


Atención Primaria de Salud y el tercer sector ante la violencia entre parejas adolescentes*

Rafaela Gessner Lourenço^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-3855-0003>

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca³

 <https://orcid.org/0000-0001-9440-0870>

Objetivo: identificar y analizar las percepciones y prácticas de los profesionales de la salud y del tercer sector con respecto a la adolescencia y a la violencia entre parejas en la adolescencia. Método: estudio exploratorio y descriptivo. Los datos se recopilaron en dos sesiones de un Taller de Trabajo Crítico-Emancipador desarrollado con 55 profesionales que actuaban en servicios de Atención Primaria de Salud y servicios vinculados al tercer sector. Los datos se sometieron a análisis de contenido con la utilización del software WebQDA. Las categorías de análisis utilizadas fueron género y generación. Resultados: las percepciones y prácticas sobre la violencia entre parejas adolescentes se guían por el sentido común y abruman, sobre todo, a los adolescentes del sexo femenino. En los servicios de salud, la violencia se percibe cuando se atienden otras demandas, bajo el paradigma biomédico. Los profesionales del tercer sector entienden el afrontamiento de la violencia como una responsabilidad sanitaria. Conclusión: las concepciones negativas y estereotipadas sobre la violencia entre parejas adolescentes están marcadas por sesgos de género y generación. El estudio destaca la necesidad de promover acciones en red en las prácticas profesionales que consideren la comprensión histórica y social de la adolescencia para afrontar el problema.

Descriptores: Violencia de Pareja; Adolescente; Violencia de Género; Atención Primaria de Salud; Prevención Primaria; Investigación Cualitativa.








* Artículo parte de la tesis de doctorado "A violência entre parceiros íntimos adolescentes à luz de gênero e geração: a percepção e as práticas de profissionais de saúde e áreas afins", presentada en la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Universidade Federal do Paraná, Departamento de Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

² Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Lourenço RG, Fonseca RMGS. Primary Health Care and the Third Sector in the face of violence between intimate adolescent partners. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3341. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3811.3341>.  mes  día  año

URL

Introducción

La violencia, en su acometimiento estructural, comunitario, extra o intrafamiliar, afecta a la población adolescente en prácticamente todos los espacios geopolíticos. Una modalidad importante de violencia, que tiene consecuencias destructivas para la vida de los adolescentes en situaciones de violencia y para los perpetradores, es la que ocurre en las relaciones afectivas o sexuales, llamadas Violencia entre Parejas (VP) adolescentes⁽¹⁾.

Un estudio realizado con 3.200 adolescentes brasileños reveló que el 86,9% de los entrevistados habían sufrido algún tipo de violencia durante una relación afectiva o sexual. Las formas más frecuentes de violencia fueron la violencia verbal (85,0%), seguida de la violencia sexual (43,8%), amenazas (24,2%) y violencia física (19,6%). Además, más de 90% de estos adolescentes consideran que las diferentes manifestaciones de VP son un fenómeno grave⁽²⁾. En el escenario internacional, otros estudios⁽³⁻⁴⁾ corroboran la importancia de abordar la VP en la adolescencia en diferentes contextos políticos, económicos y sociales.

La VP en la adolescencia está determinada por cuestiones generacionales, históricas, económicas y, sobre todo, por la experiencia de los roles de género que polarizan las diferentes tensiones para los géneros, como la producción y reproducción de modelos socialmente aceptados⁽⁵⁾.

A pesar de la relevancia de este problema, las prácticas de salud dirigidas a los adolescentes en los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) generalmente no incorporan su afrontamiento. A menudo, las situaciones de VP no se reconocen como relevantes para el campo de la atención a la salud y se tratan como situaciones restringidas a la vida personal de los involucrados. Otras dificultades en el sector son la insuficiencia estructural de los equipamientos de salud para la atención a los adolescentes en situaciones de violencia y la dificultad de trabajar en red. Además, otras dificultades son impulsadas por cuestiones generacionales que los adolescentes enfrentan al acceder a los servicios de salud⁽⁶⁻⁷⁾.

En Brasil, con la expansión de la tendencia neoliberal que también afectó a las Políticas Públicas dirigidas a la población adolescente, desde 1980 ha aumentado la participación del Tercer Sector en la implementación de proyectos llevados a cabo principalmente por Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que congregan las características: ser entidades privadas, sin fines de lucro, capaces de gestionar sus actividades de forma voluntaria⁽⁸⁾.

En este contexto, la investigación muestra el potencial de las instituciones del tercer sector para, en asociación con la APS, actuar como espacios que promueven la salud y la inclusión social, con el fin de proporcionar a los adolescentes autonomía y mejorar su proceso de salud-enfermedad⁽⁹⁻¹⁰⁾, imponiéndose, por lo tanto, como una alternativa al afrontamiento de red de VP adolescente. A pesar de esta posibilidad, existe una laguna en lo que se refiere al conocimiento de investigaciones que identifiquen acciones dirigidas a VP adolescente establecidas entre APS y servicios del Tercer Sector⁽⁶⁾.

Para comprender las posibilidades de afrontamiento de la VP adolescente, es necesario saber cómo perciben y afrontan este problema los profesionales de diferentes instituciones en los territorios en los que operan. En base a esto, la cuestión es: ¿cuál es la percepción de los profesionales de salud y del tercer sector sobre la violencia en las relaciones afectivas y sexuales entre los adolescentes? ¿Cuáles son las prácticas de estos profesionales en relación con la VP adolescente? Para responder a estas preguntas, el presente estudio tuvo como objetivo identificar y analizar las percepciones y prácticas de los profesionales de la salud y del tercer sector con respecto a la adolescencia y la violencia entre parejas en la adolescencia, a la luz de las categorías de género y generación.

La relevancia de este estudio es la posibilidad de aumentar el conocimiento científico sobre la VP adolescente en el área de la salud y contribuir a la formulación de políticas públicas para la capacitación y calificación de profesionales de la salud y otras áreas, por medio de la articulación del afrontamiento del fenómeno para categorías de análisis de género y generación.

Este estudio considera que la categoría de género es inherente a las relaciones sociales, además de ser esencial para la construcción de significados sobre las relaciones de poder entre hombres y mujeres, hombres y hombres y mujeres y mujeres⁽¹¹⁾. A su vez, la categoría de generación establece el espacio ocupado por diferentes generaciones, que sufren el impacto de los eventos de la sociedad. Más que un concepto de edad, la generación marca los estatutos sociales de los grupos por las similitudes políticas e ideológicas que los diferencian de los demás, en el tiempo y el espacio⁽¹²⁾. Estas categorías, como construcción social, determinan el lugar social y la experiencia de las relaciones afectivas y sexuales que mantienen los adolescentes entre sí.

Método

Estudio exploratorio y descriptivo, con enfoque cualitativo, cuya base teórica radica en la Teoría de la Intervención Práctica de Enfermería en Salud Pública

(*Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva*, TÍPESC). La teoría se enfoca en la investigación e intervención de enfermería en el proceso de salud-enfermedad de la colectividad y presenta las siguientes etapas: 1) captación de la realidad objetiva; 2) interpretación de la realidad objetiva; 3) construcción del proyecto de intervención en la realidad objetiva; 4) intervención de la realidad objetiva y 5) reinterpretación de la realidad objetiva. Este estudio se correspondió con las dos primeras etapas de TÍPESC⁽¹³⁾, dedicado, sobre todo, al reconocimiento y comprensión de los fenómenos sociales.

El estudio se realizó en las ciudades de Curitiba y São Paulo. En el municipio de Curitiba, los escenarios fueron servicios de APS con y sin una Estrategia de Salud Familiar (ESF) de dos regiones administrativas, además de un servicio vinculado al tercer sector en una de estas regiones. En São Paulo, los escenarios de investigación fueron un servicio de salud vinculado a la APS de la ESF y un servicio vinculado al tercer sector del mismo territorio. En ambas ciudades, los servicios del tercer sector investigados fueron ONG que desarrollaron actividades de asistencia social, educación, deportes, teatro, música, inclusión digital y cursos profesionales con adolescentes de 12 a 18 años.

Los datos se recolectaron entre noviembre de 2016 y julio de 2017 a través de dos sesiones de un Taller de Trabajo Crítico-Emancipador (*Oficina de Trabalho Crítico-emancipatório*, OTC), con duración de tres horas cada uno, desarrollado en cada uno de los escenarios encuestados, totalizando diez sesiones. El OTC se basa en la educación crítico-emancipadora y el método dialéctico de exposición y análisis. Abarca momentos de precalentamiento, reflexión individual, reflexión grupal y síntesis como desencadenantes de cada proceso de construcción colectiva⁽¹⁴⁾. Cada sesión se desarrolló sobre la base de un guión elaborado y probado por los investigadores para comprender las percepciones y prácticas de los profesionales de la salud y del tercer sector sobre la violencia entre parejas en la adolescencia. Las sesiones tuvieron lugar en los servicios investigados en lugares privados y durante las horas de trabajo de los participantes.

Los participantes de los OTC fueron indicados por informantes clave⁽¹⁵⁾ de los territorios (gerentes de servicios de salud y coordinadores de instituciones del tercer sector) por su relevancia para ayudar a los adolescentes en el servicio investigado. No hubo negativa a participar en el estudio entre los invitados.

Se definieron los criterios de inclusión: ser un profesional de salud (según lo dispuesto en la Política Nacional de Atención Primaria) y actuar, aunque sea indirectamente, en la atención de la salud de los adolescentes de los escenarios, o ser un profesional

en el tercer sector y actuar, incluso indirectamente, al servicio de los adolescentes en los mismos escenarios.

Los datos producidos en los talleres fueron grabados, transcriptos en su totalidad y analizados de acuerdo con la propuesta de Bardin⁽¹⁶⁾ para identificar las categorías empíricas, que se discutieron a la luz de las categorías de análisis de género y generación. En este estudio, se decidió transcribir todos los momentos de las sesiones de OTC desarrolladas, sumando un total de 32 horas de grabación.

El Software WebQDA se utilizó para respaldar el análisis de datos cualitativos debido a su relevancia para la organización y el análisis de datos no numéricos y no estructurados⁽¹⁷⁾. Las declaraciones de los participantes fueron identificadas por las iniciales de sus nombres, seguidos por el servicio y el escenario en el que actuaban.

Además de las declaraciones, se analizaron imágenes que compusieron un panel de collage construido por los participantes como resultado de una actividad del OTC para comprender la percepción de los participantes sobre el adolescente. Estas imágenes eran públicas, ya que fueron extraídas de dos revistas con circulación nacional.

El estudio cumplió con las disposiciones legales de la Resolución No. 466/2012 del Consejo Nacional de Salud y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo y por los Comités de Ética de los Departamentos Municipales de Salud de Curitiba y São Paulo.

Siguiendo el rigor metodológico, los criterios establecidos para el *Reporting Qualitative Research* (COREQ) se observaron en la elaboración y desarrollo de la investigación.

Resultados

En el escenario de Curitiba, participaron 34 profesionales, de los cuales 25 eran del equipo de salud (ocho enfermeros, tres cirujanos dentales, un auxiliar de enfermería, dos técnicos de enfermería, un asistente de salud bucal, tres educadores físicos, dos fisioterapeutas, tres médicos y dos psicólogos) y nueve del tercer sector (un trabajador social, tres proyectistas sociales, un coordinador pedagógico y tres docentes). En São Paulo, participaron 21 profesionales y, de estos, 10 pertenecían al equipo de salud (tres enfermeras, un cirujano dental, un técnico de enfermería, un médico, dos Agentes Comunitarios de Salud (ACS), un trabajador social y un técnico de farmacia) y 11 del tercer sector (un trabajador social, dos coordinadores pedagógicos, cuatro docentes y cuatro asistentes administrativos).

Los datos de las declaraciones grupales y paneles producidos en las OTC guiaron el proceso de codificación

a través del software WebQDA. Se crearon diez fuentes de datos con los archivos de transcripción de cada sesión OTC realizada y las imágenes de los paneles producidos, utilizando la herramienta de importación de fuentes internas. En total, se insertaron 182 imágenes en los paneles y se analizaron 131, ya que las 51 imágenes excluidas no se relacionaban con los conceptos indicados en la actividad propuesta.

Después de una lectura exhaustiva de las transcripciones y el análisis de las imágenes, las informaciones que evidenciaron el significado central de las comunicaciones se codificaron en 52 códigos libres, es decir, códigos aglutinadores de ideas sin un sistema jerárquico, que contenía 528 extractos de declaraciones e imágenes. Después de lecturas sucesivas de los datos codificados en códigos libres, fue posible establecer un nuevo proceso de codificación, de forma jerárquica y con enlaces entre la información, utilizando la herramienta del árbol de código.

Por lo tanto, los extractos de los discursos e imágenes se organizaron con la profundidad deseada en tres árboles de códigos, que representan las tres categorías empíricas de este estudio: 1- la percepción de los profesionales sobre la adolescencia, sus relaciones y la violencia entre parejas adolescentes; 2- realidad y límites de las prácticas de salud relacionadas con la VP adolescente y 3- el lugar del Tercer Sector para afrontar la VP adolescente. Los árboles de códigos también abarcaban 10 subcódigos árbol, es decir, los subtemas que surgieron de los datos analizados en el estudio.

En la categoría "la percepción de los profesionales sobre la adolescencia, sus relaciones y la violencia entre parejas", se identificó que las imágenes más utilizadas para caracterizar la adolescencia contenían el consumo de bebidas alcohólicas y/o drogas ilícitas, y aparecieron 23 veces en los paneles en todos los escenarios investigados. El segundo grupo de imágenes más representativo (10 imágenes) fue el que reveló la adolescencia marcada por el uso de la tecnología, representada por imágenes de *smartphones* y *notebooks*. El tercer grupo de imágenes representó la adolescencia como un período marcado por la soledad y la individualidad (nueve imágenes).

Se distinguió una representación única sobre la adolescencia en la composición de los paneles. El discurso del participante refuerza la singularidad del adolescente y lo sitúa como un sujeto social en un cierto período histórico, lo que implica en su proceso de salud-enfermedad y, en consecuencia, en el desempeño profesional dirigido al adolescente. *Traje la adolescencia como una figura que trae muchos plafones, pero cada uno de ellos tiene una característica, una especificidad, aunque estamos hablando de un fenómeno relativamente universal que es la adolescencia y los adolescentes (...) cada uno de*

nosotros tiene una historia diferente, trae una adolescencia diferente y también lo son nuestros adolescentes, cada uno de ellos son platos diferentes y si los etiquetamos como "todos son iguales" al vez nos equivoquemos al respecto (LMA, sector de la salud, Curitiba).

La representación del adolescente a través de imágenes y declaraciones aportó elementos específicos de los territorios a los que pertenecen estos sujetos. El imagen de un smartphone con símbolos que representaban las aplicaciones sintetizó, en la percepción de un participante, las vulnerabilidades que marcan la historia de los adolescentes, sobre todo, las socialmente excluidas: *(...) cada aplicación en este teléfono celular tiene un símbolo, un símbolo de droga, que es marihuana, una es un billete de dinero, una pistola, que está relacionada con el crimen, un cráneo que está relacionado con la muerte (...)* (LSA, tercer sector, São Paulo).

De acuerdo con el sentido común, los discursos señalaron la existencia de estigmas que caracterizan al adolescente como un sujeto despreocupado, perezoso e impulsivo. Otro elemento estigmatizador apareció como la fase de la vida en la que comienza la vida sexual irresponsable, referida por los grupos como una de las características que definen la adolescencia. Aunque los profesionales se dan cuenta de que generalmente es durante la adolescencia que ocurren las primeras experiencias sexuales, son las chicas las más criticadas por los comportamientos asociados con la adolescencia, por ejemplo, la vanidad y el sexarca. Las siguientes declaraciones demuestran esto: *Hoy en día, miras a una chica de 12 años y no dices que tiene 12 años, es una chica que quiere ser una mujer grande, caminar por la calle y llamar la atención* (PAF, sector de la salud, São Paulo). *(...) Es por eso que ellas [adolescentes del sexo femenino] comienzan una vida sexual siendo muy jóvenes* (LZG, sector de la salud, São Paulo).

Los profesionales consideraron que las relaciones afectivas y/o sexuales pueden significar para los adolescentes una forma de ascender socialmente en su territorio. Esta escalada social puede ocurrir, especialmente para las chicas, cuando la pareja se halla vinculada al tráfico de drogas. Muchas veces, incluso las adolescentes buscan el embarazo, por una cuestión de estatus: *(...) para ellas, también es una cuestión de estatus. Salir con uno de estos [traficantes de drogas] quedar embarazadas de uno de estos (...)* *¡ellas quieren!* (JEB, sector salud, Curitiba).

La VP de los adolescentes se describió como común en los escenarios investigados, destacándose el uso de la terminología adecuada para describir la violencia física con términos como: "bofetada", "empujón", "pellizco" y "golpe".

Para los participantes, la VP adolescente es el resultado de un proceso de lucha por el poder, en el que existe una clara división de roles, uno de los cuales asume el rol de propietario y el otro el de poseído, en

una relación de subordinación. Las mujeres adolescentes fueron las más recordadas como víctimas, destacando, por ejemplo, el poder del hombre sobre la forma de comportarse y vestirse: (...) *cuando tienes una vida íntima con tu pareja. Él se siente como un dueño, y tienes que hacer lo que quiere, usar, mirar a quién quiere, porque de lo contrario te ataca* (NMBS, sector de la salud, São Paulo).

La violencia cibernética se describió como un problema común en los territorios, con el establecimiento de una relación condicional que domina principalmente a la chica adolescente y naturaliza su ocurrencia, en base al entendimiento de que la materialización de la violencia cibernética se produce debido a un comportamiento condenable, como se expresa a continuación: (...) *aquí hace un tiempo, los chicos tenían una relación [sexual] con las chicas y publicaban en WhatsApp (...) ellas se toman fotos desnudas y se las envían a los chicos, ellos no envían estas cosas como las chicas* (CMS, Tercer Sector, São Paulo).

Los resultados apuntan a la tendencia de los participantes a asignar a los responsables de situaciones de violencia, a saber: la propia adolescente, especialmente cuando tiene una relación sexual con más de una pareja; las redes sociales y medios de comunicación para publicar mensajes o interferir con las relaciones; la familia, o más específicamente, la madre, especialmente cuando se desvía de los estándares nucleares familiares o está encabezada por mujeres que están a cargo de varias horas de trabajo y, según los participantes, no tienen tiempo para prestar atención a sus hijos. El siguiente extracto retrata este punto de vista: [se produce violencia] *porque la madre está fuera todo el día. [Ella] ya no tiene la paciencia para sentarse y hablar, porque luego llega a casa, tiene que hacer esto, aquello y aquello* (CMJF, sector de la salud, Curitiba).

La categoría empírica "Realidad y límites de las prácticas de salud relacionadas con la VP adolescente" mostró que en los servicios de salud en ambas ciudades, la VP adolescente suele ser detectada por profesionales durante las consultas prenatales, cuando perciben signos físicos de agresión o de los informes de los adolescentes. En general, estos adolescentes son retratados en un contexto de vulnerabilidades, especialmente en relación con el embarazo temprano, la drogadicción y la violencia urbana: [adolescente] *embarazada, durante las consultas prenatales, se encontraron moretones y abrasiones. Cuando se le preguntó acerca de las marcas, las excusas fueron escaleras, resbalones y accidentes domésticos. En la quinta visita, ella apareció con claras marcas de estrangulamiento. No pudo ocultarlo y dijo: "mi novio intentó matarme, desde que quedé embarazada, él pasa el fin de semana bebiendo y cuando llega a casa se desquita conmigo"*. (NGM, sector salud, São Paulo).

Cuando los profesionales hablan sobre prácticas de salud dirigidas a adolescentes en situaciones de violencia, se refieren a que la asistencia se basa en

una perspectiva biomédica, dirigida a intervenciones físicas, especialmente medidas anticonceptivas, como se ejemplifica en el discurso: (...) *acompañó a un caso, una chica y un chico (...) ella tiene dos hijos suyos, fue golpeada durante el embarazo y [el bebé] nació antes de tiempo (...). Hoy usamos la anticoncepción en su casa. Todos los meses voy a su casa para ver cómo van las cosas, pero la violencia aún existe, el chico es muy violento* (JAOK, sector de la salud, Curitiba).

Se observa que estas prácticas están desgeneradas, es decir, no reconocen la VP de los adolescentes como una cuestión de género, social e históricamente determinada.

El testimonio que sigue revela que, en la percepción del profesional, el afrontamiento a la VP adolescente no depende del sector de salud, correspondiéndole solamente atender los problemas físicos consiguientes, corroborando las prácticas que pueden excluir al adolescente de la atención integral: *seamos bastante sinceros, porque [VP] no es nuestra responsabilidad. Al final nos ocupamos de esta situación porque vamos a recibir a una chica herida o a una mujer embarazada (...) pero no tiene nada que ver con la salud. Solo tomamos la consecuencia, apagamos el fuego. La base del tema de la violencia, esto es con la policía, con el Consejo de Tutela, con la comisaría de policía* (SNSJ, sector de la salud, Curitiba).

En la ciudad de Curitiba, la presencia de la Red para la Protección de Niños y Adolescentes en Riesgo de Violencia existente parece modificar el polo de concentración de las acciones para ayudar a los adolescentes en situaciones de VP. Mientras que en el servicio de São Paulo, las acciones se restringieron a unos pocos profesionales y al espacio de la Unidad de Salud, en la ciudad de Curitiba hay una articulación más estructurada entre las categorías profesionales y los diferentes organismos que conforman la Red de Protección.

Parte de los profesionales verbalizó aspectos que pueden entenderse como limitaciones relacionadas con el afrontamiento de la VP adolescente. Teniendo en cuenta que el desarrollo de trabajo en APS atraviesa un proceso de precarización en todo el territorio nacional, parece que los testimonios a veces traducen estos problemas, en los que se siente la tensión en la rutina profesional. La siguiente declaración hace explícita la cuestión de la demanda excesiva de trabajo de los profesionales de la salud en el contexto de la APS: (...) estamos dedicados a varias otras tareas y terminas dejándola [VP adolescente], porque no tenemos tiempo para ocuparnos. (SCMM, sector salud, Curitiba).

Los profesionales describieron acciones aisladas tomadas por los servicios que señalaron las posibilidades de afrontar a la VP adolescente. Se identificó que el desmantelamiento de estas acciones es más un reflejo de la precariedad de los servicios, que se expresa en la falta de profesionales e inversión financiera, resultando en un sentimiento que denota el derrotismo y la impotencia de los participantes: (...) *antes, organizábamos aquí en el*

distrito. Teníamos un concurso interno, ellos [los adolescentes] tenían que realizar una producción sobre el tema del año, que había sido decidido por una coordinación del adolescente sano que existía en ese momento, en la Red. Entonces algo teníamos, ¿sabes? Teníamos. Y ya no lo tenemos más, hoy tenemos un servicio desconstruido (RSS, sector salud, Curitiba).

Los testimonios que conformaron la categoría empírica "El lugar del Tercer Sector en la confrontación de VP adolescente" revelaron que los profesionales del Tercer Sector de los municipios de Curitiba y São Paulo indicaron la presencia de VP adolescente en los territorios investigados. El más citado fue la VP perpetrada contra adolescentes femeninas, expresándose, sobre todo a través de la violencia sexual.

Los discursos de aquellos que consideran que, al tratar con VP adolescente, el Tercer Sector asume un papel que debe ser ejercido por el Estado, reflejado en la mención de la policía: (...) *hacemos el trabajo que debería hacer la policía.* (LPPN, Tercer Sector, Curitiba)

Los profesionales del Tercer Sector demostraron desconocer los recursos y políticas de salud pública disponibles para afrontamiento de la VP adolescentes. Los informes muestran que estos servicios a menudo actúan al margen de las prácticas del Estado: (...) *si a mí me toca una situación como esta, no sabré los núcleos que puedo seguir, o algo así (...) no conozco ningún servicio* (LTI, Tercer Sector, São Paulo).

Fueron significativas las menciones de la escasa articulación del Tercer Sector con el sector de la salud, destacando el sentimiento de no pertenecer a una estructura de red destinada a combatir la violencia: (...) *si hacemos una invitación, ellos [servicio de salud] tenían que participar. Ellos no participan. ¿Por qué? Porque no hay día, porque hay una reunión, porque no hay empleados. ¡Hay que dejar de poner excusas! Hice 38 invitaciones, invité a la UBS, al personal de enfermería, la asistencia, la dirección y la ACS, nadie fue (...) y luego, ¿cómo creamos una Red? ¿De esa forma?* (MFMS, Tercer Sector, São Paulo)

Otro discurso reveló cuestiones sobre la visibilidad limitada de las intervenciones llevadas a cabo por el sector de la salud en los territorios, reduciéndolas a las esferas biológica y curativa: *¿qué está sucediendo en la salud hoy? ¡Ella no asume su papel! La salud está volviendo a ser como "se rompió el brazo, tiene que ir al servicio de salud, si, está vomitando, debe ir al servicio de salud", ¡pero el problema de la violencia no es su problema! (...) Entonces, ¿qué está pasando? Las entidades que llaman de ONG están asumiendo el papel del gobierno* (MFMS, Tercer Sector, São Paulo).

Discusión

Los participantes retrataron la adolescencia usando estereotipos. Este resultado se corresponde con el identificado por otro estudio que establece que entre

los profesionales que desarrollan acciones dirigidas a la población adolescente, prevalece la opinión que asocia la adolescencia con circunstancias de crisis y rebelión. En esta construcción, el adolescente no se considera un sujeto autónomo, por el contrario, hay puntos de vista crecientes de naturaleza reguladora que estigmatizan y someten a estos sujetos⁽¹⁰⁾, como se verifica en el presente estudio.

El territorio se percibió como fuente potencial de desgaste para los adolescentes, situación que se expresa en vulnerabilidades. Teniendo en cuenta que las relaciones sociales son relaciones de poder, es posible suponer que, debido a que tienen menos poder en relación a los adultos, los adolescentes se vuelven más vulnerables a los procesos de exclusión social que degradan su salud⁽¹⁸⁾, incluido la VP.

La mayoría de los discursos se referían a las relaciones de género desde el enfoque hegemónico clásico, que busca explicar tales relaciones basadas en la feminidad y la masculinidad como características biológicas, innatas y, por lo tanto, naturalizadas⁽¹²⁾.

Los profesionales atribuyeron a las chicas juicios morales más severos que a los chicos con respecto a los comportamientos mostrados en las relaciones afectivas o sexuales. Mientras que los adolescentes de ambos sexos están subordinados en la construcción generacional, las chicas sufren una doble sanción desde las perspectivas de las categorías de generación y género, que naturalizan la posición subordinada atribuida a los adolescentes y deprecian sus decisiones y aspiraciones con respecto a la relación afectiva y/o sexual.

Al analizar los resultados a la luz de la categoría de análisis generacional⁽¹³⁾, es posible comprender que esto determina el espacio social ocupado por los adolescentes y la construcción de una relación polarizada entre ellos y los participantes del estudio. En un polo están los adolescentes cuyo lugar social también está determinado por la experiencia de las relaciones y sus roles de género, y en otro polo, están los profesionales de la salud o del Tercer Sector adultos, que mantienen una distancia generacional que los lleva a subordinar a los adolescentes, tornando imposible el diálogo entre adolescentes y adultos⁽⁶⁾.

En este estudio, la violencia física fue la más citada, lo que contradice los hallazgos de otro estudio en el que profesionales de diferentes segmentos que trabajan con adolescentes perciben la violencia psicológica como la principal expresión de VP en la adolescencia⁽¹⁹⁾. Estos datos pueden estar relacionados con la invisibilidad y naturalización de la VP en el territorio, lo que implica la percepción mayoritaria de aquellas situaciones que se caracterizan socialmente como expresiones más graves de violencia.

Otro resultado importante de este estudio fue que los participantes identificaron la presencia y el

impacto de la violencia que ocurre en el espacio digital, la llamada violencia cibernética. Esta manifestación de violencia puede considerarse similar o más severa que la que se padece personalmente. Virtualmente se pueden crear más espacios y formatos de perpetración de violencia, ya que existe la dificultad en distanciarse del registro permanente de un mensaje ofensivo y, además, prevalece el temor de que el contenido de la violencia virtual, por ejemplo, una foto íntima, se publique⁽²⁰⁻²¹⁾.

Los participantes de ambos grupos profesionales destacaron la desvalorización social de las relaciones afectivas y/o sexuales entre los adolescentes y la utilizaron como un elemento para culpar a las adolescentes chicas por la VP. El hecho de que no formen parte de relaciones socialmente aceptadas, como el matrimonio, lleva a traducir erróneamente que es posible salir fácilmente de la situación, lo cual no siempre es cierto. Esta percepción denota el peso social de la institución matrimonial, entendida como un escenario de aceptación y sumisión femenina⁽²²⁾.

Otra responsabilidad por la situación de VP sufrida fue atribuida a las madres de los adolescentes. Es necesario tener en cuenta que al atribuir la responsabilidad de la violencia a la madre, se evidencia el yugo de género en estas mujeres, de las cuales, se espera dedicación a la crianza de los hijos, incluso si la jefatura de familia y otras obligaciones y responsabilidades relacionadas con su sustento están a su cargo⁽²³⁾.

Las declaraciones de los profesionales del sector de la salud mostraron que las situaciones de VP adolescente identificadas en estos servicios son aquellas que se agravaron debido a los procesos sociales y, por lo tanto, se detectan en los servicios de rutina, como la consulta prenatal. Esta condición puede referirse a la forma incipiente en que los adolescentes se insertan en los servicios de salud, especialmente en la APS⁽²⁴⁾.

Los resultados con respecto a las prácticas de salud revelaron que se basan en una perspectiva fragmentada y medicalizante, reproducida por el modelo biomédico. El Estado y la sociedad pueden actuar como fuerzas impulsoras en el proceso de medicalización. La existencia de una red de poder que atraviesa toda la estructura social, combinada con el orden económico del mercado capitalista, determina la fragilidad de la sociedad para resistir la medicalización. Este proceso es impulsado tanto por el potencial tecnológico y de innovación en salud, como por la sociedad de consumo inducida a consumir cada vez más productos farmacéuticos, por los propios servicios de salud⁽²⁵⁾.

Los profesionales de la APS no se sienten preparados para trabajar en situaciones de VP adolescente. Sin embargo, se encontraron diferencias entre los municipios de Curitiba y São Paulo, quizás debido a la presencia histórica

de la Red para la Protección de Niños y Adolescentes en Riesgo de Violencia en Curitiba. El desempeño de la Red impacta y dirige la práctica, por ejemplo, al expandir el alcance de las acciones más allá de aquellas restringidas a una categoría profesional particular.

Otras limitaciones identificadas por los profesionales de la APS pueden entenderse desde la perspectiva del trabajo precario. Cuestiones como la excesiva demanda de trabajo y la falta de profesionales - impacto verificado a nivel nacional en los servicios públicos de salud - y el desmantelamiento de proyectos y acciones consideradas exitosas con respecto a la atención médica de los adolescentes, limitan la acción profesional y conllevan sentimientos como frustración e impotencia.

Con respecto a los profesionales del Tercer Sector, prevaleció el hecho de que hay una escasez de vínculos con los servicios de salud. Las marcas que se destacan en ambos escenarios encuestados son las del servicio de salud como distantes del afrontamiento del problema. Realidad similar fue narrada en un estudio que identificó que, entre 11 ONG que mantenían proyectos con el público adolescente, no hubo ningún proceso de monitoreo por parte de los organismos de inspección o propuestas de Inter sectorialización entre estas instituciones y otros servicios públicos⁽⁹⁾.

Los profesionales del Tercer Sector entienden que a veces asumen demandas que deberían ser cumplidas por el Estado. En un contexto marcado por la desigualdad social impuesta por el modelo de acumulación capitalista, Organizaciones vinculadas al Tercer Sector a menudo son la única opción de asistencia en comunidades empobrecidas, asumiendo actividades que tienden a garantizar derechos, que deberían ser realizadas por el Estado⁽²⁶⁾.

Las cuestiones identificadas por el presente estudio revelaron limitaciones para formalizar propuestas intersectoriales entre las instituciones del Tercer Sector y el campo de la salud. Por ejemplo, la escasa visibilidad que asumen las intervenciones llevadas a cabo por los servicios de salud en el territorio y la falta de reconocimiento de los recursos disponibles para el afrontamiento de la VP adolescente. Esto puede ser reflejo de la invisibilidad relativa del Tercer Sector en relación con otras estructuras estatales^(9,26). Además, este resultado apunta a la necesidad de implementar acciones para el empoderamiento político y, por lo tanto, la influencia en las políticas públicas de las entidades del Tercer Sector, reconociendo su papel en el mantenimiento de los derechos humanos fundamentales en Brasil⁽²⁷⁾.

La limitación de este estudio fue la diferencia en relación con el número de profesionales que participaron en la investigación en los municipios de Curitiba y São Paulo y el hecho de que los servicios de salud encuestados eran Unidades de Salud básicas y con ESF, sin embargo,

porque tratarse de una investigación cualitativa, esta cuestión se minimiza en vista de la gran cantidad de datos generados.

Conclusión

Las percepciones sobre la adolescencia, la experiencia de las relaciones afectivas y sexuales y la VP adolescente están respaldadas por determinaciones históricas y sociales que subyugan a los adolescentes y las relaciones que ellos mantienen, privándolos de sus derechos. Tal condición, restringida a la superficialidad, también determina la connotación de las prácticas y servicios de salud del tercer sector, espacios en los que los adolescentes transitan a diario.

Específicamente en el sector de la salud, se constató que la VP adolescente se identifica cuando se perciben otras demandas bajo el paradigma hegemónico biomédico. Aún en este sector, se verifica una barrera importante para hacer frente al VP adolescente, caracterizado por la precariedad del proceso de trabajo de salud.

Al confrontar los discursos producidos por los participantes del sector de la salud y el Tercer Sector en los municipios de Curitiba y São Paulo, fue evidente que ninguno de los servicios investigados parecía asumir la responsabilidad de afrontar a la VP. Parece haber una alternancia de percepciones sobre la responsabilidad de afrontamiento a la VP adolescente, sin embargo, sin que ninguno de los servicios lo asuma realmente. Como resultado, los adolescentes se ven perjudicados ya que no cuentan con programas o servicios adecuados para afrontar el problema.

Como desafío, se evidencia la necesidad de promover acciones que consideren la comprensión del adolescente como un sujeto social e históricamente determinado, comenzando por su inserción en la sociedad. Seguramente, revelar los detalles de un fenómeno social como la VP adolescente implica hacer visibles y avanzar en los conocimientos científicos sobre el tema en el área de la salud, a fin de fortalecer alternativas que puedan modificar las prácticas y procesos de salud, además de orientar el trabajo intersectorial dirigido a la población adolescente, condición necesaria para la protección de este grupo en un contexto de igualdad de género y respeto generacional.

Agradecimientos

A Danyelle Leonette Araújo dos Santos por su colaboración en la revisión del manuscrito.

Referencias

- Lormand DK, Markham CM, Peskin MF, Byrd TL, Addy RC, Baumler E, et al. Dating violence among urban, minority, middle school youth and associated sexual risk behaviors and substance use. *J Sch Health*. [Internet]. 2013 Jun [cited May 17, 2019];83(6):415-21. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/josh.12045>
- Oliveira QBM, Assis SG, Njaine K, Pires TO. Physical violence perpetrated by jealousy in adolescent dating: a gender approach in ten Brazilian capitals. *Psic Teor Pesq*. [Internet]. 2017 May [cited Apr 17, 2019];32(3):e32323. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32323>
- Beserra MA, Leitão MNC, Fabião JASAO, Dixe MACR, Veríssimo CMF, Ferriani MGC, et al. Prevalence and characteristics of dating violence among school-aged adolescents in Portugal. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2016 [cited May 17, 2019];20(1):183-91. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160024>
- Jennings WG, Okeem C, Piquero AR, Sellers CS, Theobald D, Farrington DP. Dating and intimate partner violence among young persons ages 15–30: evidence from a systematic review. *Aggress Violent Behav*. [Internet]. 2017 [cited May 02, 2019]; 33(Spec):107-25. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1359178917300162>
- Egry EY, Apostólico MR, Morais TCP, Lisboa CCR. Coping with child violence in primary care: how do professionals perceive it? *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2017 Feb [cited July 22, 2019];70(1):119-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0009>
- Lourenço RG, Fornari LF, Santos DLA, Fonseca RMGS. Community interventions related to intimate partner violence among adolescents: scope review. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2019 [cited May 30, 2019];72(1):277-86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0586>
- Moore A, Sargentón KM, Ferranti D, Gonzalez-Guarda RM. Adolescent dating violence: supports and barriers in accessing services. *J Community Health Nurs*. [Internet]. 2015 [cited May 30, 2019];32(1):39-52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25674973>
- Pasquim HM, Campos CMS, Soares CB. Projects carried out by social institutions focused on young people: fragmented activities and disengagement of the government. *Saúde Soc*. [Internet]. 2016 Mar [cited May 17, 2019];25(1):198-205. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015139991>
- Almeida C. Public-private partnerships (PPPs) in the health sector: global processes and national dynamics. *Cad Saude Publica*. [Internet]. 2017 Oct [cited May 17, 2019];33(suppl 2). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00197316>
- Anhas DM, Castro-Silva CR. Meanings attributed by adolescents and young people to health: challenges of Family Health in a vulnerable community in Cubatão, São Paulo, Brazil. *Saúde Soc*. [Internet]. 2017 Jun [cited

- Mar 8, 2019];26(2):484-95. Available from: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017169735>
11. Scott J. Gender: useful category of historical analysis. *Am Hist Rev.* 1986;91(5):1053-1075.
 12. Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC. Science, public health and nursing: highlighting the gender and generation categories in the episteme of praxis. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2013 Sep [cited Jul 2, 2018];66(Spec): 119-33. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700016>
 13. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
 14. Fonseca RMGS, Amaral MA. Reinterpretation of the potentiality of Critical-emancipative Workshops. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2012 Oct [cited Jul 22, 2019];65(5):780-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500010&lng=en) <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500010>
 15. Quivy R, Campenhoudt L. Manual de investigação em ciências sociais. 6ª. ed. Lisboa: Gradiva; 2013.
 16. Laurence Bardin. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
 17. Freitas F, Souza FN, Costa, AP, Mendes S. The User Manual of Qualitative Data Analysis software: the perceptions of webQDA users. *RISTI.* [Internet]. 2016 Sep [cited Jul 22, 2019];19(Spec):107-17. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-9895201600030000. <https://dx.doi.org/10.17013/risti.19.107-117>
 18. Oliveira E, Soares CB, Batista LL. Everyday representations of young people about peripheral areas. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2016 Dec [cited Jun 20, 2019];69(6):1147-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601147&lng=en
 19. Maquibar A, Vives-Cases C, Hurtig AK, Goicolea I. Professionals' perception of intimate partner violence in young people: a qualitative study in northern Spain. *Reprod Health.* [Internet]. 2017 Dec [cited May 17, 2019];14(1):86. Available from: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0348-8>
 20. Reed LA, Tolman RM, Ward LM. Gender matters: Experiences and consequences of digital dating abuse victimization in adolescent dating relationships. *J Adolesc.* [Internet]. 2017 Aug [cited May 17, 2019];59:79-89. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197117300817?via%3Dihub>
 21. Stonard KE, Bowen E, Walker K, Price SA. "They'll always find a way to get to you": technology use in adolescent romantic relationships and its role in dating violence and abuse. *J Interpers Violence.* [Internet]. 2017 Jul [cited May 17, 2019];32(14):2083-117. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260515590787>
 22. Oliveira E, Soares CB, Batista LL. Everyday representations of young people about peripheral areas. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2016 Dec [cited May 17, 2019];69(6):1147-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601147&lng=pt&lng=pt
 23. Shaffer CM, Corona R, Sullivan TN, Fuentes V, McDobald SE. Barriers and supports to dating violence communication between Latina adolescents and their mothers: a qualitative analysis. *J Fam Viol.* [Internet]. 2018. [cited Jul 22, 2019];33(Spec): 133-45. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10896-017-9936-1.pdf>. <https://doi.org/10.1007/s10896-017-9936-1>
 24. Alves MJH, Albuquerque GA, Silva AS, Belém JM, Nunes JFC, Leite MF, et al. Factors involved in adolescent students' adherence to the family health strategy. *Rev Pol Publicas.* [Internet]. 2019 [cited May 17, 2019];15(2). Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1036/582>
 25. Frazão P, Minakawa MM. Medicalization, public polices and democracy under capitalism. *Trab Educ Saude.* [Internet]. 2018 [cited May 17, 2019];16(2):407-30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00123>
 26. Gomes NDSRK. A importância e os desafios do terceiro setor no Brasil. *Estud Contemp Ciências Soc Aplic.* [Internet]. 2015 [Acesso 18 mai 2019];5(1):85-108. Disponível em: <https://www.revistaborjes.com.br/index.php/borges/article/view/86>
 27. Santos FS, Mendes L, Férran JEM. Democratic governance and the third sector: possibilities and difficulties in two NGOs in the city of Porto Alegre. *Rev Pol Publicas.* [Internet]. 2015 [cited Nov 25, 2019];19(2):467-77. Available from: www.redalyc.org/articulo.oa?id=321143695009

Recibido: 22.07.2019

Aceptado: 26.04.2020

Editor Asociado:
Pedro Fredemir Palha


Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Rafaela Gessner Lourenço

E-mail: rgessner2@yahoo.com.br

 <https://orcid.org/0000-0002-3855-0003>