

O adolescente em consulta: percepções biomédicas¹

The adolescent in the medical appointment: biomedical perceptions

Régia Cristina Oliveira

Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. São Paulo, SP, Brasil
E-mail: re.oliveira@usp.br

Cristiane Aparecida Fernandes da Silva

Universidade Federal de Uberlândia. Instituto de Ciências Sociais. Uberlândia, MG, Brasil.
E-mail: cris@incis.ufu.br

Resumo

Este texto objetiva discutir as especificidades da relação que se busca construir em consulta entre profissional da saúde, adolescente e o familiar que o acompanha. Trata-se de refletir acerca dos sentidos, expectativas e tensões implicados nessa relação. Para isso, parte-se de uma pesquisa qualitativa de pós-doutorado cujo foco de atenção centrou-se nos discursos de profissionais de saúde sobre o corpo adolescente e a adolescência. As falas desses profissionais são recuperadas para evidenciar aspectos importantes a respeito do modo como essa relação e os sujeitos, em especial adolescente e familiar, são pensados. Como técnicas de pesquisa, foram utilizadas a observação e entrevistas semiestruturadas em um serviço de atenção e de especialização em adolescência. O cerne do artigo consiste em destacar, de um lado, a procura do estabelecimento de parceria com a mãe por parte do profissional de saúde e, de outro, a postura do adolescente diante daqueles. Um dos principais resultados encontrados refere-se à importância da mãe dos adolescentes no percurso do atendimento biomédico.

Palavras-chave: Biomedicina; Adolescência; Relação Adolescente-profissional-família.

Correspondência

Régia Cristina Oliveira
Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades.
Av. Arlindo Béttio, 1000, Ermelino Matarazzo. São Paulo, SP, Brasil.
CEP 03828-000.

¹ O presente texto integra a pesquisa de pós-doutorado “*Adolescência e corpo adolescente: discursos da biomedicina*”, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), que contou com apoio inicial do CNPq.

Abstract

The text aims to discuss the specificities of the relation built during the medical appointment among the health professional, the adolescent and the relative who goes with him/her to the doctor. It aims to reflect on the meanings, expectations and tensions that are involved in this relation. This text is part of a postdoctoral qualitative research that focused on health professionals' discourses about the adolescent body and adolescence. These discourses show important aspects related to the way in which this relation and the individuals, specially the adolescent and the relative, are viewed. Semi-structured interviews and observation were used as research techniques in a health care service specialized in adolescence. The main objective of the article is to highlight, on the one hand, the health professional attempting to become a partner of the mother and, on the other hand, the adolescent's posture in relation to them. One of the main results refers to the importance of the adolescents' mother during the process of biomedical care.

Keywords: Biomedicine; Adolescence; Relation Among Adolescent, Health Professional and Family.

Introdução

Nas sociedades contemporâneas ocidentais, para o indivíduo que se percebe ou se imagina doente, não basta a compreensão da natureza de seu estado; é preciso que ele passe por um tratamento, que estabeleça um encontro com a medicina e com o médico (Adam; Herzlich, 2001).

Dadas as razões pelas quais esse encontro se estabelece, trata-se de um momento marcado por dramaticidade e tensão não apenas do indivíduo que procura o atendimento, mas também do profissional, que deverá levar em conta “[...] as opiniões dos pacientes se desejar que eles obedeçam as prescrições [...]”, salientam Adam e Herzlich (2001, p. 81). Os autores acrescentam o fato de a “comunicação” ser uma das grandes causas de reclamações dos usuários dos serviços de saúde, fato não ignorado pelos médicos.

Na atenção à adolescência, a questão da (dificuldade de) comunicação entre profissionais e usuários é particularmente significativa, refletindo-se na maneira como a adolescência é pensada pelos primeiros e, a partir daí, na relação construída, dela fazendo parte estratégica o familiar que acompanha o adolescente.

O estudo desenvolvido sobre a construção social do corpo e da “adolescência” pela biomedicina evidencia esse aspecto, destacando elementos considerados importantes pelos profissionais de saúde, na tentativa de construção de uma relação complexa com o usuário adolescente. Essa relação será tanto mais bem-sucedida quanto mais o profissional conseguir alcançar um vínculo (com o jovem e com o familiar) que possibilite a continuidade dos encontros, com vistas à solução do caso apresentado e/ou daquilo que esse profissional (e, em desigual medida, os outros da relação - familiar e jovem) considere pertinente na atenção à adolescência.

No campo da saúde, a adolescência compreende, enquanto recorte etário, a faixa dos 10 aos 20 anos incompletos e se divide em pré-adolescência, adolescência e adolescência tardia ou pós-adolescência. Para o desenvolvimento deste texto, do ponto de vista metodológico, optou-se por admitir esse recorte etário para pensar “a” adolescência. Essa escolha resulta da focalização nos discursos de profissionais de saúde no interior de um programa que se

baseia na Organização Mundial de Saúde (OMS) e que define esse intervalo etário para pensar “a” adolescência. As falas dos entrevistados referem-se a indivíduos dessa faixa etária, prevalecendo, em termos das experiências de atendimentos realizados por esses profissionais, indivíduos na faixa etária dos 15 aos 17 anos.

No tocante ao conceito tomado para a reflexão feita neste texto, é importante destacar adolescência como um termo social e historicamente construído, que apresenta diferentes sentidos, de acordo com o tempo e o local em que é considerado e com os grupos que o definem (Bourdieu, 1983).

Partindo dessas noções, este artigo traz a discussão para o âmbito da busca, pelo profissional de saúde, da construção de uma relação e de um vínculo com o adolescente, imprescindível à(s) consulta(s). Nesse intento, o profissional conta com o familiar do adolescente, com quem se alia. No exame da construção da relação social e, com ela, da busca de criação de um vínculo entre profissional de saúde, adolescente e familiar, outros elementos são apontados e estão relacionados às expectativas dos lugares e papéis sociais de cada um, alicerçados nas percepções e representações desenvolvidas a esse respeito.

Importante mencionar que “relação social” é um dos conceitos sociológicos fundamentais de análise nesse campo do conhecimento, particularmente em uma das vertentes do pensamento clássico, a sociologia compreensiva, cujo principal representante é Max Weber. Na obra *Economia e sociedade*, Weber (1999) define ação social como aquela que é orientada pelas ações dos outros, individualizados e conhecidos ou indeterminados e desconhecidos. Uma vez que essa ação é praticada para e com o outro, chega-se à relação social, entendida, nessa vertente, como a construção de uma ação, por vários indivíduos, num sentido correspondente. Probabilidade e reciprocidade são duas condições indispensáveis para a concepção de uma relação social, nesses termos.

Tomando por base esses conceitos, o texto ora apresentado busca desenvolver uma reflexão sobre a construção de uma relação específica nesse

encontro - profissionais de saúde, adolescentes e familiares - e os significados aí atribuídos pelos profissionais que os atendem. Nessa reflexão, busca-se, portanto, focar a discussão no modo como os profissionais de saúde compreendem a construção dessa relação, a partir da maneira como percebem e situam socialmente os adolescentes atendidos e os familiares que os acompanham.

A análise aqui empreendida parte das falas dos profissionais pesquisados - médicos, psicólogas, fonoaudiólogas, nutricionistas, dentistas e educadores físicos - no interior de um programa de atenção e especialização em adolescência. A discussão do material empírico está ancorada no aporte teórico que referenciou a análise dos elementos constitutivos, no momento contemporâneo, do encontro entre medicina/biomedicina² e usuários.

A pesquisa contou, como técnicas metodológicas, com observações sistemáticas de aulas para especializando em adolescência e entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde, especialistas e especializando em adolescência, no interior do referido programa, que se desenvolve no âmbito de uma universidade pública. Foram entrevistados 17 profissionais de saúde. Desses, eram especializando em adolescência: uma odontóloga; quatro nutricionistas; uma fonoaudióloga; uma psicóloga; um professor de educação física e uma profissional que apresentava duas formações, professora de educação física e nutricionista. Os outros oito entrevistados eram professores do programa. Esses sete profissionais especialistas apresentavam a seguinte formação: um médico nutrólogo; um médico pediatra e terapeuta familiar; uma médica pediatra; uma médica pediatra e nutróloga; uma psicóloga; duas nutricionistas.

A pesquisa foi conduzida segundo padrões éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Na discussão dos “achados de pesquisa”, a presente análise não visa contemplar as especificidades de cada área do saber, no campo da saúde. Buscar-se-á tomá-las por meio daquilo que as aproxima, ou seja, a racionalidade biomédica (Camargo Jr., 2003). Nesse aspecto, importante destacar a inclusão da

2 A biomedicina refere-se a áreas que se baseiam nos conhecimentos biológicos (Sarti, 2010).

psicologia neste estudo. Apesar de os cursos de psicologia nem sempre serem referenciados pela biomedicina, estão aqui incluídos aqueles que se realizam no âmbito das práticas e da racionalidade biomédicas.³

A relação entre médico e usuário: alguns pressupostos

Em termos sociológicos, o estudo da relação entre profissional de saúde e usuários diz respeito à compreensão do encontro de diferentes “grupos” sociais e seus referenciais socioculturais, deles fazendo parte os significados ali atribuídos pelos sujeitos implicados, diferenciados conforme as suas representações e relações de poder (Foucault, 2006) que os inscrevem.

Adam e Herzlich (2001) analisam esse aspecto da relação médico-paciente salientando os significados simbólicos mobilizados no encontro dos diferentes grupos sociais, distintos também em termos de prestígio, orientação, “competência” e poder, “[...] inscritos nas relações estruturais da sociedade global” (p. 88).

Ancorado nas relações de poder que permeiam o encontro entre profissional de saúde e usuário, um conflito latente entre perspectivas marca, em maior ou menor grau, toda relação desse âmbito (Freidson, 1984 apud Adam; Herzlich, 2001). Por um lado, o doente entende seu problema de acordo com seu contexto sociocultural. Por outro, o médico parte das categorias de sua especialidade para diagnosticar o usuário e suas necessidades. Adam e Herzlich mostram que as representações socioculturais da saúde e da doença coexistem com as categorias do saber médico, podendo, ao mesmo tempo, a elas se oporem.

Há, portanto, uma pluralidade de situações e configurações na interação médico-paciente, variando conforme os diferentes tipos de atividade médica, entre as quais a pediatria e a cirurgia, que “[...] repousam sobre um modelo de relação *atividade-passividade*”. (Freidson, 1984 apud Adam; Herzlich, 2001, p. 98, grifos do autor).

A atenção médica e biomédica à adolescência marca o “modelo” transicional que se constrói entre a pediatria e o atendimento de adultos, apoiando-se no modo como os profissionais enxergam esses indivíduos e os concebem socialmente, também informados pela sociedade mais ampla. Aqui estão presentes elementos que configuram a “passividade” e a “desinformação” pressupostas do adolescente, em menor ou maior grau, no que se refere à sua postura na consulta e ao conhecimento sobre si, definindo, assim, a relação médico-usuário (paciente), ao menos no começo. Dessa relação faz parte constitutiva o familiar que informa o profissional, permeando e participando desse encontro com o adolescente.

No encontro do médico com o paciente nem sempre o motivo que leva o segundo a procurar o profissional de saúde refere-se à busca de tratamento, pois o médico, como ressaltam Adam e Herzlich (2001), pode ter a função preventiva ou especialista. No caso aqui estudado parte-se do encontro do profissional de saúde, especialista em adolescência, com o adolescente e seu familiar para se compreender sociologicamente as suas implicações e os seus sentidos, bem como a sua constituição.

Autoridade e poder: o ponto de apoio e de intervenção biomédica

No estudo empreendido sobre a construção social da adolescência e do corpo adolescente pela biomedicina, uma das questões examinadas referiu-se ao modo como a relação médico-adolescente é pensada, dela fazendo parte essencial a presença - real e simbólica - da mãe do jovem. É ela quem acompanha o adolescente, que é levado à consulta, grande parte das vezes, a contragosto, como mencionaram os profissionais pesquisados. Ali permanece, ao menos no primeiro encontro, pouco participativo, quase imerso em si mesmo, não reconhecendo o encontro como legítimo e, portanto, não se submetendo ao conteúdo e sentido da ação.

³ Como destaca Camargo Jr. (2003, p. 101), a biomedicina diz respeito a uma racionalidade médica, característica da medicina ocidental contemporânea. A escolha dessa denominação - biomedicina - permite refletir mais adequadamente “[...] a vinculação desta racionalidade com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da biologia [...]” que compõem a formação dos profissionais de saúde.

Visando à obtenção de informações sobre a história pregressa do adolescente e, posteriormente, ao acesso a ele, o profissional de saúde tem no familiar um importante ponto de apoio. Para os profissionais de saúde, a presença do familiar é fundamental, especialmente da mãe, que é quem geralmente acompanha o filho. Valoriza-se essa presença principalmente na primeira consulta, momento em que são buscadas informações sobre os antecedentes familiares e do jovem, que somente a mãe saberá transmitir, afirmam.

Diante disso, a autoridade da mãe passa a ser duplamente reconhecida pelos profissionais de saúde, tanto no sentido da sua relação “duradoura”⁴ com o filho quanto no referente ao que ela sabe do jovem, às informações que detém sobre ele e que auxiliam o profissional. Essa autoridade do saber é reconhecida como algo quase “natural”, uma vez que é resultado do vínculo biológico entre mãe e filho. É a mãe quem tem algo a dizer do pré-natal, do nascimento do filho. Ao mesmo tempo, essa condição “natural” do saber materno estende-se para o plano afetivo, ligado aos cuidados prestados, às doenças que o adolescente já teve, às vacinas que ele já tomou.

Nesse aspecto, os adolescentes aparecem como indivíduos desautorizados para falar, não tanto porque não detêm esse conhecimento, mas principalmente pelo fato de poderem selecionar ou mesmo ocultar certos aspectos de sua vida. Todavia, ao controlar a publicização das informações sobre si mesmo o adolescente está interpretando, à sua maneira, o que acontece com o seu corpo e a sua subjetividade e, com base nisto, fornecendo os seus próprios sentidos, expressando, assim, a sua noção de “verdade”. Num outro registro, para o saber médico importa a busca de uma confissão sobre uma suposta “verdade” médica do corpo. Foucault (1988, p. 66) menciona que um dos métodos terapêuticos da sociedade moderna ocidental consiste na “[...] medicalização dos efeitos da confissão [...]”; trata-se da necessidade de o paciente confessar “a verdade”, corroborando, assim, o diagnóstico médico e favorecendo a sua cura. Conforme a visão foucaultiana, ao mesmo tempo em que esse procedimento respalda

um método terapêutico, também coloca-se como uma forma de controle dos corpos por meio do domínio dos saberes médicos. Algumas entrevistas trazem esse aspecto do controle da “verdade”:

A importância da mãe é total porque pode ser que na sua frente ele [adolescente] fale tudo o que você quer ouvir e aí tem ela [mãe] do lado pra falar. Não engana, fala: “Ah, eu vi você comendo isso, aquilo”. Então é bom que ela vai entregar ou não o filho dela, se estiver mentindo alguma coisa. (Entrevistada 1, nutricionista)

Para essa profissional, cuja opinião é compartilhada por outros entrevistados, o adolescente precisa da presença da mãe na consulta para que sua fala possa ser confirmada, legitimada. A mãe aparece, então, como o contraponto, o controle daquilo que está sendo dito, pois o conteúdo pode não ser “verdadeiro”. Com a mãe presente, ele “não engana” o profissional, pois, na sua frente, o jovem pode falar tudo o que você, profissional, quer ouvir, “e aí tem ela [a mãe] do lado pra falar” a “verdade”.

Como observa Caponi (2000), a racionalidade médica, também acionada nas modalidades de biopoder – na gestão e administração da população –, parte do pressuposto de que os indivíduos que estão ali submetidos têm a obrigação “moral” de dizer a verdade sobre si; de, então, tornar público qualquer segredo que puder interessar ao conhecimento médico que está gerindo, administrando esse corpo. Trata-se do “regime político da verdade”. Essa obrigação de dizer tudo, de nada esconder, “[...] de procurar certa inteligibilidade [...]” (Caponi, 2000, p. 50) não supõe a contrapartida daquele que está ali para ouvir e atuar sobre esse corpo. Assim, o dever de anunciar a “verdade”, de tornar inteligível aquilo que se diz, não se aplica àquele que “detém o saber científico”. Essa assimetria entre demanda, pela qual o paciente tem a obrigação de dizer a “verdade”, e o silêncio ou mesmo a falta de inteligibilidade do saber médico parece ser elemento historicamente constitutivo dessa racionalidade médica, diz Caponi (2000).

Em sua obra *A representação do eu na vida cotidiana*, Goffman (1975) menciona que, no setor de serviços,

⁴ Uma relação social duradoura implica, em média ou tipicamente, permanência, ou seja, em que há probabilidade de recorrência contínua da ação com o sentido correspondente e esperado por cada um (Weber, 1999).

onde se lida diretamente com o público, é intrínseco a certas funções se recorrer ao simulacro, entre as quais se destaca a do médico. Ele, com certa frequência, tem de prescrever um medicamento inócuo ou um placebo apenas para tranquilizar o paciente, que, pelo seu diagnóstico, não apresenta qualquer problema físico (Goffman, 1975). Portanto, vale ressaltar que faltar com a verdade em algumas profissões não remete diretamente a um problema pessoal de caráter cínico, mas, antes, ao simulacro como estratégia social demandada pela própria sociedade, que autoriza ou não o uso da mentira para certos papéis sociais.

Outro aspecto dessa assimetria na revelação do indivíduo diz respeito à suposição de que ele deva conhecer tudo sobre si para, então, poder falar. Todavia, na relação estabelecida entre o profissional, a mãe e o adolescente aquele que, ao menos no momento apresentado, tem menos poder de fala, no sentido da (des)consideração do que está sendo dito, é o adolescente, que aparece submetido à presença da mãe, da ameaça sempre anunciada de que ela venha a desmenti-lo. Isso torna ainda mais assimétrica essa relação entre o adolescente e o conhecimento científico.

A mãe, assim, expressa ao mesmo tempo a autoridade e a presença do poder, este colocado no sentido proposto por Foucault (1979; 2006): não como algo possuído por alguém, no caso, pela mãe, mas, antes, estabelecido como uma relação fluida, dado por uma trama complexa que se alia ao saber. Dessa relação em que a mãe está inserida, faz parte, e aí está pressuposta, a utilização da força e até mesmo da violência, física ou simbólica, que o adolescente sofre. No caso citado, trata-se do constrangimento ou da sua ameaça, pela mentira descoberta, e da coerção, ser obrigado a dizer “a verdade”; ambos – constrangimento e ameaça – colocados na relação que se estabelece entre a mãe, o adolescente e o profissional de saúde, na sala de consulta.

Por outro lado, a mãe também assume o papel, para o profissional de saúde, da autoridade que detém sobre o filho. A autoridade é aqui concebida como uma hierarquia reconhecida, portanto legitimada por aqueles que estão sob sua influência, conforme desenvolve Arendt (1979). Essa autoridade não está assentada na razão, assegura a autora, mas na tradição, nos exemplos passados que adquirem

força coercitiva. No caso da família pensada como organização social, o reconhecimento da autoridade dos pais pelos filhos não implica ausência de conflitos e, mesmo, de desobediência, uma vez que esses fazem parte da própria dinâmica familiar (Sarti, 2004). Todavia, a autoridade não deixa de ser aí reconhecida, ainda que possa ser ocasionalmente questionada e posteriormente ressignificada (Oliveira, 2006), como nos casos em que o pai ou a mãe têm sua autoridade e mesmo afetividade ameaçadas em função de problemas com alcoolismo (Oliveira, 2006), descumprindo, em virtude disso, as funções a eles pertinentes, segundo o imaginário tradicional, como a chefia da casa e da família.

É sob essa relação de autoridade e de poder que é possível ao profissional, pela presença da mãe, chegar às informações “verdadeiras” sobre o adolescente e, deste modo, iniciar as orientações, que serão dadas não somente a ele, mas, também, à mãe, pois é ela quem educará o filho e acompanhará seu crescimento; é ela quem administrará o receituário – compra de remédios, de alimentos adequados –; quem preparará os alimentos e os oferecerá ao jovem. Assim, a mãe também passa a ser orientada pelo profissional de saúde.

Nesse aspecto, ao mesmo tempo em que a autoridade da mãe sobre o filho é reconhecida, servindo de apoio às prescrições dos profissionais, o conteúdo desse saber materno é relativizado quando comparado ao saber técnico, especialista. A mãe vai cozinhar para o filho, mas precisa ser orientada a respeito do modo como deve fazê-lo e quais alimentos deve comprar. Isso é feito tanto de maneira direta, quando o profissional refere-se à mãe do adolescente, quanto indireta, quando o profissional aproveita a presença da mãe na consulta, orientando o filho, mas contando com a atenção dela. Como diz uma profissional:

[...] acho que a mãe tem que estar presente para dar um apoio [ao filho]. Ela quer ver o que de fato está acontecendo, quais são as orientações passadas. Porque, querendo ou não, a parte da alimentação é muitas vezes a mãe que prepara [...] (Entrevistada 2. nutricionista).

A questão da alimentação e de sua orientação por nutricionistas do referido programa apareceu como item importante nas entrevistas com esses

profissionais, tanto em referência ao desenvolvimento do corpo adolescente quanto às preocupações relacionadas à obesidade e à anorexia nesse período da vida. Vale destacar que dois dos médicos que ministram as aulas no programa de especialização em adolescência têm formação em nutriologia, disciplina médica, e orientam as alunas, nutricionistas, em pesquisas voltadas para o comportamento alimentar na adolescência. Há, inclusive, nesse local, um programa voltado para a atenção à obesidade e sobrepeso na adolescência.

Esse programa de atenção à obesidade é direcionado apenas a adolescentes do sexo feminino, tendo em vista, segundo os profissionais do local, a demanda ser bem maior entre elas do que entre os adolescentes do sexo masculino.

Diferentemente do que acontece no caso da obesidade e sobrepeso, em que a demanda por orientação alimentar é das jovens adolescentes que querem emagrecer, nos demais casos a orientação alimentar é trazida de antemão pelos profissionais de saúde, tanto pelas nutricionistas quanto por médicos especialistas em questões alimentares, que entendem ser esse assunto muito importante para ser abordado com os jovens e o familiar que o acompanha. A justificativa dada pelos profissionais de saúde é a de que os jovens, hoje, alimentam-se muito mal, ingerindo muita gordura e poucos nutrientes considerados importantes, como ferro e cálcio, e que isso pode trazer sérios problemas à saúde.

No período da pesquisa, a maioria dos alunos do programa era composta por nutricionistas que estavam desenvolvendo estudos quantitativos sobre a obesidade e a anorexia na adolescência. Apoiados nesses estudos, destacaram nas entrevistas a importância da orientação dos adolescentes e dos pais, em especial, da mãe, em relação aos hábitos alimentares dos filhos desde a infância.

A mãe do adolescente passa a também ser orientada pelo profissional de saúde, que busca reeducá-la em vários setores da vida, incluindo as tarefas da maternidade. Para tanto, aproveitam a presença da mãe nas consultas e a orientam; ao mesmo tempo, buscam estabelecer um vínculo. Para a maioria, esse vínculo deve ser estabelecido com o adolescente. Para outros, também com a mãe. *“Eu tenho que fazer o vínculo com os dois, com a mãe e com o adolescen-*

te”, diz outra profissional, psicóloga. Segundo ela, é preciso *“[...] investir mesmo na formação desse pai, dessa mãe (...) as mães gostam dessa parte de orientação.”*

Nessas considerações, há a ideia pressuposta de que a mãe do adolescente não está preparada para assumir os papéis que a maternidade lhe confere. Ao mesmo tempo, afirma-se a maternidade como, por definição, a tarefa de educação do filho, dela fazendo parte mecanismos punitivos que podem e devem lhe ser ensinados por técnicos e especialistas em relações familiares. Trata-se, assim, da ideia de uma formação para o pai e, principalmente, para a mãe, cabendo aos técnicos o auxílio nessa função.

Os desencontros entre a ciência e a cultura no que tange à reeducação para a maternidade têm caráter secular. Conforme Boltanski (1979), a história da medicina científica, até o século XX, significou uma batalha incessante dos médicos contra a medicina popular praticada, sobretudo pelos estratos de classes “baixas”, que alimentavam preconceitos contra os procedimentos médicos legais. Dada a sua forte ligação com a tradição repassada de geração para geração, notadamente na criação de recém-nascidos e na alimentação, para que a medicina legal galgasse espaço nessas áreas teve de realizar um trabalho de conscientização intenso junto à educação escolar, campanhas governamentais e mídia.

Atualmente, a orientação biomédica em relação à alimentação ganha força, em especial, na busca de prevenção de distúrbios alimentares. “São investigados os novos padrões de consumo (...) entre os jovens (...) [os quais] acabam por validar a necessidade de intervenção dos profissionais de saúde” (Oliveira, 2010 p. 621), sobre os corpos e os comportamentos alimentares.

Como destaca Breton (2006), contemporaneamente, nas sociedades ocidentais, a medicina e seu discurso sobre o corpo e os males que o afetam são hegemônicos. Representado pela anatomofisiologia, esse discurso é culturalmente legítimo e aparentemente irrefutável, embora haja práticas culturais distintas, como as mágicas, as religiosas, bem como as práticas médicas relacionais (Laplantine, 2001), centradas no doente e orientadas por um pensamento temporal/histórico, e não geográfico, ontológico, como aquele que se inscreve no modelo organicista dominante, focado na localização da doença.

Na contramão do vínculo e da sujeição: resistência e negação pelo silêncio

A relação do médico com o adolescente está aberta à presença da mãe, tanto do ponto de vista da legalidade médica, que prevê este acompanhamento, quanto da própria dinâmica de atendimento.

Na primeira consulta espera-se que o adolescente venha acompanhado. De fato, como mencionam os profissionais, a maioria dos adolescentes chega à consulta trazida pela família ou enviada pela escola, ambas definindo queixas e esperando que eles sejam medicalizados, assinala um dos médicos.

Nesses casos, as queixas não são reconhecidas pelos adolescentes, que voltam a pergunta ao profissional: *Quem está se queixando de mim?* - referindo-se ao fato de terem sido trazidos pela família ou pela escola. As queixas são, portanto, do “outro” sobre o adolescente.

Esse ponto traz à tona a discussão do espaço de enfrentamento dentro das relações de poder; da possibilidade de liberdade, sempre colocada. Como argumenta Foucault (1979; 2006), há uma multiplicidade de pontos de resistência nas relações de poder. A possibilidade de escolhas abre espaço para o aparecimento da liberdade.

Compartilhando dessa perspectiva, Crozier e Friedberg (1977) observam que, mesmo em circunstâncias de dependência e coerção extremas (como em hospitais psiquiátricos e, inclusive, em campos de concentração), os indivíduos não se adaptam de maneira passiva, mas ativa, revertendo as coações em seu favor; o indivíduo sempre mantém um mínimo de liberdade, que utiliza para enfrentar o sistema organizacional (Crozier; Friedberg, 1977). Conforme esses dois autores: “[...] a conduta humana não é assimilada em nenhuma circunstância como produto mecânico de obediência ou de pressão dos dados estruturais [...]”, pelo contrário, sempre anuncia-se como “[...] expressão e (...) prática de uma liberdade, por mínima que seja. Ela traduz uma escolha por meio da qual o ator apanha oportunidades que se oferecem a ele no quadro de coerções” (p. 39).

Ao não aceitar e não reconhecer as queixas da mãe - ou de quem o encaminha (escola, Conselho Tutelar) - como suas, o adolescente assume o papel

de “adversário” nessa relação de poder, não aceitando se submeter. Ele não se percebe nessa situação como o sujeito de suas questões, e sim como objeto a ser examinado clinicamente e sobre o qual são colocadas expectativas que definem um “dever ser”. A saída desse “dever ser” é vista pela família e/ou pela escola como um problema de ordem médica, portanto passível de orientação do profissional de saúde e/ou de intervenção medicamentosa.

O adolescente é meio paranoico. Ele sabe por que está na consulta, mas não fala com os médicos de um jeito legal. (Entrevistado 4, médico/ nutrólogo)

De fato, ele pode saber quais são as expectativas desenvolvidas sobre ele, podendo ou não “comprá-las” para si, no sentido de nelas se reconhecer ou não. Assim, ele é menos “paranoico” e mais não conivente diante dessas expectativas. Se ele não reconhece as queixas como suas, embora as conheça, ele está questionando o seu papel de sujeito, negando a sujeição e buscando dela se libertar.

Na relação assim construída, ainda que se espere que o adolescente venha com a mãe, essa presença deverá ser negociada nas consultas seguintes. De preferência, deverá ser, em muitos casos, evitada, avaliam os profissionais, em função especialmente da necessidade de construção do seu vínculo com o adolescente. Segundo aludem, quando a mãe entra na sala de consulta sem que tenha sido chamada pelo profissional, o adolescente, em geral, deixa que ela fale por ele, não se expressando. Em momentos assim, a presença da mãe atrapalha o andamento da consulta. Uma das entrevistadas, nutricionista, reitera:

Tem mães que atrapalham a consulta. Elas são importantes porque têm informações que você não consegue com adolescentes, só com a mãe. Outras vezes, há brigas na consulta, o filho fala uma coisa e a mãe fala outra, então você tem que ir buscando qual que é o certo. [Todavia, pondera que] Tem muita consulta que a mãe atrapalha porque o filho não fala. Só a mãe vai falando, falando, e o filho não fala. (Entrevistada 3, nutricionista)

Além de o filho não se expressar, porque a mãe interpõe-se entre ele e o profissional - queixa citada pela maioria dos profissionais entrevistados -, as

brigas entre eles foram apontadas como fazendo parte dos momentos em que a mãe acaba atrapalhando a consulta, tendo em vista a profissional ter mais dificuldades de “*ir buscando qual que é o certo*”. Para o profissional de saúde, esse é o ponto: buscar a veracidade daquilo que está sendo dito, a informação obtida, ou pela mãe ou pelo filho, quando este está sozinho em consulta. Assim, o conflito que aí pode se estabelecer entre os familiares dificulta a avaliação, a captura de elementos seguros que o auxiliem a construir o diagnóstico, a partir da situação apresentada, e a organizar a orientação que deverá passar. No conflito não há consenso, não há um só caminho possível, uma explicação única, uma mesma história. Para a objetividade característica da ação biomédica, o conflito surge como um ponto de incerteza que o profissional deverá ultrapassar, pela aposta em uma ou em outra história.

Em discussão anterior sobre a importância da mãe nas consultas, o fato de ela poder atuar como o contraponto daquilo que o adolescente está dizendo, não deixando que ele a engane, que minta para o profissional, apareceu como algo positivo. Todavia, quando a manifestação de opiniões divergentes gera “brigas” na sala de consulta, a presença da mãe deixa de ser positiva. Há, portanto, um limite a ser examinado pelo profissional de saúde, que, de todo modo, conta com a mãe como aliada nos tratamentos e orientações que serão passados para o adolescente, que deverá voltar em uma nova consulta.

Se no campo médico a continuação da consulta deverá contar também com o reconhecimento do adolescente das queixas como suas, da apropriação das queixas pelo adolescente, no campo das ciências humanas a continuação da consulta dependerá da formulação pelo adolescente de suas próprias queixas, permitindo a construção de sentido que aí está implicada. Como argumenta Canguilhem (2006), o conhecimento sobre a saúde e a doença só é possível se o doente falar; se ele se reconhecer doente. Esse reconhecimento pelo indivíduo atribui sentido à relação com o médico.

As brigas entre mãe e filho e a mudez do adolescente na consulta quando da presença materna podem expressar o seu não reconhecimento das queixas apresentadas como suas. O grito, simbólica ou concretamente manifesto pelas brigas, e o silêncio, expresso pelo constrangimento ou pela negação de participação na conversa, são duas formas de manifestação, de registros da comunicação. Uma marcando o espaço do indivíduo que aí aparece para contestar; outra expressando o constrangimento que violenta a vontade, calando-se. Como desenvolve Breton (1997, p. 16), se “[...] o silêncio alimenta muitas vezes o sentido quando testemunha uma vontade pessoal no encaminhamento da conversa, quando imposto pela violência, passa a encarnar uma paralisação do sentido, um deslocamento da ligação social.” Ao que ajunta o autor: “[...] os significados da palavra ou do silêncio são apenas percebidos através das circunstâncias que lhes dão origem” (p. 16).

Na situação de consulta em que o adolescente se encontra, junto com a mãe que o acompanha, o seu silêncio pode denotar uma “violência simbólica”⁵ sofrida, que se manifesta não pela proibição de se transformar em palavra, mas pelo esvaziamento de sentido, para o adolescente, posto na conversação, quer seja pelo incômodo de ter alguém falando por ele, quer seja por não se reconhecer nas queixas anunciadas, ou, ainda, pela conjugação das duas coisas. Nessas condições, o silêncio pode significar a dificuldade de ultrapassar a sujeição. Mas, também, pode ocorrer que o silêncio do adolescente na consulta seja uma postura, de fato, ativa, expressando o contraponto da palavra da mãe.

Mencionando, de modo ímpar, a visão de Certeau (1994) a respeito das práticas cotidianas dos indivíduos, Giard salienta a sua “[...] atenção à liberdade interior dos não conformistas, mesmo reduzidos ao silêncio, que modificam ou desviam a verdade imposta [...] [apostando] na *liberdade gazeteira das práticas* [...] [e percebendo] microdiferenças onde tantos outros só vêem obediência e uniformização [...]”; prende, assim, o seu olhar “[...] nos minúsculos espaços de jogo que táticas silenciosas e sutis ‘*insinuum*’” (1994, p. 19, grifo do autor).

5 Bourdieu (1998) sustenta que as relações de comunicação são intrinsecamente ligadas às relações de poder da classe dominante sobre a dominada, caracterizando-se para além da dominação material, como dominação e violência simbólica.

A ação tática travestida pelo silêncio pode aparentemente se mostrar inócua; contudo, quando posta em prática alcança sentido de contrapoder, por ser potencialmente capaz de minar o poder oficial dessa relação. Esse contrapoder é entrevistado, por exemplo, no fato de as orientações e a medicação serem endereçadas ao corpo do próprio adolescente, requisitando, desse modo, que ele as assuma de alguma forma.

Nessa mesma vertente, Breton (1997) destaca que o sentido daquilo que queremos expressar pode ser abafado pela palavra, pelo ruído, e valorizado pelo silêncio, uma vez que o significado da palavra e do silêncio nunca aparece como absoluto, podendo revelar sentidos *sui generis* no modo como faz reagir aquele que escuta.

Tendo como pano de fundo as análises desses autores sobre o silêncio, o adolescente, ao silenciar, pode buscar estabelecer o seu protesto, o seu incômodo, não participando da relação entre os membros, não compactuando com o sentido aí colocado, ou seja, com os motivos que os levaram ao encontro entre adolescente, mãe e profissional de saúde. Em reação, o profissional espera ou mesmo solicita que a mãe aguarde o filho fora da sala, para poder conversar com ele e iniciar o vínculo que fará com que o adolescente retorne para uma nova consulta. Assim, nessa circunstância em que o vínculo precisa começar a ser estabelecido, a reação do médico ao silêncio do adolescente ganha mais força do que a palavra da mãe.

Dessa feita, afastar a mãe da sala de consulta apresenta-se como um recurso que pode amenizar o peso do poder exercido dos dois lados da relação sobre o adolescente; este, vendo-se como sujeito de si mesmo, poderia, a partir de então, estabelecer certa confiança no profissional da saúde, o que não significa construir uma relação efetiva de confiabilidade, já que esta depende de vínculos mais fortes e duradouros. De acordo com Clavreul (1983, p. 222): “Confiar é fazer uma escolha, não é ter um sentimento”. Por outro lado, a retirada da mãe da sala coloca-se como um modo de correção da assimetria de poder, já que se estende também para ela o silêncio pela ausência e, com isso, possibilita a fala do filho, que se anuncia distante da mãe.

Considerações finais

As questões apresentadas sobre a construção da relação constituída pelo encontro entre profissional de saúde, adolescente e familiar estão diretamente atreladas ao modo como a adolescência e as outras “fases” da vida são pensadas pela biomedicina. Nas entrevistas realizadas foram apontadas diferenças significativas relativas ao atendimento da criança, do adolescente e do adulto. Dos três, o adolescente aparece como o “mais complicado”, uma vez que “*questiona*”, que “*fantasia*”, que apresenta “*mudanças de humor*”, além de uma série de outras características que expressam “*mudanças comportamentais, características dessa ‘fase’*”, avalia um dos médicos entrevistados. Já o adulto é considerado o “mais fácil” de tratar, tendo em vista ser direto, saber o que quer e o motivo que o levou à consulta. A criança está no plano lúdico, e sua mãe fala por ela. O adolescente, “mais complicado”, precisa do intercâmbio da mãe e, ao mesmo tempo, dela se afastar, em momentos estratégicos, para a consulta e para a criação de vínculo que, ao mesmo tempo, pressupõe a participação materna.

A necessidade de criação de vínculo é um dos pontos que estabelecem a diferença, no atendimento biomédico, entre o adolescente e o adulto, este em contraposição àquele, definido pela aquisição de independência e pela responsabilidade diante da vida.

Conforme também apontam outras pesquisas nacionais (Oliveira, 2006) e internacionais (Guerreiro; Abrantes, 2005; Singly, 2000), desenvolvidas com jovens de ambos os sexos, independência e responsabilidade são duas características que marcam a entrada no universo adulto, ainda que sejam tomadas de modo abstrato e absoluto, descontextualizadas das contradições colocadas pela vida moderna, como o desemprego de longa duração de chefes provedores que acabam por relativizar esses aspectos (Oliveira, 2006), especialmente a independência, ao menos financeiramente.

Além da questão da (ir)responsabilidade e da necessidade de criação de vínculo, outras diferenças são citadas pelos profissionais de saúde entrevistados, circunscrevendo os desafios e a maior dificuldade no trabalho com adolescentes, entre as quais a ocultação e/ou a possibilidade latente da mentira.

Interessante notar como a questão da ocultação de informação ou mesmo a mentira, quando referida ao adulto, não é vista como um problema. Mas, ao ser imputada ao adolescente, serve de justificativa para a importância da participação da mãe na consulta, uma vez que ela não deixa que ele engane o profissional, conforme apontaram alguns profissionais. Portanto, a mentira passa pelo crivo geracional, no qual crianças e adolescentes são cerceados se mentirem, enquanto aos adultos cabe saber distinguir quando devem ou não mentir, seja por exigência da profissão ou mesmo por demanda do próprio decoro.

A coletânea de Martins (1999), no capítulo “Mentir e fingir: a cumplicidade na observância do decoro”, apresenta esse aspecto, revelando que há ocasiões nas quais a própria sociedade requisita que os indivíduos mintam para não causarem constrangimentos às relações sociais. Considerando que as crianças, especialmente, ainda não introjetaram as regras sociais em sua conduta, elas alcançam um desempenho inferior ao dos adultos, tendo dificuldades em saber quando se deve ou não mentir.

Referindo-se a personagens da literatura, Lima (2011) menciona um tipo de mentira que interpreta como “arma dos subalternos”, cujo “[...] objetivo final é o exercício de sua liberdade individual e, como esta se encontra muitas vezes em desacordo com as normas sociais, eles enganam para omitir suas transgressões” (p. 259). Essa leitura pode ser estendida para pensar a relação de poder entre médicos e adolescentes, aludida acima. Estes, vendo-se pressionados a falar do seu corpo, uma instância ainda misteriosa e particularmente difícil para a sua vivência e compreensão pessoal (Breton, 2010), notadamente em função das grandes transformações nesse período da vida, podem recorrer à mentira ou à omissão como forma de transgressão contra a autoridade médica, e mesmo familiar, o que lhes permite, em certa medida, o exercício de sua liberdade individual.

Na percepção dos profissionais de saúde entrevistados, enquanto o adulto é visto como aquele que “sabe o que quer” e o porquê de estar na consulta, uma vez que as demandas são sempre dele, o adolescente, que geralmente é trazido pela família, em virtude de queixas que muitas vezes ele não reconhece como suas, precisa ser atraído para a

consulta, nela permanecer e, posteriormente, querer retornar ao médico.

A “complexidade” desse indivíduo, vista desse modo e à qual o profissional deverá estar atento, sensível, para poder trabalhar, faz com que os componentes que configuram um atendimento mais “humanizado” sejam quase tão valorizados quanto a técnica científica, a tal ponto de dela fazer parte, quando o assunto é medicina do adolescente. Isso evidencia o quão “complexo” o adolescente é concebido no campo biomédico, sendo necessária a existência de um conjunto de sinais e sintomas, incluídos no que se denomina “síndrome da adolescência normal”, termo controverso entre os profissionais, mas considerado, para a maior parte deles, um facilitador da prática de saúde.

Para grande parte desses profissionais, já são esperados conflitos e instabilidades na adolescência. A pressuposição da maior instabilidade, do confronto com os pais e da atitude contestatória responde por um conjunto de sinais e sintomas mais característicos de uma das *fases* da adolescência. Há, nesses termos, uma gradação de complexidade, dizendo respeito ao indivíduo ser mais ou menos “adolescente” nos termos que o identificam à “síndrome da adolescência normal”. Há, segundo avalia um dos profissionais entrevistados, médico nutrólogo, aqueles que se *comportam pediatricamente*, vindo com a mãe e *não sabendo absolutamente nada* – a mãe responde por ele –, até *o adolescente extremo*, que se comporta como adulto, não vindo com a mãe, portanto independente. Assim, entre esses extremos, continua o entrevistado, está *o adolescente*, ou seja, o “típico adolescente”, que apresenta “*algumas características adultas, outras pediátricas, dificuldades escolares, familiares, problemas de comportamento, certa dependência, possuindo*” (Entrevistado 4, médico, nutrólogo), desse modo, “*características típicas do adolescente*” considerado “normal”.

Nessa perspectiva, o trabalho biomédico com adolescência, que conta com a combinação da técnica anatomofisiológica (Breton, 2006; Laplantine, 2001) com os componentes “humanísticos” relacionados às relações interpessoais, acaba por ultrapassar a ação sobre os corpos. Assim, se nas consultas com adultos a técnica, objetiva, possui *status* superior às habilidades, entendidas como

“humanizadas” - saber conversar, compreender, saber confortar, aconselhar etc. - e delas busca até mesmo se afastar, tendo em vista o adulto “saber o que quer”, “ir direto ao ponto” e não necessitar do estabelecimento de vínculos com o profissional, nas consultas com adolescentes essas habilidades “humanas” colocam-se lado a lado com a técnica; contudo, nem por isso, parecem humanizá-la. Ao contrário, a formulação *a priori* de um conjunto de sinais e sintomas na configuração da “síndrome da adolescência normal” indica a tendência à tecnicização do humano e da relação que deverá ser com ele construída.

O silêncio do adolescente nas consultas evidencia a complexidade dessa relação que busca ser construída pelo profissional de saúde, sempre, e de maneira negociada, com a presença da mãe.

Este artigo, ao focalizar as percepções de profissionais de saúde de um programa voltado para atenção e especialização em adolescência, buscou discutir os elementos que se apresentam na construção da relação entre eles, o adolescente e o familiar que acompanha o jovem em consulta, evidenciando a existência de tensões e negociações nesse processo.

Do exposto, em relação ao adolescente atendido foi possível levantar questões para também pensar os sentidos simbólicos e subjetivos do silêncio durante as consultas, relacionando-o a uma possível forma de contrapoder e exercício de liberdade individual.

A focalização no adolescente e na sua família, sobre os quais recaem as prescrições e orientações biomédicas, poderá trazer novas questões para a melhor compreensão do encontro desses agentes sociais com o profissional de saúde no momento da consulta, uma vez que sejam pensados e tomados como sujeitos de suas questões e dos sentidos do seu próprio corpo.

Referências

- ADAM, P.; HERZLICH, C. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru: EDUSC, 2001.
- ARENDT, H. *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva, 1979.
- BOLTANSKI, L. Medicina popular e medicina científica. In: _____. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 13-35.
- BOURDIEU, P. “A juventude” é apenas uma palavra? In: _____. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983. p. 112-121.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- BRETON, D. L. *Do silêncio*. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.
- BRETON, D. L. *Sociologia do corpo*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- BRETON, D. L. Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 16, n. 33, p. 25-40, 2010.
- CAMARGO JR., K. R. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense, 2006.
- CAPONI, S. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1994. v. 1.
- CLAVREUL, J. Não existe relação médico-doente. In: _____. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983. p. 210-225.
- CROZIER, M.; FRIEDBERG, E. L'acteur et sa stratégie. In: CROZIER, M.; FRIEDBERG, E. (Org.). *L'acteur et le système*. Paris: Seuil, 1977. p. 35-54.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. São Paulo: Graal, 2006. v. 1.
- FREIDSON, E. *La profession médicale*. Paris: Payot, 1984.
- GIARD, L. História de uma pesquisa. In: CERTEAU, M. (Org.). *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 9-32.
- GOFFMAN, E. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1975.

GUERREIRO, M. D.; ABRANTES, P. Como se tornar adulto: processos de transição na modernidade avançada. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 20, n. 58, p. 157-212, 2005.

LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LIMA, M. A. B. A literatura de cordel e o uso da mentira. *Emblemas - Revista do Departamento de História e Ciências Sociais - UFG/CAC*, Catalão, v. 8, n. 2, p. 229-262, 2011. Disponível em: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/emblemas/article/view/14299/10873>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

MARTINS, J. S. (Org.). *Vergonha e decoro na vida cotidiana da metrópole*. São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIVEIRA, R. C. *A constituição de si e a significação do mundo: uma análise sociológica sobre jovens trabalhadores*. 2006. Tese (Doutorado em Sociologia) - Departamento de Sociologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, R.C. Gênero e corpo adolescente: considerações biomédicas e reflexões sociológicas sobre comportamento alimentar. *Revista Bahia Análise & Dados*, Salvador, v. 20, n. 4, p. 617-627, 2010.

SARTI, C. A. O jovem na família: o outro necessário. In: NOVAES, R.; VANNUCHI, P. (Org.). *Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 115-129.

SARTI, C. A. Corpo e doença no trânsito de saberes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 25, n. 74, p. 77-191, 2010.

SINGLY, F. Penser autrement la jeunesse. *Lien Social et Politiques, RIAC*, Montreal, n. 43, p. 9-23, printemps 2000.

WEBER, M. *Economia e sociedade: fundamentos de sociologia compreensiva*. Brasília, DF: UnB, 1999. v. 1.

Agradecimentos

Oliveira agradece à professora Cynthia Andersen Sarti que supervisionou a pesquisa.

Contribuição dos autores

Oliveira e Fernandes da Silva foram responsáveis pela análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica. Oliveira foi responsável pela concepção.

Recebido: 16/04/2014

Reapresentado: 21/07/2014

Aprovado: 22/08/2014