-se apenas os CS porque os Hospitais estão dimensionados para a vertente curativa da Medicina. Os dados baseiam-se no inquérito feito aos adolescentes que passaram pelo CS durante o mês de Julho de 1996. A escolha deste mês teve a ver com o facto de coincidir com o fim do ano escolar e a época de exames o que leva muito jovens às consultas para pedir activadores de memória e vitaminas, por ser época de inscrição em cursos que pedem como pré-requisitos exames médicos, análises de sangue e RX e também por ser uma altura em que muitos adolescentes são premiados pelos pais com motos e vêm ao CS para obter atestados médicos necessários para as licenças de condução.

- longos períodos de espera;
- impossibilidade de anonimato, quando este é pretendido (em meios pequenos em que toda a gente se conhece, os familiares sabem logo quando o jovem foi a uma consulta).

A maioria dos problemas que preocupam os jovens não encontram resposta ou satisfação nas consultas médicas. Foram referidos inúmeros problemas: ligados à aprendizagem de certas disciplinas, má relação com adultos, problemas familiares, problemas afectivos, dúvidas relativas à sexualidade, incompreensão do seu comportamento ou aparência física, experiências desagradáveis vividas em grupo, falta de oportunidades para ocupação de tempos livres, necessidades de consumos que não conseguem satisfazer, valorização diferenciada de acontecimentos tanto a nível da família como do grupo de amigos, más perspectivas para a continuação de estudos, não conseguir acesso ao curso que se pretende, não conseguir fazer aquilo de que se gosta, falta de empregos, falta de perspectivas em termos futuros.

Por último, foi referida a atitude normativa ou paternalista que normalmente assumem os profissionais de saúde: emitem juízos de valor, dão conselhos, fazem comparações com filhos ou outros familiares, desvalorizam certas dúvidas à luz da sua própria experiência, fazem muitas perguntas, preocupam-se em saber antes de mais, se os jovens fumam, se consomem bebidas alcoólicas, se consomem drogas, se têm relações sexuais e que medidas tomam para prevenir doenças sexualmente transmissíveis e evitar gravidezes indesejáveis. Isto é pedir demais para quem tem tão pouco para oferecer.

4. A “adolescenciatria” e a medicalização da adolescência

Esta designação é naturalmente inventada e decalquei-a das designações homólogas já acima referidas — a pediatria e a geriatria — para as

especialidades médicas em função da idade. A questão relevante é a de saber se deve existir uma especialidade médica para os problemas de saúde dos jovens: para combater o seu mal-estar físico, psicológico ou social.

Como já foi dito, o processo histórico de divisão do trabalho médico e de constituição de especialidades no modelo bio-médico associa-se não só a factores tecnológicos — progressos técnicos da medicina —, como a factores económico-políticos — distinção de uma classe de clientes; necessidade de controlo social de certos grupos, patologias, etc. (Foucault, 1963).

No caso dos adolescentes, verdadeiramente, apenas o último destes factores parece poder estar presente, ou seja, a necessidade de controlo social dos adolescentes, através da medicalização de um determinado número de práticas e de comportamentos usuais no grupo. As queixas dos jovens que acabei de mencionar acerca do papel normativo e da atitude inquisitorial dos profissionais de saúde mostram que esse risco é já muito elevado, mesmo sem a especialização da *adolescenciatría*.

É preciso notar, no entanto, que a filosofia que em Portugal tem impregnado os cuidados primários pode ser considerada muito vigilante destes desvios medicalizantes e tem procurado salvaguardar um papel activo do doente e reconhecer na consulta médica um espaço de negociação. Vejamos, em maior detalhe, quais os objectivos e em que consistem os exames de saúde recomendados no Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil da DGCSP

Quanto aos objectivos, eles visam:

- Promover e avaliar o crescimento e desenvolvimento — regular, repetida ou prospectivamente —, através de métodos adequados recomendados em CSP.
- Promover comportamentos saudáveis, incluindo os relativos a uma nutrição adequada e opções saudáveis em relação aos estilos de

vida da família, da criança e do jovem — ambiente despoluído, prática de exercício físico, gestão de “stress”, etc.

- Prevenção primária através do cumprimento do Plano Nacional de Vacinações e prevenção de doenças evitáveis, suplementação vitamínica e mineral quando justificada, prevenção da cárie dentária, suplementação do fluor e restrição de alimentos cariogénicos. Prevenção dos acidentes e das intoxicações. Prevenção das perturbações da relação pais/filhos e das disfunções da esfera psico-afectiva.
- Prevenção secundária através da detecção precoce de situações que possam traduzir compromissos do crescimento e do desenvolvimento motor, psico-afectivo e mental, e do comportamento.
- Prevenção, diagnóstico e terapêutica precoces das situações de doença mais comuns.
- Sinalização e apoio continuado às crianças com doença crónica ou deficiência e às suas famílias.
- Aconselhamento genético, diagnóstico e orientação das famílias com situações patológicas.
- Detecção precoce, apoio e orientação de situações de disfunção familiar - violência, abuso físico e sexual e outras formas de maus tratos, controlo da mortalidade por suicídio nos jovens.
- Promoção da auto-estima dos jovens, escolha de estilos de vida saudáveis, adaptação social adequada e vivência sexual responsável.
- Cuidados antecipatórios através de acções de educação para a saúde sobre problemas considerados prioritários a nível do indivíduo ou da região - como a Hepatite B e a SIDA - sem esquecer as condições essenciais que permitem o crescimento e desenvolvimento das potencialidades da criança e do jovem num ambiente adequado

e estimulante.

— Apoio à função parental e promoção do bem estar familiar.

Perante este quadro tão completo e rigoroso de intenções, orientadas para a vigilância, detecção e tratamento precoce da doença e para a educação sanitária, a ausência dos jovens nas consultas parece incompreensível.

As estatísticas da saúde mostram, porém, que a maior parte da morbidade e mortalidade associada à adolescência é devida a acidentes, a gravidezes não desejadas, ao consumo de drogas e aos suicídios. Impõe-se perguntar então: será que os jovens não querem ou não conseguem aproveitar todos os recursos disponíveis? ou será que os programas de actuação elaborados pelos profissionais deixam de fora domínios que mais interessam aos adolescentes?

Seja como for, uma programação muito regulamentada leva a que grande parte do tempo da consulta seja ocupada com registos; tornando-se o tempo que resta insuficiente para compreender os problemas que verdadeiramente afectam os jovens no seu dia a dia. Além disso, independentemente da qualidade da legislação, do rigor da sua fundamentação e do pormenor da sua regulamentação, o que marca a eficácia dos Sistemas de Saúde é o modo de funcionamento efectivo das instituições, e este depende muito da formação e mesmo do interesse dos profissionais envolvidos e da capacidade de se organizarem equipas de saúde multiprofissionais, questões que se prendem com as relações hierárquicas, com as lógicas dos poderes e com os diferentes saberes que cohabitam nas instituições de saúde.

5. O que está a mudar e o que deve mudar

O modelo bio-médico de identificação da doença com mal-estar físico, sintomas e evidências somáticas está hoje bem enraizado no senso comum

das pessoas. Os adolescentes não são excepção. Quando perguntados sobre as razões porque não procuram o seu médico para falarem sobre os seus problemas a resposta é invariavelmente a de que não estão doentes e não precisam de tomar medicamentos.

Esta postura tem a ver, por um lado, com experiências já vividas ou com outras de que se teve conhecimento; por outro lado, com o facto de que esta é a idade em que mais se deseja avançar para a independência, cortar os laços com a família e, frequentemente, ganhar autonomia económica, o que significa entrar no mercado do trabalho.

No entanto esta necessidade de afirmação e de independência é vivida de formas bastante diferentes consoante o sexo e a ocupação. Pode criar-se uma aparente independência da família, mas cair-se na dependência do grupos de amigos ou da pessoa com quem se estabelecem laços afectivos. Nos adolescentes da minha consulta verifico que, no caso das raparigas, elas ocupam os tempos livres em convivência de grupo, saem pouco da aldeia porque os pais não deixam, não frequentam discotecas com regularidade, ao contrário dos rapazes a quem é dada mais liberdade de acção.

Nas aldeias, quando as jovens começam um namoro aprovado pelos pais, por volta dos 15 anos, a "relação oficializa-se e já podem sair porque ninguém fala delas". É nessa altura que fazem a sua iniciação sexual e as jovens que não seguem os estudos casam muito cedo. Das jovens que sigo na minha consulta, 4% são casadas e têm filhos entre os 16 e os 18 anos, e 42% das maiores de 16 anos tomam anticonceptivos orais.

Em relação aos rapazes as relações afectivas estáveis são mais tardias, sendo apenas um casado, com 18 anos. Começam a sair de casa cedo, frequentam discotecas a partir dos 15 anos e os tempos livres são ocupados nos cafés e em saídas para as cidades próximas. Nesta aldeia, situada na periferia da cidade de Coimbra, tem vindo a aumentar o consumo de drogas, mas

não tenho dados rigorosos para quantificar o consumo ou os consumidores.

Perante isto torna-se mais fácil perceber porque é que um Programa de Actuação aparentemente organizado como o que acabei de expôr não consegue cumprir os objectivos a que se propõe.

O que deve então mudar ?

Em primeiro lugar os profissionais de saúde têm que reconhecer que “muitas condutas com características anti-sociais, neuróticas e depressivas são passageiras e reactivas face a situações concretas. Portanto, têm um valor mais adaptativo do que patológico. Conhecer este facto supõe evitar estigmas diagnósticos ao adolescente”. Uma conduta só se torna patológica quando é repetitiva, intensa e as reacções provocadas na família e no meio são importantes (MSC, 1987):

As equipas multiprofissionais dos Centros de Saúde devem incluir representantes dos grupos de jovens para colaborar na elaboração do plano de actividades na área da Saúde do Adolescente. Os adolescentes devem mesmo poder participar em regime de voluntariado nas actividades de promoção da saúde.

Para facilitar o acesso às consultas médicas algumas medidas são imperiosas.

Por um lado, os adolescentes devem ser isentos do pagamento de taxas moderadoras quando vão às consultas de qualquer instituição do SNS. Os horários de atendimento devem ser ajustados o mais possível à disponibilidade dos utilizadores e o pessoal que faz o atendimento nos CS deve ser formado no sentido de que os adolescentes sejam mais escutados e menos interrogados.

O espaço da sala espera deve ser organizado por forma a tornar-se mais acolhedor para os adolescentes.

Por outro lado, a privacidade dos utilizadores dos CS tem de ser assegurada por forma a que os jovens não receiem frequentar as consultas. Simultaneamente, o espaço da sala espera deve ser organizado por forma a tornar-se mais acolhedor para os adolescentes e dispôr de materiais (panfletos, cartazes, videos) adaptados aos adolescentes, sempre com respeito pelo anonimato e a confidencialidade (Heaven, 1996: 31)

Além disto, deve existir um espaço destinado às reuniões por iniciativa de grupos de jovens (e também de outros grupos de utilizadores) para discutir problemas de saúde e bem-estar, livre da interferência dos profissionais que só intervirão se forem solicitados para isso. Só assim, abatendo as barreiras que afastam as pessoas das instituições de saúde, se conseguirá abrir caminho para uma real aplicação dos Programas de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil .

Para concluir, referirei resumidamente, a iniciativa mais recente em que participei em termos de organização de uma actividade para jovens — o "Forum -Juventude e Qualidade de Vida". Realizado em Coimbra com a orientação dos médicos do meu Centro de Saúde, em Abril de 1996, nas instalações do Instituto da Juventude, o Forum destinou-se a cerca de 200 jovens das escolas secundárias e visou debater os temas seguintes: "Prazer com Saúde", "Família - Ficção ou Realidade", "Liberdade e Dependências" e "Juventude em Movimento".

As sessões foram organizadas por grupos de jovens que abordaram os temas sob a forma de pequenas peças de teatro ou leitura de poemas, que depois eram comentados por um painel de comentadores constituído por médicos, sociólogos, psicólogos e pelos elementos do grupo que havia feito a apresentação inicial. Os debates, abertos a todos os participantes, foram sempre muito concorridos e alongaram-se sempre para além do tempo

previsto. Caixas de cartão dispostas em toda a sala recolhiam questões ou sugestões para aqueles que quisessem manter o anonimato.

Os objectivos do Forum — debater com os jovens as preocupações relacionadas com a saúde e os estilos de vida, aproximar os Centros de Saúde dos jovens, fomentar a comunicação entre uns e outros e contribuir para promover a qualidade de vida dos jovens e das suas famílias — foram bem acolhidos e, em grande medida, realizados.

A adesão que teve esta iniciativa, o elevado nível de participação e a quantidade de sugestões feitas para estabelecimento de canais de comunicação comprovam o seu interesse, confirmando assim a ideia que tínhamos à partida de que é possível interessar os jovens em projectos desde que haja relações de confiança, que se escutem e entendam as suas preocupações e acima de tudo se respeitem os seus saberes e as suas experiências.

Bibliografia

- Attias-Donfut, C. (1988) *Sociologie des Générations*. Paris, PUF.
- Direcção-Geral de Saúde/Divisão de Saúde Infantil (1992). *Saúde Infantil e Juvenil. Programa-tipo de actuação*. Lisboa, DGS.
- Finch, J. (1989) *Family Obligations and Social Change*. Cambridge, Polity Press.
- Foucault, M. (1963) *Naissance de la Clinique*. Paris, PUF.
- Heaven, P. (1996) *Adolescent Health. The Role of Individual Differences*. London, Routledge.
- Illich, I. (1977) *Limites para a medicina*. Lisboa: Livraria Sá da Costa.
- Ministerio de Sanidad y Consumo/Dirección General de Planificación Sanitaria (1987). *Guía para la Elaboración del Programa del Escolar y Adolescente en Atención Primaria de Salud*. Madrid. MSC.
- Pais, J. M. (1990) "A construção sociológica da juventude - alguns contributos". *Análise Social*, 105-106: 139 - 165.
- Pais, J. M. 1990. "Lazeres e sociabilidades juvenis - um ensaio de análise etnográfica". *Análise Social*, 108-109: 591 - 644.