

## SAÚDE E ADOLESCENTES: POSSIBILIDADES DE VIOLÊNCIA SIMBÓLICA

## HEALTH AND ADOLESCENTS: POSSIBILITIES OF SYMBOLIC VIOLENCE

*Amélia Maria Rodrigues da Silva*<sup>1</sup>

*Alberto Olavo Advíncula Reis*<sup>2</sup>

Silva AMR; Reis AOA. Saúde e adolescentes: Possibilidades de violência simbólica. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2009; 19(3): 457-464.

### **Resumo:**

este artigo se propõe a analisar o tipo de relação que as Unidades de Saúde estabelecem com os adolescentes no município de Fortaleza, CE, na perspectiva da violência simbólica de Pierre Bourdieu. Para tanto, foram organizados seis grupos focais constituídos de profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família. O número de participantes variou de 10 a 15 pessoas. Os critérios de escolha das Unidades foram: aquelas que já realizaram algum projeto de promoção à saúde ou prevenção de doenças com adolescentes; que possuem profissionais que são reconhecidos por desenvolverem atendimento junto aos adolescentes. As falas do grupo foram anotadas e transcritas por um observador independente. O material coletado foi analisado de acordo com os critérios clássicos da análise de conteúdo. Os resultados mostraram que há uma descrença na implantação de políticas públicas para a saúde na adolescência e que a sustentabilidade de programas e projetos fica fragilizada pela ausência dessa estrutura de apoio às ações no cuidado aos adolescentes.

**Palavras-chave:** adolescente; promoção da saúde; centros de saúde; violência simbólica.

1 Professora do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Doutoranda Interinstitucional/DINTER entre Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Escola de Saúde Pública do Ceará e Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. E-mail: ameliar@usp.br  
Endereço: Av. Rui Barbosa, 2435/302 - Bairro: Joaquim Távora - CEP:60.115-222 - Fortaleza – Ceará

2 Professor Doutor do Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Orientador do DINTER. E-mail: albereis@usp.br  
Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715 - São Paulo. SP - CEP 01246-904

**Abstract:**

this article aims to analyse the kind of the relationship of the health units with adolescents in the city of Fortaleza, CE in view of the symbolic violence of Pierre Bourdieu. So, were organized, consisting of professionals from the Basic Family Health Units. The number of participants ranged from 10 to 15 people. The criteria for the selection of units were those that have had some project to promote health or prevent disease in adolescents, who have professionals those which are recognized for developing care for adolescents. The discourse of the group were recorded and transcribed by an independent observer. The collected material was analysed according to the classic criteria for content review. The results showed that there is a disbelief in the implantation of public policies for the health of the adolescence and the sustainability of programs and projects is weakened by the absence of some structure of support.

**Key word:** adolescent, promotion of health, health center, symbolic violence.

**INTRODUÇÃO**

O último censo (2000) indica que havia 34.092.224 jovens na faixa etária de 15 a 24 anos no Brasil. Apesar de se verificar, entre o período censitário de 1970 a 2000, um aumento do número absoluto de jovens da ordem de 54%, observa-se, por outro lado, uma desaceleração na tendência de crescimento decorrente, provavelmente, do declínio da taxa de fecundidade em todas as faixas etárias.

Hoje, o total de jovens representa mais de 20% da população do Brasil.<sup>1</sup> Em Fortaleza, a população é de 2.141.402 pessoas, estimando-se que 636.435 (29,7%) sejam jovens com idade entre 15 e 19 anos.<sup>2</sup>

Para a Organização Mundial de Saúde/OMS, adolescência é um processo de transição entre a infância e a vida adulta que envolve transformações no âmbito psicológico, em especial, nos processos de estabelecimento identitário, no contexto da maior autonomia sócio-econômica e nas modificações de natureza anatomo-fisiológicas que ocorrem entre os 10 e 19 anos. No Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA, seriam os indivíduos entre 12 e 18 anos que gozam de direitos e deveres específicos.

O Sistema Único de Saúde/SUS no Brasil tem procurado desde a década de 90 reco-

nhecer este grupo populacional como sujeito de necessidades específicas de saúde, desenvolvendo ações vinculadas a projetos e/ou programas para o atendimento dessas necessidades. Este estudo procura analisar o tipo de relação que as unidades de saúde estabelecem com os adolescentes no município de Fortaleza, CE, a partir de pressupostos da Teoria da Violência Simbólica de Bourdieu.<sup>3</sup> A análise é feita considerando as seguintes categorias: a) o conceito de adolescência e b) o papel social das unidades de saúde.

**MÉTODOS**

Foram formados seis grupos focais constituídos de profissionais de saúde das Unidades Básicas de Fortaleza que compõem o Programa de Saúde da Família/PSF. Fortaleza possui atualmente 758 profissionais de saúde vinculados ao PSF, entre enfermeiras, médicos e dentistas (figura I e II) e é dividida administrativamente em seis regionais (Secretarias Executivas Regionais/SER) (figura III), tendo sido cada grupo focal constituído por profissionais de cada regional. Os participantes de cada grupo foram: o assessor da área da criança e do adolescente da regional; o assessor da área de DST/Aids da regional; o assessor de

**FIGURA I:** Distribuição das SER segundo no. de unidades básicas de saúde e no. de equipes de PSF

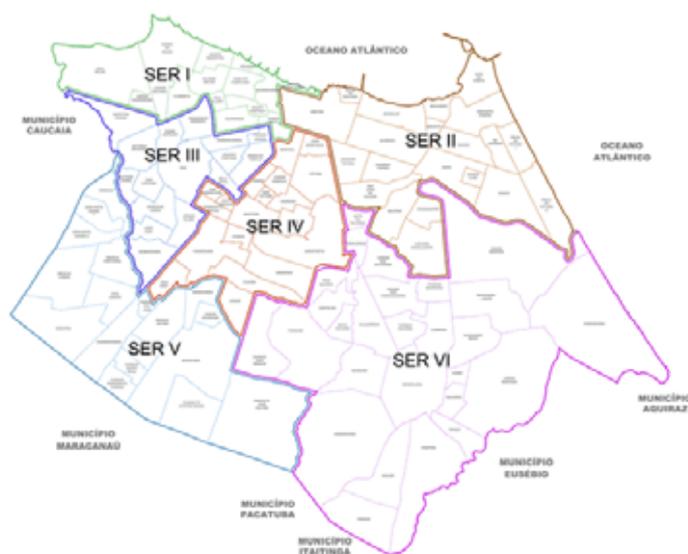
SER	Nº Unidades Básicas de Saúde	Nº de equipes de PSF
<b>I</b>	13	40
<b>II</b>	11	39
<b>III</b>	16	61
<b>IV</b>	12	33
<b>V</b>	19	69
<b>VI</b>	20	75
<b>TOTAL</b>	91	317

Fonte: Secretarias Executivas Regionais/SER de Fortaleza/Ce

**FIGURA II:** Distribuição das SER segundo no. de profissionais de saúde das equipes de PSF

SER	Nº de médicos	Nº de enfermeiras	Nº de dentistas	TOTAL
<b>I</b>	40	39	24	<b>103</b>
<b>II</b>	26	37	31	<b>94</b>
<b>III</b>	35	56	41	<b>132</b>
<b>IV</b>	27	32	25	<b>84</b>
<b>V</b>	51	67	43	<b>161</b>
<b>VI</b>	54	71	59	<b>184</b>
<b>TOTAL</b>	<b>233</b>	<b>302</b>	<b>223</b>	<b>758</b>

Fonte: Secretarias Executivas Regionais/SER de Fortaleza/Ce

**Figura III:** Fortaleza distribuída nas 6 Secretarias Executivas Regionais

Fonte: Secretarias Executivas Regionais/SER de Fortaleza/Ce

juventude da Prefeitura e profissionais de saúde das unidades, dentre enfermeiras, médicos e dentistas.

O número de participantes variou de 10 a 15 pessoas e contemplou os critérios clássicos da ordenação de grupos focais, a saber, comprometimento com o tema pesquisado e homogeneidade.

Os temas debatidos foram:

1) A realidade das equipes de PSF quanto ao atendimento a adolescentes;

2) A possibilidade de realização de um projeto de promoção da saúde com adolescentes nas regionais.

As oficinas realizaram-se no período de agosto a novembro de 2008.

Os critérios de escolha das unidades básicas de saúde de Fortaleza/UBASF foram:

a) unidades que já realizaram algum projeto de promoção à saúde ou prevenção de doenças com adolescentes;

b) unidades que possuem nas suas equipes de PSF, profissionais que são reconhecidos por desenvolverem atendimento a adolescentes;

c) unidades que demonstram interesse por estruturação da assistência a adolescentes (acessibilidade dos coordenadores, interesse de profissionais).

As falas do grupo foram anotadas e transcritas por um observador independente à medida em que eram produzidas. O material coletado foi analisado de acordo com os critérios clássicos da análise de conteúdo. O trabalho foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/FSP da Universidade de São Paulo/USP, protocolo no. 1724 em 26 de março de 2008

## RESULTADOS

Os grupos focais foram realizados ou na sede da Secretaria Executiva Regional ou em uma unidade de saúde das regionais. Partici-

param dos seis grupos, 71 profissionais de saúde no total, variando de 10 a 15 pessoas em cada grupo e estavam representadas 31 unidades básicas de saúde de Fortaleza.

Os profissionais relatam que a “porta de entrada” dos (das) adolescentes na unidade de saúde são os serviços de planejamento familiar, pré-natal e odontologia. De acordo com suas falas, algumas adolescentes, no serviço de planejamento familiar, mostram-se constrangidas por medo de que familiares descubram o motivo de sua ida à unidade.

Há, em geral, uma descrença quanto ao desenvolvimento de políticas públicas para a saúde, em especial para a organização do cuidado ao adolescente. Tal dado foi observado quando da proposta à realização de um projeto de promoção a saúde com adolescentes onde se percebeu uma reação de apatia e descrença em uns,

*...tanta reunião... e acaba dando em nada...(P3, grupo1)*

e resistência em outros. Contudo, há de se observar que, existem alguns profissionais muito engajados e motivados em suas unidades na assistência a essa população. Uma motivação do tipo “missionária”. Nesses últimos, observou-se um compromisso com o trabalho com adolescentes que os fazia serem identificados na unidade como aqueles (as)

*...que gostam de trabalhar com adolescentes (P2, grupo4).*

Apresentam um perfil de resistência aos obstáculos, são atentos a cursos e formação na área da criança e adolescente, capazes de sacrifícios pessoais para o êxito do projeto.

*...eu cheguei a botar dinheiro do meu bolso... trabalhar em horários extras... (P3, grupo 4)*

Quando relatam suas experiências nesses projetos, expressam sentimento de frustração no exercício profissional quando da não continuidade das atividades. Em todas as regionais já existiram unidades que relataram experiências com grupos de adolescentes que não

se sustentaram. Porém, existem unidades que sustentam grupos de promoção à saúde ou de prevenção de doenças com adolescentes além do atendimento individual.

Quando indagados quanto às razões dessa não sustentabilidade dos projetos, foram citadas muitas fragilidades:

- a) A falta de uma política pública que garanta a continuidade do programa/projeto independente de governos e gestões;
- b) Insegurança para trabalhar questões relacionadas à sexualidade (gravidez na adolescência, contracepção, DST/Aids). Há uma necessidade muito citada que se refere a cursos de formação na área da adolescência. Os profissionais falam que o (a) adolescente é um usuário que requer uma formação específica para o atendimento, que envolva conceituação de adolescência, crescimento e desenvolvimento, dinâmicas para trabalho de grupo, além de debates que os atualizem nas temáticas específicas citadas acima que circunscrevem o universo adolescente. Aqui em especial foi referida a necessidade de conhecimento das várias “tribos” de adolescentes com suas maneiras diferenciadas de expressão. Alguns profissionais relatam problemas na comunicação com o adolescente *...é difícil... eles têm a maneira deles serem... às vezes a gente não consegue se comunicar...(P4, grupo3);*
- c) Medo de trabalhar com adolescentes usuários de drogas do entorno da unidade de saúde. Havia uma representação que envolvia o usuário de drogas relacionando-os a violência, agressão;
- d) Falta de materiais educativos para a realização do trabalho;
- e) Falta de recursos financeiros que viabilizem os grupos. Os profissionais colocam que são necessários recursos especiais para o trabalho com adolescentes: transporte para atividades fora da unidade, pessoal treinado, recursos financeiros que possam dar sustentabilidade ao projeto nas suas necessidades logísticas (materiais pedagógicos, de escritório);
- f) Dificuldade para formar os grupos na própria unidade em virtude da demanda de atendimentos em geral ser alta, o que também foi citado de outra forma, que seria a dificuldade em ausentar-se da unidade para fazer grupos nos equipamentos sociais do território. Segundo suas falas, na estruturação da assistência é muito exigida a presença do profissional de saúde no espaço físico da unidade. Alguns profissionais citaram que existem coordenadores de unidades que são resistentes ao trabalho de formação de grupos, pois, *retira o profissional da unidade (P4, grupo 3);*
- g) Relatam que necessitam de capacitação no tema de violência sexual e doméstica contra crianças e adolescentes. *...se tiver o olhar voltado para isso muita coisa é identificada... o profissional tem medo(P3, grupo 1);*
- h) Identificam que a relação entre a escola e a unidade de saúde ainda é frágil, que os trabalhos não são feitos em parceria. Falam que a escola é um espaço por excelência para o trabalho com os adolescentes, mas as agendas entre os profissionais da educação e da saúde muitas vezes não abrem espaço para o planejamento das ações em conjunto.

## DISCUSSÃO

### O CONCEITO DE ADOLESCÊNCIA

Observou-se que a fala dos profissionais de saúde sobre os adolescentes e o trabalho realizado com eles(as), era construído a partir de concepções do que consideravam adolescência, variando desde uma abordagem bio-naturalista a uma abordagem sócio-histórica.

Na primeira abordagem a adolescência seria uma etapa natural da evolução humana descartando-se os determinantes do tempo e espaço para explicar a gênese do conceito. Na segunda abordagem, o contexto para compreensão da adolescência centraliza-se na análise histórica de construção das sociedades. A compreensão das características psicológicas nesta abordagem emerge à medida que se compreende a evolução das projeções sociais sobre crianças e adolescentes.<sup>4</sup>

Essas projeções constituem um conjunto de valores e representações, as quais Bourdieu chamou de *arbitrário cultural*, que irá ser reproduzido na relação entre adulto e adolescente ou profissional de saúde e usuário adolescente. Qualquer tipo de ação educativa, denominada de *ação pedagógica*, desenvolvida nessa relação, estará imbuída desse caráter reprodutivista. Se o adulto/profissional de saúde considera a adolescência um processo natural (todo adolescente viverá sempre o mesmo processo e possuirá sempre as mesmas características) ou social (a puberdade será significada pelo meio em que o indivíduo vive), tais pressupostos irão fundamentar sua relação com os adolescentes e isso se traduzirá numa ação. Se considerarmos a assimetria social de poder entre adultos e adolescentes compreenderemos que aquele estará revestido de autoridade - *autoridade pedagógica* - que será vivida na família, na escola, na unidade de saúde ou em qualquer outra instância de formação social do adolescente. Na relação de comunicação com os adolescentes, a essa autoridade

estará garantida a força e o poder de inculcação de seus valores.<sup>3</sup> E é a essa imposição de significados que Bourdieu chamará *violência simbólica*, que, portanto pode ser compreendida como toda imposição de significações, tornadas legítimas pelo poder que as representa e vivenciadas nas relações entre grupos como expressão de força. Envolve uma ação, denominada ação pedagógica, pois objetiva a formação e reprodução de valores culturais, para a perpetuação desses valores.

### O PAPEL SOCIAL DAS UNIDADES DE SAÚDE

Os princípios do SUS são claros, abrangentes e deve-se trabalhar para sua maior consolidação, porém essa consolidação envolve não só uma reestruturação gerencial, organizativa e de financiamento, mas a mudança das concepções e práticas do fazer saúde. A mudança do modelo de atenção requer mudança “no objeto de trabalho, nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população usuária dos serviços”.<sup>5,262</sup> Os grandes desafios do SUS, como a assimetria de poder entre usuários e profissionais de saúde, a verticalização das decisões, a não participação do usuário nas instâncias formais, a cultura de que práticas sanitárias só se desenvolvem dentro da unidade de saúde, a diferença entre assistência a pobres e ricos<sup>6</sup> representa um conjunto de situações que constituem uma violência simbólica da relação entre poder institucional e usuário.

Outro desafio a ser superado seria a ênfase no componente orgânico que leva os profissionais de saúde a focalizarem somente a doença e não a pessoa portadora da doença.<sup>7</sup> Tal abordagem constrói uma relação entre serviço e usuário baseada na culpabilização dos doentes. A partir do pressuposto de que se conhece o agente etiológico, o diagnóstico e o

tratamento, basta ao doente aderir aos cuidados prescritos para atingir a cura ou manter a doença em equilíbrio metabólico. Caso não o faça, ele é responsabilizado pela falha. Bourdieu coloca que a produtividade do trabalho das instituições sociais (denominado *trabalho pedagógico*) é medida pela incorporação e durabilidade do novo comportamento no cotidiano dos indivíduos a quem se destina o trabalho. A expectativa da instituição de saúde é: uma vez cumprida todas as prescrições e normas, repassadas todas as informações legítimas como corretas para a reabilitação e manutenção da saúde, resta ao usuário a incorporação dessas informações em sua vida. Caso haja problemas na adesão (o indivíduo não conseguiu manter a dieta prescrita ou realizar os exercícios diariamente, por exemplo) a responsabilidade é do indivíduo, pois que a instituição reproduziu todo seu arbitrário cultural, cumprindo com seu papel social.

No universo institucional de saúde estruturado a partir de pressupostos da identidade adulta, há uma necessidade de maior participação das representações dos adolescentes. E isso, só surgiria como resultado da mudança de paradigma na maneira de relacionar-se com o universo juvenil.<sup>3</sup>

Portanto, no arbitrário cultural do desenvolvimento da violência simbólica estão:

1. A prerrogativa de que a instituição de saúde representa e está legitimada por um poder maior no qual se insere e precisa reproduzir, para a perpetuação de sua existência;

2. A formação dos profissionais de saúde que compõem as unidades tende a ser homogênea e resistente a saberes e práticas consideradas heterodoxos e heterogêneas. A incorporação de “novos modelos de atenção” ou “novas práticas educativas” teria que passar pelo crivo da ortodoxia e homogeneidade que fundamentam a estruturação do arbitrário cultural de saúde, para ser inserida no co-

tidiano desse conjunto de valores culturais das unidades;

3. As instituições de saúde não se vêem como reprodutoras de violência simbólica na medida da legitimidade de sua ação, reconhecida por um poder maior onde estão inseridas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência simbólica, portanto, no tipo de relação que a unidade de saúde mantém com os adolescentes está expressa quando:

As representações sobre o ser adolescente se dão a partir unicamente do olhar do adulto/profissional de saúde e circunscrevem a vivência do adolescente, fundamentando a relação desses com a unidade de saúde. Essas representações estão, algumas vezes, associadas a uma concepção de adolescência desqualificatória e negativada. Seria necessária a criação de espaços, nas unidades, onde o (a) adolescente pudesse expressar sua opinião sobre suas necessidades de saúde e sobre a natureza e qualidade do cuidado prestado a ele (a);

A autoridade delegada a unidade de saúde pelo poder maior no qual a instituição está inserida, garante a legitimidade do discurso prescritivo e normativo que constitui o arbitrário cultural da saúde na relação dos trabalhadores com o usuário adolescente;

A incorporação de novas práticas e modelos de atenção ao adolescente está submetida à tendência refratária das instituições de saúde a mudanças. A assistência de saúde é determinada a partir do que o sistema decide como arbitrário cultural e não a partir das demandas do usuário adolescente. Para a incorporação dos valores das várias identidades juvenis na estruturação das unidades, seria necessário um trabalho que incluísse a participação dos adolescentes nos espaços de planejamento, execução e avaliação da unidade de saúde.

**REFERÊNCIAS**

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / IBGE. Censo Demográfico. Rio de Janeiro: 2002.
2. Instituto de Juventude Contemporânea. Retratos da Fortaleza Jovem. Fortaleza: CE; 2007.
3. Bourdieu P, Passeron JC. A Reprodução. Elementos para uma teoria do sistema de ensino. Tradução de Reynaldo Bairão. Petrópolis: Vozes; 2008.
4. Bock AMB. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. Cad. Cedes. 2004; [Citado 2005 set.20]; 24 (62). Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>.
5. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde: desatando nós, criando laços. Saúde em Debate. 2003 set; 17 (65): 257 – 277.
6. Ayres J, Calazans G; França Jr. I. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/ Aids. In: Vieira E, Fernandes MEL, Bailey P, McKay A (Organizadoras.). Seminário Gravidez na Adolescência. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; 1998. p. 97 -109.
7. Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS.; Minayo MCS, Akerman M, Drumond JR M, Carvalho YM (organizadores.). Tratado de Saúde Coletiva. SP-RJ: Hucitec, Fiocruz; 2006. p. 837 – 868.

Recebido em: 28 de agosto de 2009.

Modificado em: 10 de outubro de 2009.

Aceito em: 25 de novembro de 2009.