

Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas René Rachou  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Adolescências e saúde: um estudo sobre comportamentos de risco

por  
**Isabela Vilela Chimeli**

**Belo Horizonte**  
**Maió/2015**

DISSERTAÇÃO MSC – CPqRR

I.V.CHIMELI

2015

**ISABELA VILELA CHIMELI**

Adolescências e saúde: um estudo sobre comportamentos de risco

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva - área de concentração Ciências Humanas e Sociais em saúde.

Orientação: Virgínia Torres Schall

Co-orientação: Maria José Nogueira

Catálogo-na-fonte  
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ  
Biblioteca do CPqRR  
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

C532a Chimeli, Isabela Vilela.  
2015

Adolescências e Saúde: um estudo sobre comportamentos de risco / Isabela Vilela Chimeli. – Belo Horizonte, 2015.

IX, 51 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 57 - 60

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

1. Adolescente 2. Saúde Pública/tendências 3. Assunção de Riscos I. Título. II. Schall, Virgínia Torres (Orientação) III. Nogueira, Maria José (Coorientação)

CDD – 22. ed. – 305.235

Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas René Rachou  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Adolescências e saúde: um estudo sobre comportamentos de risco

por

**Isabela Vilela Chimeli**

**Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:**

Prof. Dr. Maria José Nogueira (Fundação João Pinheiro) Presidente

Prof. Dr. Celina Maria Modena (Centro de Pesquisas René Rachou) Titular

Prof. Dr. Yuriy Castelfranchi (Universidade Federal de Minas Gerais) Titular

Prof. Dr. Eloísa Helena de Lima (FEAD/ Fundação João Pinheiro) Suplente

**Dissertação defendida e aprovada em: 08/05/2015**

Dedico esse trabalho ao meu filho, que daqui de dentro, me faz revirar todos os pensamentos.

Ao Maurício, meu amado companheiro que me acompanha e me apoia em todas as empreitadas (inclusive quando ri dos meus devaneios), minha melhor companhia de vida, o melhor pai que eu poderia encontrar para a nossa família.

Aos meus pais, que sempre me educaram em liberdade, e me encorajam sempre a seguir qualquer que seja o caminho.

À querida Virgínia, pela confiança, pelo incentivo, e pela inspiração que se fez sempre presente, mesmo quando ela não pôde estar.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa René Rachou pela oportunidade e pelo apoio no desenvolvimento do presente trabalho.

Agradeço à CAPES pela bolsa concedida durante todo o tempo de mestrado, fundamental para a realização do mesmo.

Agradeço à Virgínia, pela oportunidade da convivência.

Agradeço à Denise e à Maria, pelo apoio.

Agradeço a todos aqueles que me guiam, me inspiram e me amparam.

**SUMÁRIO**

RESUMO	VIII
<b>ABSTRACT</b>	<b>IX</b>
1 INTRODUÇÃO	10
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>12</b>
3 REVISÃO DA LITERATURA	13
<b>4 MÉTODOS E RESULTADOS</b>	<b>24</b>
4.1 Artigo 1: A abstração do risco e a concretude dos sujeitos: uma reflexão sobre os comportamentos de risco no contexto da adolescência	26
4.2 Artigo 2: Educação em tempos de crise: o risco da nossa percepção de mundo	42
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>54</b>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

## RESUMO

O presente trabalho se insere num cenário de investigação mais amplo que se deu no município de Lagoa Santa, região metropolitana de Minas Gerais, por ocasião de uma pesquisa realizada pelo Observatório da Juventude da Fundação João Pinheiro, em parceria com o Conselho Municipal da Juventude de Lagoa Santa, a Secretaria de Esportes e Juventude de Minas Gerais e o Centro de Pesquisas René Rachou (Fiocruz), denominada “*Adolescência e saúde: um estudo sobre comportamentos de risco no Município de Lagoa Santa-MG*”. Nosso estudo constitui um dos eixos desse projeto e voltou-se para uma reflexão crítica sobre a noção de comportamento de risco na adolescência e para um estudo qualitativo voltado para a identificação de aspectos importantes para a configuração dos comportamentos considerados de risco em saúde entre adolescentes geralmente não contemplados nas análises e intervenções na área da saúde.

Objetivamos problematizar as bases do conhecimento que ancoram as pesquisas mais usuais no universo de produção de dados e de informações em saúde, e dessa forma contribuir com a formulação e o planejamento das ações visadas para o público adolescente do município referido, atentando para as dimensões cuja contemplação pode repercutir em intervenções afinadas com as necessidades dos adolescentes.

Para a discussão teórica buscamos articular diferentes abordagens em uma perspectiva multidisciplinar sobre a temática dos comportamentos de risco em saúde. Para o estudo de campo qualitativo realizamos entrevistas em profundidade com 12 adolescentes de Lagoa Santa, que foram exploradas a partir da metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977).

Nossos resultados apontam para a ideia de que o adoecimento, ou os riscos de adoecimento, são sempre resultado de uma complexa interação entre organismos e meios, não podendo assim ser dados fora das relações que os constituem.

A partir da reflexão aqui proposta, concluímos ser necessário ampliar o escopo teórico e prático das pesquisas relacionadas à temática dos comportamentos de risco em saúde para que se encontrem alternativas eficazes de solução para a complexa relação entre comportamentos e saúde no contexto da adolescência.

**Palavras-chave:** Comportamento de risco; Adolescência; Saúde Coletiva.



## ABSTRACT

This work is part of a broader research which was carried out in Lagoa Santa, a metropolitan region of Minas Gerais state, Brazil, during a study conducted by the Youth Observatory of the João Pinheiro Foundation, in partnership with the Youth City Council of Lagoa Santa, the Department of Sports and Youth of Minas Gerais and the Research Center René Rachou (Fiocruz-MG), entitled "*Adolescence and health: a study of risk behaviors in the municipality of Lagoa Santa-MG*". This work is therefore, one of the axes of this project and is a critical reflection on the notion of risk behavior in adolescence and a qualitative study aimed to identify important aspects of the configuration of behaviors considered a health risk among adolescents. We aim to question the knowledge basis which anchors most common research in the area of data production and health information, and thus contribute to the formulation and the planning of policies and interventions targeted towards teens. For the theoretical discussion, we seek to articulate different approaches in a multidisciplinary perspective on the subject of health risk behaviors. As for the qualitative field work, 12 in depth individual interviews were conducted with adolescents of Lagoa Santa. These were analyzed through content analysis proposed by Bardin (1977). Our results point the notion that the illness, or disease risk, are always the result of a complex interaction between organisms and means and therefore cannot be taken out of the context of the relationships which constitute them. Based on the reflection proposed here, we conclude that it is necessary to expand the theoretical and practical scope of the research related to the topic of health risk behaviors which are effective alternative solution to the complex relationship between behavior and health in the context of adolescence.

**Key-words:** Risk behavior; Adolescence; Collective health.

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como proposta desenvolver uma reflexão sobre a noção de comportamento de risco, largamente utilizada no campo atual de produção de conhecimentos e de intervenções em saúde. Essa temática vem se constituindo como uma importante vertente crítica na área da Saúde Coletiva, onde diferentes teóricos problematizam a construção do risco como objeto de investigação pelas disciplinas que compõem a área hegemônica da saúde, sobretudo a epidemiologia.

Não se trata, portanto, de uma discussão nova, mas que se faz cada vez mais atual na proporção em que a ideia de risco e as práticas que nela se ancoram se proliferam não só no campo da saúde, mas na cultura moderna como um todo. Como observam Castiel et al. (2010), nossa sociedade parece compartilhar a sensação de que uma aura de ameaça paira sobre todos nós, podendo nos atingir a qualquer instante. Há uma preocupação generalizada em torno dos riscos e das maneiras de precavê-los, fomentando uma infinidade de pesquisas cujos resultados, muitas vezes, ainda não puderam ser traduzidos em estratégias eficazes de prevenção.

O argumento que buscamos desenvolver nessa dissertação é que a priorização de certos aspectos na percepção e na investigação sobre os riscos na produção hegemônica de saberes e práticas no campo da saúde não contempla as diversas dimensões que conformam a manifestação da saúde e da doença nos seres humanos. No âmbito dos comportamentos de risco, a ênfase que vem sendo dada, por exemplo, nos riscos associados a hábitos como o tabagismo, o uso de drogas lícitas e ilícitas e a atividade sexual sem o uso de métodos preventivos, obscurece as motivações envolvidas na adoção desses e de outros comportamentos, assim como a variabilidade com que os processos de adoecimento se configuram em cada indivíduo e contexto particulares.

O cenário que impulsionou o presente estudo levou-nos a focar-nos no público adolescente, mais especificamente na noção de comportamento de risco em saúde entre adolescentes. Mas buscamos privilegiar uma leitura crítica mais ampla do tema, com o intuito de que as questões aqui apontadas pudessem auxiliar também na discussão sobre os comportamentos de risco em saúde entre outros grupos populacionais e conjunturas. Partimos de uma situação prática de pesquisa – um diagnóstico sobre os comportamentos de risco em saúde da população adolescente do município de Lagoa Santa (MG), com vistas à formulação e implementação de ações voltadas para esse público – para nos determos em uma reflexão teórica sobre a noção de risco no campo da saúde, tendo-se como horizonte as consequências

das mesmas para as intervenções, sobretudo aquelas relacionadas aos comportamentos das pessoas.

Constituímos então um dos eixos da pesquisa “Adolescência e saúde: um estudo sobre comportamentos de risco no Município de Lagoa Santa-MG”, em torno da qual foi estabelecida uma parceria entre o Centro de Pesquisa René Rachou (Fiocruz), o Observatório da Juventude da Fundação João Pinheiro e a Secretaria de Esportes e Juventude de Minas Gerais. Trata-se de um estudo acordado entre essas instituições e a prefeitura do município de Lagoa Santa, localizado a 30 quilômetros de Belo Horizonte, com o intuito de levantar dados que pudessem informar ações específicas voltadas aos problemas de saúde da juventude local. Com esse propósito utilizou-se o *Youth Risk Behaviour Surve* (YRBS), que foi traduzido e adaptado para a realidade brasileira com o nome Questionário de Comportamento de Risco entre Jovens (BARCELOS et al, 2010).

Reconhecendo a importância dos estudos quantitativos sobre os fatores de risco à saúde, e dentre eles os comportamentos das pessoas, acreditamos ser necessário atentar também para as limitações inerentes a seus pressupostos e metodologias, cujas correlações estudadas não esgotam a amplitude dos aspectos que precisam ser considerados no delineamento e na execução de ações resolutivas.

Aproveitamo-nos da mobilização criada em torno dessa pesquisa, portanto, para tematizar a noção de comportamento de risco em saúde como o assunto do presente trabalho, bem como para realizar uma breve incursão qualitativa em campo, visando identificar algumas das percepções e dos estímulos relacionados a duas modalidades de comportamentos considerados de risco em saúde comumente observados entre adolescentes, quais sejam, o uso de drogas, incluindo o álcool, e o não uso de métodos preventivos nas relações sexuais.

## 2 OBJETIVOS

A presente dissertação objetiva realizar uma reflexão crítica sobre as bases epistemológicas que ancoram a produção de informações sobre os comportamentos de risco em saúde. Tendo se desenvolvido no âmbito mais amplo de um projeto com vistas à formulação e implementação de ações e políticas públicas voltadas para o público adolescente de Lagoa Santa-MG, espera-se com esse trabalho contribuir para a construção de uma estratégia de intervenção abrangente e resolutiva.

De modo esquemático, os objetivos principais são:

- realizar uma discussão teórica sobre a noção de comportamento de risco em saúde;
- fornecer bases conceituais que possam contribuir para a formulação de ações voltadas para a saúde do público adolescente de Lagoa Santa.

Nossos objetivos secundários são:

- articular teorizações de diferentes áreas do conhecimento em uma abordagem transdisciplinar;
- desenvolver um estudo teórico vinculado a uma questão prática;
- contribuir com a ampliação de perspectivas no campo de produção de informações e práticas em saúde.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### **Introdução**

Nos últimos anos ocorreram profundas transformações no perfil epidemiológico de morbidade e mortalidade em toda a população mundial. Tais mudanças, marcadas por um aumento significativo no índice de doenças crônico-degenerativas, estão intimamente relacionadas a hábitos e comportamentos característicos do estilo de vida moderno, como o uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, a adoção de condutas alimentares inadequadas, a ausência de atividades físicas, entre outras práticas que, no campo da saúde, em especial a epidemiologia, são entendidas como fatores de risco para diversas doenças e agravos. Dentro desse quadro, observa-se com cada vez mais frequência a adoção de comportamentos considerados de risco por parte dos adolescentes, contribuindo para um alto índice de adoecimentos e mortes que, em sua maioria, poderiam ter sido evitados.

Diante desse cenário, a relação entre comportamentos de risco e saúde na adolescência tem se constituído como um tema de crescente importância. Além dos riscos que tais condutas representam para as pessoas durante esse período, pesquisas científicas têm demonstrado que alterações no organismo decorrentes de hábitos pouco saudáveis já se fazem presentes nessa fase da vida, favorecendo o estabelecimento de fatores de risco à saúde na vida adulta (CLARO et al., 2006). Somam-se a esse quadro os processos de maturação e construção das identidades característicos desse momento, em meio aos quais os adolescentes estruturam hábitos passíveis de repercutir por toda a vida. Por esses motivos, a adolescência representa uma época crucial para intervenções preventivas no âmbito da saúde.

Não há dúvidas de que o estabelecimento de hábitos saudáveis de vida seja uma importante estratégia de prevenção para diferentes agravos. Como demonstram diversas pesquisas, muitos problemas de saúde prevalentes estão associados a comportamentos considerados de risco. Os dados gerados, porém, não têm sido suficientes para promover uma mudança de hábitos, inclusive nos meios escolarizados onde o acesso à informação não se apresenta como obstáculo (CHOR, 1999). Nesse sentido, vê-se e ouve-se com frequência a assertiva de que “informação não muda comportamento”, o que se constitui como um grande desafio para as estratégias educativas tradicionalmente orientadas pela difusão de informações.

Há na suposição de que as pessoas mudariam determinados hábitos a partir da transmissão de conhecimentos sobre os riscos uma série de pressupostos que, geralmente, não

costumam ser problematizados no campo hegemônico da saúde. Para Maturana (2009), “todos os conceitos e afirmações sobre os quais não temos refletido, e que aceitamos como se significassem algo simplesmente porque parece que todo o mundo os entende, são antolhos” (MATURANA, 2009, p. 15). No presente trabalho, esperamos contribuir para um alargamento das visões sobre os comportamentos de risco, e apresentamos nessa breve revisão de literatura algumas considerações sobre a ideia de objetividade científica e sobre a construção do risco enquanto objeto de estudo no universo da saúde e da adolescência, com o intuito de que as mesmas possam servir como pano de fundo para as discussões desenvolvidas nos artigos subsequentes.

### **A objetividade científica**

Todo conhecimento parte de pressupostos – são eles que ordenam a descrição dos fatos, tanto quanto a percepção dos mesmos. Antes da profunda mudança cultural que impulsionou o desenvolvimento da ciência, vivia-se em um mundo pensado como um organismo integrado, onde espírito e matéria conviviam na compreensão dos fenômenos. Mas em torno do século XVI cria-se aí uma oposição - a matéria é eleita o objeto por excelência do conhecimento e qualquer alusão ao divino foi extirpada dos campos de investigação científica. A alegação era de que nada poderia ser visto, e por isso compreendido, fora de sua materialidade (BARATA,1997).

As transformações que nessa época configuraram a visão de mundo ocidental, sobretudo nos campos da física e da astronomia, fizeram da máquina a metáfora do universo, cujo funcionamento regular de suas peças evidenciava aos cientistas as leis da natureza. A concepção orgânica do universo cede assim lugar para o mecanicismo, e o *todo*, referência anterior, é progressivamente reduzido a suas *partes*, até a menor porção, sempre material, a que se pudesse chegar.

Galileu Galilei é uma importante personagem desse tempo. A partir de suas ideias, as formulações teóricas da escolástica<sup>1</sup> foram derrubadas em favor de uma perspectiva mais condizente com a separação entre razão e fé requerida pela modernidade. Deus não podia mais ser a “causa primeira”, a explicação última do mundo, porque “a essência das coisas não pode ser conhecida através da sua expressão material; portanto, seu conhecimento deixa de

---

<sup>1</sup> Escolástica é, grosso modo, a filosofia adotada pela Igreja durante a Idade Média, que acrescentando ao pensamento orgânico de Aristóteles a identificação de Deus à “causa primeira” de todas as coisas, conciliava fé e razão em sua doutrina.

fazer parte da chamada história natural” (Galilei, 1984; Burt, 1983 *apud* BARATA, op. cit.). O movimento dos átomos, que na época eram as menores partículas conhecidas da matéria, é assimilado à causalidade de todos os fenômenos, cujas leis simples, imutáveis e universais se fazem representar pela linguagem da matemática.

A ciência surge, assim, com a criação de um domínio de objetividade, tomando para si a tarefa de descobrir as leis que regem o universo. E conforme a racionalidade científica foi sendo assimilada à verdade na cultura ocidental, os aspectos sensíveis, invisíveis e imateriais, e por isso impassíveis de medições numéricas, passaram a ser legitimamente desconsiderados das investigações nesse campo, tornando-se subjetivos, supérfluos, transcendentais, místicos, ou qualquer coisa de inapreensível.

O pensamento humano desenvolve-se em duas direções: por um lado, a profundidade, a redução e o estreitamento; por outro, a amplitude, a abrangência e a abertura de fronteiras. O pensamento científico moderno tendeu à redução, colocando para si o desafio de alcançar o máximo da precisão e objetividade por meio da tradução dos acontecimentos em esquemas abstratos, calculáveis e demonstráveis. A linguagem matemática seria capaz de expressar as leis universais dos fenômenos. Os elementos dos acontecimentos que as palavras - ou, mais precisamente, os conceitos científicos - não conseguiam alcançar, tenderam a ser vistos como erro ou anomalia. O significado da palavra objetiva apresentou-se em substituição à própria coisa, cujo aspecto sensível não era tido como existente (CZERESNIA, 2009, p. 39).

A medicina contemporânea compartilha do imaginário científico da mecânica clássica, isolando componentes discretos em suas análises, para depois reintegrá-los em seus mecanismos originais. O todo é dado necessariamente pela soma das partes, e eventuais inconsistências são atribuídas ao desconhecimento de alguma das peças (

JR, 1993). Nesse cenário, a estrutura material do corpo humano foi tomada como objeto de análise e intervenção, e embora a física quântica do século XX tenha estendido a dimensão da subjetividade à menor das partículas, a oposição objetivo *versus* subjetivo permanece orientando a configuração atual do pensamento no campo da saúde.

Na atual configuração do pensamento ocidental, costuma-se considerar subjetivos os componentes que não podem ser captados pelos pressupostos, instrumentos e métodos científicos, conferindo às esferas que se dedicam ao estudo dos mesmos a faculdade de *interpretar*, em oposição à *explicação* própria às ciências da natureza (VELHO, 2011).

Essa divisão ontológica que coloca, de um lado, a causalidade objetiva e natural da natureza, que não sofre qualquer interferência das subjetividades humana, e de outro, a natureza humana, marcada pela agência proposital, intencional e volitiva dos homens (MAIA, 2012), cria assim bases epistemológicas dissidentes, refletindo em diferentes acepções sobre

os homens e seus processos de saúde e de adoecimento. No lado das ciências pragmáticas, onde se situa o saber biomédico hegemônico na área da saúde, destaca-se a supremacia da ordem biológica na compreensão do indivíduo, cujo corpo é apreendido em sua materialidade orgânica e anistórica. As humanidades, por seu turno, observam o homem enquanto um ser psicossocial, circunscrito em um contexto discursivo que molda sua forma de conceber o corpo e suas relações com a saúde e a doença.

Há um hiato epistemológico entre as explicações dessas distintas ordens de realidade, e pouco se conhece sobre a maneira como os diferentes aspectos do humano interagem na gênese da saúde e das doenças. Como nota Camargo Jr (1993), a mera justaposição de discursos numa entidade “biopsicossocial” não é suficiente para anular a fragmentação a partir da qual o pensamento moderno, desintegrado em disciplinas e especialidades, apreende o ser humano. E nessa levada, ainda que haja o reconhecimento de que essas esferas se relacionem e interpenetrem, elas permanecem predominantemente como modalidades irreconciliáveis de estudo.

A física dual que inspirou a imagem mecanicista e cientificista do mundo já se tornou obsoleta. Não por ter sido descoberta falsa, mas pelas evidências de suas limitações, já que a pedra angular da física newtoniana, a matéria, foi descoberta enquanto configurações de energia, revelando a artificialidade das cisões empreendidas pelo pensamento moderno.

Mas as discussões que problematizam a objetividade científica não adentram o campo hegemônico de produção de conhecimentos e práticas em saúde. Embora tal premissa venha sendo desconstruída por diversas vertentes, que vão desde a sociologia à física, demonstrando teórica e experimentalmente que o todo e qualquer dado da natureza está sempre vinculado a um ato perceptivo, tem-se um abismo entre o que é produzido no âmbito da reflexão acadêmica e o que é absorvido no cotidiano mais pragmático das atividades científicas.

Assim, tendo a epidemiologia adquirido uma orientação propriamente científica, os ideais de objetividade e neutralidade que estão na base de sua racionalidade ancoram conceituações tidas como descritoras da realidade, dispensando discussões de cunho teórico e reflexivo. Como observa Almeida Filho,

Para os epidemiologistas, a natureza essencialmente empiricista da sua prática científica apresenta-se como um suposto fundamental, axiomático, indiscutível. Empiricismo é aqui referido como o referencial filosófico que advoga uma ciência neutra, livre de valores, que apreenderia a realidade sem mediações, sendo os conceitos científicos imediatamente redutíveis à observação (ALMEIDA FILHO, 1992, p. 25).



Porém, para que seja possível aprimorar as estratégias de intervenção em saúde, torna-se necessário atentar para a complexidade com que se apresentam os problemas de saúde dos indivíduos e populações, incorporando o exame consciente e crítico de seus pressupostos, experimentos e resultados.

### **A noção de risco em epidemiologia**

Quando a epidemiologia colocou para si o desafio de conhecer objetivamente as leis do comportamento coletivo dos processos de saúde e doença, operou-se uma inevitável redução das dimensões que suas análises contemplavam na época de sua formação, no início do século XIX, enquanto campo específico do saber (AYRES, 1994).

A Epidemiologia do Risco, de acordo com Ayres et al. (2009), é o paradigma que domina a ciência epidemiológica desde 1945, centrada sobretudo em inferências de natureza matemática. Traçando a história da conformação do discurso próprio desse campo, os autores observam que no período designado como Epidemiologia da Constituição (predominante entre os anos de 1872 e 1929), na qual o comportamento coletivo das doenças era concebido como “expressão das condições imediatamente constitutivas da interação dos organismos humanos entre si, com organismos não humanos e elementos externos não orgânicos em um dado meio e por força desse meio” (idem, p. 380), começa a surgir a noção de risco como uma maneira de adjetivar domicílios, bairros, cidades e populações que estariam “sob um conjunto de aspectos constitutivos de situação desfavorável à saúde” (idem, p. 381). A partir da década de 1930, no contexto de imensos progressos da bacteriologia, o objeto epidemiológico antes concebido como um conjunto de aspectos constitutivos passa a ser definido na relação entre o agente causal de uma doença e a exposição ao mesmo, onde o risco é entendido como a probabilidade de adoecimento diante de uma determinada exposição. Como posto por Frost, pensador emblemático desse período nomeado Epidemiologia da Exposição,

onde conhecemos o meio pelo qual uma infecção particular se espalha nós podemos frequentemente concluir com alguma segurança que uma determinada mudança de hábito ou no meio tenderá a aumentar ou diminuir as oportunidades de transferência do agente infeccioso específico (aglomeração, poluição da água), e encontramos abundantes evidências de que o aumento da exposição está associado na natureza ao aumento da infecção (Frost apud Ayres et al., 2009, p. 383).

Contudo, diante da impossibilidade de medir as exposições sob condições naturais, não haveria como expressá-las a não ser enquanto “a probabilidade de que um indivíduo

qualquer na população sob risco vá receber num dado período um número dado de microorganismos específicos” (idem, p. 383). Cria-se, assim, a formulação do objeto da epidemiologia nos termos do risco, na qual o raciocínio analítico de base probabilística desvincula o conhecimento epidemiológico dos contextos sociosanitários aos quais dizem respeito. Como observam os autores, “com o controle probabilístico das incertezas, o conceito de risco encontrou-se livre para investigar a importância que se podia atribuir a apenas um, e qualquer um, dos aspectos envolvidos na determinação de um fenômeno epidêmico” (idem, p. 384).

O caráter pragmático e probabilístico do risco, através de sua quantificação, permitiu à ciência da epidemiologia que expandisse seu campo de investigação de forma potencialmente ilimitada, na medida em que passou a ser possível investigar associações causais entre quaisquer eventos de interesse prático para a saúde. Por outro lado, como observam os autores,

a vinculação à validação biomédica e a natureza matemática de seus procedimentos e inferências criam obstáculos à investigação epidemiológica no que se refere à objetivação das dimensões propriamente sociais do processo saúde-doença, tanto em sua gênese como nas implicações para a intervenção” (IDEM, 2009, p. 388).

Nesse sentido, uma importante crítica que vem sendo feita à noção de risco volta-se para o seu enfoque quantitativista, cuja pretensão de objetividade lhe atribui uma espécie de existência autônoma, independente dos complexos contextos socioculturais nos quais as pessoas reais se encontram (Castiel et al, 2010). Ademais, se a quantificação da relação exposição-doença nos seres humanos e a conseguinte possibilidade de alterar-se o risco por meio de intervenção têm a sua pertinência quando se tratam de fenômenos naturais, como no caso das doenças infectocontagiosas – apesar do reconhecimento de que certas doenças não poderiam ser atribuídas somente à ação de microorganismos, ao lado dos casos em que a presença de um agente causal não acarretava, necessariamente, a doença infecciosa a ele associado (idem) -, a investigação do risco no contexto das doenças não transmissíveis, como é o caso daquelas associadas aos comportamentos de risco, traz ainda mais questionamentos.

No âmbito da adolescência, a compreensão biomédica estende a autonomia objetiva do risco ao próprio fato de ser adolescente. Marcado por intensos processos que influenciam a construção da identidade, esse período é tido como crucial para a adoção de hábitos de vida saudáveis – bem como propício, por outro lado, para a instauração de condutas de risco, dadas as inúmeras e intensas transformações (biológicas, psicológicas e sociais) e experiências pelas

quais os adolescentes passam. É recorrente na literatura a associação da adolescência a noções de "crise", "encruzilhada", "período crítico", entre outras expressões que criam, ou enfatizam, uma imagem da adolescência como extremamente perigosa (PERES & ROSENBERG, 1998).

A obsessão pela medição e predição dos riscos, ao lado de uma concepção a-histórica da adolescência, são traduzidas em estratégias de intervenção que tanto obscurecem a complexa configuração dos processos de saúde e doença, como a maneira como os adolescentes significam as próprias experiências. A doença é a categoria central em torno da qual se desenvolveu a abordagem da biomedicina (CAMARGO JR, 1993) e que informa a hoje tão disseminada noção de risco. Como ressaltam Minayo & Schenker (2005), deixa-se de considerar, na apreensão do risco pela epidemiologia, as outras acepções que essa ideia carrega, já que o “risco é uma consequência da livre e consciente decisão de se expor a uma situação na qual se busca a realização de um bem ou de um desejo, em cujo percurso se inclui a possibilidade de perda ou ferimento físico, material ou psicológico” (idem, 2005), mas que não descarta as chances de que nada aconteça, ou mesmo que haja ganhos. Quando estabilizados em correlações com o adoecimento, a compreensão dos riscos não contempla uma que talvez seja a característica mais vital dos seres vivos, que é o dinamismo das relações que eles estabelecem com seu entorno (familiar, comunitário, social, cultural, etc.), em meios as quais os riscos existem não enquanto entidades objetivas que atuam na saúde dos indivíduos de forma isolada, independente, e fragmentada, mas define-se enquanto uma categoria relacional.

As dificuldades nas quais se esbarram as estratégias de prevenção e promoção à saúde estão em grande medida associadas ao descolamento da produção de dados dos contextos e dos indivíduos aos quais depois retornam como informações. Ainda, a assunção de que tais informações podem ser transmitidas se ancora numa apreensão mecanicista da cognição humana, que assume tanto a existência de uma realidade dada, da qual se poderiam extrair os riscos, como entende a inteligência humana como um mecanismo computacional de processamento de informações. Porém, nunca puderam ser observadas estruturas que funcionassem a partir de regras sequenciais, nos termos de entradas e saídas de dados, pois nos cérebros reais parece “não existir quaisquer tipos de regras, nenhum processador lógico central, nem a informação parece encontrar-se em endereços precisos” (VARELA et al., 2001 p. 121). Antes disso, diversas experimentações demonstram o funcionamento do cérebro como uma rede complexa, cujas operações encontram-se distribuídas em padrões de coerência global de tal forma que “a conexidade do sistema torna-se inseparável da sua história de

transformação e relacionada com o tipo de tarefa definida para o sistema” (idem, p. 124).

Como nota Winkin (1998), em sua origem a palavra *comunicação* significava pôr em comum, estar em relação. Para que seja possível estabelecer uma efetiva relação de comunicação entre os adolescentes e os serviços de saúde, é imprescindível ampliar o escopo da noção de risco, incluindo aquilo que costuma ser deixado de fora – “a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço” (Ayres et. al, 2009, p. 400) - , assim como considerar as peculiaridades dos diferentes padrões de percepção, ou de visões de mundo, que as pessoas e grupos carregam, de acordo com suas trajetórias pessoais.

Apesar das práticas de saúde efetivamente superarem a mera aplicação de conhecimentos científicos, elas se constituem como técnica fundamentalmente científica (CZERESNIA, 2003, 2009). Observa-se na maioria das estratégias de atenção à saúde a proeminência da técnica e dos protocolos, em contraste com as configurações contextuais e pessoais dos processos de saúde e doença. A tradição médica vem lidando com seus pacientes, como própria designação indica, predominantemente enquanto recebedores – de prescrições, de tratamentos, de intervenções, de informações. As pessoas, porém, encontram-se imersas em uma série de subjetividades que configuram tanto suas manifestações de saúde e de doença, quanto os processos cognitivos referentes às mesmas. Assim, observa-se uma lacuna entre o conhecimento científico e a experiência, que na temática do presente trabalho se expressa na distância entre as informações padronizadas sobre as condutas de risco e diversidade de razões e motivações envolvidas no comportamento cotidiano das pessoas.

Há que se pontuar que, nos últimos anos, a epidemiologia vem buscando incluir em seus modelos de análise variáveis de outros níveis, para além das manifestações no corpo orgânico, ao reconhecer as limitações metodológicas inerentes ao enfoque biomédico na determinação da saúde e da doença (DIEZ ROUX & ALVAREZ, 2010). Mas parece haver um esforço maior em aperfeiçoar as metodologias estatísticas que em problematizar a própria possibilidade de entendimento dos processos humanos a partir de inferências matemáticas e os princípios científicos de causalidade. O imperativo da objetividade assim perdura enquanto limitador das perspectivas capazes de aproximar-se mais da complexidade que conforma os quadros de adoecimento e, por extensão, as estratégias de intervenção em saúde.

A contribuição da epidemiologia acerca dos comportamentos de risco é imprescindível para a elaboração de práticas de intervenção, bem como a necessidade de conversar com os adolescentes sobre os riscos associados aos comportamentos nos quais se engajam (Jesser

apud Minayo & Schenker, 2005, p. 709). Os fatores de risco, porém, não atuam na saúde dos indivíduos de forma isolada, independente, e fragmentada, mas em suas relações com outros fatores, determinantes e contextos. Evitar todos os riscos talvez seja uma tarefa impossível, pois, como posto no pensamento de Heidegger, o “risco é inerente à vida, ao movimento e à possibilidade de escolha” (IDEM, p. 708). Abordagens centradas na noção de comportamento de risco se traduzem, muitas vezes, em tendências modeladoras do comportamento e na responsabilização individual pelos agravos à saúde. Trabalhar com a noção de vulnerabilidade – que, de forma geral, concebe os problemas de saúde como resultante não só de aspectos individuais, mas também coletivos e contextuais - permite incluir, por sua vez, aquilo que precisa ser deixado de fora das análises de risco e que, como apontam Ayres et. al (2009), “constitui a quintessência dos estudos de vulnerabilidade – a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço” (Ayres et. al, 2009, p. 400).

A construção de alternativas frente às adversidades, o estabelecimento de novas práticas que não tragam danos à saúde, enfim, a escolha de estilos de vida saudáveis, no sentido mais amplo da saúde, são possibilidades que, no lugar da culpabilização individual, podem ser propiciadas por atitudes construtivistas, que partem dos saberes e experiências daqueles para os quais se pretende construir estratégias de intervenção, valorizando-se as especificidades de cada contexto, o diálogo e a construção conjunta de conhecimento.

### **A totalidade da vida**

Fala-se muito, atualmente, em interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, transdisciplinaridade, entre outros termos que apontam para o estudo dos fenômenos a partir de suas múltiplas relações e conexões (TÔRRES & MINAYO, 2013). A ideia da complexidade dos fenômenos, em contraste com o reducionismo operado pelo racionalismo científico, está presente em distintas abordagens que compartilham um pressuposto comum: o todo não pode ser explicado a partir da redução a suas partes, tampouco as partes explicam-se por si. Dentro desse modo de compreender, todos os fenômenos – desde a menor partícula até o universo – são pensados enquanto *sistemas*, tornando-se inteligíveis *a partir* das relações que estabelecem com seu entorno.

Nas diferentes áreas do conhecimento, abordagens alternativas ao reducionismo da perspectiva científica foram desenvolvidas ao longo da história do nosso conhecimento. No

campo da biologia, atribui-se ao trabalho de Ludwig Von Bertalanffy, biólogo austríaco nascido no início do século XX, a criação da teoria geral dos sistemas. Crítico da visão que separa o mundo em diferentes áreas, Bertalanffy (1972) considerava que a abordagem mecanicista do mundo, pautada no estudo de fenômenos isolados, desconsidera justamente o que é mais essencial aos fenômenos da vida - o todo, com seus vários níveis, formado por sistemas inter-relacionados. A natureza dos sistemas é imanente às interações de seus componentes e vice-versa, de tal forma que muitas características dos elementos se perdem quando separados do todo e analisados independente de suas relações com outros elementos e sistemas.

Os fenômenos vivos, enquanto sistemas que tanto envolvem como são envolvidos por outros sistemas, são fundamentalmente *abertos*, isto é, organizam a si e se mantêm a partir de trocas (de matéria, energia, informações) com seu entorno (MATURNA & VARELA, 1995). Os sistemas vivos mantêm-se enquanto tais não a partir da estabilização de certos parâmetros, mas devido a sua habilidade em adaptar-se continuamente ao seu entorno que, assim como ele, encontram-se em contínua transformação. Os conceitos rígidos apoiados na ideia de um mundo estabelecido e objetivo acabam assim por restringir a apreensão da vida. “Uma definição perfeita somente se aplica a uma realidade feita: ora, as propriedades vitais não se acham nunca inteiramente realizadas, estão sempre em vias de realização; são menos *estados* que *tendências*” (BERGSON, 2009, p. 27).

A racionalidade científica não se adequa facilmente à propriedade mutante de tudo que é vivo, pois tal característica se contrapõe à pretensão científica de controlar e prever os fenômenos da natureza. Porém, as consequências não previstas pela orientação moderna da nossa sociedade se fazem cada vez mais evidentes e adquirem uma gravidade crescente. Os inegáveis avanços possibilitados pela ciência confrontam-se hoje com os resultados negativos da mesma. Como nota Portocarrero,

A ciência é uma questão que preocupa cientistas e outros intelectuais, apresentando-os, atualmente, não mais apenas como adjuvante lógico e experimental da saúde e da razão, mas como risco e fonte de patologia e mortalidade. Não se discutem mais as revoluções científicas restringindo-as a seu caráter lógico e metodológico. Impõem-se a pesquisa da evolução das ciências, de suas origens, de suas crises assim como a denúncia de seu caráter de violência e de dominação, que delimita novas formas de preocupação com os saberes científicos e suas práticas (PORTOCARRERO, 2009, p. 33).

Assim, não só no universo da saúde, lidamos hoje com os resultados do nosso pensamento e da nossa ação. A racionalidade científica, hermeticamente fechada em seus

pressupostos, transforma a si em obstáculo para o avanço. Repensar o pensamento, portanto, é tão necessário quanto inovar em tecnologia. Quiçá até mais, posto o refinamento da tecnologia que já se dispõe em contraste com a racionalidade, restrita, a partir da qual se opera.

## 4 MÉTODOS E RESULTADOS

### **Reflexão teórica**

Para a discussão teórica aqui desenvolvida realizamos, em primeiro lugar, um levantamento da literatura crítica à noção de risco em saúde, sobretudo entre autores vinculados ao campo da Saúde Coletiva. Encontramos poucas referências que problematizam a noção de comportamento de risco a partir da perspectiva que buscamos aqui desenvolver, valendo-nos de teorizações de outras áreas do conhecimento para sustentar e desenvolver os argumentos aqui propostos.

Dessa forma, não foi nosso objetivo realizar uma revisão exaustiva das abordagens críticas ao risco enquanto objeto de investigação em saúde, mas congregamos elementos oriundos de diferentes áreas (como a biologia, a epistemologia, a ciência cognitiva, a física) em uma interpretação original dos comportamentos de risco em saúde.

Buscamos distribuir os elementos da reflexão aqui proposta ao longo dos artigos e da revisão de literatura que os antecede, com o propósito de tornar a leitura do presente trabalho menos repetitiva.

### **Trabalho de campo**

O trabalho de campo foi realizado durante o mês de outubro em uma Organização Não Governamental local, o Instituto Promover. Teve 12 participantes de 14 a 18 anos cujos critérios de inclusão foram: estar cursando o ensino médio em escolas públicas do município de Lagoa Santa; aceitar o convite para a participação definido através de sorteio; e ter consigo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo aluno ou pelos pais ou responsáveis, para os menores de idade, no dia da entrevista. Com nossa discussão está inscrita na particularidade dos sujeitos, a lógica da amostragem representativa não se aplicou a este estudo (MINAYO, 2010).

Foram realizadas entrevistas em profundidade, a partir de um roteiro semiestruturado com algumas questões centrais, mas flexível e subordinado à dinâmica imposta pelo diálogo entre pesquisador e participante (SCHRAIBER, 1995). As entrevistas duraram de 25 a 60 minutos. Para a análise das entrevistas, as falas foram transcritas e sistematizadas de acordo com as etapas (pré-análise, exploração do material e interpretação e inferência) propostas por Bardin (1977). Para a participação dos adolescentes, os pais ou responsáveis assinaram o



termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisa René Rachou, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Apresentamos e discutimos os resultados da presente pesquisa em dois artigos. No primeiro deles, intitulado “A abstração do risco e a concretude dos sujeitos: uma reflexão sobre os comportamentos de risco no contexto da adolescência”, argumentamos que a construção abstrata e impessoal dos comportamentos de riscos enquanto objeto de investigação e intervenção em saúde confronta-se com as configurações concretas dos contextos onde se dão os processos de saúde e doença. Defendemos a apreensão do risco em saúde não como algo dado independente do indivíduo em questão, mas partir de suas relações, sempre particulares, com os meios (naturais, sociais, culturais, emocionais, etc.) pelos quais circula. Trazemos a compilação de alguns dados colhidos em campo para ilustrar nossa discussão.

O segundo artigo, “Educação em tempos de crise: o risco da nossa percepção de mundo”, consiste em um ensaio reflexivo sobre a noção de comportamentos de risco, onde argumentos em favor de uma relação de continuidade entre os aspectos subjetivos e objetivos dos fenômenos de saúde e doença. Buscamos desenvolver a ideia de que os nossos hábitos de pensamento, constitutivos das nossas ações, são importantes comportamentos a ser considerados nas estratégias educativas voltadas para os riscos em saúde.

## 4.1 ARTIGO 1

### **A abstração do risco e a concretude dos sujeitos: uma reflexão sobre os comportamentos de risco no contexto da adolescência**

Isabela Vilela Chimeli<sup>1</sup>

Maria José Nogueira<sup>2</sup>

Denise Nacif Pimenta<sup>3</sup>

Virgínia Torres Schall<sup>4</sup>

#### **Resumo**

Em tempos em que se multiplicam as enfermidades decorrentes de hábitos de vida poucos saudáveis, característicos do estilo de vida moderno, a noção de comportamento de risco faz-se cada vez mais presente no discurso e nas práticas em saúde. No contexto da adolescência, esse tema vem sendo estudado através de investigações relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, ao tabagismo, à alimentação inadequada, ao sedentarismo, à atividade sexual desprotegida, entre outros comportamentos que, observados entre os adolescentes, somam-se ao risco atribuído a essa fase do desenvolvimento. Este artigo objetiva discutir criticamente a construção do risco e da adolescência enquanto objetos de investigação e intervenção na área da saúde, a partir de um estudo qualitativo realizado por meio de entrevistas em profundidade com 12 adolescentes de Lagoa Santa, Minas Gerais. Os resultados apontam para diferentes aspectos pessoais e emocionais geralmente não contempladas nas pesquisas na área, que, no entanto influenciam sobremaneira as condutas dos adolescentes. Conclui-se que para o aprimoramento e a resolutividade das políticas públicas e ações voltadas para a temática dos comportamentos de risco torna-se necessário ampliar o escopo de investigações sobre os riscos e as perspectivas teóricas que lhes dão sustentação.

**Palavras-chave:** Comportamento de risco; Adolescência; Saúde Coletiva.

---

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-MG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<sup>2</sup> Pesquisadora da Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, Minas Gerais.

<sup>3</sup> Pesquisadora do Laboratório de Educação em Saúde e Meio Ambiente, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-MG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<sup>4</sup> Pesquisadora Titular do Laboratório de Educação em Saúde e Meio Ambiente, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-MG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

**Abstract**

During recent periods, when a diversity of conditions resulting from unhealthy lifestyles and habits, characteristic of modern lifestyle, the notion of risk behavior is becoming more and more present in the discourse and in health practices. In the context of adolescence studies, this issue has been analyzed by a series of investigations related to alcohol and other drugs use, smoking, inadequate diet, sedentary lifestyle, unprotected sexual activity and other behaviors that, when observed among young people, add to the risk allocated to this particular phase of development. This article aims to critically discuss the construction of risk and adolescence as a concept and as an object of investigation in intervention and health care. It is structured as a qualitative study with individual and in depth interviews with 12 adolescents from Lagoa Santa city in Minas Gerais state, Brazil. The results point to different personal and emotional aspects raised by the youth usually not included in the research in the area, which nevertheless greatly influences the behavior of adolescents. We conclude that for the improvement and the resolution of public policies and actions towards the theme of risk behaviors, it is necessary to expand the scope of research on the concept of risks and theoretical perspectives that give them support.

**Key-words:** Risk behavior, Adolescence, Collective health.

## Introdução

Em maio de 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou um relatório dedicado à saúde dos adolescentes, atentando para a urgente necessidade de garantir-lhes melhores condições de vida. Estima-se a morte de 1,3 milhão de adolescentes no mundo em 2012, em sua maioria por causas que poderiam ter sido evitadas e tratadas (OMS, 2014).

Tal cenário invoca a ampliação de conhecimentos que possam auxiliar na construção de políticas públicas e ações afinadas com as particularidades desse grupo populacional, que compreende a faixa etária de 10 a 19 anos (*idem*). Observa-se nesse sentido um interesse crescente na produção de informações estatísticas relacionadas à saúde do adolescente, onde se inserem as concepções e investigações sobre os comportamentos de risco em saúde.

A abrangência e complexidade deste grupo populacional abarcada na geração de grandes bancos de dados, porém, confronta-se com a configuração particular dos processos de saúde-doença na singularidade dos contextos. Nesse sentido, uma importante ressalva que vem sendo feita à produção de conhecimentos sobre os o risco no campo da saúde refere-se ao descolamento da produção de dados das conjunturas às quais depois retornam como informações (AYRES et al 2009; CASTIEL et al 2010). Faz-se assim necessário analisar criticamente uma série de questões suscitadas pelos comportamentos de risco enquanto objeto de investigação epidemiológica, atentando para os limites interpretativos intrínsecos a esses modelos de investigação. Este artigo é resultado de uma dissertação de mestrado que teve como objetivo compreender melhor as motivações envolvidas na adoção de comportamentos considerados de risco entre adolescentes do município de Lagoa Santa, Minas Gerais. Com intuito de subsidiar essa investigação, bem como contribuir para a discussão dessa temática em outros contextos, realizamos um estudo teórico sobre a noção de comportamentos de risco em saúde. Trata-se de um dos eixos do projeto “*Adolescência e saúde: um estudo sobre comportamentos de risco no Município de Lagoa Santa-MG*”, vinculado ao Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente do Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) e realizado em parceria com o Observatório da Juventude da Fundação João Pinheiro do Estado de Minas Gerais e Conselho Municipal de Juventude de Lagoa Santa (CONJUVE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqRR sob o número: 23339213.9.0000.5091.

## **Percurso metodológico**

Nesse amplo cenário de pesquisa realizado no município de Lagoa Santa, região metropolitana de Minas Gerais, objetivou-se a realização de uma pesquisa que pudesse informar a elaboração de ações voltadas para o público adolescente local. O nosso eixo específico voltou-se para uma reflexão crítica sobre a noção de comportamento de risco na adolescência, com o objetivo de enriquecer as perspectivas que serão adotadas nas políticas públicas inspiradas no projeto. Pretendemos, portanto, com a revisão teórica e a pesquisa qualitativa presentes, atentar para as dimensões dos comportamentos compartilhados pelos adolescentes geralmente desconsideradas nas estratégias de saúde voltadas para a temática dos comportamentos de risco.

A fase de campo foi realizada durante o mês de outubro em uma Organização Não Governamental local, o Instituto Promover. Teve 12 participantes de 14 a 18 anos cujos critérios de inclusão foram: estar cursando o ensino médio em escolas públicas do município de Lagoa Santa; aceitar o convite para a participação definido através de sorteio; e ter consigo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo aluno ou pelos pais ou responsáveis, para os menores de idade, no dia da entrevista. Como nossa discussão está inscrita na particularidade dos sujeitos, a lógica da amostragem representativa não se aplicou a este estudo (MINAYO, 2010).

Foram realizadas entrevistas em profundidade, a partir de um roteiro semiestruturado com algumas questões centrais, mas flexível e subordinado à dinâmica imposta pelo diálogo entre pesquisador e participante (SCHRAIBER, 1995). As entrevistas duraram de 25 a 60 minutos. Para a análise das entrevistas, as falas foram transcritas e sistematizadas de acordo com as etapas (pré-análise, exploração do material e interpretação e inferência) propostas por Bardin (1977). No presente artigo, exploramos os temas do uso de álcool e outras drogas e da não utilização de métodos preventivos nas relações sexuais. As falas dos entrevistados foram organizadas e analisadas a partir das seguintes categorias: a) definição de drogas; b) percepção sobre drogas ilícitas; c) motivação para uso de álcool; d) motivação para uso de outras drogas e; e) motivação para a não utilização de métodos contraceptivos.

## Quadro Conceitual

### A abstração do risco

A busca por explicações relacionadas à configuração dos processos de saúde e doença suscitou diferentes concepções ao longo da história do pensamento humano. Grosso modo, da profunda mudança cultural que marcou o século XVI até os dias de hoje, as teorizações vêm girando em torno de duas ordens principais. Por um lado, a ênfase é colocada nos indivíduos (ou organismos) enquanto objeto de intervenção; por outro, o foco está no ambiente (natural, social, cultural) por onde os mesmos circulam.

A tensão entre esses dois polos é intrínseca à operação, característica da modernidade, que separa a “ordem humana” tanto do que seria uma “ordem natural” quanto da “ordem divina” que fundamentava a visão e organização do mundo europeu nos séculos anteriores ao que conhecemos por Renascimento. Neste período, o homem surge como força criativa independente dos desígnios de Deus, afirmando-se como aquele que, dotado de razão, poderia conhecer, moldar e apropriar-se da natureza (LUZ, 1988).

Na medida em que essa nova forma de observar o universo se difundia e consolidava, a tendência do pensamento ocidental foi destrinchar o mundo, até então apreendido como um todo integrado, em uma série de dualismos (natureza-homem; objeto-sujeito; matéria-espírito; quantidade-qualidade; organismo-mente; corpo-alma; razão-emoção; etc.) dicotômicos e, portanto, irreconciliáveis (idem). Quando a ciência firma-se como modelo de produção do saber no ocidente, essas dualidades se aprofundam nas diferentes especialidades analíticas em que os fenômenos do mundo foram desmembrados, viabilizando os valores de clareza, distinção e precisão do pensamento científico.

Nesse contexto, o olhar mecanicista característico do pensamento científico tornou o organismo humano comparável às máquinas construídas pelo homem, concebendo o funcionamento do corpo a partir do desempenho suas partes. Para tanto, foi fundamental o desenvolvimento da fisiologia e da experimentação biomédicas, possibilitadas pelo conceito de “meio-interno” estabelecido no século XIX. Tal noção referia-se à concretude dos tecidos, e mais tarde das células, onde aconteciam as reações físico-químicas do corpo humano (CZERESNIA et al., 2013), postulando-se uma independência relativa das funções orgânicas em relação às flutuações do meio ambiente (SAFATLE, 2011). Assim, partindo-se da ideia de um organismo estável, foi sendo estabelecida a funcionalidade normal da mecânica corporal, e os aspectos do humano que não puderam entrar na formalização da estrutura orgânica tornaram-se objetos das ciências humanas e psicológicas (idem).

Há, portanto, uma ruptura entre corpo e espaço que está na base do desenvolvimento da medicina moderna e que alicerça seu campo de investigações (CZERESNIA, 2012). Até o século XIX, a apreensão natural, objetiva e material do corpo humano concorria com abordagens que trabalhavam o natural e o social em conjunto, como o eram, por exemplo, a tradição higienista e a medicina social, cujas preocupações centravam-se no impacto das condições de vida e trabalho na ocorrência das doenças. Porém, na medida em que o corpo foi sendo minuciosamente esquadrihado pela racionalidade científica, a busca por determinações causais específicas, localizáveis e generalizáveis se sobrepôs à constituição difusa e relacional das perspectivas mais integrativas.

Essa tendência se consolida com os desenvolvimentos da bacteriologia na primeira metade do século XX, quando se tornou possível a associação das doenças transmissíveis a micro-organismos específicos. A descoberta de germes e bactérias, porém, não foi suficiente para determinar a origem das doenças, já que a presença de um agente causal não acarretava, necessariamente, a doença infecciosa a ele associado, tampouco especificava a gravidade do adoecimento (CASTIEL et al, 2010). Tal constatação impulsionou a utilização da estatística para estimar a probabilidade da interferência de outros fatores nos processos de adoecimento, e é nesse contexto que a noção de fatores de risco adquire centralidade no campo da epidemiologia (CZERESNIA, op. cit.).

O caráter pragmático e probabilístico do risco, através de sua quantificação, permitiu à ciência da epidemiologia que expandisse seu campo de investigação de forma potencialmente ilimitada, na medida em que passou a ser possível investigar associações causais entre quaisquer eventos de interesse prático para a saúde (AYRES et al., 2009). Por outro lado, a busca por explicações sobre a configuração das doenças através de procedimentos matemáticos tendeu a desvincular cada vez mais as causas de seus contextos, atribuindo às doenças e aos riscos de adoecimentos uma espécie de existência autônoma (CAMARGO JR, 1993; CASTIEL et al., op. cit.).

O postulado de independência entre corpo e espaço permitiu à medicina moderna desenvolver-se predominantemente fora dos ambientes em meio aos quais vivem e transitam os indivíduos, privilegiando determinadas relações em detrimento de outras no estudo dos processos de saúde e doença.

Nas práticas de pesquisa correntes, a desvinculação dos organismos de seus contextos vitais e de suas redes de correlações, com o controle estatístico das variáveis de estudo, criam obstáculos para um entendimento mais amplo dos quadros de adoecimentos, e por extensão, para a resolutividade das propostas de intervenção. No âmbito das doenças crônicas

degenerativas, esses impasses se radicalizam. Embora, de um modo geral, as pessoas estejam informadas sobre os riscos à saúde envolvidos em hábitos poucos saudáveis de vida, a informação não têm sido suficiente para promover a mudança de comportamento, inclusive nos meios escolarizados onde o acesso à educação não se apresenta como um empecilho (CHOR, 1999). Quando não considerada a diversidade dos aspectos que compõe a conduta humana, os dados sobre os comportamentos de risco, abstraídos da complexidade que os configuram, tornam-se assim dificilmente traduzíveis em ações eficazes.

No contexto da adolescência, à abstração do risco soma-se a construção, também abstrata, do período da adolescência, fundamentando ações orientadas pela noção de comportamento de risco que, como se destacará nos resultados da pesquisa de campo, não necessariamente correspondem às vivências e necessidades concretas dos adolescentes.

### O risco da adolescência

A adolescência, enquanto dimensão específica da existência humana, tornou-se objeto de preocupação científica há relativamente pouco tempo. A medicina, em sua dupla perspectiva de técnica aplicada e de produção de conhecimento, começa a ocupar-se do assunto mais sistematicamente em torno da década de 1970. Mas, ainda que recentes, as práticas voltadas para a saúde do adolescente têm assumido rapidamente um papel destacado na literatura especializada do campo médico de todo o ocidente (AYRES, 1990).

É notável também a rapidez com que o discurso da medicina sobre a adolescência assumiu um caráter universal, tendo o critério cronológico como base de sua definição objetiva. Determinada, principalmente, a partir dos aspectos mensuráveis das modificações do corpo, essa demarcação subordina uma série de eventos psicológicos, afetivos e sociais à dimensão somática. E embora tais elementos não sejam negados,

só a partir das transformações físicas se tomará a preocupação com as demais condições ligadas à adolescência, sem que estas tenham sua gênese ou seu desenvolvimento na dependência direta daquelas” (idem, 1990, p. 146).

O paradigma biomédico descreve a adolescência como uma fase de transição do desenvolvimento humano pelo qual todos devem passar. Ocorrendo na segunda década de vida, entre a infância e a adolescência, esses anos são considerados cruciais para a maturação biopsicossocial dos indivíduos, dados os processos de definição de identidades (social, sexual, profissional, política, de valores, etc.) que o caracterizam. E sendo também marcado por um



turbilhão de hormônios e experiências, cria-se uma imagem desse período que beira ao patológico.

Universalizada e naturalizada a adolescência neste tipo de concepção, ainda que reconhecendo o componente social, os adeptos de tal paradigma, ao se depararem com adolescentes concretos, têm seu olhar direcionado, de antemão, segundo um padrão de adolescente, que corre o risco de se perder pelas crises que enfrenta nesse período e, portanto, pela situação de fragilidade em que se encontra - o substrato de vulnerabilidade -, na linguagem epidemiológica (PERES & ROSENBERG, 1998, p. 63).

Tanto pelos problemas de saúde que se fazem presentes durante esse tempo da vida, quanto pelos agravos que os comportamentos adquiridos podem suscitar no futuro, a adolescência é tomada como um momento crítico para as intervenções em saúde. No modelo clínico de trabalho, os componentes psíquicos e sociais passam por um processo de “naturalização”, ao serem reificados numa espécie de cultura adolescente que determinaria, tornando assim previsíveis, tanto as situações pelas quais os adolescentes passam como a maneira como eles reagem às mesmas. É recorrente a referência a uma “síndrome da adolescência”, remetendo à ideia de uma descrição fenomenológica típica da condição adolescente, suscetível de traduzir-se em problemas (AYRES, op. cit.).

Não se desconsidera que os acontecimentos da adolescência possam desencadear perturbações, instabilidades e atitudes que sejam coerentes com os estereótipos que geralmente são atribuídos a esse período. Afinal, o estabelecimento do que é próprio à idade, assim como suas transformações fisiológicas, de fato criam tanto circunstâncias geradoras de instabilidade (como o desenvolvimento da sexualidade, a escolha de um percurso após o período escolar, a maioridade civil, os ideais de independência, a transformação da afetividade, entre outras) quanto fornecem as significações que servem como referência para a construção dos sujeitos (OZELLA & AGUIAR, 2008). Porém, a orientação do olhar pelo viés da transitoriedade e do problema, como um vir a ser instável, tem como consequências práticas o ofuscamento das questões vivenciadas no presente (DAYRELL, 2003) e da diversidade de mediações que compõem as condições de saúde e os processos de adoecimento dos adolescentes.

O risco “*é uma consequência da livre e consciente decisão de se expor a uma situação na qual se busca a realização de um bem ou de um desejo, em cujo percurso se inclui a possibilidade de perda ou ferimento físico, material ou psicológico*” (MINAYO & SCHENKER, 2005, p. 708). Com o foco na possibilidade de danos, a construção do risco como objeto da saúde concentra seu significado em apenas uma das acepções desse conceito.

Quando o risco é investigado na temática dos comportamentos, a restrição do mesmo às chances de agravos deixa de contemplar as características e percepções pessoais, as motivações e os constrangimentos envolvidos nas condutas, assim como as particularidades dos contextos nos quais cada indivíduo estrutura sua maneira de comportar-se.

Para Chor (op. cit., p. 424), “*é nesta dimensão que se encontram, provavelmente, as maiores lacunas do "fazer" da saúde pública, ao não levar em conta o caráter não racional das escolhas de comportamento*”. Maturana (2009) é crítico à cisão entre a razão e as emoções, considerando-as as condições de possibilidade da primeira. São as emoções que definem nossos domínios de ação, enquanto a racionalidade é um recurso utilizado a posteriori, para justificar nossas atitudes. Todo argumento é racional, desde que aceitos os seus pressupostos. Assim, não seria uma atitude não racional que levaria a escolhas arriscadas para a saúde, mas as preferências inscritas no momento em que são tomadas.

Na verdade, todos sabemos isso na práxis da vida cotidiana, mas o negamos porque insistimos que o que define nossas condutas como humanas é elas serem racionais. Ao mesmo tempo todos sabemos que, quando estamos sob determinada emoção, mudamos de domínio de ação, há coisa que podemos fazer e coisas que não podemos fazer, e que aceitamos como válidos certos argumentos que não aceitaríamos sob outra emoção (MATURANA, 2009, p. 15).

As informações correntes sobre os comportamentos de risco em saúde não esgota as razões e as motivações envolvidas em qualquer que seja a atitude em questão, tampouco é suficiente diante da variabilidade com que cada indivíduo responde àquilo que é estabelecido como arriscado. Cada um percebe e reage às situações cotidianas de acordo com sua história de interações nos contextos pelos quais circulam, dependendo de suas características pessoais, da forma como significa seus comportamentos e o dos outros e da emoção predominante em cada momento.

Maturana e Varela (1995) descrevem os seres vivos como sistemas determinados pela própria estrutura, ao que chamam *autopoiese*. Trata-se de um modo de organização do vivo que é autônomo, na medida em que produz a si mesmo, ao mesmo tempo em que depende dos recursos do meio para fazê-lo. O que nos acontece em determinado instante depende da nossa estrutura nesse instante, e é essa a propriedade da vida de reorganizar a sua estrutura, em sua constante relação com o meio, que permite aos seres a sua continuidade, mesmo diante daquilo que possa se constituir como ameaça. Assim, a mudança que algo externo desencadeia em um organismo depende do organismo em questão, e não desse algo externo.

Também em Canguilhem (1995), a noção de *normatividade vital* remete à vinculação dos seres vivos às condições em que a vida é possível, sendo a capacidade normativa dos

organismos – isto é, de instituir as normas para si - que permite ao ser criar uma nova ordem fisiológica ou patológica diante de tensões com o meio.

Observar os indivíduos como separados ou contíguos ao ambiente (natural, social, cultural) em que estão necessariamente imersos resulta em profundas diferenças na apreensão dos comportamentos de risco. Quando se parte de uma suposta independência entre os fatores de risco e o indivíduo, a prevenção é pensada em termos de cuidados de evitação (MINAYO & SCHENKER, op. cit.), presumindo que sem o contato com aquilo que oferece risco, garante-se a proteção contra o mesmo.

Se, por outro lado, assume-se a premissa de que a vida só é possível a partir de uma abertura para o meio em que ela se realiza, faz-se necessário pensar sobre a própria possibilidade de um fechamento para os riscos, e ainda se isso é algo realmente desejável. O contato com o mundo é aqui o principal recurso para o desenvolvimento da habilidade em responder a qualquer coisa que possa fazer “mal”. E presumindo que o risco de nos depararmos com um risco é sempre muito alto, estaremos tão mais protegidos quanto mais atentos ao ambiente, às emoções que eles nos suscitam, e às maneiras como respondemos aos mesmos. Faz-se assim necessário ampliar o escopo de análise sobre os comportamentos de risco em saúde, incluindo a amplitude de aspectos envolvidos na conduta humana.

## **Resultados e Discussão**

### Os adolescentes concretos

A partir do quadro conceitual exposto acima, fundamentamos a metodologia e a análise da pesquisa de campo com os adolescentes. Perguntamos-lhes sobre suas motivações e dos grupos nos quais circulam na adoção de duas práticas considerados comuns no contexto da adolescência, quais sejam, o uso de álcool e outras drogas e a não utilização de métodos preventivos nas relações sexuais.

As doze entrevistas realizadas tiveram sete do sexo masculino e cinco do sexo feminino, todos adolescentes entre 14 e 18 anos matriculados em escolas públicas do município de Lagoa Santa. As entrevistas foram transcritas, as falas categorizadas de acordo com a sistematização descrita por Bardin (1997) e então organizadas em torno de cinco categorias principais, quais sejam: a) definição de drogas; b) percepção sobre drogas ilícitas; c) motivação para uso de álcool; d) motivação para uso de outras drogas e e) motivação para a não utilização de métodos contraceptivos.

Em relação à primeira categoria geral (definição de drogas), os adolescentes relataram diferentes percepções. 80% dos entrevistados considera como droga as substâncias lícitas e ilícitas de uso recreativo, citando predominantemente o álcool e a maconha, referindo-se de forma desigual às outras drogas (cocaína, crack, ecstasy, oxi, loló, tabaco, entre outras), sendo que metade dos mesmos incluem em suas definições os remédios. 20% dos entrevistados associa a definição de drogas somente às substâncias ilícitas. Para um adolescente do sexo masculino, de 16 anos, a percepção da droga vincula-se também à de vício, como relata: *muitas das vezes droga não é só essas ervas, essas coisas que eu falei, mas uma coisa que te prende muito, eu acho isso uma droga também*”.

Em relação à segunda categoria (percepção sobre as drogas ilícitas), a maioria dos adolescentes vincula a proibição de determinadas drogas a efeitos prejudiciais à saúde das pessoas, como expresso nas falas: “*acabam com a vida rápido*” (masculino 16 anos) e “*tem drogas que são perigosas, que afetam os neurônios das pessoas, fazem elas agir diferente, prejudicam a saúde*” (feminino, 17 anos). Três adolescentes assumiram em seus discursos uma perspectiva crítica em torno dessa temática, mencionando os aspectos políticos, morais e sociais envolvidos na ilegalidade de algumas drogas e mostrando-se favoráveis à legalização da maconha. Por exemplo: “*você sabia que eu sou a favor da legalização da maconha? Porque legalizando a maconha vai diminuir o número de tráfico de armas, vai diminuir o número de mortes, diminuir o número de uso, e com essa medida melhora a qualidade também*” (feminino, 16 anos) e “*eu acho que isso envolve muito o ganho financeiro, o governo da gestão... quanto mais, assim, também tem que considerar a coisa da ética familiar*” (masculino, 17 anos).

A motivação para o uso de álcool entre os adolescentes entrevistados remete a três temas principais, quais sejam: a imagem associada ao consumo, como indica a fala “*ah, não sei, acho que pra falar nossa, ah, eu sou descolado, eu bebo*” (masculino, 15 anos); a diversão propiciada pelo efeito entorpecente, como declara uma entrevistada do sexo feminino, de 16 anos: “*quando eu comecei a beber o que eu achava legal era isso, rir com os amigos, fazer piada, e tudo mais*”; e, por último, como recurso de socialização, como expresso nos relatos “*eu bebo mais forçado mesmo, que é só pra não ficar tão isolado da sociedade*” (masculino, 15 anos) e “*eu acho que muitas das vezes é a timidez mesmo, que faz usar.... porque você fica muito mais espontâneo*” (feminino, 17 anos).

Em relação à motivação para uso de outras drogas, predomina nos discursos dos adolescentes entrevistados a associação da busca por drogas ilícitas à fuga de problemas pessoais e familiares, embora a maconha esteja vinculada, na percepção de alguns

adolescentes (30%), a efeitos de prazer e de tranquilidade, como declara um entrevistado do sexo masculino, de 16 anos: *“o prazer de você usar maconha é melhor quando você tem amizades e uma rodinha. Ali no meio, se você conhece todo mundo e é amigo, acho que a maconha te libera, você abre sua mente (...), e aí você sente um prazer de estar entre as pessoas, de sentir o que elas vão falar”*.

A não utilização de métodos preventivos nas relações sexuais são motivadas, na percepção dos adolescentes entrevistados, pelas circunstâncias momentâneas, como relata um entrevistado do sexo masculino, de 15 anos: *“ah, porque é um momento bom, é um momento de prazer, você gosta, então na hora você não pensa em parar”*; pela irresponsabilidade contida nessa atitude, já que em geral todos os jovens sabem que devem usar; e, ainda , sobretudo na fala de adolescentes do sexo masculino, pela julgamento público a que estariam submetidos aqueles que não consumassem o ato sexual, como indicado nas falas: *“sexo ninguém quer fazer feio, né? Ainda mais no meio dos jovens, que propaga e tal. Vira fofoca fácil, má fama é fácil”* (masculino, 16 anos) e *“se na hora H ele falasse que não por causa da camisinha, a menina podia até sair falando que ele era gay, essas coisas. Ele ia pensar assim, como é que eu vou ficar diante dessa situação, não, agora que eu comecei eu tenho que terminar”* (masculino, 15 anos).

Para os propósitos do nosso estudo, ressalta-se que o conhecimento sobre os riscos tornam-se muitas vezes secundários diante das preferências imediatas envolvidas em suas condutas, as quais variam nos diferentes relatos. Para alguns, é a diversão o que mais conta no consumo de bebidas alcoólicas, enquanto outros as utilizam como estratégia para sentir-se partícipe da situação vivenciada. Há adolescentes que relatam experiências prazerosas com a maconha, e que a preferem em relação ao álcool tanto pelos seus efeitos quanto pelos riscos envolvidos no uso de uma ou outra substância, ao passo que outros abominam o uso das drogas ilícitas, ao mesmo tempo em que declaram ter feito uso excessivo de álcool em determinadas circunstâncias sem maiores constrangimentos.

As diferentes vivências cotidianas dos adolescentes suscitam percepções mais ou menos críticas sobre as substâncias lícitas e ilícitas, e enquanto uns mostraram conhecimentos mais elaborados sobre o tema, outros basearam seus relatos no imaginário mais difuso do senso comum. Outras falas indicam como a probabilidade incerta de alguma consequência indesejada pode ser menos importante para o adolescente do que a certeza de um julgamento por parte de seus colegas, como no caso da consumação do ato sexual sem o uso de métodos preventivos.

É interessante notar que, exceto dois adolescentes que afirmaram fazer uso de álcool

ocasionalmente, os demais entrevistados ressaltaram não ingerir álcool ou outras drogas, embora já houvessem experimentado ou utilizado durante algum período. Também sobre o não uso de preservativos, suas impressões foram mais facilmente captadas quando referidas a ações dos adolescentes em geral, já que em relação à própria conduta a tendência dos mesmos foi mostrarem-se conscientes da importância do uso métodos preventivos e críticos daqueles que não o fazem. A recorrência dessa postura é indicativa da perspectiva moralizante na qual está geralmente inscrito o tratamento social dessas temáticas.

São muitos os exemplos que poderiam aqui ser trazidos para ilustrar a necessidade de uma visão mais crítica sobre o risco em saúde na adolescência. A perspectiva abstrata do risco e da adolescência traduz-se muitas vezes em tendências modeladoras do comportamento e na responsabilização dos indivíduos pelos agravos em relação os quais deveriam se preservar (AYRES et al., op. cit.). No entanto, cada indivíduo é singular e relaciona-se a sua maneira com os perigos e prazeres da vida. A experiência de uma pessoa pode não condizer com os perigos anunciados, o que levanta dúvidas sobre os cuidados que devem ser tomados (CASTIEL et al, op. cit.). E, na medida em que a moralização dos comportamentos de risco impede que sobre eles se fale abertamente, os adolescentes acabam desprovidos de informações que lhes podem ser muito necessárias.

Ademais, vivência e experimentação são também cruciais para a construção das identidades. Quanto mais munidos de consciência crítica, autoestima e confiança, maiores as chances de crescimento, amadurecimento e formação da resiliência por parte dos adolescentes, aumentando assim a probabilidade de que os riscos não se traduzam em danos. A construção de alternativas frente às adversidades, o estabelecimento de novas práticas que não tragam danos à saúde, enfim, a escolha de estilos de vida saudáveis, no sentido mais amplo da saúde, são possibilidades que, no lugar da culpabilização individual, podem ser propiciadas por atitudes construtivistas, que partem dos saberes e experiências daqueles para os quais se pretende construir estratégias de intervenção, valorizando-se as motivações pessoais e as emoções envolvidas em suas condutas.

Por fim, o uso de álcool e outras drogas e a não utilização de métodos preventivos nas relações sexuais são questões inscritas em contextos sociais e culturais mais amplos entre adultos e outras faixas etárias que precisam ser considerados para que seja viável uma real mudança nos quadros de adoecimento associados a tais comportamentos. Embora não tenha sido esse o foco do trabalho de campo, acreditamos ser necessário ter-se sempre em mente a

relação mutuamente constitutiva entre indivíduo e meio no planejamento tanto de ações imediatas quanto nas estratégias a médio e longo prazo.

### **Considerações finais**

Tomada como uma definição essencialmente técnica, como um conceito operacional e descritor da realidade, a noção de risco vem sendo reproduzida de forma predominantemente acrítica nos estudos em saúde (ALMEIDA FILHO, 1992). A tendência em não considerar as características redutoras das condições experimentais, bem como dos pressupostos que lhe são subjacentes, resultam na primazia de definições pragmáticas e intervenções técnicas em realidades essencialmente diversas e fluidas. O conhecimento abstrato é privilegiado diante de situações concretas, criando-se uma anterioridade da técnica em relação à vida (CZERESNIA, 2012).

A viabilidade da investigação sobre os riscos à saúde supõe uma inevitável redução dos aspectos dos fenômenos estudados. Por mais sofisticados que sejam os modelos de análise, como as abordagens que consideram simultaneamente fatores definidos em múltiplos níveis de organização - desde as dimensões macro da sociedade até os fatores micro do nível genético (DIEZ ROUX & ALVARES, 2010) – o recorte de variáveis sempre se faz necessário, cuja relevância será determinada pelo olhar e pela pergunta do observador. A complexidade do comportamento humano não pode ser reduzida a projeções estatísticas, sendo imprescindível ampliar as bases de compreensão dos indivíduos e dos fenômenos que os constituem, para assim atuar de maneira abrangente em prol da saúde e da qualidade de vida.

Como sugerido pelos resultados do trabalho de campo exposto no artigo, a temática dos comportamentos de risco entre adolescentes envolve aspectos irredutíveis aos instrumentos quantitativos de pesquisa, sendo preciso aprimorar as estratégias de intervenção em saúde de forma a identificar as particularidades dos indivíduos e grupos para os quais se voltam e assim adequar as ações às necessidades dos mesmos.

Por fim, estando a conduta humana sempre implicada em um contexto ambiental, social e cultural, é preciso atentar para que a culpabilização individual não obscureça a responsabilidade conjunta da sociedade em fornecer aos adolescentes um ambiente saudável de desenvolvimento e maturação físicos e emocionais. Nem em um nem em outro dos extremos em que o pensamento moderno dividiu o mundo, a questão dos comportamentos de

risco envolve totalidade dos fenômenos e das estratégias capazes de propiciar uma efetiva melhoria nos quadros de adoecimento da população adolescente.

### **Referências Bibliográficas**

ALMEIDA FILHO, Naomar. A clínica e a epidemiologia. Salvador: APCE/ABRASCO; 1992.

AYRES, José Ricardo de C. M. Epidemiologia e Emancipação. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994

\_\_\_\_\_. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: Programação em Saúde Hoje. São Paulo: Hucitec, 1990. P. 139-182

AYRES et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção à saúde. In: Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2009. P. 375-417

BARCELOS, Samuel et al. Youth risk Behavior Survey: Validação do Instrumento e estudo multicêntrico para Análise anual de comportamento de Risco entre Adolescentes Brasileiros. In: III Congresso nacional de Educação para a Saúde e I Congresso Luso-Brasileiro de Educação para a Saúde, 2010, Covilhã. Psicologia e Educação. Covilhã: Departamento de Psicologia e Educação, 2010. v. IX. p. 62-63.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1997

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995.

CASTIEL, Luis David et al. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010

CHOR, Dóra. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abril de 1999.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.

CZERESNIA, Dina Categoria vida: reflexões para uma nova biologia. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CZERESNIA et al. Os sentidos da saúde e da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

DAYRELL, Juarez. O jovem como sujeito social. Rev. Bras. Educ. Rio de Janeiro, n.24, set.-dez. de 2003.

DIEZ ROUX AV; ALVAREZ G. La necesidad de un enfoque multinivel en epidemiología: desafíos conceptuales y metodológicos. In: El planteamiento de una epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2010.

LUZ, Madel T. Natural, Racional, Social - Razão Médica e Racionalidade Moderna. São Paulo: Hucitec, 1988.

MATURANA, Humberto. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: UFMG, 2009



MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano. São Paulo: Psy II, 1995.

MEHRY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set.-dez. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SCHENKER, Miriam. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro , v.10,n.3,set.de 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitex, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Health for the World's Adolescents – A second chance in the second decade. World Health Organization: 2014.

OZELLA, Sergio; AGUIAR, Wanda Maria Junqueira de. Desmistificando a concepção de adolescência. Cad. Pesqui., São Paulo , v. 38, n. 133, abril de 2008

PERES, Fumika; ROSENBERG, Cornélio P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da Saúde Pública. Saude soc. São Paulo, v.7,n.1,jul.de1998.

SAFATLE, Vladimir. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. Sci. stud. São Paulo, vol.9, n.1, 2011.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Revista de Saúde Pública, v.29, n.1, 1995.

## 4.2 ARTIGO 2

### **Educação em tempos de crise: o risco da nossa percepção de mundo**

Isabela Vilela Chimeli

#### **Resumo**

Enquanto hábitos como a alimentação saudável, o uso de preservativos, a prática de atividades físicas e a abstinência de substâncias psicoativas são invocadas como medidas preventivas do risco no contexto da adolescência, os comportamentos valorativos, emocionais e cognitivos da nossa sociedade não costumam ser tematizados enquanto fatores relevantes na determinação dos quadros de adoecimento dos indivíduos e das populações. Nesse ensaio, propomos uma reflexão sobre a importância desses aspectos na configuração dos processos de saúde e doença, atentando para a propriedade autônoma dos sistemas vivos de instituir para si os próprios parâmetros e percepção e atuação.

Palavras-chave: comportamento de risco; adolescência; cognição; autonomia; saúde.

## Introdução

*Como vivemos é como educamos, e conservaremos no viver o mundo que vivermos como educandos. E educaremos outros como nosso viver com eles, o mundo que vivermos no conviver.*

*Mas que mundo queremos?*

(Humberto Maturana)

Toda realidade depende de um observador. Por conseguinte, o universo que constituímos, e que nos constitui reciprocamente, remete sempre a nós, que o observamos.

Se levarmos essa ideia às últimas consequências, ela nos imbuí de uma imensa responsabilidade diante desse mundo, em crise, que agora vivenciamos. Assumindo que somos nós quem o criamos, somos também os responsáveis por sua modificação, através da recriação de nós mesmos.

A tradição científica de pensamento, por seu turno, está ancorada em uma ideia distinta dessa que acabamos de apresentar. Ela se funda numa ruptura entre “ordem humana” e “ordem natural”, criando um sentido de externalidade e independência da natureza em relação ao homem (LUZ, 1988). Foi essa operação, cujo esboço começa a se delinear em torno dos séculos XV e XVI, que fundamenta a orientação *objetiva* da racionalidade da ciência moderna, ao criar uma separação cognitiva entre os eventos científicos (físicos, químicos, biológicos) e os aspectos subjetivos (culturais, sociais, psíquicos) da nossa existência.

Essa divisão, que coloca de um lado as relações de causalidade objetivamente dadas na natureza, e de outro, as dimensões marcadas pela agência proposital, intencional e volitiva dos homens (MAIA, 2012), cria bases epistemológicas dissidentes. No campo da saúde, predomina o conhecimento produzido no âmbito das ciências da natureza, onde o saber biomédico, focado no positivismo da anatomia, da fisiologia e, sobretudo, das manifestações patológicas do organismo humano (CAMARGO JR, 1992), orienta os modelos de assistência. A observação do homem enquanto um ser psicossocial, circunscrito em um contexto discursivo que molda sua forma de conceber o corpo e suas relações com a saúde e a doença, fica assim a cargo das ditas humanidades (como a história, as ciências sociais e a filosofia) e da psicologia.

Embora se assuma que as diferentes facetas do homem interajam e se interpenetrem na configuração dos quadros de adoecimento, e a mera justaposição de discursos numa entidade

“biopsicossocial” (CAMARGO JR, 1993) não desfaz a fragmentação a partir da qual o pensamento moderno, desintegrado em domínios ontológicos dicotomicamente opostos, apreende o ser humano. A orientação propriamente científica do campo da saúde privilegia a estrutura material do corpo em seus estudos e intervenções, e embora não se possa afirmar que os aspectos extraorgânicos estejam de fato ausentes, eles são, muitas vezes, incorporados como elementos secundários na explicação do processo saúde-doença, atuando mais como suportes lógicos ou empíricos de conclusões que permanecem fisiopatológicas (AYRES, 1994).

No imaginário da biologia, disciplina central no conhecimento biomédico, a vida é descrita nos termos da mecânica clássica, cujo postulado de independência entre o comportamento dos objetos e as condições de observação permite a assunção de uma realidade objetiva, que pode ser prevista e determinada. Os princípios da física quântica, porém, trouxeram uma forma profundamente diferente de conceber o mundo. O domínio da subjetividade foi expandido a elementos infinitamente pequenos, através de experimentações que demonstraram ser impossível definir a posição e a forma de apresentação de um elétron, como onda ou como partícula, antes do ato da observação. Tal premissa e seus desdobramentos reaproximam o sujeito do objeto, configurando uma realidade intimamente relacionada às possibilidades constituídas em pensamento (BOHR apud CZERESNIA, 2012).

A afirmação dessa outra maneira de compreender os fenômenos, caracterizada não por uma relação de ruptura, mas de continuidade entre as ciências e as humanidades, traz concretude para teorizações em geral restritas à especulação filosófica. Para Maturana e Varela (1995), certamente habitamos um mundo, o qual, no entanto, não pode ser conhecido de forma desvinculada da percepção que temos do mesmo. Como apontam os autores, desde as primeiras tentativas humanas de compreender as raízes do fenômeno do conhecimento, as abordagens vêm girando em torno de dois extremos. Predomina hoje uma perspectiva representacional, que pressupõe a existência de um mundo alheio às particularidades das diferentes formas de viver cotidianamente. Noutros tempos, prevaleceu a visão contrária, onde o ambiente circundante fora reduzido a construções da mente. Ambas as perspectivas, assim postas enquanto polaridades, mostram-se limitadas e limitadoras, tornando necessária a busca por compreensões que possam conciliá-las em um caminho do meio.

É como caminhar sobre o fio de navalha. De um lado, há uma cilada. A impossibilidade de compreender o fenômeno cognitivo se supusermos que o mundo é feito de objetos que nos informam, já que não há um mecanismo que de fato permita tal “informação”. Do outro lado, há outra cilada: o caos e a arbitrariedade da ausência de objetividade, onde tudo parece ser possível. Temos de aprender o seguir

o caminho intermediário – a andar sobre o fio de navalha (MATURANA E VARELA, op. cit, p. 153).

Para evitar tanto a determinação objetiva do mundo cognoscível como o solipsismo que, ao afirmar que só existe a interioridade de cada um, torna tudo válido, é preciso manter a “contabilidade lógica”, não perdendo de vista que “tudo que é dito, é dito por alguém. A solução, como todas as soluções de aparentes contradições, consiste em sair do plano das oposições e mudar a natureza da pergunta, passando para um contexto mais abrangente” (idem, p. 165).

É essa a ideia que pauta nossa reflexão, no presente ensaio, sobre o tema dos *comportamentos de risco* em saúde no contexto da adolescência. Em tempos em que as doenças crônico-degenerativas apresentam-se como uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, a alusão a uma série de hábitos de vida associados à ocorrência das mesmas tornou-se recorrente nas estratégias preventivas em saúde. Tratando-se de riscos que podem ser tanto adquiridos como evitados através de condutas, as ações educativas assumem nesse contexto um lugar central, dada a sua atribuição em capacitar os indivíduos para a prevenção, manutenção e melhoria da saúde individual e comunitária.

Inserida nessa conjuntura, a adolescência figura como um período crítico para as intervenções educativas, pois os processos biológicos, psicológicos e sociais de maturação característicos dessa fase a tornam propícia tanto para a consolidação de comportamentos saudáveis, quanto para a experimentação de substâncias e de atitudes que podem trazer consequências para a saúde no presente e no futuro. Na perspectiva biomédica, os adolescentes são vistos como indivíduos em transição, que correm o risco de se perder em meio à intensidade das transformações que vivenciam (PERES & ROSENBERG, 1988). E assim, referenciando a adolescência nessa imagem de vulnerabilidade, o contato com aquilo que pode trazer danos à saúde aparece como algo a ser evitado, como forma de garantir uma trajetória saudável para a vida adulta.

Nesse contexto, as práticas educativas são marcadas pela exacerbação das possíveis consequências dos comportamentos de risco à saúde e traduzidas na prescrição de cuidados de evitação (MINAYO & SCHENKER, 2005). A prevenção é aqui operacionalizada, por exemplo, através de estratégias voltadas para a abstenção das práticas que envolvem o consumo de álcool e outras drogas, ou ainda a inculcação de medidas que previnam as doenças sexualmente transmissíveis, bem como a gravidez precoce ou indesejada.

Se mantivermos a contabilidade lógica da perspectiva biomédica sobre os riscos, encontramos seu sentido e sua coerência na racionalidade anatomoclínica que a fundamenta.

A biomedicina “é um saber sobre a doença, não sobre o homem, o qual só interessa ao médico enquanto terreno onde a doença evolui” (CLAVREUL apud CAMARGO JR, 1992, p. 210). A condução da prática médica por uma espécie de “teoria das doenças” (idem) está entrelaçada ao campo discursivo no qual se estruturou o saber clínico, inserido no contexto dos hospitais, entre corpos adoecidos e cadáveres, cuja proximidade com a morte foi a própria condição de possibilidade para o surgimento da medicina enquanto ciência do indivíduo (FOUCAULT, 1997). A vida, porém, caracteriza-se por um fluxo contínuo entre seres e ambientes. “Quem dirá onde começa e onde termina a individualidade, se o ser vivo é uno ou múltiplo, se são as células que se associam no organismo ou se é o organismo que se dissocia em células?” (BERGSON, 2009, p.8). E de fato, as descobertas que vêm se dando sobre as complexas e entremeadas redes de relações entre macro e micro formas de vida tornaram a simbiose um dos principais conceitos da biologia contemporânea, desafiando as dicotomias fundantes do pensamento moderno (GILBERT;SAPP;TAUBER, 2012).

Assim, acreditamos ser de extrema relevância atentar para o ato de que muitas práticas em saúde, predominantemente orientadas pelo viés da doença, configuram ações que desconsideram as características mais vitais dos indivíduos e das populações. A doença e o risco, da forma como concebidos no paradigma hegemônico da saúde, são por isso alvo de uma crítica fundamental e comum. Tomadas como entidades autônomas, cuja existência independe do contexto em questão - seja ele individual ou social - (CAMARGO JR 1993, CASTIEL et AL 2010), essas noções deixam de lado a condição de todo ser humano que é o seu envolvimento com um ambiente vivo – entendendo por isso os meios físicos, culturais, emocionais, familiares, dentre todas as outras dimensões em que nós, seres humanos, estamos necessariamente imersos.

Nesse cenário, não é de se espantar que a definição de saúde se constitua como um importante problema teórico nas discussões contemporâneas sobre o tema. Para Almeida Filho (2011), o conceito de saúde figura como uma das principais lacunas do campo que leva esse nome. A dificuldade tem início na própria demarcação da saúde enquanto objeto de estudo. Encontramos hoje diversas abordagens críticas à sua definição como um conceito científico, que somente considera as constantes ou limites orgânicos estabelecidos pela ciência e pela estatística na determinação do que seria um estado de normalidade do corpo (CZERESNIA et al, 2013), em relação ao qual são identificadas as condições de salubridade ou enfermidade. A tentativa de superar a associação da saúde com um funcionamento fisiológico normal do corpo, e por consequência, a doença como desvio ou falha desse mecanismo, suscitou outras definições como a também muito contestada declaração da

Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, onde a saúde foi anunciada a um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade”. Seja pelo “misticismo sanitário” que essa ideia cria em torno de um ideal inalcançável (ALMEIDA FILHO, op. cit.), ou pela inculcação de uma completude e estabilidade a um processo que é, por natureza, incompleto e instável (DEJOURS, 1986), o enunciado da OMS é até os dias de hoje invocado como um projeto irreal de apreensão da saúde. Mas apesar do reconhecimento das limitações operadas pela primazia da doença no fazer da saúde, a busca por uma definição positiva da mesma perdura até os dias hoje. E no campo das disciplinas que constituem o chamado campo da saúde os modelos de patologia, doença, enfermidade ou agravo ainda prevalecem (ALMEIDA FILHO, op. cit.).

Na temática das ações educativas relacionadas aos comportamentos de risco em saúde, soma-se ao foco no adocimento uma compreensão mecanicista da aprendizagem humana. Tendo como principal metáfora o computador digital, a ciência cognitiva hegemônica compreende a aquisição de conhecimentos pelos indivíduos nos moldes das operações computacionais. Nessa perspectiva, “a cognição é uma representação mental: a mente é definida como operando em termos de manipulação de símbolos que representam características do mundo ou representam o mundo como sendo de um determinado modo” (VARELA et al., 2001, p. 30), reverberando a separação entre sujeito e mundo do pensamento moderno. Essa visão fundamenta a orientação da educação como um ato normativo, que tem a prescrição como seu principal instrumento. “O argumento cognitivista é que o comportamento inteligente pressupõe a capacidade de representar o mundo como sendo exato” (idem, p. 69), sendo o cérebro “um instrumento de processamento de informações que responde seletivamente às características do meio” (idem, p. 75), refletindo a tendência daquilo que Freire (1970) chama de “educação bancária”, onde caberia aos educadores “depositar” nos indivíduos o conteúdo médico sobre as doenças e as maneiras de evitá-las, transmitindo normas, inculcando condutas.

As estratégias correntes ancoradas nessa concepção, porém, não têm sido suficientes para promover uma transformação em direção ao estabelecimento de hábitos mais saudáveis de vida, inclusive nos meios escolarizados onde o acesso à informação não se apresenta como um obstáculo (CHOR, 1999). Tampouco foi possível observar qualquer estrutura que funcionasse nos termos computacionais que o pensamento hegemônico atribui à cognição, já que nos cérebros reais parece “não existir quaisquer tipos de regras, nenhum processador lógico central, nem a informação parece encontrar-se em endereços precisos” (VARELA et al, op. cit, p. 121). Ainda, a variabilidade com que a ocorrência das doenças se associa com a

presença ou ausência dos hábitos de vida tidos como saudáveis não sustenta a autonomia atribuída aos comportamentos de risco em relação aos indivíduos que se comportam e aos ambientes onde tais comportamentos se dão.

O modo da ciência de objetivar a realidade configura uma ruptura entre a vivência imediata e a construção de modelos explicativos, operando uma inversão da anterioridade da vida em relação à técnica baseada no conhecimento científico (CZERESNIA, 2012). De fato, tornou-se difícil aludir às dimensões vivenciadas por cada um de nós nas abordagens em saúde, por mais que saibamos, por nossa própria experiência, que cada um reage às doenças à sua maneira, de diferentes formas ao longo da vida, compreendendo e conduzindo o próprio corpo, com suas questões de saúde e doença, de um jeito particular. Mas no senso comum e na produção científica de conhecimento, a saúde é buscada e explicada majoritariamente a partir de referentes extrínsecos à subjetividade humana, persistindo o sentido de externalidade entre homem e natureza e a ênfase na proteção do corpo *contra* a invasão de materiais estranhos – apesar, como nota Vaz (1999), de esse olhar ter rendido poucos avanços no campo da imunologia, reiterando assim as limitações que a racionalidade médica impõe à compreensão dos fenômenos da vida.

Para aprimorar a resolutividade das ações voltadas para a promoção da saúde, portanto, faz-se necessário ampliar as bases do pensamento que as fundamentam. Os processos de saúde e doença estão implicados em circunstâncias muito mais complexas que aquelas estabelecidas pelo objetivismo do pensamento biomédico. No campo das ciências experimentais, os avanços da biologia celular e molecular, da genética, da neurociência, da imunologia, entre outros, vêm evidenciando associações entre emoções e doenças (MARQUES-DEAK & STERNBERG, 2004), instituindo novas áreas do conhecimento, como a psicossomática e a psiconeuroimunologia. As novas perspectivas que vêm sendo desenvolvidas lançam assim novas luzes para a problemática dos riscos e dos comportamentos a eles associados, aumentando também as possibilidades educativas dentro dessa temática.

De acordo com Dejours (op. cit.), existem apenas dois tipos de doenças cujas manifestações no corpo independem da vida psíquica dos seres humanos. Com exceção dessas, que são as intoxicações e as doenças parasitárias, encontram-se relações muito curiosas entre a evolução das doenças físicas e aquilo que se passa na cabeça das pessoas, fortemente associadas às circunstâncias afetivas vivenciadas pelo indivíduo que adoece.

Maturana e Varela (1995) argumentam, no domínio da biologia, em favor dessa perspectiva que atribui ao organismo, e não à existência de fatos ou objetos “lá fora”, os



efeitos das transformações que o mesmo sofre. Embora operando em diferentes ordens, os seres vivos se organizam através de um princípio comum: são entidades que produzem continuamente a si mesmas, diferenciando-se do meio circundante a partir de sua própria dinâmica *autopoiética*. A natureza física de seus componentes define seu espaço de existência, mas a fenomenologia biológica de tudo que é vivo depende de sua organização e do modo como esta se realiza. Dessa forma, assim como tudo que é dito é dito por alguém, as transformações de um ser ou sistema vivos podem ser desencadeadas pelo ambiente, mas são determinadas por sua estrutura a cada instante, de tal forma que, para cada organismo, sua história de interações conduzem a um caminho específico de mudanças estruturais.

A autonomia operacional dos seres vivos em relação ao meio, no entanto, não significa que os mesmos independam dele. Cada uma das células, dos organismos e dos sistemas vivos estão necessariamente implicados em contextos interacionais de realização. Quando as relações entre duas ou mais unidades autopoiéticas, sejam elas células ou humanos, adquirem um caráter recorrente ou muito estável, configura-se o que os autores chamam de *acoplamento estrutural*, resultando em uma trajetória de transformações mútuas. Essa característica está presente desde as formas mais simples de vida, tornando-se mais complexa na medida em que a configuração do organismo permite mais plasticidade aos domínios possíveis de interação. Esse incremento nas redes de conexão entre indivíduos e meio atinge seu ápice nos seres humanos, cujo sistema nervoso apresenta uma riqueza tal que multiplica e diversifica suas possibilidades de acoplamento, conformando fenômenos codependentes tanto da estrutura do organismo como da estrutura do ambiente que o circunda - entendido aqui no sentido amplo do meio físico, econômico, social, cultural e emocional em que vivemos.

Essas abordagens, entre outras possíveis, operam na temática dos comportamentos de risco um deslocamento de uma visão objetiva dos riscos interferindo na dinâmica de organismos abstratos, para uma compreensão das manifestações fisiológicas como um arranjo multifacetado, intrinsecamente vinculado às particularidades de cada existência humana e do mundo que os homens criam em conjunto. A saúde e doença surgem, aqui, como processos objetivados pelo universo de interações subjetivas entre organismo e meio, um imprescindível à constituição do outro, de tal forma a impossibilitar a primazia seja do indivíduo, seja do ambiente, na configuração dos processos de adoecimento.

Para Maturana (2009), uma das maiores dificuldades dos processos educativos voltados para as crianças e os adolescentes é que a eles são ensinados valores e virtudes que devem respeitar, ao passo em, quem vivem em um mundo adulto que os nega. O nosso modelo de sociedade, marcado pelo individualismo, pela competição e pelo imediatismo das

relações, criou um ambiente patológico, onde as profundas tensões (econômicas, sociais, culturais, naturais, emocionais) que o caracterizam suscitam condutas que prejudicam a saúde das pessoas, que por sua vez retroalimentam o ambiente daquilo que lhes fazem mal, em um círculo ininterrupto de enfermidades.

Enquanto hábitos como o a alimentação saudável, o uso de preservativos, a prática de atividades físicas e a abstinência de substâncias psicoativas são invocadas como medidas preventivas do risco no contexto da adolescência, outros tantos – como o comportamento emocional e cognitivo da sociedade na qual tais condutas se estruturam – não costumam ser incorporados nas estratégias predominantes de educação em saúde. A direção modeladora e culpabilizante que as orientam, atribuindo responsabilidade a cada indivíduo pelos riscos nos quais incorrem, não é acompanhada por uma responsabilização diante desse mundo em crise que constituímos em nosso cotidiano. E na medida em que os principais determinantes que matam e adoecem nossos adolescentes estão fora dos procedimentos estritamente médicos (MINAYO, 1990), a reconstrução de nós mesmos, a assim do mundo competitivo, injusto e violento que criamos, se constituem de fato como uma importante estratégia de prevenção aos riscos.

De acordo com um relatório divulgado pela Organização Mundial de Saúde em maio de 2014 (OMS, 2014), a maioria das 1,3 milhão de mortes de adolescentes estimadas em 2012 ocorreram por causas que poderiam ter sido evitadas ou tratadas. Evitar e tratar a vastidão de elementos que configuram os processos de saúde e doença, porém, envolvem medidas que ultrapassam o domínio daquilo que tradicionalmente consideramos próprio do campo da saúde. Indo mais além, diríamos que o cerne da amplitude e da gravidade das atuais questões relacionadas à saúde não só dos adolescentes, mas de todas as faixas etárias, encontram-se em uma esfera avessa ao território científico no qual se estruturou nosso modelo ocidental de atenção à saúde - os valores que pautam a cultura moderna e a relação dos mesmos com a qualidade de vida. Mais que isso, a própria ideia de valor – no sentido daquilo que norteia o comportamento humano - é estranha ao domínio da ciência, já que, no nosso imaginário, trata-se do verdadeiro conhecimento, isento de qualquer interferência da subjetividade humana.

A produção de conhecimentos hegemônica no campo da saúde não incorporou em seus pressupostos e metodologias a profunda mudança na forma de compreender a realidade trazida pelo pensamento quântico. Também, “a filosofia das ciências da vida talvez não tenha realizado um diálogo suficientemente produtivo com a física do século XX” (CZERESNIA, 2012, p. 98). Apesar de físicos como Schrödinger e Bohr terem aberto caminhos de reflexão para as implicações da nova física para a biologia (idem) e, mais recentemente, biólogos

como Maturana e Varela proporem explicações e experimentações biológicas que ultrapassam (e desfazem) os limites estabelecidos entre sujeito e objeto, perdura nos pilares do campo da saúde os pressupostos da biologia tradicional e, nela, os termos postos pela mecânica clássica.

No nosso contexto atual, onde a solução dos problemas que enfrentamos parecem tornar-se cada vez menos possíveis, acreditamos que o alcance da saúde individual e coletiva fica tão mais distante quanto menos a produção de conhecimentos e de práticas de assistência atentem para a ideia de que todo ato de conhecer produz um mundo, não apenas metaforicamente, mas concretamente. Esse ponto de vista torna patente a necessidade de uma reorientação nas nossas formas de perceber as relações do homem com seu entorno e dos homens entre si, incorporando uma dimensão ética que geralmente encontra-se ausente das discussões, das pesquisas e das ações desse campo.

No movimento que hoje é conhecido por Saúde Coletiva, cuja origem vincula-se a um projeto mais amplo de reforma da sociedade, vem se constituindo um projeto de educação baseado em uma perspectiva emancipatória, que concebe os sujeitos para muito além da fisiologia enfatizada pelo saber biomédico. Denominado *Educação em Saúde*, tem-se nesse projeto a noção de autonomia como carro chefe, onde a busca pela saúde envolve o exercício ativo do pensamento e da ação, incorporando, em sua iniciativa, a cidadania como elemento primordial.

Acreditamos que as experimentações empreendidas pelos novos campos de investigação científica têm o potencial de elevar os aspectos sociais, políticos e éticos que marcam esse movimento a outro patamar de significação. Não se tratam de aspectos secundários ou supérfluos, como se costuma crer dentro da perspectiva hegemônica, mas de fatores primários na constituição dos nossos adoecimentos.

Talvez o maior dos comportamentos de risco à saúde sejam os nossos hábitos de pensamento. E, nesse sentido, a questão mais crucial envolvida no contexto do risco na adolescência é o fato de que são os adolescentes aqueles que hão de ou perpetuar ou transformar o ambiente que criamos e que nos constitui. Torna-se fundamental, assim, reconsiderar o nosso ponto de partida na produção de conhecimento e de práticas, e migrar da doença para a saúde. Só assim será possível encontrar maneiras de edificar novas relações entre os homens e a natureza e construir um mundo saudável que possa ser compartilhado por todas as formas de vida.

## Referências Bibliográficas

- ALMEIDA FILHO, Naomar. O que é saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- \_\_\_\_\_. Towards a Unified Theory of Health-Disease: I. Health as a complex model-object. Rev. Saúde Pública. São Paulo, vol. 47, n.3, junho de 2013.
- AYRES, José Ricardo de C. M. Epidemiologia e Emancipação. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.
- \_\_\_\_\_. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: Programação em Saúde Hoje. São Paulo: Hucitec, 1990. P. 139-182.
- AYRES et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção à saúde. In: Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2009. P. 375-417.
- BERGSON, HENRI. A Evolução Criadora. São Paulo: Unesp, 2009.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995.
- CASTIEL, Luis David et al. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- CHOR, Dóra. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abril de 1999.
- CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. (Ir)racionalidade Médica: os paradoxos da clínica. Physis. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 1992.
- \_\_\_\_\_. Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.
- CZERESNIA, Dina. Categoria vida: reflexões para uma nova biologia. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- CZERESNIA et al. Os sentidos da saúde e da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.14, n.54, abr.- jun. de1986.
- FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense, 1997.
- FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.
- GILBERT, Scott T. et. al. A Symbiotic View of Life: We Have Never Been Individuals. The Quarterly Review of Biology, vol. 87, No. 4, dez. de 2012.
- LUZ, Madel T. Natural, Racional, Social - Razão Médica e Racionalidade Moderna. São Paulo: Hucitec, 1988.

- MAIA, Carlos Alvarez. Mannheim, Fleck e a compreensão humana do mundo. In: Ludwik Fleck, Estilos de Pensamento na Ciência. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012.
- MARQUES-DEAK, Andrea; STERNBERG, Esther. Psiconeuroimunologia: a relação entre o sistema nervoso central e o sistema imunológico. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 26, n. 3, Sept. 2004 .
- MATURANA, Humberto. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: UFMG, 2009.
- MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano. São Paulo: Psy II, 1995.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 6, n. 3, set. de 1990 .
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; SCHENKER, Miriam. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro , v.10,n.3,set.de 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Health for the World's Adolescents – A second chance in the second decade. World Health Organization: 2014
- PERES, Fumika; ROSENBERG, Cornélio P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da Saúde Pública. Saude soc. São Paulo, v.7,n.1,jul.de1998.
- VARELA, Francisco; THOMPSON, Evan & ROSCH, Eleanor. A mente corpórea: ciência cognitiva e experiência humana. Portugal: Instituto Piaget. 2001.
- VAZ, Nelson. O ensino e a saúde: um olhar biológico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15, supl.2, 1999.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde Coletiva é fruto de uma proposta ampla de reforma do nosso modelo de sociedade, constituindo-se como um campo que aglutina diferentes tendências, teóricas e práticas, críticas ao modelo hegemônico e predominantemente curativo de atenção à saúde - o que também explica, em grande medida, o caráter subordinado de suas bases epistemológicas e de seus princípios de atuação (Ayres, 1994) diante da primazia da racionalidade biomédica. De um modo geral, nesse projeto que se vincula, em sua origem, ao processo de redemocratização do Brasil, a compreensão da saúde, restrita na biomedicina aos parâmetros fisiológicos do organismo, é estendida ao seu caráter político e social, ampliando o escopo de observação e intervenção nos processos de saúde e doença.

Mas a facilidade com que se recusam maneiras de ver destoantes daquelas hegemônicas costuma ser a mesma com que se empreendem análises muito trabalhosas, dentro das perspectivas mais difundidas e aceitas. Sob o pretexto de que “não é científico”, reflexões e insights são contestados, mesmo quando parecem ir de encontro a nossa experiência cotidiana. Assim, a efetivação e o aprimoramento de tecnologias leves, construídas cotidianamente em ato no âmbito de práticas sempre relacionais, confrontam-se com a dureza dos equipamentos e dos saberes estruturados (MEHRY, 2003), preponderantes no nosso sistema de saúde.

Para uma estudante formada em uma área essencialmente teórica, as Ciências Sociais, deparar-se com o pragmatismo do universo da saúde mostrou-se uma tarefa desafiadora. As intervenções em saúde necessitam que os conceitos sejam operacionalizados, requerendo da teoria que resulte em atividades executáveis. Ao mesmo tempo, pela empiria de suas atuações, esse terreno evidencia as implicações práticas do pensamento e da disposição para transformá-lo segundo as exigências de cada contexto.

O papel da ciência na sociedade de hoje obriga a tudo que requer alguma confiabilidade que se mostre científico. “Ficar fora do escopo do que possa merecer esse adjetivo é cingir-se ao passado, à credice, à falta de rigor e à impossibilidade de progredir”, como observa Assis (1993, p. 152), ao afirmar que a ciência assume hoje a posição que a religião ocupava há cerca de cinco séculos no pódio da autoridade do conhecimento. Vivemos em uma cultura onde “o cientista transforma-se em representante acreditado de uma conduta em relação à qual toda forma de resistência poderá ser considerada obscurantista ou irracional” (STENGERS, 2002, p. 31). Nessas conjunturas, é natural que haja um grande esforço em tornar científico qualquer argumento que se queria defender ou explorar, na

medida em que é esse o critério que define a sua validade. Nesse trabalho, porém, buscamos refletir sobre outro caminho possível para a inclusão dos aspectos tidos como subjetivos, que consiste na revisão daquilo que entendemos por racionalidade científica e, portanto, pelo que consideramos enquanto conhecimento verdadeiro.

Arriscamo-nos, assim, a tematizar a noção de comportamento de risco a partir de uma perspectiva pouco usual, adentrando pelos campos da biologia, da física, da ciência cognitiva, embora não tivéssemos competência para aprofundar os conhecimentos que aqui apresentamos de forma sucinta.

Stengers (2005), em sua proposta *cosmopolítica*, advoga contra um modo de fazer ciência que antecipa os resultados (por já ter estabelecido, a priori, o que é um fato digno de investigação científica), compartilhando assim do *ethos* dos cientistas experimentais. Sua argumentação tem um movimento interessante: ao mesmo tempo em que critica a alusão a fatos reais como ideal primordial de conversação entre as ciências (isto é, só é possível estabelecer diálogos se partimos dos fatos reais, que a ciência explica), admira, nos cientistas experimentais, a tentativa apaixonada de delegar à realidade o poder de minimizar a nossa liberdade de interpretação.

Não se trata de questionar a existência das coisas, mas atentar contra a imposição de uma única realidade - a confusão do poder com a verdade da nossa tradição - que se põe em guerra contra todas as outras realidades possíveis. Trata-se, antes, de falar do múltiplo, das possibilidades criativas, de convergências e divergências entre elas, de tudo quanto pode acontecer a partir das diversas relações que podem ser feitas. Trata-se, em suma, em assumir que a vida é irreduzível a conceitos estabelecidos, pois ela sempre se transforma.

O retrato terminado explica-se pela fisionomia do modelo, pela natureza do artista, pelas cores misturadas na paleta; mas, mesmo conhecendo aquilo que o explica, ninguém, nem sequer o artista, teria podido prever exatamente o que viria a ser o retrato, visto que predizê-lo teria sido produzi-lo antes de ele ter sido produzido, hipótese absurda que destrói a si mesma. O mesmo se passa com os momentos da nossa vida cujo artista é cada um de nós. Cada um deles é uma espécie de criação. E, da mesma forma como o talento do pintor se forma ou se deforma, e em todo o caso se modifica sob a influência das próprias obras que produz, igualmente cada qual dos nossos estados, ao mesmo tempo que sai de nós, modifica a nossa pessoa, visto ser a nova forma que acabamos de dar a nós próprios. Justifica-se, portanto, dizer que o que fazemos depende daquilo que somos; mas é necessário acrescentar que somos, em certa medida, aquilo que fazemos, e que criamos continuamente a nós próprios. Essa criação de cada um por si próprio é, aliás, tanto mais completa quanto mais se pensa sobre aquilo que se faz (BERGSON, 2009, p. 22).

Esperamos que, de alguma forma, tenhamos contribuído com esse trabalho para a abertura de perspectivas e para a mudança dos nossos padrões de pensamento. Acreditamos que para encontrar soluções para os adoecimentos com as quais convivemos, é preciso assumir outros pontos de partida, criar novas perguntas e assim novas bases de investigação e intervenção em direção à saúde. Afinal, é a partir da mudança do nosso comportamento que se faz possível o surgimento de novas informações.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar. A clínica e a epidemiologia. Salvador: APCE/ABRASCO: 1992.
- \_\_\_\_\_. O que é saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ASSIS, Jesus de Paula. Kuhn e as ciências sociais. *Estud. av.* São Paulo, vol.7, n.19, dez. de 1997. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010340141993000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340141993000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 mar. 2014.
- AYRES, José Ricardo de C. M. Epidemiologia e Emancipação. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.
- \_\_\_\_\_. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990. P. 139-182.
- AYRES et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção à saúde. In: *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2009. P. 375-417.
- BARCELOS, Samuel et al. Youth risk Behavior Survey: Validação do Instrumento e estudo multicêntrico para Análise anual de comportamento de Risco entre Adolescentes Brasileiros. In: *III Congresso nacional de Educação para a Saúde e I Congresso Luso-Brasileiro de Educação para a Saúde, 2010, Covilhã. Psicologia e Educação*. Covilhã: Departamento de Psicologia e Educação, 2010. v. IX. p. 62-63.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1997.
- BARATA, Rita Barradas. Causalidade e epidemiologia. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro , v. 4, n. 1, jun. 1997 . Disponível em <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701997000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 abr. 2014.
- BERTALANFFY, L. K. Teoria geral dos sistemas. Petrópolis: Editora Vozes; 1972.
- BERGSON, HENRI. A Evolução Criadora. São Paulo: Unesp, 2009.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995.
- CASTIEL, Luis David et al. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- CHOR, Dóra. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abril de 1999. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000200027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200027)>. Acesso em: 15 mar. 2014.
- CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. (Ir)racionalidade Médica: os paradoxos da clínica. *Physis*. Rio de Janeiro, v.12, n. 1, 1992. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/physis/v2n1/08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/physis/v2n1/08.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.

CLARO, Lenita Barreto Lorena et al . Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 22, n. 8, ago. de 2006. Disponível em: <[www.scielosp.org/pdf/csp/v22n8/05.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n8/05.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2014.

CZERESNIA, Dina. Categoria vida: reflexões para uma nova biologia. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CZERESNIA; MACIEL; OLVIDO. Os sentidos da saúde e da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

DAYRELL, Juarez. O jovem como sujeito social. Rev. Bras. Educ. Rio de Janeiro, n.24, set.-dez. de 2003. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782003000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782003000300004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 03 jan. de 2015.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.14, n.54, abr.- jun. de1986.

DIEZ ROUX AV; ALVAREZ G. La necesidad de un enfoque multinivel en epidemiología: desafíos conceptuales y metodológicos. In: El planteamiento de una epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2010.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

GILBERT, Scott T. et. al. A Symbiotic View of Life: We Have Never Been Individuals. The Quarterly Review of Biology, vol. 87, No. 4, dez. de 2012. Disponível em: <[blogs.bu.edu/ait/files/2012/12/SymbioticViewQRB.pdf](http://blogs.bu.edu/ait/files/2012/12/SymbioticViewQRB.pdf)>. Acesso em: 15. Out. 214.

LUZ, Madel T. Natural, Racional, Social - Razão Médica e Racionalidade Moderna. São Paulo: Hucitec, 1988.

MAIA, Carlos Alvarez. Mannheim, Fleck e a compreensão humana do mundo. In: Ludwik Fleck, Estilos de Pensamento na Ciência. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012.

MARQUES-DEAK, Andrea; STERNBERG, Esther. Psiconeuroimunologia: a relação entre o sistema nervoso central e o sistema imunológico. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 26, n. 3, Sept. 2004 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644462004000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462004000300002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 jan. 2015.

MATURANA, Humberto. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano. São Paulo: Psy II, 1995.

MEHRY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando

mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set.-dez. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, set. de 1990. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1990000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 jan. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitex, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SCHENKER, Miriam. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.10,n.3,set.de 2005. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1413-81232005000300027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1413-81232005000300027)>. Acesso em: 10 mar. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Health for the World's Adolescents – A second chance in the second decade*. World Health Organization: 2014

OZELLA, Sergio; AGUIAR, Wanda Maria Junqueira de. Desmistificando a concepção de adolescência. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, v. 38, n. 133, abril de 2008. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-15742008000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742008000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 dez. 2014.

PERES, Fumika; ROSENBERG, Cornélio P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da Saúde Pública. *Saude soc.* São Paulo, v.7,n.1,jul.de1998. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901998000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901998000100004)>. Acesso em: 16 mar. 2014.

PORTOCARRERO, Vera. *As ciências da vida: de Canguilhem a Foucault*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SAFATLE, Vladimir. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Sci.stud.* São Paulo, vol.9, n.1, 2011. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-31662011000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662011000100002)>. Acesso em: 20 out. 2014.

STENGERS, Isabelle. *A invenção das ciências modernas*. São Paulo, 34: 2002.

\_\_\_\_\_. *The Cosmopolitical Proposal*. In: *Making Things Public. Atmospheres of Democracy*. Cambridge, Massachusetts & London: MIT Press, 2005.

TÔRRES, Jose Júlio Martins; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Visão complexa para uma forma complexa de agir. *Vigilância Sanitária em Debate* Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2013. Disponível em: <[visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/32](http://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/32)>. Acesso em: 10 dez. 2014.

VARELA, Francisco; THOMPSON, Evan & ROSCH, Eleanor. *A mente corpórea: ciência cognitiva e experiência humana*. Portugal: Instituto Piaget. 2001.

VAZ, Nelson. O ensino e a saúde: um olhar biológico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, supl.2, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000600017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 jan. 2015.

VELHO, Otávio. De Bateson a Ingold: passos na constituição de um paradigma ecológico. Rio de Janeiro, *Mana*, v. 7, n. 2, out. de 2001. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-93132001000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132001000200005). Acesso em: 12 nov. 2014.

WINKIN, Yves. *A nova comunicação: da teoria ao trabalho de campo*. SP: Papirus, 1998