

Eliane Lima Guerra Nunes

**Adolescentes que vivem na rua:
um estudo sobre a vulnerabilidade
ao HIV/aids relacionada à droga,
à prostituição e à violência**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Fisiopatologia Experimental da
Faculdade de Medicina da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de Mestre em
Ciências**

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental

Orientador: Prof. Dr. Arthur Guerra de Andrade

SÃO PAULO

2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

© reprodução autorizada pelo autor

Nunes, Eliane Lima Guerra

Adolescentes que vivem na rua: um estudo sobre a vulnerabilidade ao HIV/aids relacionada à droga, à prostituição e à violência/ Eliane Lima Guerra

Nunes.-- São Paulo, 2004.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental.

Orientador: Arthur Guerra de Andrade.

Descritores: 1.ADOLESCENTE 2. MENORES DE RUA 3. FEMININO
4.PROSTITUIÇÃO/psicologia 5.DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS/ psicologia 6.HIV 7.TRANSTORNOS RELACIONADOS AO
USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS/psicologia 8.VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA/psicologia

USP/FM/SBD-303/04

Dedicatória

Aos meus amados pais Gerson Guerra e Wanda Lima Guerra, que me inculcaram desde criança o desejo de saber e a solidariedade.

Ao meu amado esposo Ario Borges Nunes Jr., pelas inúmeras vezes em que me apoiou nesta estrada da vida.

À minha muito amada filha Amabile Guerra Nunes, que nasceu durante esta jornada.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Dr. Arthur Guerra de Andrade, pela oportunidade para demonstrar, na academia, o trabalho que era feito por mim com as adolescentes.

À Dra. Solange Nappo, pela valiosa colaboração no roteiro das entrevistas.

Aos examinadores da banca de qualificação, Dr. José Ricardo Ayres, Dr. Gilberto D'Elia e Dra. Sandra Scivoletto, pelas sugestões dadas.

E em especial a todas as adolescentes envolvidas, pela confiança em mim e pela força demonstrada na incrível aventura de viver.

Normalização adotada

Esta dissertação está de acordo:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação.

Cunha AC, Freddi MJAL, Crestana MF, Aragão MS, Cardoso SC, Vilhena V. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação – SDB/FMUS, 2004.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Resumo

Summary

I. INTRODUÇÃO	1
1.1. A epidemia de HIV/aids no Brasil	8
1.2. Adolescência	12
1.2.1. Vulnerabilidade e a adolescência	12
1.2.2. Vulnerabilidade econômica e social	15
1.2.3. Adolescência e Drogas	21
1.2.4. Violência na Adolescência	29
1.3. Gênero	34
1.3.1. Vulnerabilidade e Gênero	34
1.3.2. Gênero e Drogas	40
1.3.3. Violência contra a mulher	44
1.3.4. Prostituição Juvenil	46
1.4. Sindemia ou a confluência das ‘pragas’	57
II. OBJETIVOS	61
2.1 – Objetivo geral	62
2.2.1 Objetivos específicos	62
III. METODOLOGIA	63
3.1. Abordagem Teórico-Methodológica	64
3.2. Amostra	69
3.2.1. Tamanho da amostra	69
3.2.2. Os critérios de seleção das entrevistadas	71
3.3. Procedimentos da Pesquisa de Campo	74
3.3.1. Início da pesquisa	74
3.3.2. Instrumento da coleta de dados	76
3.3.2.1. Instrumento de pesquisa	76
3.3.2.2. Procedimento para a elaboração do roteiro de entrevista	77

3.3.2.3. Procedimento para a coleta de dados	79
3.4. Caracterização da população estudada	80
3.5. O campo de estudo	83
3.5.1. Aproximação: entrada em campo	83
3.5.2. Caracterização do Campo de Estudo	85
IV. ANÁLISE DOS DADOS	92
4.1. Procedimento para a análise dos dados	92
V. RESULTADOS	95
5.1. Dados Sócio-Demográficos	96
5.2. Ordem de entrevistas	97
5.3. Histórias	98
5.3.1. Pamela – a primeira entrevistada	100
5.3.2. Camila – a segunda entrevistada	108
5.3.3. Suelen – a terceira entrevistada	119
5.3.4. Madona – a quarta entrevistada	130
5.3.5. Suzy – a quinta entrevistada	136
5.3.6. Francine – a sexta entrevistada	146
5.3.7. Marguerite – a sétima entrevistada	154
5.4. Exames	164
5.4.1. Coletas dos exames	164
5.4.2. Resultado dos exames	168
VI. DISCUSSÃO	170
6.1. Considerações Iniciais	171
6.2. Situação Sócio-Econômica	173
6.3. Escolaridade	175
6.4. Violência	178
6.5. Drogas	183
6.6. Prostituição	187
6.7. Gênero, sexo e proteção no tempo da aids	192
6.8. Instituições e humanização do atendimento	197

6.9. Considerações finais	200
6.10. Propostas de estudo a partir desta pesquisa	207
VII. CONCLUSÕES	209
VIII. ANEXOS	215
IX. REFERÊNCIAS	230

Resumo

Nunes ELG. *Adolescentes que vivem na rua: um estudo sobre a vulnerabilidade ao HIV/aids, relacionada, à droga, à prostituição e à violência*. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade São Paulo.2004.

O estudo investigou qualitativamente a vulnerabilidade às DSTs e ao HIV/aids em adolescentes que vivem na rua e estão envolvidas com a prostituição juvenil, com o uso de drogas e com a violência.

Foram atendidas sete adolescentes, em entrevistas abertas e semi-dirigidas, apresentadas em bola de neve por informantes chaves.

Observou-se que alguns dos motivos que levaram à prostituição dizem respeito à violência na família, à curiosidade em relação à rua, à afirmação de sua sexualidade, ao abuso de drogas e a precária situação econômica de suas famílias. Todos esses fatores associados aumentaram a sua vulnerabilidade e as distanciaram dos programas de saúde existentes.

Assim, faz-se necessário a criação de estratégias que visem a busca ativa e a inserção de cada uma delas, respeitando cada singularidade.

Abstract

Nunes ELG. *Adolescents who live on the streets: vulnerability to HIV/AIDS related to drugs, prostitution and violence* [master dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade São Paulo.

This qualitative study investigated vulnerability to HIV/AIDS among adolescents who live on the streets and are involved in prostitution, drugs and violence. A total of seven respondents were recruited using key informants and snowball sampling, and data was collected through semi-structured interviews.

The findings highlighted that domestic violence, curiosity, assertion of sexuality, drug abuse and deprived socio-economic conditions of families were among the factors that led adolescents to prostitution. The association among these factors increased individuals vulnerability and prevent them from using existing health programmes. Hence, there is a need for strategies involving outreach work and that take into account individuals singularities.

I – INTRODUÇÃO



Picasso¹. *Les Femmes d'Alger (O Version O)*. 1907.

¹ Picasso P. *Les Femmes d'Alger*. 1907. New York. MOMA. Available from : <http://www.moma.org/collection/conservation/demoiselles/index.html>

Desde o início da epidemia de HIV/aids no Brasil, na década de 1980, até os dias de hoje, foram criados vários sistemas conceituais para abordar a doença e as suas formas de prevenção. No início, visavam-se mais determinados grupos, como os usuários de drogas e os promíscuos sexuais, por exemplo. Por esse motivo, segundo Paiva (1999), o HIV/aids começou a ser encarada como uma doença circunscrita a esses grupos. Tal tendência, segundo a autora, refletiu-se diretamente no desenvolvimento da epidemia, pois a atenção a outros grupos também suscetíveis, como as mulheres monogâmicas, por exemplo, foi negligenciado.

Essa maneira de encarar a síndrome não foi exclusiva do Brasil. Em outros países, principalmente naqueles considerados em desenvolvimento, como os da Ásia e da África, também não foi levada em conta a universalidade do problema. Assim, a epidemia da aids ampliou-se e impôs a sua extensão, constituindo-se uma emergência global (Farmer, 2003). A partir de 1987, novas propostas e medidas foram estabelecidas no Programa Global para aids, difundido pela Organização Mundial de Saúde. Ficou evidente, para os organismos internacionais, que as referidas não eram suficientes para a contenção da epidemia, dado que a partir de 1990 verificou-se que esta havia saído fora do controle em diversos países (Tarantola, 2001).

Ainda segundo esse autor, verificou-se que conceitos como “grupos de risco” e “comportamentos de risco”, eram válidos para alguns grupos, como homens que fazem sexo com homens (HSH). No entanto, os grupos afetados de homens brancos homossexuais nos Estados Unidos, na Europa

e na Austrália organizaram-se rapidamente para se defenderem não só do vírus, mas também do preconceito da *peste gay*. Coube a eles chamar a atenção para a amplitude do problema e, conseqüentemente, para a criação de estratégias de maior abrangência. Isso ocorreu porque vinham eles de um longo percurso de militância em defesa dos direitos humanos, e a aids foi mais uma das “bandeiras” de luta que abraçaram ardorosamente.

Isso porém não se aplicou a outras minorias afetadas, inscritas em sociedades marcadas pela ausência de informação e acesso aos serviços, além de não apresentarem organização e engajamento suficientes para terem seus direitos garantidos. Assistiu-se, assim, o crescimento da epidemia, principalmente nos países em desenvolvimento, ou nos bolsões de pobreza situados também em algumas áreas de desertificação urbana na periferia de muitas cidades, inclusive de países desenvolvidos, como por exemplo, nos Estados Unidos — *inner city*, como refere Wilson² (1996), citado por Parker&Camargo (2000) e segundo vários estudos de Wallace&Wallace (1995, 1997).

A partir de 1992, com a publicação de *Aids in the world*³, surgiu a conceituação de vulnerabilidade global, proposta por Mann e diversos pesquisadores internacionais, que formaram a coalizão global de políticas contra a aids. Iniciou-se, assim, uma mudança de paradigma conceitual na compreensão do fenômeno, com a introdução do termo *vulnerabilidade* (Tarantola, 2000).

² Wilson WJ. *When the work disappears: The World of New Urban Poor*. New York: Vintage Books;1996.

³ *Aids in the World* foi publicado em 1992 e no Brasil, em 1993, com o título: *Aids no mundo*.

Segundo Mann e colaboradores (1993), uma maior clareza quanto à adoção de indicadores mais amplos de direitos humanos no campo da saúde pública permite identificar as diversas vulnerabilidades e possibilita o mapeamento mais preciso das rotas dessa pandemia, bem como a implantação de políticas públicas assertivas. Os autores demonstram que a vulnerabilidade aumenta quando existe grande desigualdade social e um precário programa nacional de combate à aids. Para isto, utilizam-se, inicialmente, de indicadores sócio-econômicos do relatório do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas de 1991.

Nesta avaliação global, é apresentada uma lista, na qual cada país pode ter a classificação de alta, média ou baixa vulnerabilidade, através da avaliação da somatória de critérios como: o acesso à informação, as despesas com a saúde, o acesso ao tratamento, a mortalidade antes do cinco anos, total de pontos de indicadores das condições das mulheres, índice de liberdade humana, a relação entre despesas militares, gastos com a saúde e a educação e o índice de desenvolvimento humano. Ainda segundo Mann e colaboradores (1993), é necessário que a moderna saúde pública e os direitos humanos caminhem juntos na proposta de mudanças estratégicas que visem o bem estar e o combate eficaz das doenças que afetam o mundo, como no caso em questão, a epidemia da aids. Ressalta ele que a união das duas pode mudar e reorientar o pensamento a respeito da epidemia, e que, do contrário, muitas das conquistas da primeira década de luta contra a aids poderão ser perdidas em meio à globalização e privatização da saúde, favorecendo a proliferação de políticas restritivas,

aumentando-se, assim, a discriminação dos soropositivos. Além disso, os direitos mínimos das populações mais vulneráveis são negligenciados, expondo-as ainda mais às DST/aids.

O conceito de vulnerabilidade pode guiar adequadamente as políticas de saúde para uma melhor atenção frente a esta pandemia (Ayres et al., 1999). Torna-se possível, por meio da consistência e da extensão desse conceito, ultrapassar a visão de que um comportamento seguro em relação à saúde e a contaminação pelo HIV dependam exclusivamente de ações das próprias pessoas. É necessário que várias frentes de confronto a esta epidemia multifacetada sejam aplicadas e isto só é possível com a compreensão do conceito de vulnerabilidade aplicado a saúde.

Segundo Ayres e colaboradores (2003a), as análises de vulnerabilidade envolvem a avaliação articulada de três eixos interligados, para ser melhor elucidativo, pois a vulnerabilidade em seu componente individual é a mais evidenciada, o que infelizmente é uma atitude errônea, pois se atribui ao indivíduo, à sua vontade, seu comportamento sexual de risco, como se ele não pudesse ser em parte culturalmente determinado, respondendo a processos históricos sócio-econômicos. Em decorrência desse viés teórico, as medidas preventivas e assistenciais desenvolvidas acabam respondendo, na sua maioria, em um nível comportamental e informativo, eliminando grande parte do necessário protagonismo juvenil para mudanças culturais importantes a serem realizadas, como por exemplo o uso de preservativos.

Assim, os autores dividem a conceituação, para melhor entendimento, da seguinte maneira:

Componente individual diz respeito ao grau e a qualidade de informações de que os indivíduos dispõem sobre o problema; a capacidade de elaborar essas informações e incorporá-la aos seus repertórios cotidianos de preocupações; e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras.

Componente social: diz respeito à obtenção de informações, às possibilidades de metabolizá-las e ao poder de as incorporar a mudanças práticas, o que não depende só dos indivíduos, mas de aspectos, como acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas.

Componente pragmático: para que os recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços programáticos voltados nessa direção. Quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais e locais de prevenção e cuidado relativos ao HIV/aids, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar o seu uso e identificar as necessidades de outros recursos, fortalecendo os indivíduos diante da epidemia.

Assim, a opção pelo termo “*vulnerabilidade*” não é simplesmente uma tentativa de aderir a um conceito, mas, ao contrário, um esforço para identificar a rota de disseminação da aids e adequar estratégias de prevenção e tratamento, imprescindíveis nos dias de hoje, principalmente para as populações que não têm acesso direto aos avanços que a medicina já conquistou a respeito da aids (Tarantola, 2000).

Segundo a World Health Organization (WHO, 2003), apenas 5% das 6 milhões de pessoas doentes têm acesso a anti-retrovirais, nos países em desenvolvimento. Isso é um reflexo da maior vulnerabilidade que muitas pessoas doentes estão ao redor do mundo, principalmente àqueles que

vivem 210sem acesso aos serviços de saúde ou são discriminadas (Tarantola, 2001).

Ainda segundo Ayres⁴ e colaboradores (2003a), o que se verifica é a necessidade de se estabelecer intervenções que sejam as resultantes da conjunção dos mais diversos fatores envolvidos, que ocorrem de forma sinérgica, sincrônica e que acabam interferindo na suscetibilidade das pessoas à epidemia. Portanto, estratégias voltadas para a questão da vulnerabilidade e que têm como problema-alvo as suscetibilidades populacionais, e o resultado esperado é que a compreensão da vulnerabilidade contribua para as abordagens sociais

Ainda segundo os autores:

O interesse na abordagem conceitual da vulnerabilidade veio, portanto, da percepção dos limites individuais na construção de respostas efetivas e na denúncia da falácia de uma universalização extremada e acrítica. Era preciso sim, apreender o peso dos diferentes contextos sociais como determinante de diversas suscetibilidades e criar alternativas técnicas sensíveis a essas diferenças...

Isto significa universalizar o compromisso com a resposta à epidemia exatamente “por intermédio” da particularização das áreas e modos de operar a resposta.

⁴ Segundo os autores, para melhor contrastar a diferença entre as diversas práticas de intervenção, pode-se propor o seguinte modelo esquemático:

Conceito	Problema-alvo	Resultado esperado
Grupo de risco	Contato entre infectado e suscetível	Barreira à transmissão
Comportamento de risco	Exposição ao vírus	Práticas seguras
Vulnerabilidade	Suscetibilidades populacionais	Resposta social

1- A Epidemia HIV/aids no Brasil

A aids no Brasil tem apresentado, a cada novo boletim, um triste panorama para as camadas mais pobres da população e, apesar de se ter no país um dos melhores modelos de intervenção entre os países em desenvolvimento, novos e importantes desafios se fazem presentes. Além de investir seriamente na prevenção, é preciso contornar sérios problemas paralelos à epidemia e que contribuem para sua disseminação, como o são a desigualdade social, a falta de informação adequada para a população e para todos os profissionais da saúde e as políticas ineficientes ou a falta das mesmas para determinadas populações, entre outras.

Segundo Castilho e colaboradores (2000):

A atual epidemia com que nos defrontamos é bastante complexa, resultante da existência de subepidemias regionais ou definidas conforme a natureza das diferentes interações sociais. Cabe, portanto, avaliá-la sob perspectivas diversas e complementares, renovando e refinando permanentemente seus instrumentos de análise e arcabouço conceitual.

Em razão das inúmeras e profundas mutações nos estádios evolutivos da infecção pelo HIV, o exame detalhado das tendências da epidemia deve combinar obrigatoriamente dados provenientes dos casos de aids já registrados - um retrato consolidado do passado - com aqueles derivados da investigação da ocorrência de novas infecções. A análise integrada das notificações da doença em diferentes períodos e das condições de sua manifestação serve tanto para as populações sob maior risco de exposição ao HIV quanto à população geral, indiscutivelmente mais vulnerável hoje do que nos primórdios da epidemia.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, na última década, a epidemia de aids avançou rapidamente entre o público heterossexual, passando de 6% em 1990 para 28% dos casos em 1998. Verificou-se também um nítido aumento de casos entre mulheres: em 1985, a proporção era de 15 homens para cada mulher e hoje a proporção está estabilizada, desde meados da década de 90, em cerca de 1.8 homens para cada mulher.

A contínua elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas voltadas para a prevenção são urgentes. Mas as medidas que, desde o início, foram tomadas, não puderam ainda conter o avanço da epidemia, principalmente porque houve um aumento da incidência em públicos mais vulneráveis como o mais pobre, o heterossexual, os jovens, as mulheres e usuários de drogas, principalmente endovenosas. Contudo, no mais recente boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde (MS), em 2004, apesar de continuar a tendência de “pauperização”, “feminilização” e “interiorização” da epidemia, antes constatada e estudada por diversos autores (Bastos et al,2000; Fonseca et al, 2002; Szwarcwald et al., 2000; Szwarcwald et al., 2001), nota-se que houve uma queda na epidemia no Brasil. De 2002 até Dezembro de 2003, quando do fechamento do último boletim, houve no país uma redução de 26% de casos novos.

Mas esses novos dados destacaram a urgência da criação de ações estratégicas para as cidades mais pobres do país (cidades com menos de 50 mil habitantes).

Ainda segundo esse boletim, pela primeira vez em vinte anos o aumento da incidência de casos novos registrados na região Sul ultrapassou a região Sudeste, região que historicamente havia sempre apresentado as maiores taxas. Na região, Sudeste a incidência é de 7,5 casos para cada 100 mil habitantes, com 213 079 ocorrências; nos estados da região Sul, há 49970 casos de aids, uma incidência de 8,5 casos para cada 100 mil habitantes.

O aumento verificado na região Sul pode ser explicado por uma especificidade dessa região: lá é alto o número de casos entre usuários de drogas injetáveis, diferentemente do restante do país, que tem apresentado queda desde 1993. Do início da doença até hoje, morreram no Brasil 149,7 mil pessoas. A taxa de mortalidade por aids é de 6,3 pessoas para cada grupo de 100 mil. Entre 1996 e 2002, as mortes pela doença tiveram queda de quase 40% entre os homens. Porém entre as mulheres a queda foi inferior a 20% nesse período e, em algumas regiões, houve um crescimento desde 1997. Na região Norte, por outro lado, as mortes de mulheres aumentaram 45%; no Nordeste, 37,4% mantendo-se no Sul e no Sudeste as porcentagens relativas aos homens. Do total geral de casos registrados desde os anos 1980, os homens têm a maior prevalência: são 220.783 com a doença (71,1% do total) contra 89.527 mulheres (28,8% do total).

Segundo Brito e colaboradores (2001), desde que foi publicado o boletim de 2000, constatou-se que a proporção homem/mulher inverteu-se em 229 das 1552 cidades pequenas, com menos de 50 mil habitantes.

Assim, no Brasil, verifica-se uma maior expansão do número de casos entre mulheres, principalmente daquelas na faixa etária de 20 a 49 anos, pobres e residentes nas periferias urbanas e cidades do interior com menos de 100 mil habitantes.

A baixa escolaridade também ajuda na disseminação do vírus, notando-se uma maior incidência da doença em pessoas com menos de sete anos de estudo (essa população representa 46,3% dos casos da doença). Segundo Fonseca e colaboradores (2002), a epidemia, que se iniciou entre os estratos sociais de maior escolaridade, agora avança nos estratos sociais com menor escolaridade (menos de oito anos). Os autores relatam que o nível escolar pode ser considerado um bom indicador de nível sócio-econômico ao longo da vida do indivíduo, por sofrer poucas alterações em função das mudanças conjunturais vivenciadas pela população.

A principal via de transmissão da doença é a relação heterossexual desprotegida, que responde por 86,8% dos casos notificados em mulheres e por 25,7% dos casos em homens. Entre homens e mulheres, há uma diferença de cinco anos em relação ao tempo em que a doença se manifesta. Nas mulheres, a maior incidência ocorre na faixa entre 20 e 49 anos – com 83,4% dos casos de aids notificados. Nos homens, a faixa etária que mais concentra casos da doença é entre 25 e 49 anos com 79% do total de casos. Outro dado relevante apontado é que, na faixa etária de 13 a 19 anos, a proporção homem/mulher também se inverte: 1,2 mulher para cada homem com aids.

1. 2. Adolescência

1.2.1- Vulnerabilidade e a adolescência

Desde o início da epidemia de aids no Brasil, o grupo etário mais atingido foi o de 20 a 39 anos. Sabe-se que a doença pode manifestar-se entre cinco e quinze anos após a infecção. Assim, presume-se que o contágio pelo vírus HIV de parte significativa dessas pessoas pode ter ocorrido na adolescência, quando o indivíduo provavelmente começou a sua vida sexual.

Como esses dados evidenciam, os adolescentes e adultos jovens constituem um grupo vulnerável para as doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a infecção pelo HIV (Rios et al., 2002). Concebendo a juventude e a adolescência como um período de vida especialmente sensível ao perigo devido ao descuido decorrente do sentimento de onipotência, a natureza das ações demandadas, assim como as avaliações da sua eficiência são relevantes e devem ter características específicas (Ayres, 2002).

Na verdade, o que se deseja enfatizar é que políticas eficientes para os jovens seriam aquelas comprometidas com a ótica deles próprios e que contribuíssem para que esse período natural de turbulência transcorresse de forma a impedir ou minimizar danos para a garantia de sua saúde.

É principalmente nessa fase que as influências contextuais, externas à família, assumem maior magnitude, pois vão implicar a tomada de decisões de condutas e contribuir para a definição de seus estilos de vida (Ruzany et al., 2003).

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), em 1998, revelou que jovens com baixo nível de instrução são os que iniciam a vida sexual mais cedo, têm uma maior atividade sexual com diferentes parceiros e apresentam o menor percentual de uso de preservativo masculino nas relações sexuais (BEMFAM, 1997).

Estudo solicitado pela Coordenação Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde (MS), intitulado "Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/aids", e conduzido pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, revelou que, dos jovens que em 1997 tinham entre 16 e 19 anos, 61,0% já haviam tido relações sexuais e, destes, 40,2% tiveram relações pela primeira vez antes dos 15 anos de idade. Segundo o estudo, os rapazes se iniciam mais cedo que as moças, e a raça negra é mais precoce quanto ao início da vida sexual. A maior escolaridade e o viver com ambos os pais leva os jovens a se retardar o início da vida sexual.

Segundo Brener et al. (1998), em estudos desenvolvidos nos Estados Unidos com adolescentes, estes, na faixa de 12 a 17 anos, não se expõem ao mesmo tempo a múltiplos riscos (uso de drogas, relações sexuais desprotegidas, uso de tabaco e álcool), porém os riscos aumentam consideravelmente com o aumento da idade (18 a 21 anos), ou quando os jovens estão fora de casa ou da escola. Nesse país, a diferença entre raças

também foi importante, pois é maior o risco entre mulheres adolescentes negras do que entre brancas, principalmente porque as negras são mais pobres (Boyd et al., 2003).

Segundo a UNAIDS (2002), havia no mundo 11,8 milhões de jovens de 15 a 24 anos vivendo com HIV/aids. Destes 7,3 eram mulheres e 4,5 homens, sendo que o maior número de pessoas está concentrado na África (8.600.000).

De acordo com o documento, o êxito mundial contra a epidemia depende da parcela de investimentos em prevenção e em informação entre os jovens para que estes estejam informados do que necessitam para defenderem-se da aids. Os jovens que estão mais vulneráveis são:

1. Os economicamente desfavorecidos, pois não têm acesso a informação e aos serviços;
2. As meninas entre 15 a 19 anos que se colocam a mercê de seus parceiros;
3. Os jovens usuários de drogas endovenosas.

1.2.2 Vulnerabilidade econômica e social

A epidemia da aids é multifacetada. Não são todos os adolescentes que estão vulneráveis, assim como não o são todas as mulheres. Acredita-se e, as estatísticas assim o confirmam, que são os mais pobres que estão em maior risco. São sempre mais suscetíveis aqueles que possuem outras vulnerabilidades e vêm de classes sociais mais desfavorecidas (Castilho et al, 2000). Vê-se assim que as comunidades, brasileiras e outras, que, antes do advento da aids estavam marginalizadas, sujeitas à discriminação e à estigmatização, são as que se tornaram mais vulneráveis à infecção do HIV (Bastos&Swarcwald, 2000).

Pode-se observar que esses sujeitos estão vulneráveis também devido à carência de informação e, sobretudo, a falhas ou inconsistências no uso de preservativos, motivadas pela dificuldade de acesso e de falta de dinheiro para a aquisição (Figueiredo&Ayres,2002;Taquete et al,2003). Outros estudos relatam a mesma observação a respeito dos adolescentes que vivem na rua. Estes se envolvem mais facilmente com o uso de álcool, de substâncias ilegais e da prática sexual sem proteção (Rafaelli et al.,1993). Estão, assim, mais expostos que os outros adolescentes pobres e que vivem em casa, e contam assim com a proteção da família e da escola. Acredita-se, então que, no âmbito de todos os grupos de adolescentes, a parte mais visível da vulnerabilidade é observada entre aqueles que vivem na rua, as *“crianças e jovens em trânsito e em direção à rua”*. Estes se acham

inegavelmente excluídos de todos os recursos necessários a um bom desenvolvimento (moradia, alimentação, escola, saúde, emprego) e, assim, passam a estar mais vulneráveis ao HIV, à violência e à morte precoce.

Segundo Adorno (1998), essa proposição “*em trânsito para a rua*” coloca a questão de forma a distinguir três circunstâncias, a saber: “meninos (as) de rua, meninos (as) em situação de rua, meninos (as) em situação de risco”. O autor alega que esses termos referem-se a uma peculiaridade na vida dessas crianças: sua vivência de passagem pela rua relaciona-se à condição sócio-econômica e familiar. Depositam na rua as expectativas de uma subsistência mesmo trágica e de uma esperança de divertimento. Assim, a vulnerabilidade sócio-econômica de adolescentes que fazem da rua a sua vida, em um país como o Brasil, especialmente no ABC Paulista, onde existem inúmeros bolsões de pobreza, é um dado que se impõe.

Segundo Adorno (1998):

Ao falar de “*crianças e jovens em trânsito e em direção à rua*”, procura-se situar um conjunto de experiências de vida, de estilo de vida, marcados e construídos por adesão a um espaço, que por ser amplo, exposto, desprotegido e alvo de assédios, requer a construção de estratégias, de mecanismos de manipulação e de defesa que acabam por formar um tipo de sociabilidade que se produz e reproduz tendo como referência o grupo, “a turma”, o “bando”, que se opõe à casa, à família, como forma de organização de vida, que tem sido negativa para esses jovens, não apenas pela experiência social da pobreza .

Para abordar os adolescentes que vivem em “trânsito em direção para a rua”, abarcando a sua real dimensão e complexidade, um outro entendimento é então necessário: deve-se estudar o seu “estilo de vida”, dado que, para garantir sua sobrevivência, vivem em “bandos” dentro e fora

das favelas e invariavelmente, devido à privação, podem traficar ou delinquir (Winnicot,1987; Ferreira,1979; Hutz&Koller,1999).

Segundo Adorno (1998):

A interpretação do fenômeno social: a criança e o jovem em direção à rua, vamos ver aspectos como a construção de um modo de vida, a sobrevivência a partir da exposição às ruas, o contato com as redes que manipulam drogas, armas e subsidiam as formas de vida violentas.

É dentro desta vivência que o adolescente vai se organizando enquanto sujeito, encontrando, no espaço da rua, as suas identificações. Nesse sentido, estudos têm demonstrado a capacidade de crianças e adolescentes em trânsito para a rua ou em situação de rua, de vivenciar experiências de afeto e proteção em seus grupos (Hutz&Koller,1999;Tfouni&Moraes,2003). Ainda segundo esses autores, é necessário o entendimento dessa nova situação vivencial para um esclarecimento sobre o porquê de muitos deles não responderem aos mesmos anseios e regras da sociedade, ainda que estejam totalmente mergulhados no discurso capitalista, tendo as mesmas angústias e necessidades de consumo que os adolescentes da classe média, mas sem a mesma condição de adquiri-los.

A rua, para esses adolescentes, representa “a solução”. Principalmente para aqueles que procedem de uma família carente de recursos e para aqueles que têm história de maus-tratos na família (Maciel et al., 1998; Ribeiro, 2003). Contudo, na Colômbia, apesar de se manterem na rua, essas crianças e adolescentes revelaram mais saúde emocional do que seus irmãos que permaneceram junto à família de origem (Aptekar,1989). Segundo Aptekar (1996), em uma revisão da literatura a respeito das razões

da existência desse fenômeno em alguns países e em determinadas culturas. Segundo sua observação, as crianças e os adolescentes acreditam que suas condições de vida nas ruas são freqüentemente melhores das que as encontradas em casa.

As crianças de rua devem ser distinguidas das crianças trabalhadoras e refugiadas, e esta diferença é que faz que tais crianças e adolescentes, por serem consideradas “sujas” e “delinqüentes”, sejam merecedoras de desprezo, de descaso e de violência. A pobreza e a violência doméstica, segundo Aptekar (1996), estão entre os motivos apontados para o êxodo de casa, em direção às ruas. La Barra (1998) também reforça esta constatação em suas observações. Outros estudos, porém, revelam que aqueles que estão ou que já estiveram em situação de rua apresentam maior risco de depressão e ansiedade do que aqueles que nunca vivenciaram essa experiência (Menke & Wagner, 1998).

É relevante também observar os dados relativos à sua escolarização. É nítida a defasagem escolar de crianças e adolescentes que vivem na rua ou aquelas que vivem nas periferias, com suas famílias, em relação àquelas que vivem em classes mais privilegiadas. Segundo Alves & Koller (2002), a prolongada permanência dessas crianças fora da escola afeta diretamente seu desenvolvimento sócio-emocional, perpetuando uma situação de marginalidade e de falta de oportunidades. Mesmo assim, observa-se que, apesar de serem vidas marcadas por uma sociedade desigual, onde estão excluídos de serviços de saúde, da escola, sofrendo muita discriminação e

violência, também demonstram uma importante resiliência (Junqueira & Deslandes, 2003).

Segundo Adorno (1998):

Ao lado também da violência e da deterioração física da cidade, e no corpo dos que aí habitam a marca de uma intensa energia e resistência a esse mundo muito rápido, ágil, fugaz, que tem um outro tempo: o de zoar, o de “dançar” ou não “dançar” de repente, o de viajar, ou o de ficar horas sentado, deitado em um banco com um cobertor e um saquinho de cola, conversando bobagens, dormindo, viajando de olhos fechados ou juntando-se de repente para dar um giro, para apanhar alguma coisa, conseguir algum bagulho, algum trocado e traçar alguma coisa.

Em estudos desenvolvidos por Peres e colaboradores (2002) com adolescentes pobres, em conflitos com a lei e confinados na Febem de São Paulo, a falta de política de inserção fica evidenciada quando se analisam os motivos da internação. Os autores acreditam que os jovens pobres da periferia são desassistidos, e a medida de “proteção” é mais uma medida de exclusão, denotando a falta de políticas claras para este segmento populacional. Segundo Moura e colaboradores (2003,2004), em sua pesquisa na cidade de São Paulo, com adolescentes que vivem na rua comparados àqueles que vivem nas periferias com suas famílias e àqueles que vivem em classes sociais mais privilegiadas, não houve uma diferença importante entre eles em relação ao medo de ter doenças como aids e câncer. A preocupação com a aids existe. No entanto, a diferença significativa entre os grupos concerne às dificuldades econômicas encontradas por aqueles que vivem na rua, que tem que dar conta da própria sobrevivência, a cada dia.

O primeiro grupo, pela falta de escolarização e de informação, acaba tendo muito mais idéias erradas a respeito do contágio do que aqueles adolescentes que possuem mais condições de obter informações adequadas. Os mais pobres e os que vivem na rua não têm uma boa expectativa de saúde na velhice e relatam que têm medo de ter uma vida curta e uma morte precoce. Além disso, nenhum grupo acredita que teria doenças na velhice, oriundas de conseqüências do uso prolongado de álcool e tabaco. As evidências apresentadas por estes três grupos deveriam corroborar a necessidade de medidas de prevenção específicas e mais eficazes para cada realidade, pois é necessário desmistificar a aids e os erros verificados quanto à sua forma de transmissão, assim como respeitar as especificidades e implantar estratégias diferenciadas para cada público.

Tal proposta também é referendada por um outro estudo (Strazza et al, 2003). Os pesquisadores compararam o comportamento social em termos de DST/aids e drogas entre 89 adolescentes, entre 14 e 18 anos de idade, oriundos de uma escola pública e de uma particular e identificaram que os adolescentes que freqüentam a escola pública estão mais vulneráveis às DSTs e as drogas ilícitas. Referem que 19 alunos de 89 oriundos da escola pública tinham quando da primeira relação entre 11,9 e 14,1 anos enquanto na escola particular apenas um dos 48 entrevistados teve a primeira relação aos 15 anos.

1.2.3 – Adolescência e Drogas

As drogas têm causado um efeito devastador na população de adolescentes e adultos jovens. Segundo o boletim do Ministério da Saúde (2004), a segunda via de transmissão mais eficaz para o HIV/aids ainda tem sido o compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis, que responde por 11,7% dos casos registrados no grupo feminino e por 22,8% entre os homens. Segundo Brito e colaboradores (2000), é nítido o papel dos usuários de drogas na transmissão da aids, nas cidades com populações de 50 mil a 200 mil e de 200 mil a 500 mil habitantes.

Na subcategoria por transmissão sanguínea, os UDI (usuários de drogas ilegais) representam agora cerca de 99% dos casos. Portanto os jovens UDI estão muito vulneráveis à infecção pelo HIV do que outros (Pechansky,2001; Hsu&Fishman,2002).

O consumo de drogas na população de adolescentes é preocupante e tem aumentado, como apontam vários estudos realizados pelo CEBRID, principalmente aqueles realizados com a população de rua, em diversas épocas (Noto et al.,1993,1998). Segundo os autores, nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997, o consumo de drogas continuou muito freqüente entre as crianças e adolescentes em situação de rua nas seis capitais pesquisadas (São Paulo, Porto Alegre, Fortaleza, Rio de Janeiro, Recife e Brasília).

Além da alta porcentagem de usuários, chama também atenção a intensidade do consumo: cerca de metade dos entrevistados relatam uso

diário (uso pesado) de drogas, além do álcool e tabaco. No estudo sobre o "Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/aids", anteriormente citado, observa-se que 16,3% dos adolescentes, 16 a 19 anos, declararam já ter utilizado algum tipo de droga. Esse percentual é maior do que o observado entre os jovens com idade entre 20 a 24 anos, que é de 13,4%. Assim, dos cerca de nove milhões de adolescentes que fazem parte do universo da pesquisa, perto de 1,5 milhões já usaram algum tipo de droga. Entre os jovens de 20 a 24 anos, esse número é de aproximadamente 968 mil, totalizando 2,5 milhões de pessoas com menos de 25 anos.

O estudo também revela que a exposição desses adolescentes e jovens ao HIV é crescente, sobretudo aqueles que estão iniciando sua atividade sexual.

O consumo de drogas, assim como o desenvolvimento da dependência, é permeado por inúmeras variáveis. Embora a droga seja um fator de grande relevância, as características pessoais e as condições oferecidas pelo meio são fatores que contribuem significativamente. Quando se trata de crianças e adolescentes em situação de rua, a droga está muito mais disponível. Tal realidade, portanto, intensifica o risco do uso abusivo de drogas e do desenvolvimento de problemas associados (Noto et al., 1998). Por isso, é importante a identificação correta do adolescente de risco (Marques et al. 2000) e o devido entendimento da gravidade de sua dependência. Pois no caso do crack, por exemplo, metade dos usuários não

sobrevive ao primeiro ano de consumo e dependência, segundo as estatísticas da Organização Mundial de Saúde.

Observa-se que, no discurso desses adolescentes, a droga faz parte de sua vida em grupo e serve como um ritual de iniciação e de aceitação dentro do grupo. Pechansky e colaboradores (2001), ao citar a proposição de Bandura⁵ sobre “modelagem”, destacam que ela pode ser aplicada ao comportamento do uso de substâncias psicoativas, pois:

Todo o processo de aprendizado ocorre de uma forma indireta, pela observação de outro indivíduo e suas conseqüências. Salienta que a possibilidade de observar o comportamento de terceiros e de seu impacto, abrevia os processos de aquisição do aprendizado, sendo fundamental para o seu desenvolvimento e sobrevivência.

Em determinados meios sociais, como por exemplo uma favela, a carreira de esportista ou de ator de televisão é vista como um sonho potencialmente mais distante do que o de ser um traficante de drogas que possui algum status na comunidade.

Segundo Peres e colaboradores (2002), o principal desafio dos jovens quando saem da Febem é o de “*ficar longe das drogas*”. Os discursos apresentados pelos jovens revelam que eles consideram muito difícil viver na rua e não se intoxicarem de inúmeras substâncias, uma vez que, estando na rua, o que se busca é estar “*de boa*” com o grupo. Na vida dos adolescentes que vivem na rua e transitam pela rua, o acesso a drogas ilícitas é muito mais fácil, pois é lá na rua que elas são oferecidas livremente, sendo a rua o espaço para o pequeno tráfico de mão em mão, utilizando-se desses mesmos jovens para seu transporte (mulas) e venda. Para os

⁵ Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1997; 84:191-215.

autores, na análise de entrevistas com adolescentes reclusos na Febem, a maioria das infrações que leva à internação está relacionada ao uso de drogas.

A pesquisa de Carvalho e colaboradores (2001) confirma esses dados. A estimativa de menores infratores é de 2,7 casos de por 100.000 habitantes na população em geral. Na cidade de São Paulo há 2700 adolescentes internados na FEBEM. Foi constatado na pesquisa que 87 menores internados com a idade média de 17,5 anos (homens) e 16.3 anos (mulheres) oriundos de duas unidades da FEBEM. Constatou-se que 66% deles faziam uso de *crack* e 10 % usavam droga injetável, e cem por cento referiu violência, sendo que 75 % dos casos eram associados à droga.

Foram coletadas amostras de sangue nessa população, encontrando-se a prevalência de 1%, 16 %, 6 % e 9 % para HIV, hepatite B e C e sífilis, respectivamente. Em estudo realizado em São Paulo, com estudantes de segundo grau, sobre a relação do consumo de drogas com o comportamento sexual, demonstra-se que há uma relação entre uso de álcool e outras drogas com comportamentos sexuais de risco na adolescência, sendo que o uso de *crack* está associado ao início precoce de vida sexual (Scivoletto et al., 1999). Os autores ressaltam que esse os adolescentes usuários de drogas podem ter mais acentuado os sentimentos de onipotência, o que contribui assim para o sentimento de imunidade às conseqüências do uso de drogas e das DSTs. Esse estudo também revela que os usuários de todos os tipos de drogas (drogas lícitas e ilícitas) apresentam uma maior história de pagamento por comércio sexual. Tal fato é observado por Mesquita &

Seibel (2000), em um estudo multicêntrico no Brasil, realizado com UDIs de cinco cidades brasileiras em 1994, denominado “Projeto Brasil”, no qual vários colaboradores, de diversos centros de estudos, constataram que, de uma amostra de 701 usuários de drogas injetáveis, 38% relataram ter atividades sexuais na prostituição, sendo que, dessa amostra, 34 % dos sujeitos tinha menos de 25 anos.

Esses dados levam ao questionamento relativo à clientela das prostitutas, pois, além de estarem elas mesmas em um grupo de maior risco pela exposição a um elevado número de relações e troca de parceiros, acabam ficando em maior risco ainda por contarem entre seus “clientes” com um maior número de usuários de drogas pesadas, muitos dos quais pagam mais por sexo sem proteção ou são os “clientes fixos”, e estes muitas vezes dispensam o uso de preservativos (Simon,1999).

A segunda via de transmissão mais relevante, segundo o boletim de maio de 2004, tem sido o compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis. Os projetos de Redução de Danos, que incluem medidas educativas e troca ou distribuição de seringas, são os que têm possibilitado a mudança deste quadro no Brasil, como afirmam Mesquita & Bastos (1998), dado que o Ministério da Saúde (2001) referenda.

Segundo Ezard et al. (2001), o conceito de direitos humanos deve ser central na política de redução de danos para que medidas mais eficazes sejam desenvolvidas, incorporando-se assim nas estratégias o conceito de redução de vulnerabilidade. Pois é justamente a fragilidade da população

empobrecida que está dependente e sem acesso aos programas assistências e serviços de saúde que precisa ser focada.

Segundo Inchaurreaga (2003), este é um fator preocupante também na Argentina. De acordo com seus estudos, 65 % dos UDIs da cidade de Rosário e 57 % dos UDI da cidade de Buenos Aires estão infectados e não tem acesso aos serviços. Nessas duas cidades, com financiamento do Banco Mundial, iniciou-se, pela iniciativa pública, entre 1999 e 2000, o trabalho de redução de danos sob a ótica dos direitos humanos. Nesse programa, os usuários recebem, além de informação sobre a aids, insumos para o não compartilhamento de seringas, uma vez que no país, além da dificuldade de compra pelo baixíssimo poder aquisitivo dos UDIs, a compra das mesmas significa que são usuários e, assim, passíveis de punição segundo a lei de drogas do país (artigo 14 da lei 23.737), um total descaso com os usuários que já se encontram penalizados e encarcerados. Segundo a pesquisadora, 40% dos indivíduos com HIV positivo são UDIs e muitos deles sem atendimento no sistema carcerário daquele país. A autora ressalta a necessidade de uma complexa análise da situação política, cultural e sócio-econômica da Argentina para a compreensão do fenômeno que envolve pobreza, uso de drogas e aids, além da mudança das leis.

No relatório do Centro Europeu para o controle epidemiológico da Aids (EUROHIV), em 2003, foram monitorados 52 países. Os dados são subestimados, pois muitos países têm ainda diferentes formas de quantificá-los, além de que a Espanha e a Itália, que são os mais soroprevalentes, ainda estão fora das estatísticas e, só recentemente entrou a França. A

Europa está subdividida tecnicamente entre Leste, Centro e Oeste. O boletim, que cobre até Junho de 2003, informa que no Oeste (Inglaterra, Irlanda, Alemanha, entre outros) há 176.601 pessoas infectadas e que houve um pequeno decréscimo na transmissão de HIV por UDI (9%), entre 1997 e 2002, e um marcado aumento da transmissão heterossexual (116%) no mesmo período, além de um aumento da transmissão por homossexuais (22%) em relação a 2001, após ter apresentado ligeira queda no boletim anterior.

No Centro (Polônia, Romênia e Eslovênia, entre outros) há 20.300 pessoas infectadas e o relatório limita-se a informar que a região é a que tem menor soroprevalência e não distingue as vias de transmissão. Porém refere que, no Leste Europeu, que congrega 15 países da ex-União Soviética, há 324.913 pessoas infectadas. Houve um importante aumento na transmissão heterossexual, e a maioria consiste em parceiros sexuais de UDIs, o que põe em relevo essa importante forma de transmissão. A transmissão vertical dobrou também no período. Outro estudo, conduzido por Harmers&Downs (2003), conclui que o aumento da epidemia nos países da ex-URSS deve-se a uma profunda crise social e econômica e que há, aproximadamente, um milhão de pessoas infectadas, onde os UDIs respondem por 70% dos casos. Houve, também, um expressivo aumento de doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis.

Estudos realizados em Porto Rico, segundo Robles et al. (2003), demonstram que os usuários de drogas endovenosas ainda respondem pela epidemia e que a aids é a principal causa de morte (47,7%), seguida de

homicídio (14,6%) e envenenamento, incluindo overdose (6,3%). Em estudo realizado na cidade de Barcelona, Espanha, Brugal et al (2003) relatam que 60% dos casos relatados de aids são de UDI, sendo que 50% são homens. A droga usada preferencialmente é a heroína, sendo que o mesmo ocorre na Escócia (Bird et al.;2003). No Brasil, em estudos desenvolvidos por Fonseca et al. (2003), em levantamento entre os anos de 1987 a 1998, os UDIs são os que têm menor nível sócio econômico, dentre os indivíduos infectados que foram avaliados.

1.2.4 - Violência na Adolescência

A delinqüência juvenil e a violência na adolescência são graves problemas sociais e de saúde pública nas cidades brasileiras de grande porte. Tais fenômenos fogem do controle dos dispositivos sociais relativos à saúde e à segurança da população de um modo geral. As causas externas representaram a primeira causa de morte dos 5 aos 39 anos, sendo a maior ocorrência na faixa etária dos 15 a 19 anos (65% dos óbitos por causas externas). Além do aumento, parece estar ocorrendo um deslocamento das mortes para faixas etárias mais jovens⁶. Consultando as estatísticas de homicídios na região do Grande ABC Paulista, verifica-se que as cidades confirmam esses dados sobre óbitos por causa externa: Diadema (89.60), São Paulo (54.20), Mauá (61.61) e Santo André (44.30), valores esses superiores ao do Estado de São Paulo, como um todo, com uma taxa de 38.93 óbitos por causas externas por 100 mil/habitantes.

A mortalidade por causas externas, e segundo o tipo, mostra que durante o período analisado (1977 -1994), houve aumento tanto nos óbitos por acidentes de trânsito, quanto por homicídios, sendo que os suicídios permaneceram praticamente, constantes (Jorge et al., 1997).

A partir de um boletim⁷ sobre a violência no Brasil, de autoria do Centro Latino Americano de Estudos sobre a Violência e Saúde (CLAVES) - Jorge

⁶ SEADE. Censo 2001. Disponível : <http://www.sead.gov.br>.

⁷ CLAVES.Boletim Epidemiológico Morbi-Mortalidade.
Disponível em:<http://www.claves.fiocruz.br/Boletim%203.PDF>

Careli, com base nos dados disponíveis em 1999, observa-se que as armas de fogo foram as responsáveis pela grande maioria das mortes no grupo de adultos jovens. Esses, juntamente com os adolescentes, costumam ser as principais vítimas de chacinas e brigas entre gangues provocadas por disputas de território de tráfico de drogas e de confrontos com policiais.

No que concerne à discussão sobre o aumento de homicídios, é imprescindível levar em conta a proliferação do comércio lícito e ilícito de armas de fogo, o acirramento do narcotráfico e o crescimento das desigualdades sociais.

Deslandes (2003) afirma:

Como se observa em adolescentes e jovens, o uso de substâncias pode propiciar a inserção em grupos de sociabilidade ou, em contrapartida, pode levar a inacreditáveis níveis de exclusão e segregação social. Complexas e contraditórias, as relações entre consumo e comércio de drogas têm mobilizado o imaginário social, fortalecidos por muitos exemplos cotidianos, onde a associação uni causal entre consumo de drogas e práticas de violências, simplificando ao extremo na expressão “drogas geram violência”. Entretanto, sem afirmar nexos diretos de causalidade, o consumo de substâncias está inegavelmente associado a tentativas de suicídios, prática de maus tratos contra crianças e adolescentes, violência conjugal, homicídio e acidentes de trânsito.

A análise do contexto social mais amplo esclarece que as raízes do comportamento delinqüente encontram-se na exploração das classes trabalhadoras pelo modelo de acumulação capitalista adotado no Brasil (Siqueira, 1996).

Segundo a autora:

Estes adolescentes de hoje pertencem a uma classe social – a dos “filhos dos filhos” dos trabalhadores que foi

continuamente abandonada no Brasil desde a década de 1970, após o processo chamado “Milagre Brasileiro”, onde a mão-de-obra barata constituiria e faria parte do excedente do exército industrial de reserva, uma população instável no sistema econômico capitalista periférico, população esta que deveria ser extinta pela fome inclusive.

Existem ainda alguns estudos sobre a população de adolescentes reclusos em instituições corretivas. O estudo “número quatro” de Siqueira (1996), por exemplo, ressalta que, após dez anos de acompanhamento de dezessete adolescentes ingressos na Febem em Natal, somente 41% estavam em liberdade, dois tinham voltado para o campo e três continuavam a praticar furtos, 24% estavam presos e 35%, tiveram morte violenta, dois foram assassinados por companheiros, dois foram mortos pela polícia e dois foram executados pelo grupo de extermínio “*mão branca*”. A autora ressalta que essa instituição não tem nenhuma efetividade e compromisso com o adolescente e apenas serve para retirar “o mal da sociedade”.

Vários autores entendem que a questão da criminalidade vem sendo utilizada como instrumento de acesso para adolescentes mais pobres conseguirem cidadania: pertencerem a um grupo de referência, desenvolverem identidade masculina, testarem limites e conseguirem respeito (Adorno, 1998; Minayo&Deslandes, 1998). Segundo esses autores, muitas vezes a delinqüência vem associada ao uso de drogas e a relação entre esses dois fenômenos é muito complexa, não devendo, por isso mesmo, ser descartada. O adolescente visa o consumo, e é influenciado pelos meios de comunicação de massa, sobretudo a televisão. Para alcançá-lo rapidamente, o único “trabalho” vislumbrado como disponível é o envolvimento com o tráfico das drogas, principalmente para os meninos.

Rosa (1999) afirma que o ato delinqüencial é uma tentativa, por parte dos adolescentes, de ser reconhecidos em um mundo em que lhes falta um espaço, ou seja, é um “*acting-out*”⁸ na tentativa de simbolização :

Os atos delinqüentes são tentativas de inscrição na ordem simbólica, de participação nos elementos fálicos da ordem social; são símbolos de uma função subjetiva determinada pelo nome-do-pai. A criança espera que o Outro lhe produza a marca simbólica. Se o pedido de marca é tomado literalmente, não opera o corte ou a significação, não se eleva objeto a significante, falhando assim o laço social.

Rosa (1999) acredita que esse talvez seja o pedido feito pelos meninos que vivem na rua: fazer valer o laço social a qualquer preço, ou seja, ter uma identidade mesmo que seja a de delinqüente, pois é a única que a sociedade dominante lhe dá. É evidente que a delinqüência não é apenas um comportamento de adolescentes em situação sócio-econômica precária, pois também se observa o mesmo fenômeno entre os jovens de outras classes sociais no Brasil. Para a autora, é conveniente a aplicação desse discurso social às classes mais pobres, pois isso, de alguma forma, reduz a responsabilidade da própria sociedade em relação aos seus próprios subprodutos indesejáveis como a violência. O discurso paterno nessas famílias fica desautorizado, colaborando para aumentar a vitimização de adolescentes, justificando muitas vezes os seus atos pela pobreza e qualificando-os *a priori* como perigosos, destituindo-os de seu lugar de

⁸ *Acting-out*: para Freud (1914), quando um sujeito não consegue se lembrar de um elemento recalado, ele age por vezes sem saber o que está retornando então na forma de ação. Para Lacan (1963) representa uma verdade não reconhecida que se situa na fronteira entre a vida real e a cena de ficção e que pode ser analisada quando encontra acesso à representação e cede lugar a fala. Kaufmann P. *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1993. p. 4, 541-7.

crianças e adolescentes, justificando assim seu abandono, descaso e medo. Oferece-lhes como única possibilidade de nomeação a identidade de delinqüente e o encarceramento para transformação técnica em dispositivos totais⁹, como é a FEBEM, ou em medidas de políticas de saúde ou sociais de cunho paternalista, também calcadas na privação de liberdade.¹⁰ Além disso, segundo Kodato&Silva (2000), pode-se observar uma maior freqüência de delinqüência e homicídios entre esses adolescentes, dado que eles resolvem suas situações conflitivas de forma não mediada e violenta.

Segundo Bucher (1996), o uso de drogas ilícitas como o *crack* pelos adolescentes justifica sua marginalização, repressão e prisão, sem levar em conta as causas desse uso, como a profunda desigualdade social e a exclusão social nos países em desenvolvimento. E as medidas “preventivas” tomadas são de fato ideologicamente reprováveis, pois pretendem livrar a sociedade destes “párias ou trombadinhas” e não se baseiam de fato na apreensão fidedigna da realidade na qual se pretende agir, ou seja, a exclusão social e o abuso de drogas a que esses adolescentes estão submetidos. Em outras palavras, *a violência estrutural* (Farmer, 1996).

⁹ Gofman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo; Editora perspectiva. 1961. Nesse livro, o autor discorre sobre as características filosóficas e pedagógicas desses estabelecimentos e as medidas punitivas, que equivalem à perda da liberdade, sendo semelhantes às prisões.

¹⁰ Foucault M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes. 1987. O autor discorre sobre a pena de privação de liberdade, que é o modelo de punição das sociedades atuais, que consideram a liberdade um bem a ser preservado e compartilhado entre todos os cidadãos e sua retirada como uma forma de aparelhar o estado para iniciar a transformação dos sujeitos a serem reformados para posterior convívio na sociedade.

1.3 - Gênero

1.3.1 - Vulnerabilidade e Gênero:

As mulheres estão mais expostas à aids, no Brasil e no mundo. A “feminilização” e a “pauperização” da epidemia é um fato visível, especialmente nas regiões em que a população tem que conviver com a pobreza e com a aids. Nos países em desenvolvimento e, mais visivelmente, na África, milhares de mulheres, a cada ano, infectam-se e morrem de aids, sem que nenhuma atenção seja dada (Farmer, 2003; Ackermann & Klerke, 2002).

Em países da África, na região do Sub-Saara, em Botswana, por exemplo, a epidemia atinge um entre cada três adultos e a transmissão heterossexual é a mais importante. O contágio primário com trabalhadoras do sexo é um fator significativo. Relata-se que a maioria das DSTs são transmitidas por elas e a prática de sexo seguro ainda não foi incorporada por essa comunidade. Assim, as mulheres monogâmicas seriam infectadas por seus maridos (Nagelkerke et al., 2002; Turmen, 2003).

Segundo Parker&Galvão (1996), observa-se que, no Brasil, a “feminilização” da aids ocorreu de forma muito rápida e a reflexão sobre esse ponto é basal para a criação de medidas eficientes na prevenção. Um dos fatores que contribuíram para o estabelecimento desse quadro é que,

somente a partir de 1994, as campanhas públicas brasileiras começaram a abordar especificamente o público feminino. Ainda assim, ao longo destes anos, a interação entre as atividades de prevenção da aids e os serviços de saúde da mulher continuam incipientes, o que contribui para o agravamento do quadro.

Ainda segundo Parker & Galvão (1996):

A vulnerabilidade das mulheres frente ao HIV/aids e o impacto da epidemia nas suas vidas têm sido colocados como uma questão secundária – cercada, quase sempre, pelo silêncio e descaso tradicionalmente associados com a sexualidade e a saúde feminina.

As razões desta transformação são complexas e de diversas origens, que vão da organização social das relações sexuais, a dificuldades associadas ao controle de suprimento de sangue e à rápida disseminação do uso de drogas injetáveis por parte de homens e mulheres. Entretanto o que é mais surpreendente é que apesar dos dados numéricos, é constatar como a imagem da aids como predominantemente masculina não se modificou e em seu lugar a uma visão mais complexa da epidemia, ou a um entendimento mais completo das múltiplas origens que constituem a vulnerabilidade da mulher face à contaminação pelo HIV na sociedade brasileira.

Segundo estes autores, o que se observa no Brasil, pela análise dos boletins, é que a “feminilização” ocorreu de uma forma muito acentuada. As mulheres tornam-se mais vulneráveis devido a vários fatores. Entre eles se pode destacar: a dificuldade na negociação ou o uso inadequado dos preservativos, o uso endovenoso de drogas e compartilhamento de seringas, a relação sexual com usuários de drogas endovenosas sem proteção e a troca de sexo por dinheiro ou drogas.

Segundo Dowsett (2003), a questão de gênero tem se convertido em uma das principais ferramentas conceituais para se compreender a pandemia global de HIV. Ela oferece a possibilidade de entender como se estruturam as relações entre homens e mulheres. O autor afirma que a epidemia é algo que vai muito além de uma experiência individual da enfermidade. Ressalta o papel que cada cultura e organização social emprestam às mulheres e a importância da compreensão de todos estes fatores, para a criação e implantação de medidas e estratégias assertivas, principalmente focando a sexualidade. Figueiredo&Ayres (2002) e Monteiro (2002) também ressaltam a importância da análise das estratégias segundo uma ótica permeada pelo adequado entendimento das diferenças relativas ao gênero, à vulnerabilidade social, à idade e à adesão às atividades propostas, a partir da observação da implantação de políticas em comunidades pobre situado na cidade de São Paulo e Rio de Janeiro, respectivamente.

Em relação à prostituição, as mulheres também são vulneráveis à infecção pelo HIV relativas a questões econômicas, pois o cliente por pagar, impõe as condições e, pela falta de informação, entre outros fatores.

Em estudo desenvolvido na Índia, país onde a soroprevalência é alta, Nath (2000), citando a UNAIDS (1997)¹¹, revela que existem quatro milhões de pessoas vivendo com HIV/aids e que 54% dos infectados, em 1999, eram UDIs. Porém, refere que o trabalho preventivo com a prostituição pode ser assertivo se forem tomadas medidas adequadas. Cita o trabalho

¹¹ UNAIDS. *Report of the Global HIV/AIDS Epidemic*. New York: UNAIDS; 1997.

desenvolvido no maior prostíbulo da cidade de Calcutá (*red-light-area*). Em 1996, 50% das prostitutas eram soropositivas e 90% dos homens visitantes eram casados. Quatro anos antes, a taxa de soroprevalência era mais alta ainda, 69%. Depois de vários esforços coletivos com essas mulheres quanto ao uso do preservativo, além de um trabalho prolongado de informação, o nível de soroprevalência baixou para 5%. E, como a autora relata, esse prostíbulo é uma ilha no meio da Índia. É importante ressaltar que a prostituição na Índia, muitas vezes, é compulsória, sendo as mulheres vendidas como mercadoria. O trabalho realizado neste local foi também árduo no sentido de garantir os direitos da mulher e fazer que a prostituição fosse reconhecida como um trabalho e uma escolha.

Na Tailândia, Gray et al. (1997), em um estudo retrospectivo, analisando os casos atendidos em uma clínica do distrito de Mae Chan, referem também a alta vulnerabilidade ao HIV de jovens envolvidas com a prostituição, encontrando cifras em torno de 53 a 63% em meados de 1993, além dos altos índices de outras DSTs.

A pesquisa desses autores demonstra que as jovens que foram diagnosticadas negativas na primeira vez, no entanto, seis meses depois tiveram soroconversão. Conclui que, além de outras medidas preventivas e educativas, é importante o acompanhamento por longo tempo dessas jovens, apesar do exame negativo inicialmente. Segundo Camejo et al. (2003) estes dados também foram encontrados na Venezuela, onde a prostituição também é controlada por mecanismos sócios sanitários. Foi observada uma importante incidência de hepatite B e hepatite C, além de

sífilis, que também é um fator que aumenta a vulnerabilidade à infecção pelo HIV. A pesquisa revelou que 38,5% das prostitutas entrevistadas nunca utilizaram preservativos.

Como é alto o índice de mulheres vivendo com aids no mundo, é importante o adequado acompanhamento desse grupo e das que não estão contaminadas de uma maneira geral, devido à grande vulnerabilidade, principalmente das primeiras. Um dos principais motivos, e de igual importância, é a saúde reprodutiva e principalmente a garantia do direito a ela (Macklin, 2003). Em estudo com mulheres portadoras de HIV em São Paulo (Paiva et al.,2002), observa-se que muitas delas, cerca de 25%, desconheciam a necessidade de evitar a gravidez, a transmissão vertical na hora do parto e a contaminação do bebê via leite materno.

Observa-se também que há nelas o desejo de ser mães, apesar da soropositividade e que temem comunicar o fato ao médico. É muito importante o esclarecimento de mulheres que vivem com aids, pois segundo o boletim epidemiológico (MS,2004), de 1980 a 2003, foram notificados 10.577 casos de aids em crianças com menos de 13 anos de idade. Esse número representa 3,4% do total geral de casos no Brasil. Quase a totalidade desse número – 8.843 casos, ou 83,6% - são de crianças infectadas pela mãe (transmissão vertical). Em 1999, o percentual de casos por essa via de transmissão era de 3,3%; em 2000 caiu para 2,7% e continua em queda. Esses resultados poderiam ser ainda melhores, se não houvesse falhas na solicitação do exame às gestantes. Em 2003, mais de 90% das mulheres brasileiras fizeram o pré-natal, mas nem todas foram

testadas. Nas regiões Norte e Nordeste, menos de 10% das gestantes fizeram o HIV.

Isso revela que os serviços de saúde da mulher não estão preparados para a epidemia, e as mulheres e seus filhos podem estar assim muito mais vulneráveis (Cavalcante et al., 2004). Vê-se que o atendimento deficitário no pré-natal e o cuidado com a saúde das mulheres também afetam países industrializados. As mulheres, na maioria adolescentes e, sobretudo, pobres, são as mais desprotegidas e isto reflete tanto na sua saúde quanto na saúde de seus bebês (Gama et al., 2002).

O estudo realizado por Ahmed, em 1990, com mulheres negras que tiveram bebês, constatou que dois terços não eram casadas, tinham baixo nível educacional e 32% tinham idades abaixo de 20 anos, além de terem recebido pouca assistência e cuidado durante o pré-natal. Foi encontrado baixo peso das crianças ao nascer, alto índice de mortalidade infantil e três vezes mais casos de uso de substâncias psicoativas (10% das parturientes do Hospital Washington eram de usuárias de drogas). O autor sugere que, para diminuir a incidência de crianças com baixo peso ao nascer, é importante trabalhar com sub-populações de risco nos EUA, fortalecendo o atendimento pré-natal. No caso abordado, são mulheres negras e com baixo nível sócio-econômico. Deve-se atentar que o início da vida reprodutiva das jovens tem se tornado cada vez mais precoce, além da necessidade de um maior diagnóstico quanto ao uso de drogas.

1.3.2 - Gênero e Drogas

Em relação à questão de gênero e uso de drogas, a repercussão do consumo de drogas entre mulheres é diferente em relação aos homens (Hochgraf et al.,1999).

As mulheres são mais vulneráveis quanto mais jovens forem, pois o consumo de drogas repercute, de forma diferenciada, ao longo do ciclo da vida, desde a adolescência até a vida adulta. As mesmas estão mais expostas a conseqüências físicas e psíquicas em relação aos homens, principalmente as que fazem uso pesado de drogas lícitas e ilícitas ou, são oriundas de famílias de pais dependentes químicos (Zilberman,1998).

. Nota-se que a procura de atendimento nos serviços especializados é muito baixa Não existe a necessidade de procura de ajuda, pois elas não se vêem como “doentes” e, nos casos de drogas ilícitas, há muita desconfiança em relação aos profissionais e serviços de saúde, apesar de que as mulheres com outros transtornos associados têm procurado mais ajuda (Mojtabai et al., 2002). Na adolescência, verifica-se que não há diferença entre os sexos na prevalência do consumo de drogas. Esse fato sugere que, em um futuro próximo, a prevalência de abuso/dependência de drogas poderá ser maior entre as mulheres.

O aumento do consumo de drogas entre mulheres adolescentes é especialmente preocupante, porque quanto mais precoce for o início do consumo de drogas nessa população, tanto mais graves serão as

repercussões a médio e a longo prazo (Scivoletto et al.,1997). Em estudo realizado por Ferigolo e colaboradores (2004), na Febem de Porto Alegre, a prevalência do consumo de álcool no sexo masculino e no sexo feminino para as categorias de uso no último ano, no mês e uso pesado não apresentou diferenças significativas. A média de idade para início de uso de álcool foi de 10,6+/-2,7 anos no sexo feminino, e 11,9 +/- 3,3 anos no sexo masculino, sendo que o sexo feminino apresentou três vezes mais chance de usar álcool antes dos 12 anos de idade.

Nas últimas décadas, houve também um aumento considerável da incidência de violência e suicídio na faixa etária entre 15 e 24 anos, especialmente entre adolescentes com problemas relacionados ao uso de drogas. Observou-se que a disfunção familiar estaria relacionada ao risco de suicídio, intermediada pela ocorrência de transtornos psiquiátricos. Essa associação foi maior entre mulheres adolescentes cujo envolvimento com drogas era mais intenso, em comparação com aquelas cujo envolvimento com drogas era menor (Mezzich et al.,1997).

É grande a preocupação com as complicações obstétricas e o risco fetal causadas pelo uso de drogas; outro ponto que mereceria maior atenção, por parte dos pesquisadores e das políticas públicas, é a repercussão do uso de drogas no período pós-parto. Mulheres usuárias de cocaína, em combinação com maconha e álcool, relataram diversos sintomas psicológicos como estresse, ansiedade fóbica, ideação paranóide, psicose puerperal, sentimentos de inadequação pessoal, além de

dificuldades de relacionamento interpessoal no período pós-parto (Mcfarlane et al.,1996).

As conseqüências advindas da gravidez e o uso e abuso de drogas trazem risco perinatal tanto para a mãe como para o bebê como: baixo peso, síndrome de abstinência, além da possível contaminação pelo HIV. Em estudo realizado por Shiono et al. (1995), no qual foi feita a coleta de sangue confirmatória, constatou-se que mulheres gestantes que fazem uso pesado de cocaína não relataram aos entrevistadores o uso, por diversas causas, entre elas, talvez a possibilidade de serem processadas. Não foi constatada na amostra a associação de baixo peso ao nascer (BPN) ao uso de cocaína. Acredita o autor que isso se deva, provavelmente, ao fato de ter sido encontrada pequena porcentagem de casos (1,2%). O que mais chamou atenção em seu estudo foi todavia o alto índice de (BPN) associado ao uso de tabaco. Outra vulnerabilidade observada entre gestantes usuárias de drogas é o risco de transmissão perinatal do HIV que sem o cuidado pré-natal também, pode ser muito alto.

Observa-se que, apesar de as gestantes dependentes de drogas revelarem bom conhecimento a respeito do risco de transmissão perinatal do HIV, associado ao uso de drogas, muitas vezes não há associação entre o conhecimento sobre a aids e o envolvimento em situações de vulnerabilidade, ou seja, a vulnerabilidade não diminuiu apesar do conhecimento, o que gera a necessidade de uma reavaliação dos pressupostos preventivos (Simon,1999). Em outros estudos, o conhecimento sobre a vulnerabilidade e o comportamento sexual de alto risco variou e as

informações sobre as conseqüências médicas do HIV/aids foram consideradas modestas (Thadani et al.,1995;O'Hare et al.,1995). Em relação ao uso de drogas, a prostituição e a vulnerabilidade ao HIV, a relação parece ser bem estabelecida.

O relatório elaborado pelo EUROHIV (68/2002), abrangendo o período de 1997-2002, apresenta o resultado de dezenove estudos conduzidos em diferentes cidades européias, com diferentes metodologias, revelando que a prevalência para HIV é bem alta quando comparada com mulheres não UDI. No Centro, no Oeste e no Leste Europeu esses resultados foram confirmados, no entanto, a prevalência no Leste europeu é muito maior devido, à disparidade sócio-econômica que enfrentam os países da ex URSS (Semaille et al., 2003). Nessa região, o problema está mais acentuado, variando de cidade para cidade. Em Moscou, no ano de 1997, 46% das prostitutas, sendo a maioria UDIs, estavam contaminadas. Houve um importante decréscimo em 2002 para 15%. Em Togliatti City, em 2001, 62% de mulheres prostitutas UDI estavam infectadas. Em Roma, foram encontradas seis mulheres positivas de 102 (5,9%), sendo que quatro delas eram UDIs. Em Viena, foram encontradas 2-4% de positividade, sendo também a maioria UDIs. Na Europa Central, que inclui a Polônia, por exemplo, a prevalência está em torno de 1% entre as mesmas. É muito importante ressaltar a associação da contaminação por mulheres jovens pelo HIV/aids e o uso de drogas, sejam elas injetáveis ou o uso diário de *crack*. Essa preocupação também foi assinalada por Miller et al (2002), que avaliou a vulnerabilidade de jovens australianas da raça aborígine.

1. 3.3 – Violência contra a mulher

A violência e o medo da violência por retaliação são considerados importantes fatores de aumento da vulnerabilidade de adolescentes e mulheres ao HIV. A violência pode contribuir para o aumento da vulnerabilidade diretamente, por meio do estupro ou, indiretamente, por meio de práticas coercitivas para o sexo que dizem respeito ao constrangimento das mulheres quando sugerem o uso de preservativo ou quando são forçadas por seus parceiros sexuais a não utilizá-lo.

Segundo Taquette&Ruzany (2003), em estudo desenvolvido com 1041 jovens de 14 a 22 anos, no Rio de Janeiro, em comunidades de baixa renda, as autoras identificaram uma importante relação entre a violência nas relações afetivas e, baixa utilização de preservativos. As autoras chamam a atenção, nesse estudo, para o alto índice de consumo de drogas, principalmente o álcool, associado às DST/aids. Segundo Barbosa (1999), a rejeição e o uso inconsistente de preservativos pelo público feminino têm ocorrido, entre vários motivos, pela recusa masculina em utilizá-lo e pelo receio entre as mulheres de que seus parceiros possam adotar comportamentos violentos.

As adolescentes estão mais vulneráveis ao sexo coercitivo, que pode ocorrer inclusive em situações corriqueiras, entre namorados ou mesmo com os colegas de escola, mais velhos. Esse fato tem sido desconsiderado na saúde das mulheres e das adolescentes (Silverman et al., 2001). Trabalhos

realizados na África do Sul por Wood e colegas (1996), também revelam que essa problemática é presente no discurso de 24 adolescentes grávidas atendidas em Xhosa. Apontam para a necessidade de uma agenda para a educação, para que as adolescentes possam ter acesso aos serviços de saúde para a contracepção de emergência, além de outras ações preventivas para as DSTs e a aids.

1.3.4 - Prostituição Juvenil

A prostituição constitui outro tema importante concernente à vulnerabilidade. As adolescentes estão sendo prostituídas por motivos econômicos: para a sua sobrevivência, ou vítimas de uma rede que as capturam para o tráfico sexual. Isso é uma prática amplamente divulgada pela mídia (Dimenstein,1992), e não ocorre somente no Brasil, atingindo o mundo inteiro, como revela o relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO,2000).

Bagley (1999) afirma que a prostituição nas Filipinas é motivada pelo mesmo problema: a situação econômica de muitas jovens que usam o sexo para a sua sobrevivência. O autor revela que, nas Filipinas, há um sistema de controle mais rígido por parte das donas de bordéis (mama-san) e, dificilmente, essas adolescentes (com mais de 14 anos) envolvem-se com drogas, pois, quando isso acontece, elas são expulsas dos mesmos. Elas levam uma vida bem simples e esse é um meio alternativo, tolerado pela igreja católica e por suas famílias pobres que acabam vivendo de sua renda. Nesse estudo, o autor também cita o problema de violência doméstica e compara duas populações do Canadá, ex-prostitutas e um grupo controle, oriundo de uma pesquisa nacional, que sofreu abuso sexual na infância, mas não havia entrado para a prostituição. Concluiu que o grupo de ex-prostitutas sofria abuso na infância por tempo mais prolongado, havia estudado menos,

vivido mais com familiares com problema de drogas e vivido mais tempo na rua.

O autor elabora ainda um sumário sobre o destino da maioria das jovens canadenses vistas em suas pesquisas:

Muitas vezes somos levados a um péssimo cenário: por exemplo, uma menina de 11 ou 12 anos conta ao professor que sofre abuso sexual em casa.

O serviço de proteção à criança é chamado e o pai ou padrasto nega. A mãe falha no suporte e proteção da filha e ela acaba saindo de casa.

É facilmente recrutada por outras adolescentes mais velhas.

Em poucas semanas sua vida faz parte de festas, álcool e drogas. Sua vida começa a ser conduzida por um intermediário, e ela acaba ficando dependente de drogas e com medo de sofrer agressão física por parte do “cafetão”.

Sua virgindade é vendida várias vezes, passando a servir 20 homens por noite.

Depois ela é vendida em outra cidade. Com 15 anos seu espírito está totalmente quebrado e agora ela é transferida para a rua para enganar outras crianças. Aos 17 ela morre por overdose, por suicídio ou é assassinada.

No Brasil, o tema tem sido estudado por alguns autores, embora eles reconheçam que o assunto é ainda tabu e, por isso, muito pouco explorado em relação a proporção do problema (Gomes et al.,1999; Azevedo&Guerra,1993). O conceito de prostituição infantil, para Safioti (1989), é construído a partir de duas vertentes: uma que se entrecruza com a idéia de exploração econômica e outra que diz respeito à obtenção de prazer, com prejuízo da saúde mental de quem está sendo explorado.

Tal conceituação se relaciona às crianças e às adolescentes, que mesmo não tendo ainda uma consciência de seu corpo e sobre a sua

sexualidade, são levadas a se prostituírem, por diversos motivos. Gomes & Minayo (1999), em um estudo sobre as representações sociais da prostituição infantil e juvenil apresentado na CPI da prostituição, realizada em entre Maio de 1993 a Março de 1994, relatam que, na região sudeste e em outras regiões, o imaginário em torno das jovens envolvidas com a prostituição gira em torno de adjetivações do tipo “vagabundas”, “perdidas” e devem ser, por isso, merecedoras de maus tratos, espancamentos e intimidações, por parte do aparato policial e descaso das políticas públicas sociais e de saúde. Reforçam a idéia de que o assunto precisa urgentemente ser mais discutido não só por quem faz ciência, mas pela ótica das próprias envolvidas para que possamos adequar as políticas públicas para este grupo marginalizado e vulnerável (Paiva,1996;Ayres et al.,2003b;Ayres et al.,2004).

Do ponto de vista psicossocial, há vários trabalhos que tentam focar as causas e os fatores que, sozinhos e ou interligados, poderiam interagir e levar à prostituição. A identificação dos principais fatores ou causas que poderiam predispor a criança e a adolescente a entrar para o universo da prostituição foi distribuída em três categorias: a disfunção no contexto familiar e no desenvolvimento de crianças e adolescentes, os fatores situacionais e as possíveis escolhas pessoais segundo Seng¹² (1985) e Shaw & Butler¹³(1998), citados por Simon (1999) :

O contexto familiar compreenderia situações onde haveria conflitos entre familiares em função da

¹² Seng MJ. Child sexual abuse and a adolescent prostitution: a comparative analysis. *Adolesc.* 1989; 24 (95): 665-75.

¹³ Shaw I,Butler I. Understanding yong people and a prostitution: a foundation for practice? *Br J Social Wk.*1998; 28:177-196.

educação autoritária dos pais, ou ainda a total alienação e ausência dos pais frente aos filhos, caracterizando uma violência doméstica. Essas relações facilitariam a criança e o adolescente a abandonar o que deveria para ele ser o lar, que passam a encontrá-lo nas ruas, longe dos pais um espaço para ser, pois a rua não é vista como algo ruim e sim um ambiente agradável, onde pode explorar a sua sexualidade que está a flor da pele, como todo adolescente. Pode assim nela obter, através da prostituição, a gratificação sexual, o amor, o carinho, a atenção e a proteção não recebidos dos pais. No entanto o abuso físico, sexual e emocional, a negligência bem como o incesto e relações sexuais precoces experimentados pelas crianças têm sido apontados como os principais fatores desencadeantes para a entrada na prostituição.

Para os autores, existem dois modelos que explicariam a natureza da relação entre abuso e prostituição:

No primeiro modelo, denominado direto, a experiência de abuso produziria uma baixa auto-estima, marcada pela indiferença com que é tratado o adulto, levando a buscar na prostituição relações de proteção e gratificação. Para outros autores, há indícios de que nas famílias incestuosas, a mãe, freqüentemente é ausente do lar, seja por estar doente ou deprimida, ou por ter que sair para trabalhar e a filha assumiria o lugar da mãe e seu papel, dessa forma poderia passar a ser abusada sexualmente e não observa diretamente isso pois passa a encontrar uma forma de obter aquilo que necessita, a afeição e o carinho parental.

Azevedo&Guerra (1993) propõem a prostituição juvenil como decorrência da violência doméstica¹⁴, sendo portanto fundamental a denúncia de sua origem, pois sendo assim, a criança ou a adolescente

¹⁴ Violência doméstica, na definição das autoras, é todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual entre um ou mais pessoas adultas, de origem co-sanguínea, parentes ou por afinidade, responsáveis e uma criança menor de 18 anos, tendo por finalidade estimular sexualmente a fim de obter uma estimulação sexual incestuosa com a sua pessoa ou outra pessoa.

vivem relações confusas e instáveis dentro da própria casa, submetidas a um poder muitas vezes despótico, o que pode comprometer a construção e o estabelecimento da própria identidade. A violência doméstica, segundo as autoras, poderia ser um dos caminhos que levariam as jovens a entrarem na prostituição, num processo psicodinâmico que conectaria incesto, violência e prostituição, a partir da ausência de um desenvolvimento seguro de identidade pessoal da jovem em um momento que a presença e o apoio materno e paterno é fundamental.

Segundo relata Simon (1999), o abuso pode ser considerado um elemento precursor da prostituição, ainda que venha sendo questionada por diversos autores a ênfase exagerada e centralizada em um único fator. Azevedo&Guerra (1993) observam que a violência doméstica não ocorre em uma única classe social, sendo mais visível nas classes mais pobres da sociedade. O poder de camuflagem dessas classes sociais é mais baixo e, por serem dependentes de serviços públicos de saúde e assistência social, acabam sendo mais facilmente descobertas. Assim, as autoras argumentam que a prostituição de que se tem notícia é a de adolescentes pobres. Aquelas que também estão engajadas nessas atividades, mas que pertencem a outras camadas sociais, não se mostram tão visíveis, principalmente nas ruas.

A segunda categoria de fatores apontada na literatura, compreenderia, segundo as autoras, os fatores situacionais, como: as condições sócio-econômicas familiares, a pobreza, o desemprego, a situação de rua da criança e do adolescente, o descaso das políticas e programas relativos à

orientação sexual dos pais e nas escolas. Outro fator a ser considerado seria o papel das instituições que atendem crianças e adolescentes, e que encaram aquelas que estavam na prostituição como “más companhias”, podendo, assim, “contaminar” aquelas que nunca estiveram inseridas nesse tipo de atividade.

Quanto à terceira categoria, a de escolha pessoal, acredita-se que a adolescente é capaz de decidir sobre entrar ou não neste universo, mesmo que esta escolha seja permeada pelas pressões pessoais e econômicas presentes no contexto em que a jovem está inserida e que, portanto estariam contribuindo para a sua decisão (Simon et al.,2002).

Para Gomes (1996), essa decisão não é tão simples assim, pois segundo sua pesquisa, as adolescentes fazem questão de diferenciar a prostituição, da venda do corpo para a sobrevivência na rua, e não se poderia reduzir este fenômeno simplesmente como a escolha individual, imoral, destas adolescentes que, são seres muito frágeis socialmente, em processo de desenvolvimento físico e de identificação psíquica.

Segundo Miles (2000), em um estudo realizado no Sri Lanka, em áreas de risco, onde a pedofilia é uma prática adotada no turismo sexual, adolescentes de 13 a 17 anos referem que não fazem sexo por prazer. Cerca de 10 % faziam sexo com adultos, pois foram persuadidas de que isto não era errado e, 6% dizem que praticavam sexo por dinheiro.

Segundo Greene (1999), a prática de sexo por dinheiro, *survival sex*, é comum entre adolescentes que vivem na rua. Isso é visto em todas as

partes, e como Lacan (1963) advertia, faz parte de um sintoma cultural, e poderia portanto ser global no âmbito da sociedade capitalista.

Ainda segundo Gomes et al. (1999):

1. É preciso entender a prostituição infantil como a forma mais perversa da violência de gênero, expressão do poder patriarcal, segundo o qual o homem considera seu direito de ter acesso ao sexo, seja sob a forma de direito adquirido através do casamento, seja sob a forma de coação física, moral e econômica. Mulher, sexualidade e dinheiro vinculam o tema da prostituição a costumes ancestrais que a vêem como mal necessário para permitir o bem da família constituída;
2. Existe sim uma real vinculação entre extrema pobreza e miséria material que acompanha o “*cair na vida*” por parte das crianças e adolescentes. No Brasil a prostituição infantil está calcada na comercialização do corpo ou como escravidão sexual para atender a necessidades básicas de sobrevivência.

Para Silva e colaboradores (1997), essa “escolha” é determinada pela situação sócio-econômica. Outros autores investigaram esta premissa (Pedersen&Hegna, 2003). Eles acreditam que as adolescentes não devam ser consideradas apenas prostituídas, ou seja, totalmente passiva no ato da prostituição. Mas que existe sim uma escolha em sair do lar, que varia de caso para caso, mesmo que as adolescentes tenham sido enganadas por agenciadores, como foi constatado em casos de prostitutas entrevistadas no interior do Pará.

Os autores reforçam a tese da multicausalidade da prostituição juvenil, citando para isso Safioti¹⁵:

(...) há que se pensar, ademais, que as prostitutas não constituem um contingente social homogêneo, apresentando diferenças de classe social e étnico-raciais, assim como idiossincrásicas, vinculadas, seja a visão de mundo recebida de seus pais, sejam a eventos marcantes de sua trajetória pessoal. É preciso considerar que tampouco a clientela é homogênea. Trata-se dos mais diferentes homens quanto a sua condição sócio-econômica, as suas características físicas, as suas práticas sexuais. A prostituta também não é exclusivamente uma sofredora. Esta também desfruta de prazer.

Existem, para Silva e colaboradores, alguns conceitos que precisariam ficar claros, e estes variam segundo a ótica defendida pelos seus autores. Da ótica funcionalista, defendida por alguns autores e, no século passado, representada pela figura de Lombroso, a prostituição é vista como um processo patológico, um ato perverso da mulher e desviante do homem, que chegava até a construir a identidade da meretriz e a sua constituição orgânica, muito bem documentado historicamente na obra de Rago (1991,1995) sobre a prostituição de mulheres no início do século passado.

Construído no século XX a partir de uma referência médico-policial, o conceito de prostituição não pode ser projetado retroativamente para nomear práticas de comercialização sexual do corpo feminino em outras formações sociais, sem realizar um aplainamento violento da singularidade dos acontecimentos. Fenômeno essencialmente urbano, inscreve-se numa economia específica do desejo, característica de uma sociedade em que predominam as relações de troca, e em todo os sistemas de codificação morais, que valoriza a união sexual monogâmica, a família nuclear,

¹⁵ Safioti, H. Prostituição e Gênero. In : *Violência, Poder Escravidão Sexual: Mulheres e crianças são as principais vítimas* . Conferência Regional Latino Americana e Caribenha. São Paulo: FTAI, SMM, BICE; 1992.

a virgindade, a fidelidade feminina, destina um lugar específico às sexualidades insubmissas. Como tal, o conceito é saturado de conotações de sujeira, do esgoto, da podridão, em suma, daquilo que constitui uma dimensão rejeitável na sociedade. Condenado e estigmatizando a prostituição, quer-se eliminá-la como uma parte cancerosa. Vale lembrar a constância com que a metáfora orgânica de “cancro social” é utilizada para designar o comércio amoroso.

Segundo Silva e colaboradores (1997), de uma ótica histórico-crítica a uma ótica histórico-interacionista, a organização da sociedade realizada pelos homens, em dado contexto histórico, é muito importante, sendo que é relevante refletir — nos termos da filosofia foucauldiniana¹⁶, presente nesta última ótica — sobre as estruturas e as relações de poder. Para os autores, as adolescentes têm condições de, na relação com os clientes, tornar sua relação simétrica, ou seja, obter poder, mesmo estando em uma situação social assimétrica.

Para Calligaris (1998), a “escolha” pessoal feita pelas adolescentes vem do fato de elas enfrentarem, além da situação sócio-econômica precária, a ausência de laços parentais saudáveis, principalmente a ausência do pai. Em sua pesquisa com a prostituição, acredita que as adolescentes tentariam recriar, através dos sucessivos “encontros”, uma situação parecida, fantasmática, construída a partir de situações traumáticas, uma passagem para além da falha de sua simbolização.

Para a autora, a prostituição real para algumas mulheres – mesmo aquela vivida sem envolvimento erótico e com violência, pode ser escolhida

¹⁶ Foucault, M. Nietzsche, a Genealogia e a História. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal;1978.p.28.

como um *acting-out*¹⁷, ou seja, uma atuação forçada. Isso, segundo a autora, se dá pela falha ou a ausência do amor do pai, sendo que este é uma das condições básicas necessárias para que a mulher possa sair do “Complexo de Édipo” e, poder assim, ascender à sua feminilidade.

Ela recria uma cena – a prostituição como um desafio ou uma procura deste amor limitador e identitário. A prostituição, assim, além da fantasia de prostituição presente em muitas mulheres, é imaginariamente vivida como uma violência feita ao corpo (Pommier, 1997). É, segundo a autora, complexamente, uma das inúmeras investidas identitárias, criadas por muitas mulheres, para poder deixar o amor exclusivo ao pai, para o amor e a entrega para um Outro, mesmo que seja compulsivamente para outros como no caso os clientes, amarrado no laço social com o sexo por dinheiro. Essas tentativas seriam repetições na tentativa de nomear o seu corpo como objeto de desejo e assim dar-lhe um nome e um lugar na constelação social. Deixam de ser adolescentes abandonadas para ser “mulheres da vida”.

A prostituição ou a fantasia de prostituição, associada ao uso compulsivo de drogas, muitas vezes para as mulheres se automedicarem desta situação, pode ser a única forma encontrada para a saída do gozo alienante na ausência da lei-do-pai ou simbolização propiciada como finalização do Complexo de Édipo (Melman, 1992).

Essa escolha é reforçada, segundo Montenegro (2003), no prisma da análise da resistência.

¹⁷ Sobre *acting out*, cf. nota 8 acima.

Segundo a autora, são identificadas, nos grupos que sofrem discriminação em geral, formas dialéticas de acomodação e resistência às situações sociais. A autora cita Anyon¹⁸, autora que tem se dedicado à aplicação desse paradigma às relações de gênero:

O grande número de mulheres [e meninas] nem aceita, nem rejeita totalmente os imperativos da “feminilidade”. Preferencialmente, a maioria das mulheres opta (consciente tanto quanto inconscientemente) por tentativas cotidianas de resistir à degradação psicológica e à baixa auto-estima que resultaria da aplicação exclusiva e total das ideologias correntes de feminilidade enquanto submissão, dependência, domesticidade e passividade.

Segundo Montenegro, essas tentativas de resistir significam que as mulheres podem, de maneira isolada ou concomitante, adaptar a feminilidade a seus próprios objetivos, resistir a ela por meios sutis, ou mesmo usá-la para evitar conseqüências negativas de sua prescrição. Contrariando o senso comum, a decantada passividade das mulheres passa a ser questionada, sendo substituída pela proposição de que as mulheres se empenhariam em uma negociação ativa, e de certa forma velada, para superar os conflitos decorrentes de modelos prevalentes de feminilidade.

¹⁸ Anyon, J. Interseções de gênero e classe: acomodação e resistência de mulheres e meninas às ideologias de papéis sexuais. *Cadernos de Pesquisa*. 1990;78 (mai):13-25.

1.4 - Sindemia ou a confluência de “pragas”

A vulnerabilidade foi até aqui caracterizada em grupos específicos: nos jovens, nos homossexuais, nos usuários de drogas, entre mulheres. Essa situação se acentua quando a isso estão associados outros fatores: a violência psicológica que as mulheres sofrem na negociação com o parceiro relativamente ao uso de preservativos e ao sexo seguro; a violência física, fora ou dentro de casa; o baixo nível de escolaridade (o sujeito depara com a impossibilidade de melhorar o seu nível sócio-econômico); a situação de vida em estruturas habitacionais precárias (carência de recursos mínimos); ser parte das populações de regiões periféricas e rurais, abandonadas pela atenção do poder público.

Assim sendo, a conjugação desses fatores, em determinado grupo específico, levam os indivíduos pertencentes a esse grupo a uma vulnerabilidade extrema. Esse fenômeno, a somatória de todas as vulnerabilidades, é denominado por Parker&Camargo (2000) sinergia das pragas, ou *sindemia*, proposta baseada numa ampla revisão de autores que defendem a designação a partir de análises antropológicas e sociológicas a respeito da vulnerabilidade à aids e de suas complexas relações com à pobreza.

Os autores destacam:

A ênfase constante é na interação entre fatores estruturais diversos - a sinergia causada pelo contato entre os fatores.

Esta bibliografia aborda a pobreza em relação ao deslocamento espacial, ao poder associado a gênero, à violência e discriminação sexual, à desertificação urbana e à desintegração social associada ao tráfico de drogas e assim por diante.

A discussão relativa à feminilização, por exemplo, usualmente mascara não apenas o fato de que nem todas as mulheres são vulneráveis; deixa-se também de lado que a vulnerabilidade diferencial afeta mulheres diferentes de modo diverso, dependendo de outros fatores estruturais, ou seja, que mulheres pobres são mais vulneráveis que as que não o são, que as mulheres pobres jovens são mais vulneráveis que as mais velhas pertencentes ao mesmo estrato, que as mulheres pobres jovens sem alternativas econômicas viáveis além do trabalho com sexo são mais vulneráveis do que aquelas que dispõem de outras opções econômicas e assim por diante.

A literatura até o presente momento tem demonstrado bem como todos estes fatores são importantes para aumentar a vulnerabilidade ao HIV/aids. Eles têm sido muitas vezes estudados separadamente para análise de probabilística. É preciso agora, além do conhecimento de todos estes fatores, analisá-los conjuntamente, pois isso pode levar a diferentes implicações para a implantação de estratégias de prevenção e acolhimento adequadas. Nesse sentido, segundo Ayres e colaboradores (2003a), para a prática de saúde pública é preciso conjugar todos estes fatores, fazer síntese de todos estes fatores que são dependentes entre si. O importante é trazer os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento para planos de elaboração teórica mais concreta e particularizados, nos casos em que os nexos e as imediações entre esses fenômenos sejam o objeto propriamente dito.

Assim, na literatura, o conceito de vulnerabilidade do modelo apresentado por Sontag (1978) e Douglas&Wildavsky (1982),¹⁹ citado por Delor (2000), representa um avanço do conceito. Conclui Delor, com base nesse modelo, que existe uma grande diversidade de diferentes trajetórias individuais, permeadas por uma infinidade de possíveis acontecimentos, como por exemplo, a violência ou o abandono. E estas trajetórias, em diferentes etapas da vida, como na adolescência. Acabam se interagindo com outros indivíduos que tem outras diversas trajetórias e são muitos deles HIV+. Analisa que em determinados contextos sociais, podem ocorrer situações facilitadoras, ou seja, sócio-simbólicas, nas quais o comportamento sexual de diferentes culturas que se apresentam nos diversos ritos de passagem na adolescência acaba expondo os mais novos, entre outros exemplos.

A prostituição juvenil, dentro dessa análise, levanta as possíveis trajetórias que cada adolescente tem no início do curso de sua vida, e os fatos mais marcantes como violência sexual intrafamiliar, a perda do seu valor dentro da família, a rejeição na família como decorrência de padrões culturais rígidos ou religiosos, reflexos de um dado contexto histórico e econômico. No comércio do sexo, para a garantia de sua própria

¹⁹ Sontag S. *Illness as metaphor*. New York: Randon House;1978.

Douglas M, Wildavsky A. *Risk and culture*. Los Angeles: University California Press; 1982.

Nível/dimensão	Sócio - estrutural	Sócio - simbólica
trajetória	Curso da vida, idade, mobilidade social, identidade social, etc	Tempo subjetivo, projeto de vida, percepção do futuro, etc
interação	Características dos parceiros (idade, status sorológicos,	Representações subjetivas do parceiro, percepção sobre o uso de preservativos, etc.
contexto	Normais sociais, instituições, relações de gênero, desigualdade etc	Percepção subjetiva das normas, expectativa de punição, interpretação pessoal, entre outros.

sobrevivência econômica, a adolescente prostituída encontra muitas vezes clientes que oferecem a possibilidade de sair da total exclusão emocional e social.

Desta forma temos que averiguar quais são os diversos níveis de interações e trajetórias que podem ser acentuados em determinados contextos. O exame detalhado de cada um desses aspectos pode tornar possível desenvolver uma série de estratégias pontuais para diminuir a vulnerabilidade ao HIV/aids na população aqui estudada.

II – OBJETIVOS

2.1 - Objetivo geral:

✚ Aumentar a compreensão do sinergismo entre aspectos da vulnerabilidade ao HIV/aids em adolescentes que vivem na rua, do sexo feminino, entre 12 e 19 anos incompletos, que se drogam e que são prostituídas.

✚ 2.1.1 Objetivos específicos:

1. Levantar aspectos de vulnerabilidade relativos a gênero, idade, uso de drogas e prostituição na população em estudo;
2. Identificar as relações entre estas vulnerabilidades nas histórias de vida;
3. Pensar as implicações dessas vulnerabilidades e suas divisões, para práticas mais humanizadas nos serviços de saúde.

III – METODOLOGIA



Walter Sickert²⁰. *La Hollandaise*. 1905.

²⁰Walter Sickert. *La Hollandaise*. 1905.

Disponível em: http://www.artunframed.com/walter_sickert.htm

3.1 Abordagem Teórico – Metodológica

A pesquisa de campo com as adolescentes foi planejada para utilizar-se de metodologias qualitativas. Na escolha do método, pensou-se em recrutar os sujeitos através da técnica em cadeias, denominada “bola de neve” ou “*snowball*” (Bienarcki&Waldorf,1981), na qual as primeiras entrevistadas indicariam outras a serem entrevistadas, e assim sucessivamente, até esgotarmos uma seqüência de sujeitos, e por fim, ao se esgotar aquela rede, se passaria a outra até que os dados estivessem saturados.

O método conhecido como bola de neve, em que cada sujeito traz outro sujeito para uma entrevista, é utilizado para melhor conhecimento de populações específicas, desconhecidas e de difícil acesso. Por isso, a metodologia mostrou-se perfeitamente adequada a esta pesquisa, pois de imediato verificou-se que a população a ser estudada era inacessível devido a sua interface com o crime, a ilegalidade, tanto no uso de drogas ilícitas como da prostituição em si, principalmente nesta faixa etária, que fazia esta população ficar ainda mais escondida e de acesso mais difícil.

Assim sendo, desde o começo, procuramos encontrar na rua as adolescentes que pudessem servir de apoio para iniciarmos a pesquisa e que, posteriormente, pudessem nos orientar melhor sobre o campo estudado, *o informante chave*. Buscou - se ativamente cada uma dessas adolescentes, pois essa população vive nas ruas em locais diversos e em

horários noturnos e, via de regra, desconfia de qualquer pessoa que chegue em atitude por elas consideradas suspeitas.

Essas adolescentes vivem à margem da sociedade e, por isso, para conhecer seu universo, foi necessário conhecer seu território em várias visitas observacionais, bem como obter o apoio de várias adolescentes, maiores de idade, que eram conhecidas pela entrevistadora, por ocasião do atendimento que receberam, há mais de dois anos, em um serviço de atenção para usuários de drogas na cidade, o Centro de Prevenção e Atenção Psicossocial – Dependência Química - CAPS-DQ.

Devido às várias interfaces de fenômenos importantes interligados que aumentavam a vulnerabilidade desses sujeitos - a droga, a violência e a prostituição, a proposta delineou-se, através de entrevistas semi-estruturadas, como estando voltada para buscar conhecer melhor cada sujeito, a partir de suas vivências, conhecer aquilo que pensava de si, sua linguagem totalmente singular e, principalmente, o meio onde estão inseridos. Isso requeria um estudo de suas realidades que partisse do que era apresentado pelo ponto de vista dos próprios sujeitos a uma entrevistadora, que na ocasião ocupava a posição de *observador participante*.

Nessas circunstâncias, a pesquisa levava em conta três tipos de preocupação:

- 1) O enfoque qualitativo, abordagem cujo objetivo fundamental é compreender a realidade humana vivida socialmente, a partir do contexto de significado que é dado e interpretado pelos próprios

sujeitos, de seus valores e das crenças, motivações e sentimentos, sendo além disso uma proposta que privilegia aspectos como a subjetividade, a relação do sujeito e o objeto da pesquisa,

2) A relação entre o sujeito e o pesquisador, a compreensão do contexto cultural, a relevância dos fenômenos, que é dada pelos significados que eles têm para o sujeito (Triviños,1995), balizada com a Etnopsicanálise (Devereux,1967).

3) A busca, através da pesquisa, de uma aplicação prática à realidade encontrada, de modo a transformar a realidade em que vivemos (Spink, 2000).

Com base nisso, o pesquisador torna-se parte integrante da pesquisa nos termos discutidos por Minayo (1994):

Ninguém hoje ousa negar a evidência de que toda a ciência é comprometida. Ela veicula interesses e visões de mundo historicamente construídas e se submete e resiste aos limites dados pelos esquemas de dominação vigente, portanto a visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais que estão implicados em todo o processo de conhecimento desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. É uma condição de pesquisa que uma vez conhecida, assumida, pode ter como fruto a tentativa de objetivação do conhecimento.

Passa-se assim a buscar apreender o universo trazido pelas adolescentes, com base na própria vivência como pesquisadora que tem seu referencial e prática profissional sustentados pela Psicanálise e que é munícipe do local da pesquisa, a cidade de Santo André, além de pertencer ao quadro do funcionalismo público municipal.

A pesquisa sustenta-se no pólo da entrevista e busca manter o referencial proposto por Spink (2000), que refere:

São três os cuidados éticos da pesquisa qualitativa: os consentimentos informados, a proteção do anonimato e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisador e participantes.

A pesquisadora esteve como observador participante, em momentos específicos, na observação direta das adolescentes na rua, em situações breves, e mais detidamente no Centro Comunitário da Sacadura Cabral, onde, durante os meses das entrevistas (Dezembro de 2003 e Janeiro de 2004), foi desenvolvido um projeto piloto de prevenção e arte junto às crianças e adolescentes da comunidade. O Centro ocupa um local próximo às artérias em que ocorre a prostituição.

Esse enfoque permite pensar tudo que foi dito e observado como único e singular, tanto do ponto de vista dos sujeitos como de sua relação com a entrevistadora e do modo como esta apreendeu esses momentos. As adolescentes narraram a sua história, a partir da relação com as perguntas feitas pela entrevistadora, e isso produziu um relato único, singular, próprio de cada adolescente que as respondeu. Mas esse relato, por outro lado, reflete o ideário das adolescentes que vivem da prostituição, naquele determinado momento e naquele espaço. Trata-se, outrossim, de uma construção que deve ser apreendida para que medidas preventivas em DST/aids possam ser eficazes. Segundo Spink (2000) “a *reflexividade pessoal* implica a reflexão sobre quem sou eu-pesquisador e como meus interesses e valores incidem sobre o delineamento da pesquisa e sobre minhas

interpretações. A *reflexividade funcional* volta-se para a comunidade e para a maneira como “quem somos” influi no processo de pesquisa e seus resultados”.

Pesquisar, clinicar e escrever sobre algo muito sério e complexo é um processo no qual o eu (do pesquisador) e os vários outros (as adolescentes, o assunto, os colaboradores) estão intimamente implicados, todos afetados pelo contexto social, político e cultural do meio onde todos estão inseridos. Reforçando essa concepção, Neto (2002) refere que, em se tratando de pesquisa qualitativa, em que o social se acha num dado recorte espacial, o lugar primordial é ocupado pelas pessoas e grupos que convivem numa dinâmica de interação social, condição para que medidas eficazes possam ser aplicadas a partir do que foi pesquisado.

Neto (2002) refere ainda que:

Partindo da construção teórica do objeto de estudo, o campo torna-se um palco de manifestações de intersubjetividades e interações entre pesquisador e grupos estudados, propiciando a criação de novos conhecimentos.

3.2 - Amostra

3.2.1 - Tamanho da amostra

Em estudos qualitativos, são utilizadas *amostras intencionais*, ou seja, casos que contenham muitas informações sobre o tema. Foram entrevistadas adolescentes que possuísem amplo espectro de informações relevantes para o entendimento do assunto. Dessa forma, os critérios utilizados foram: usuárias e ex-usuárias de drogas lícitas e ilícitas, do sexo feminino, na faixa etária entre doze e dezenove anos incompletos, envolvidas com a prostituição e em situação de rua.

Devido ao fato de essa população ser escondida e pequena, iniciamos a pesquisa sem um número prévio de casos a ser examinados, pensando porém que fossem suficientes para que houvesse a reincidência ou saturação dos dados (Minayo,1994).

Buscamos uma amostra que fosse suficiente para permitir a observação dos dados desejados e necessários, sem que desprezásemos as informações ímpares que também poderiam ser interpretadas. A amostra e seu tamanho seriam delineados durante o processo de investigação, considerando os critérios adotados na abordagem qualitativa:

1. Os sujeitos devem ser selecionados intencionalmente por deterem os atributos que o pesquisador pretende investigar;
2. A amostra deve delinear o quadro empírico da pesquisa;
3. Deve-se obter reincidência ou saturação das informações;

3.2.2 Os critérios de seleção das entrevistadas

- ⌘ Apresentar interesse em realizar a entrevista.
- ⌘ Pertencer à faixa etária adotada para o estudo (12 a 19 incompletos).
- ⌘ Ser ou ter sido usuária de drogas ilícitas ou ter contato com a mesma.
- ⌘ Estar em situação de rua há mais de um ano.
- ⌘ Assinar carta de consentimento esclarecido²¹.
- ⌘ Aceitar a gravação da entrevista.
- ⌘ Realizar os exames previstos posteriormente.

No início, acreditava-se que poderíamos ter uma amostra mais próxima da observada durante um ano de trabalho de campo, mas observamos que isso não seria possível, devido à fragilidade desta população. Foram entrevistadas sete adolescentes, abordadas na rua e contatadas pelas adolescentes que foram informantes-chave, sendo que uma delas, Daiane,²² se tornou inicialmente nosso maior ponto de contato com todas as outras adolescentes.

²¹ Conforme a resolução no. 196 do Conselho Nacional de Saúde, de Outubro de 1996, que pode ser encontrada no site: <http://ensp.fiocruz.br/etica/Arq/resolu.htm>.

²² Todos os nomes das adolescentes não são das mesmas e foram escolhidos pela pesquisadora para a proteção da identidade das adolescentes, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Depois, iniciou-se uma seqüência, onde cada uma foi trazida por outras que haviam sido entrevistadas. Houve uma entrevista em que uma participante, Gabriela, se fez passar por menor de dezoito anos, orientada por duas entrevistadas, Suzy e a Suelen. Porém tal entrevista, por não estar dentro dos critérios, foi ignorada, apesar de ter oferecido à pesquisadora uma experiência que permitiu observar a relação existente entre estas duas adolescentes. Outras duas adolescentes foram abordadas, uma por indicação de Marguerite, uma das informantes, e outra que foi encontrada ocasionalmente na rua. Ambas negaram sua participação na pesquisa, alegando que não tinham tempo e interesse.

O critério de idade foi escolhido para se ter a real dimensão de adolescentes que deveriam ser protegidos por lei, através do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Segundo esse estatuto, no capítulo das políticas de atenção, nos diversos artigos, compete ao poder público, em parceria com a iniciativa privada, promover ações de proteção a adolescentes em situação de risco psicossocial e em situação de rua.

A pesquisa pretendia não só verificar a situação em que se encontravam essas adolescentes, mas também servir como roteiro para que ações futuras fossem desencadeadas com essa população marginalizada e que deveria, por força da lei, ser atendida em sua plenitude.

Foram realizados exames para sorologia das DST/aids nessa pesquisa, para que os resultados servissem de suporte para o trabalho que a pesquisadora realizava como médica, funcionária estatutária e coordenadora técnica de um projeto que viria a se transformar na Unidade de Redução de

Danos (URD), da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Santo André. Esse serviço, que estava apenas iniciando seu funcionamento, na época da pesquisa, contava apenas com três pessoas em sua equipe (uma médica, uma assistente social e uma educadora social de rua do projeto Andrezinho cidadão).

As entrevistas com as adolescentes e a realização dos exames, por iniciativa da pesquisadora, buscavam dar suporte para a estruturação e adequação da URD, além de se pretender que ações futuras fossem realizadas com as adolescentes, em parceria com o serviço de atenção às DST/aids da Unidade de Saúde de Vila Guiomar – Ambulatório de Moléstias Infecciosas – ARMI e a Secretaria de Inclusão Social – Projeto Andrezinho cidadão.

Assim, na perspectiva de atenção psicossocial, foram solicitados os exames de rotina feitos no ARMI, a fim de se ter a real dimensão da epidemia de DST/aids, com a população estudada. Foram realizados os seguintes exames de rotina:

1. HIV1/HIV2 – teste rápido (imunocaptura de anticorpos); Elisa (enzima imunoensaio), imunofluorescência indireta HIV.
2. Sífilis – VDRL e FTA-ABS
3. Hepatite B - método E.I.A
4. Hepatite C - método E.I.A

3. 3 - Procedimentos da Pesquisa de Campo

3.3.1 - Início da pesquisa

Levantaram-se informações sobre o público-alvo através do convite feito inicialmente a duas adolescentes conhecidas da entrevistadora e foram encontradas na rua, sendo que foram orientadas para servir de apoio na rua e, assim fazer que a pesquisadora pudesse entrar em contato com outras adolescentes, convidando as que tinham história de prostituição e que preenchiem os requisitos da pesquisa.

A partir desse convite às adolescentes, entrevistou-se as que consentiram em participar da pesquisa, sendo que foram admitidas aquelas que concordaram com os termos da pesquisa, depois de esclarecidas sobre a necessidade de seu consentimento e a assinatura de um documento intitulado “termo de esclarecimento consentido”, que lhes foi explicado antes da assinatura.

A pesquisa foi consolidada através das entrevistas, de observação e acompanhamento na rua, até que as adolescentes pudessem ir ao local de realização do exame de sangue para sorologia do HIV e das hepatites B e C. Tentou-se localizar as adolescentes posteriormente para a devolução do resultado dos exames, na rua. As adolescentes que demandaram suporte após o exame foram também acompanhadas até os serviços de referência, principalmente por serem soropositivas e não terem acesso aos serviços de

atenção. Também por se tratarem de adolescentes, em alguns momentos houve a solicitação de atenção e acompanhamento dos pais.

3.3.2 - Instrumento da coleta de dados

3.3.2.1- Instrumento de pesquisa

Foi utilizado como instrumento de pesquisa um questionário feito através de um roteiro inicial, que havia sido aplicado em uma entrevista realizada com uma das adolescentes que deram apoio na rua, Daiane, maior de dezoito anos. Esta colaborou contando sobre a movimentação das adolescentes, tendo facilitado a tarefa por ser conhecida destas.

A entrevista foi semi-estruturada, com questões que formavam um roteiro construído a partir de normas e princípios da literatura (Minayo,1994).

O questionário consistiu de perguntas abertas e algumas questões previamente padronizadas, enfocando: os dados sócios - demográficos, o histórico do uso de drogas e padrão de consumo, os antecedentes familiares, a violência em casa e na rua e a visão que as entrevistadas tinham sobre as doenças sexualmente transmissíveis – DST e a aids. Tentou-se levantar, com a maior profundidade possível, os dados trazidos pelas adolescentes sobre a sua história de vida.

3.3.2.2 - Procedimento para o roteiro de entrevista

A escolha do instrumento foi feita para que se pudesse, além de obter dados importantes para a pesquisa, compreender melhor o universo da prostituição e da visão que as meninas têm de si mesmas. Foi adotada uma entrevista semi-dirigida, com um roteiro baseado nas indagações mais relevantes feitas pela pesquisadora, para que se empreendesse como seria a melhor maneira de abordar essa população sob diversos aspectos, buscando um enriquecimento do conhecimento acerca desse público em profundidade de conteúdo para facilitar uma verdadeira comunicação com ele.

A entrevista semi-estruturada possibilita a expressão das vivências, experiências, pontos de vista do entrevistado, além de ser mais amistosa para o entrevistado, pois aproxima mais de uma conversa coloquial, dando vazão para que haja o transbordamento do inconsciente e se engendre, em um momento propício, a possibilidade de uma escuta psicanalítica.

O primeiro roteiro elaborado foi testado junto a uma adolescente que convivia com as outras na prostituição. Após alguns ajustes, chegou-se a um que se acreditou pudesse dar conta, em apenas uma entrevista, de algumas questões passíveis de orientar o interesse da pesquisadora. Após a aplicação, evidenciou-se que a entrevista foi mais longa do que o esperado pelo fato de as adolescentes terem a necessidade de usar aquele momento

para outras demandas (necessidade de tomar banho, se limpar, comer, contar sobre algum outro assunto, entre outras) além de atender ao que lhes era solicitado pela entrevista, o que igualmente contribuiu para a ocorrência mais amigável da entrevista.

3.3.2.3 - Procedimento para a coleta de dados

As adolescentes foram abordadas na rua e convidadas a fazer a entrevista naquele mesmo momento. Eram levadas, Na maioria das vezes no carro da pesquisadora, ao Centro Comunitário da Sacadura Cabral, que fica a cerca de três quadras do local onde ocorre a prostituição. Considerando-se as demandas anteriores e sua situação de vida, eram convidadas a comer um lanche (salgados, doces e refrigerantes) ou, caso fosse solicitado, uma higienização e troca de roupa.

Foram realizadas entrevistas em uma sala do Centro Comunitário, após as atividades que ocorriam com as crianças, após as 20 horas. As entrevistas duraram em média uma hora, e depois as adolescentes eram convidadas em outro momento a ir, com a pesquisadora, até a US de Vila Guiomar, para a coleta de exames (sorologia para HIV, hepatites B e C e sífilis).

3.4 Caracterização da população estudada

No início, pretendia-se entrevistar todas as adolescentes com quem tivemos contato nos meses que antecederam as entrevistas, onde pudemos, em algumas noites, enquanto ofertávamos preservativos, descobrir algumas adolescentes entre as adultas. Todas as mulheres na rua foram abordadas durante mais de seis meses, uma a uma, e a distribuição de preservativos era o nosso pretexto para que as observássemos e indagássemos se entre elas haviam adolescentes. Acabamos por atender um público muito maior de adultas (aproximadamente cento e cinquenta pessoas), algumas das quais diziam ser adolescentes para ter maior atenção, bem como alguns travestis adolescentes. Aos poucos, a equipe foi sendo reconhecida como da saúde, tendo sido entendido que não estava em uma “batida” do Conselho Tutelar ou da Polícia. Pudemos assim reencontrar algumas usuárias que foram atendidas no serviço CAPS-DQ e que já eram maiores de idade, as quais nos ajudaram no fortalecimento do vínculo e na conquista da atenção das adolescentes que circulavam pela região.

Observou-se que essa população é muito vulnerável e está em constante mudança para poder fugir à perseguição da polícia ou do conselho, que via de regra, termina por encaminhá-las à FEBEM, como se a adolescente fosse considerada delinqüente *a priori*. Tentou-se, a partir da relação entre sujeito e técnico, conseguir o vínculo para uma melhor

abordagem e para que possibilitasse a realização das entrevistas e a coleta de sangue.

As visitas noturnas visavam buscar as adolescentes que eram anteriormente atendidas pela parceria dos programas Andrezinho Cidadão e o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas - CAPS-DQ. O grupo foi crescendo por meio do ingresso de novas adolescentes desconhecidas, que nos eram apresentadas pelas que já estavam sendo assistidas pelo plantão de distribuição, que ocorria apenas nos dias onde um carro da Prefeitura de Santo André era colocado à disposição para as saídas (que geralmente ocorriam às quintas-feiras).

Era percorrida toda a extensão das avenidas Amazonas, Lauro Miller, Industrial e da Rua dos Coqueiros, artérias que ficam num corredor estratégico que interliga, conforme será descrito, os acessos a Santo André, indo para São Caetano, São Bernardo e São Paulo. Foi observado o movimento de cerca de vinte adolescentes em situação de rua e prostituição, cuja atividade se concentrava mais na Avenida Lauro Miller, na Avenida Novo Horizonte e em viadutos de acesso a essas ruas e na favela Tamarutaca.

A urbanização da Av. Industrial, principal ponto de prostituição da cidade, ocasionou maior fluxo da mesma para outras ruas próximas (D. Pedro II e Rua dos Coqueiros) e, conseqüentemente, a migração das adolescentes para a rua Lauro Miller. Apenas duas dentre elas estão na Av. Industrial, que ficou com uma alta concentração por abrigar todos os trabalhadores do sexo: prostitutas com mais de dezoito anos e travestis,

sendo que estes últimos são muito agressivos com as adolescentes, e estas conviviam com a constante ameaça de morte. Existe a crença, por parte das adolescentes, que uma delas, desaparecida, foi morta e teve o corpo jogado em um poço nas fábricas abandonadas da Av. Industrial. As outras adolescentes têm receio da convivência e se transferiram para outras áreas e outras cidades.

3.5 O campo de estudo

3.5.1 Aproximação: entrada em campo

Em meados de fevereiro de 2003, começou-se a contatar as adolescentes que conhecíamos na rua para que fosse possível a abordagem de outras adolescentes com as quais não tínhamos nenhum contato. As adolescentes Suelen e Madalena, que tinham sido atendidas nas atividades no Centro de Atenção Psicossocial Dependência Química - CAPS-DQ e pelo Projeto Andrezinho, na época em que a pesquisadora estava na coordenação, foram as primeiras a serem encontradas. Obteve-se o apoio mais freqüente de duas adolescentes, Sheila e Daiane, além de, pontualmente, Madalena e Suélen, logo no início e, depois, Camila, já no fim da pesquisa. As três primeiras, apesar de viverem na prostituição, não participaram da pesquisa, visto que já estavam com mais de dezenove anos.

Observou-se que era muito difícil encontrar as adolescentes durante o dia, pois as mesmas estavam ou em pequenos “hotéis de virada” ou dormindo em terrenos baldios em dias ensolarados no bairro, porém elas contataram outras adolescentes e colaboraram na pesquisa, mas eram muito instáveis no contato, faltando aos encontros e às vezes ausentes na rua nas buscas efetuadas.

Após a busca de maior contato, outras adolescentes foram encontradas. Acredita-se que tenha sido mais fácil o contato com Daiane, de 19 anos, branca, meiga, que fora atendida no serviço público local (o CAPS-DQ) para tratamento de sua dependência. Ela referir que estava agora sem consumir *crack* e vivendo uma abstinência por sua própria decisão, após ter saído de uma internação, por excesso de consumo. Daiane colaborou com a adaptação das entrevistas e apresentou a pesquisadora às adolescentes que ficavam na região da Vila Sacadura Cabral, um importante foco de prostituição juvenil da cidade.

Durante quase seis meses, contou-se, a *grosso modo*, cento e cinquenta pessoas nos pontos de prostituição e, entre elas, descobriu-se a população de adolescentes que poderiam participar da entrevista. Observamos que na Vila Sacadura e na avenida Industrial circulavam cerca de 20 adolescentes entre 12 e 21 anos, envolvidas com drogas e com a prostituição. Ao longo dos meses de outubro e dezembro de 2003, atendeu-se no centro comunitário da Vila da Sacadura Cabral, das 17 às 20 horas, as crianças e adolescentes da comunidade. Essa proposta era um pretexto para estarmos mais perto da comunidade, e também para abrir um novo espaço para as adolescentes que estavam mergulhadas na prostituição, em um local que ficava apenas cerca de três quadras do local.

3.5.2 Caracterização do Campo de Estudo:

A Prostituição na cidade de Santo André

As jovens entram na prostituição em diversas partes da cidade, podendo isso ocorrer de forma mais ou menos velada. O que interessa, neste momento, é o caminho até um ponto que é notório na comunidade – as imediações da Avenida Industrial. A artéria, localizada no centro da cidade, está situada em um bolsão entre a prosperidade, visto que se acha próxima de dois bairros importantes da cidade (Bairro Campestre e Jardim), e a pobreza de bairros mais periféricos, quando se desloca para o complexo Anchieta. As ruas citadas poderão ser visualizadas no anexo três, onde estão os mapas das duas localidades e a avenida Prestes Maia, que as interliga, levando até a Vila Sacadura Cabral, bairro este que fica em frente à Faculdade de Medicina do ABC.

A prostituição, algo visível pelos moradores da cidade que se deslocam para São Caetano ou para a Universidade do ABC (UNIABC), foi noticiada também em uma matéria do jornal Diário do Grande ABC (Angrimani, 2003a) Foi uma notícia documentária, em diversos aspectos, desde alguns dados estatisticamente próximos à realidade constatada pelas entrevistas até outras situações presas à descrição e a nomeação das adolescentes envolvidas.

Todas as reportagens citadas pelos jornais, nos últimos anos, apontam, invariavelmente, para questões de criminalidade, prostituição, violência e morte prematura. Há várias notícias específicas relativas às drogas, como porte, tráfico e morte. A Avenida Industrial ainda é um grande corredor de várias empresas falidas, em inventário, havendo nela muitos prédios totalmente abandonados, que são ocupados por populações marginalizadas. É, portanto, uma zona de descontinuidade, onde havia barracos que eram freqüentados ou serviam de moradia para as adolescentes, outros adultos e crianças.

Nessa área houve uma urbanização expressiva, pois alguns terrenos que eram da posse de algumas indústrias, como o que pertencia à Black & Decker - General Eletric – GE, foram substituídos por comércio, prestação de serviços, sendo que a área da empresa se transformou em um supermercado, um shopping, dois hotéis e um parque público, hoje homenageado com o nome do prefeito assassinado em 2002, Celso Augusto Daniel. Mas antes da mudança provocada pelo projeto de urbanização, o parque a que nos referimos possuía um fundo que saía na Avenida Industrial e era utilizado freqüentemente, por travestis e adolescentes, para consumo de drogas e prática de sexo. Este uso foi coibido em parte pela reforma do parque, que incluiu sua abertura 24 horas por dia e o sistema de monitoramento por guarda e rede de câmeras.

É um complexo que, junto com a estação ferroviária Prefeito Saladino, estava remodelando esta parte da cidade, revitalizando assim a avenida. Na época das entrevistas, contudo, haviam sido criadas nessa área duas “ilhas”,

uma próxima ao centro, em que estão o pólo de serviços e a rodoviária da cidade e a outra nas imediações da Universidade do ABC. Entre elas, há um longo corredor com vários “paredões”, onde há muitos proprietários donos de “*drive-in*”, onde ficam os travestis e umas poucas mulheres espremidas se exibindo.

Até alguns anos atrás, a prostituição estava mais próxima à estação de trem de Santo André, onde a área estava mais deteriorada e com pouca iluminação. Nessa época havia a circulação das adolescentes em pequenos hotéis de “virada”, voltados para a prática do comércio sexual, que ainda existem, e muitas das adolescentes chegavam até o local, deslocadas de outras cidades ou bairros pelo trem ou pelo trólebus que tem ponto no local. Depois de várias atuações policiais, de algumas ações da fiscalização e vigilância e da ação pioneira dos educadores sociais de rua que pertenciam ao Projeto Andrezinho, as adolescentes acabaram saindo do local, porém não saíram da “vida”, tendo ido para outras áreas próximas, com pouca iluminação, na época consideradas áreas perigosas, chamadas “buraco quente” pela mídia, pela polícia, pela guarda municipal, pelos educadores e por parte dos trabalhadores das últimas empresas que sobraram nesta importante avenida.

Durante as entrevistas, a prostituição não se encontrava mais no começo da avenida, mas no seu final, e estava sendo paulatinamente distribuída pelas ruas que interligam esta avenida e a avenida D. Pedro II, a rua Marina, a rua Coqueiros, no bairro Campestre e bairro Jardim, bairros da classe média que começaram a se organizar para a retirada da prostituição

do local. Desconhece-se o número oficial das pessoas envolvidas com o comércio sexual. Ainda há muita gente que circula em todas as horas do dia, principalmente depois das 16 horas, quando o “*trottoir*”²³ “imperam” nesses locais. É visível o aumento de fluxo de carros e “carrões”, mesmo depois de passada a hora do “rush”, evidentemente, nas imediações da Avenida Industrial e outras, iniciando as “atividades da noite” – que não tem hora para acabar — nos inúmeros bares e boates, onde se concentra um maior número de trabalhadores do sexo, travestis, adultos e adolescentes.

Essa região, principalmente nas áreas próximas à Rodovia D. Pedro II, também possui uma variedade enorme de estabelecimentos dirigidos a essa clientela, invisíveis aos que as desconhecem, como as casas de massagem, os bares e os pequenos hotéis de virada, que também são freqüentados por adolescentes, apesar de isso se constituir em crime. Dentro desta constelação de difícil acesso se vê, portanto, a prostituição “nua e crua”, principalmente na transição dessa área para outras da vasta divisa que a região possui com algumas cidades em especial, como São Caetano e São Bernardo.

Nessas regiões, há uma descontinuidade de serviços, além de alguns núcleos de favelização. Cabe ressaltar que ocorre para lá um fluxo migratório importante e impera um índice de desemprego muito grande entre as trabalhadoras do sexo, “as aprendizes” e a população em geral. Essas pessoas ficam desocupadas, moram mal, acabam ficando mais nas ruas por

²³ *Trottoir/Trotuar* - É uma palavra francesa que pode ser traduzida como calçada no sentido popular. Tanto em francês como em português o seu sentido é o mesmo. É uma modalidade de prostituição feita na rua, na qual as mulheres ficam circulando, em busca de aliciar fregueses. Ferreira ABH. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1988.

onde passa um fluxo de trânsito considerável que leva às várias rotas de acesso disponíveis para o litoral ou para a cidade de São Paulo pelo complexo Anchieta - Imigrantes e pela Avenida dos Estados. São áreas perfeitas para a prostituição e o tráfico de drogas, porque são áreas onde impera a lei do silêncio, necessária para as pessoas se protegerem, indício do medo imposto pela violência que ali impera.

Existe agora, nas imediações dessa rota entre São André e São Caetano, em direção a cidade de São Paulo, um número muito mais restrito de adolescentes prostitutas e travestis menores de 18 anos em comparação com a população total. No passado, não era bem assim, pois havia muitas adolescentes, as que hoje são as adultas. Observa-se que houve um “desaparecimento” de um número considerável; resta saber para onde foram, se saíram ou não “da vida” ou se morreram.

Dentre essas rotas e corredores de fuga do intenso trânsito na hora do “*rush*”, há uma região onde a prostituição é hoje visivelmente constatada entre a Avenida Industrial e o Complexo Anchieta, através de uma via expressa de interligação que é a Avenida Prestes Maia, que possui dois viadutos, o Sacadura Cabral e o da Tamarutaca, que são verdadeiros “paredões”²⁴ dessa avenida. Observou-se que essa rota foi atualmente escolhida pelos adolescentes que ficaram no caminho em direção a Anchieta pelo bairro Sacadura Cabral e o de Rudge Ramos, pela Avenida Lauro Muller e a Avenida Novo Horizonte, outros locais de “*trottoir*”.

²⁴Paredão: termo popular que é utilizado para descrever o local onde se dá a prostituição. Ferreira ABH. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1988.

O “trânsito” dessas adolescentes se concentra nessas vias públicas que ficam próximas às escolas da região. A migração da prostituição juvenil também se deslocou em direção a São Bernardo devido à facilidade de uso de hotéis de virada existentes na região, a facilidade de rota de fuga e, também, cabe aqui ressaltar, devido a um caso que circulou à “*boca pequena*”, de que uma das adolescentes havia sido assassinada por um travesti em um dos galpões abandonados da Avenida Industrial. Esse é um outro lado destes “dois mundos” que estamos visitando, conforme resalta outra matéria do jornal *loca* (Fernandes,2002).

Após esse “boato” não comprovado (foi feita a busca do corpo pelos bombeiros no local, mas a ausência deste descartou a existência do suposto crime), inúmeras ameaças foram feitas pelos travestis para que as adolescentes deixassem o local, e elas acabaram indo buscar, nas proximidades de pontos de venda de drogas, locais onde o trânsito de carros fosse intenso o suficiente para que houvesse a garantia da sua sobrevivência e do sustento de seu “estilo de vida”.

A relação entre o abuso de drogas e a situação de prostituição não é novidade entre as pesquisas na área, embora na região haja pouco. No entanto, a despeito de as políticas públicas nesta área serem ineficientes para esta população muito peculiar, ao menos há uma justificativa que seja plausível para que ela de fato não aconteça. Justificar afirmando que a população é de difícil acesso não basta, o mesmo ocorrendo com negar a sua existência ou considerar que o problema é insignificante. Sabe-se que, por ser essa uma situação ilegal (sua situação é diferente da das adultas, as

maiores de dezoito anos, que são consideradas “trabalhadoras do sexo”) e dado seu grau de vulnerabilidade, essas adolescentes têm na grande mobilidade uma estratégia para não “dançarem”, um recurso de sobrevivência.

A prostituição de meninas maiores de quatorze anos, e em alguns casos de menor idade, é um fato concreto. Não podemos chamá-las de trabalhadoras do sexo, muito embora elas se vejam como prostitutas e embora essa seja sua principal estratégia de sobrevivência. A exploração de crianças e adolescentes deve antes de tudo indignar e ser considerado desde estupro, no caso de menores de doze anos, ou, no caso de maiores, como atos passíveis de condenação, conforme estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código Penal (Angrimani,2003b)

A pessoa que sai com uma prostituta infantil maior de 14 anos e menor de 18 corre o risco de ser condenada a uma pena de prisão que pode chegar a quatro anos. Caso a menina seja menor de 14 anos, a Justiça considera estupro, mesmo que a menor se apresente como prostituta e tenha consentido na relação sexual. Nos casos de garotas com idades entre 14 e 17 anos, o artigo 218 do Código Penal, referente à corrupção de menores, estabelece que o pedófilo que for apanhado praticando ato sexual com menor, “induzi-la a praticá-lo ou presenciar (o ato sexual)”, está sujeito a uma pena de reclusão de um a quatro anos.

IV. Análise de Dados

4.1 Procedimento para a análise dos dados

As entrevistas foram gravadas e transcritas e analisadas segundo normas de análise de textos orais (Prete,1993). Foram submetidas a uma análise de conteúdo temático, na qual se busca acesso aos diferentes planos do sentido que se expressa no texto (Bardin,1979).

Foi feita uma análise em separado da história de cada sujeito, dentro do roteiro pré-estabelecido, para que fosse possível ter acesso às diferenças singulares de cada história, para que, todas juntas, pudessem dar existência a uma memória da adolescência, bem como à necessidade de todas essas adolescentes no âmbito de sua vida alucinante.

Para alcançar tal objetivo, primeiramente utilizar-se-á uma leitura flutuante, intuitiva e exploratória. Em seguida, passar-se-á a uma leitura das transcrições no sentido de buscar a identificação de temas emergentes que possam ter algum significado relevante no que se referem às hipóteses que venham a surgir, desmembrando e organizando as questões conforme os tópicos e temas escolhidos.

Ao longo desse processo, foram selecionados alguns temas considerados mais relevantes para investigação. A análise de conteúdo adquire seu valor na medida em que se apóia em determinado referencial teórico.

Neste estudo, esse referencial partiu de uma abordagem fundada num questionamento básico da pesquisa em busca de pressupostos que pudessem levar à elucidação de algumas estratégias para o enfrentamento da vulnerabilidade às DST/aids, da prostituição juvenil e do uso compulsivo de drogas, pela ótica da Redução de Danos, chegando a alguns questionamentos sobre a estrutura sócio-econômica do fenômeno e as implicações para cada adolescente e suas escolhas defensivas.

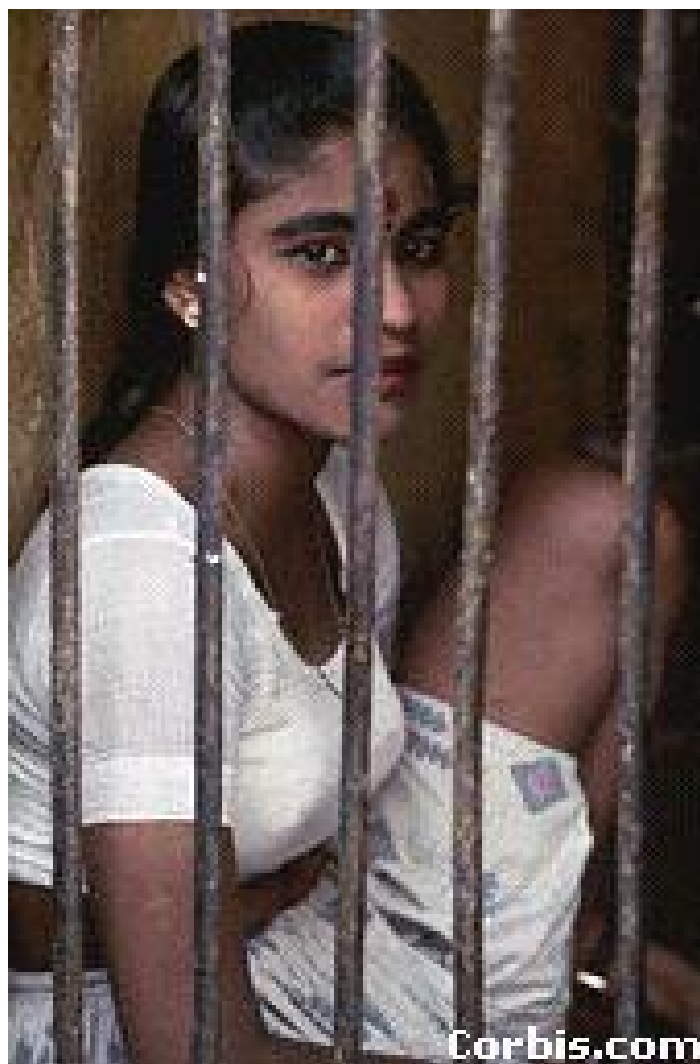
Apoiando-se em várias leituras, foram-se identificando as unidades de significado dentro do discurso de cada adolescente e os seus significados, interpretados por elas mesmas e apreendidos pela escuta da pesquisadora enquanto analista.

Com o levantamento de cada questão das adolescentes em confronto com as informações e indagações da pesquisa, foram possíveis a interpretação de alguns conteúdos e o levantamento de hipóteses sobre a estruturação da subjetividade de cada uma das adolescentes.

Devido à riqueza do contato transferencial, será possível fazer também a análise de alguns trechos dos discursos, sem, contudo, tratar esses momentos como se fossem de uma sessão de psicanálise, pois o “*setting*” não era o de uma análise.

Como o momento vivenciado pelas adolescentes foi intenso, esses trechos poderiam elucidar qual tipo de escuta talvez devesse ser feita se hipoteticamente pudéssemos propor estratégias calcadas na singularidade de cada caso. A partir das entrevistas e do diário de campo, foi possível realizar uma síntese das entrevistas e personalidades, assim como esclarecer melhor algumas questões apontadas e enfrentadas no cotidiano, necessárias para uma verdadeira transformação subjetiva das adolescentes envolvidas.

V – RESULTADOS



Carl&Ann Purcell²⁵. *Menina encarcerada*.1978.

Carl & Ann Purcell. *Menina encarcerada*. Bombay,1978.CORBIS©. Available from: <http://www.corbis.com>

5.1 Dados sócio-demográficos

Para uma sistematização dos dados referidos pelas adolescentes, apresento este quadro com alguns dados relevantes, a serem apreciados ao longo de suas histórias:

Quadro 1 : Características sócio demográficas das adolescentes entrevistadas entre Dez/2003 e Jan/2004 (n=7)

Adolescentes	Idade	Tempo de prostituição	Escolaridade	Filhos sexo M/F idade	Drogas consumidas	Cidade de origem
Pamela	16 anos	3 ½ anos	não estuda 4°. série	–	<i>Crack</i> Cigarro Cola	São Bernardo
Camila	16 anos	2 anos	não estuda 7°. série	–	<i>Crack</i> Maconha Cigarro	Santo André
Suelen	18 anos	2 anos	não estuda 8 ° série	–	<i>Crack</i> Álcool Maconha Cigarro	Santo André
Madona	18 anos	2 anos	não estuda 6°. série	1 F 3 anos	<i>Crack</i> Cigarro	Santo André
Suzy	17 anos	3 anos	não estuda 7°. série	1 F 2 anos	<i>Crack</i> Álcool Cigarro	Peruíbe
Francine	14 anos	2 anos	não estuda 5°. série	–	<i>Crack</i> Cigarro	São Paulo
Marguerite	15 anos	7 anos	não estuda 3°. série	–	<i>Crack</i> Cigarro Maconha	Santo André

5.2 Ordem de entrevistas

As adolescentes compareceram segundo a ordem que as duas informantes criaram. A primeira entrevistada foi contatada pela informante chave Daiane, mas não quis vir na primeira vez que a contatamos. Tinha um programa para ser realizado naquele momento. Passadas algumas horas, foi encontrada na rua sozinha e aceitou a entrevista.

A segunda entrevistada foi trazida por Daiane, que a contatou diretamente na rua.

A terceira entrevistada, Suelen, foi trazida por outra informante-chave, Sheila, com quem tem um profundo desentendimento.

A quarta entrevistada, Madona, foi encontrada sozinha pela pesquisadora e aceitou realizar a entrevista porque não estava bem naquele dia e queria conversar. Já havia sido informada pela Daiane sobre a pesquisa.

A quinta entrevistada, a Suzy, foi trazida pela Suelen.

A sexta entrevistada, a Francine, foi trazida pela primeira entrevistada, a Pamela.

A sétima entrevistada, a Marguerite, foi trazida pela segunda entrevistada, a Camila.

5.3 Histórias²⁶



Cicero Dias²⁷. *Sonhos de uma prostituta*.1930

²⁶As histórias foram desenvolvidas para a proteção da identidade das adolescentes.

²⁷Cicero Dias. *Sonhos de uma prostituta*.1930-2.

Disponível em:<http://www.cicerodias.com.br/gale1.htm>

**Seus sonhos nunca foram
exatamente cor-de-rosa
Nunca lhe perguntaram
O quê desejava da vida
Não sabia muito bem
Se ainda tinha pai ou mãe
Vivia na rua com as outras crianças
Sua vida era sobreviver
Viu seus irmãos e amigos
Serem perseguidos e mortos
Mas foi só depois que entendeu
Porque as meninas eram poupadas
Meninas transformadas em Putas
Sem nunca terem sido amadas
Seu corpo não tem curvas
Seus seios nem nasceram
Sua pele lisa já tem cicatrizes
E as marcas são profundas
São lindas e tristes
Apaixonadas por seus algozes
Brincam de boneca com suas filhas
E todos os dias são violentadas
Meninas transformadas em Putas
Sem nunca terem sido amadas**

Vange Leonel&Cilmara Bedaque²⁸. *Meninas*.

²⁸ Leonel V, Bedaque C. *Meninas*. 1996. Disponível em
: <http://www.brmusic.com/vange/vermelho.htm>

5.3.1 Pamela – a primeira entrevistada

Tem 16 anos, é magra, morena escura, de aparência descuidada, cabelos secos, roupas desgastadas.

Ela é uma das últimas filhas de uma grande família de doze irmãos.

Vieram de Minas Gerais para cá, em busca de emprego e melhores condições de vida. Foram morar em uma das inúmeras favelas da região.

Conta que, uma vez morando aqui, seu pai abandonou a sua mãe, e acredita que a causa disso tenha sido o feitiço de uma “macumba” da sua vizinha.

- O meu pai é separado da minha mãe porque tinha uma mulher, uma macumbeira, a Cidinha, que... Ah... que fez uma macumbinha lá. e pronto.

Afirma que vive na rua desde os sete ou oito anos. Acha muito complicado “esta coisa de saber as datas”. Quando inquirida sobre as idades dos irmãos fica muito pensativa. Com relação aos fatos de sua vida também age assim. Atribui essa dificuldade ao uso pesado de *crack*.

- Não lembro...Não dá para lembrar. Assim...Dessas coisas... Ainda mais quando usa droga...Quem usa droga tem a mente lesada.

No início, ia e voltava para casa mais vezes, e, assim, conseguiu estudar até quando ficou muito tempo na rua sem voltar e, acabou perdendo a escola. Estudou até a quarta série, mas diz querer voltar a estudar, apesar

de acreditar que, por estar “na vida”, não vai conseguir. Ainda mais porque não pode estudar à noite. Como já tem 16 anos, acha que poderia estudar no supletivo para ir adiantando logo, mas não sabe como.

Começou a desligar-se da família, aos poucos, a partir dos sete anos, indo à rua para “brincar” com as amigas, que tinham cerca de doze e dezesseis anos. Saíam para vender balinhas nos faróis, pedir canetas e material para a escola.

- Eu ia até a metade do caminho... Eu ia até o Paço Municipal... E eu tinha um medo muito grande. Pensava, vou voltar, vou voltar, porque a polícia vai me pegar.

Conta que voltava da rua com uma sacola cheia de canetas às vezes. Mas aos poucos foi ficando cada dia mais na rua e, acabou deixando a escola.

- Nós amanhecia o dia na rua... Nós ficava no farol até meia noite..meia noite e meia...Quando o sinal tretava para fechar...Nós corria para a pista de skate.... Nisso nós amanhecia o dia... Se eu deixasse...Se conseguia pegar o último ônibus ainda...Nós ia para casa.

Na rua, ela tentava arrumar um jeito de trabalhar e esmolar para a sua sobrevivência.

- Eu vendia balinha num farol em... Perto do Shopping... Já limpei vidro de carro...Já trabalhei em um varejão...Eu fiquei uns dois anos, mais ou menos... Eu vendia fruta... verdura... legumes.

Na época em que trabalhava no sacolão, afirma que ajudava muito sua mãe.

- Eu já ajudei muito a minha mãe....Quando eu trabalhava no varejão...Levava frango para casa...Levava uma pá de coisa.

Não voltava frequentemente para casa, porque sempre tinha briga com seus irmãos mais velhos. Acha que este é o motivo que a faz ficar afastada da família, da qual ela gosta muito. Conta que sempre que dá certo volta para vê-los. Mas diz que “assim que eles põem os olhos nela, já logo soltam a mão”. Agora, em sua casa, só moram os irmãos mais velhos, um irmão criança e a uma sobrinha pequena e negra que foi recusada pelo seu novo cunhado que é racista. Suas irmãs mais velhas estão casadas e não vivem em sua casa. Seu irmão menor também vive na rua, usa “pedra” e esmola em um terminal de trólebus. Mas foi visto recentemente, segundo as “meninas”, comprando pedra lá perto do ponto. Isto a deixa nervosa.

Na época em que trabalhava no sacolão, as pessoas falavam mal de sua irmã, diziam que ela fazia “programas”. Ela usava muita “pedra” (“*crack*”) também, mas parou quando soube que tinha ficado grávida. Saiu do sacolão por causa disso, mas diz que este havia mudado de lugar (sic). Vive hoje da rua e “na vida”, afirma. Está na prostituição há três anos e por causa de falta de dinheiro. Afirma que tem gente que está porque gosta, mas que não é este o seu caso.

- Eu não vou dizer assim que gosto. A maioria sai pelo dinheiro... Quando eu estou em casa, estou sem dinheiro... Não sei viver.

Dorme de dia, às vezes, nos terrenos ensolarados do bairro onde vive agora e, sempre que pode, dorme nos hotéis onde faz seus programas. Diz que sempre “*tira uns cochilos*”. Volta para casa da mãe quando dá saudade da família, mas isso tem sido muito raro ultimamente.

- Eu fico para cá... Mas sempre que posso eu estou em casa. Também dá saudade do meu irmãozinho... Da minha sobrinha...

Tem hora que a gente está com fome... Que é difícil arrumar dinheiro e a gente pensa... Pô queria estar em casa.. Pô, minha mãe fez uma comida... Minha mãe...Nessa hora deve ter feito uma comida...Pô... Não volto... Não volto.. .Quando aperta mesmo, volto...Minha mãe me trata...A minha mãe... Eu não tenho nada que reclamar dela... Ela é a melhor mãe do mundo.

Vive da prostituição e conta que nunca roubou nenhum cliente seu por que tem medo de represálias. Vive a maior parte do tempo sozinha e, às vezes, fica com alguma adolescente ou com a sua amiga Amanda, que é adulta.

- Aí, depois o cara vai e me pega lá...Eu vou sujar o pico onde eu fico? Onde é o ponto... Onde eu faço programa? Não vou. Por quê?

Outra vez eu posso estar lá... Outro dia... O cara passa lá e eu estou no mesmo lugar... E aí o que ele faz comigo? Pode me matar... Pode me dar uma surra... Só quero ganhar o meu.

Diz que não gosta de confiar muito nas pessoas porque este mundo está cheio de “*traíagem*”.

- Tem vez que eu fico um pouquinho com a Amanda. Com as meninas... Mas sempre que posso estou me afastando porque não é muito bom não... Não é bom confiar muito...

Quando indagada sobre o seu uso de *crack*, ela diz que usa porque fica muito chateada por causa da violência dos irmãos mais velhos contra ela e seu irmão mais novo. Diz que isso é devido ao fato de que eles não aceitam o uso de drogas deles.

- Eu fico muito chateada e uso droga por causa disso... E também porque eu fico na rua e na rua você sabe. Mas eu como... Eu penso entendeu? Eu vou só usar as drogas? Compro com o meu dinheiro e também a pedra...

Revela também que todo o dinheiro que ganha com os programas acaba usando com o *crack*. Tira apenas o dinheiro de ir algumas vezes para o hotel. O restante usa com o consumo, que pode chegar a sete “pedras” por dia. Começou o uso de *crack* aos doze anos. Usava cola com as amigas da rua desde oito anos.

- Cheirava três ou quatro latinhas por dia. Usava na rua. Tinha vez que eu ficava em casa, ia para a casa do meu pai quase dormindo.

Depois começou a ter mais dificuldade para comprar em depósito, e mudou o uso, por pouco tempo, para a maconha (isso com cerca de onze anos) e logo começou a usar *crack*. Não gostava muito de usar maconha porque quando usava, sentia uma fome muito grande e, isso era um problema, pois tinha que gastar com comida além de poder engordar.

Achava que ficava com uma certa lentidão quando usava, o que não combinava com o seu estilo de vida.

Conta que não gosta de bebida e que fuma cigarro para passar o tempo na avenida, desde que tinha uns nove anos. Foi presa três vezes por porte de drogas, mas não ficou presa mais que um dia. E, distraidamente, conta que na última vez em que foi presa, estava na casa daquele que ela considera muito, o “pai que ela não teve”.

Ela estava lá quando a polícia chegou, após uma denúncia anônima sobre o fato de que as meninas que estavam lá poderiam ter sofrido abuso sexual, além de serem drogadas e obrigadas a roubar. A polícia levou todos para a delegacia e todos saíram rapidamente.

Tento saber mais sobre essa pessoa importante na vida dela mas ela muda de assunto. Entendo claramente que é para deixar de perguntar sobre esse seu “pai de rua”. Daí, ela me diz que, às vezes, volta lá quando tenta chegar na casa da mãe e é impedida de entrar pelos irmãos. A rua representa para ela a liberdade e a possibilidade de expressar a sua sexualidade.

- Ah... Liberdade... Para falar a verdade. Todo mundo gosta um pouquinho da rua, porque a rua é boa... Não, a rua é maravilhosa... Eu não tenho vergonha... Pode fazer de tudo. (Risos)

Refere que não sabe muita coisa das doenças sexualmente transmissíveis, da aids, mas diz depois, apressadamente, fala que usando preservativos pode-se evitá-las. Afirma que sempre usa preservativos com

seus clientes. Diz que negocia o preço diretamente com o cliente e que pode variar. Pode chegar a receber até cinqüenta reais por sexo “normal”, que para ela é o sexo vaginal. Faz sexo oral e não faz sexo anal.

Afirma, categoricamente, que não tem namorados ou clientes fixos com os quais dispensa o uso de preservativos. Mas, depois de conhecer a sua rotina durante o trabalho de campo, descobre-se que ela tem um cliente fixo que é dos seus mantenedores, pois ele dá dinheiro para ela sem que seja necessário fazer sexo. Ele é possivelmente o mesmo homem “casado” que sai com Camila e, que às vezes, faz algumas “exigências”, como, por exemplo, sexo sem proteção.

Entre suas falas, deixa escapar a idéia de que “homens casados” não transmitem doenças.

E: Você acha que os seus parceiros, os clientes com quem você sai, têm doença?

- Não, não acho... A maioria é casado...E eles não traem muito...Eles traem assim...Mas respeitam...Tem uns que falam que se arrependem até de sair com outras, de trair a mulher...

Diz que está cansada no fim da entrevista e chora quando inquirida se gostaria de mudar de vida.

- Se eu pudesse! Eu queria ir para bem longe! Mudar de vida... É o que todo mundo quer, não é? Porque, tipo... É uma coisa que a vida da gente nunca está boa... Ah, eu queria trabalhar nem que... nem que fosse de babá, não é? Eu gosto muito de criança...

**Camila acorda cedo, mas ainda é meio dia
Ela jura que é santa, mas adora madrugada
Ê ê ê, Camila...Quanta ignorância
Camila...Mas que situação
Camila se arruma, leva o filho pra escola
Namora faz um tempo, mesmo assim anda carente
Ê ê ê, Camila...Vê se toma jeito
Bandida...Pra pedir perdão
Ta querendo fogo, ta querendo se queimar
Queimar, queimar, queimar, queimar
Faz amor a noite inteira,
Todo mundo viu
Mas a vida é bela,
E Camila vai se arruma...a...ar,
Camila...Vê se toma jeito**

Leandro Leharth²⁹.*Camila Bandida*.

²⁹ Leandro Leharth. *Camila Bandida*. 2002. Disponível em:
http://www.cliquemusic.com.br/artistas/artistas.asp?Status=DISCO&Nu_Disco=10231

5.3.2 Camila³⁰ - a segunda entrevistada

É uma adolescente de dezesseis anos que está na rua desde os treze anos. É mulata, alta, bonita, magra e tem um belo sorriso. Tem uma personalidade extrovertida e é de fácil contato, respondendo muitas perguntas, mesmo as mais difíceis, sempre sorrindo. Não se lembra da primeira vez que dormiu fora de casa. Saiu provavelmente, para dançar ou passear com as amigas. Indo para algum lugar. Acabou dormindo em algum terreno baldio.

Começou a ser prostituída aos 14 anos. Não se lembra bem como foi a sua primeira noite. Ela revela, durante o trabalho de campo, que quem a iniciou na vida é um homem mais velho e cliente, “o mantenedor” até hoje. Diz que começou a ter relações sexuais com ele aproximadamente aos 12 anos e meio. Sua mãe já o ameaçou por este fato, mas ele, segundo sua mãe, desdenha dela.

Volta ainda para casa, pelo menos uma vez por semana para ver a família, mas acaba saindo porque acha que as pessoas “falam muito na sua cabeça”. Uma vez ficou um ano sem aparecer em casa, passou a “perambular” por São Paulo. Sua mãe sempre a procurou na rua. Isto fez com que ela mantivesse o contato com a sua família. Ela volta para casa

³⁰ Camila: Nome escolhido por ela em referência a música de Leandro Leharth.

com Marguerite e sua mãe acolhe ambas. Outras vezes era levada “obrigada” pelo conselho tutelar ou pela sua mãe, que a encontrava no caminho. Não quer voltar para casa freqüentemente.

- *Ah, é muita gente falando na minha cabeça, sabe.*

E: Tem muita gente que mora com você ou não?

- *C: Não, é de fora mesmo.*

E: É de fora? E seu pai e sua mãe? O que eles falam?

Não falam nada

- *Meus pais também... Coitados, dá até dó, sabe.*

Começou a ficar na rua por vontade própria e devido à falta de dinheiro em casa até para comer, mas possivelmente outros fatores, vivenciais e familiares contribuíram mais profundamente para ocorrer a sua saída. É a segunda filha de uma família numerosa, três filhas, uma de dezoito, ela de dezesseis e outra com oito anos e, tem três filhos, com doze, quatro e dois anos, sendo o menor, uma criança, filha de outro parceiro da mãe que se encontra preso.

Sua mãe tem 38 anos e seu pai tem 78 anos. Sua mãe casou-se com dezesseis anos. A irmã mais velha está casada e tem um filho recém nascido. Sua família vive em um barraco muito precário, em uma das maiores favelas da cidade, que estava sendo urbanizada na época. O local ainda tinha altos índices de violência, problemas de abastecimento de água e esgoto. A sua casa ainda era um barraco de madeira, no meio da favela, próxima de uma “boca-de-fumo”, onde ela começou a usar drogas.

Sua mãe está desempregada e seu pai é aposentado. Recebem um salário mínimo da aposentadoria e a renda do Programa de Erradicação do

Trabalho Infantil – PETI, referentes aos seus três irmãos, que juntos somam o montante de recursos que a família tem para o seu sustento, que acaba sendo inferior a cinquenta reais por mês per capita.

Estudou até a sétima série e parou por causa das inúmeras faltas provocadas pelo seu estilo de vida. Este ano, apesar de ter conseguido matrícula por causa do Conselho Tutelar, não conseguiu se organizar para ir à escola. Refere que dorme hoje mais em hotéis de virada do que na rua, mas é possível encontrá-la às vezes cochilando com as amigas nos terrenos baldios da região, onde propositalmente tem até um sofá velho.

Quando questionada sobre o início do seu uso de drogas, diz que este se deu aos quatorze anos, idade em que também começou a ser prostituída. É a única que usa drogas em casa, mas parece que seu irmão de onze anos também já foi iniciado. Afirma que saiu de casa por que quis e acha que está nesta “vida” porque é “safadona”.

- Eu saio porque eu quero, porque eu sou safadona...

E: Por que você é safadona?

- É sério. Sei lá, eu saio porque eu quero, sabe...

E: Você querer sair porque quer é uma coisa, agora ser safadona... O que é safadona?

- Porque eu sou safada. Tenho... sei lá. Porque eu não penso no que eu vou fazer, tá ligada?

- Ah, eu me acho safadona por estar fazendo o que eu faço. Sei lá...

E: Você gosta do que você faz?

- Se eu não gostasse, eu não faria...

Ao ser inquirida se na rua já tinha sofrido algum tipo de violência, responde que sim, mas não esclarece sobre o tipo de violência. Fica em silêncio e pede para mudar de pergunta. Sua iniciação sexual foi

provavelmente com esta mesma pessoa que começou a fazer “programa”. Acredita-se que tenha, aos doze anos, sido “seduzida” por um homem casado bem mais velho do que ela. Isso foi colhido de outros relatos espontâneos dados por ela mesma e, de outros relatos por sua mãe, mas sempre envoltos por uma aura de mistério.

E: Você lembra como foi a sua primeira vez?

- *Lembro.*

Alguém te ensinou? Como foi?

- *Fui na boa...*

E: Alguém te chamou e você topou? Ou não? Você que se ofereceu?

- *Não. Eu conheço essa pessoa até hoje. Estou com ele até... Assim...*

E: É seu cliente fixo?

- *Mais ou menos, não é fixo.*

E: De vez em quando ele aparece?

- *Aparece sempre.*

E: Você ficou com ele e perdeu a virgindade ou não? Já tinha perdido antes com algum namorado?

- *Foi com ele.*

E: Na primeira vez que você saiu? Você saiu com ele algumas vezes e depois você cobrou a taxa?

(*risos*)

- *Fazer o quê?*

E: O que você quer?

- *Não é isso que eu quero.*

E: Não é isso que você quer? Você já pensou no que você quer?

- *Eu quero arrumar um serviço bom e terminar de estudar.*

Refere que se cuida, que faz cerca de cinco programas por dia, onde for possível, na rua, no carro, nos *drive-ins* e nos hoteizinhos. Cobra cerca de 10 reais – sexo oral e 15 – sexo vaginal.

E: Quantos programas você faz?

- *Uns cinco, mais ou menos.*

E: Você troca por droga, você guarda... O que você faz?

- *Eu como também – não é, meu? Tenho que comprar minhas roupas, creme para mim, minhas coisas. Não é só droga.*

E: Essas coisas você deixa guardadas aonde?

- *Está tudo aí, jogado, sabia?*

E: Guardado, escondido?

- *É, está por aí.*

E: Você vai guardando as coisas na rua. Você não anda com nenhuma bolsinha?

- *Às vezes. Ah...Sei lá...Se eu ando com eles aí, os homens estragam tudo...*

Quando inquirida sobre a prostituição e o uso de drogas, afirma que a prostituição entrou na sua vida primeiro. No início, conta, usava mais maconha e *crack* era usado ocasionalmente, mas depois, no dia a dia, quando ficou mais próxima, refere que a “pedra” é muito mais freqüente do que gostaria de admitir. Usa o que consegue ganhar. Usa três baseados por dia, às vezes a mesma quantidade de pedras. Às vezes mais pedras do que baseados. Ou seja, usa de forma intensa e variada. O seu consumo reflete o estado de ânimo do dia que varia, como tudo na sua vida.

A única rotina é estar todo dia fazendo “programa” e usando droga. Todo o resto varia. Nada é certo.

E:- Você fuma quantos baseados por dia?

- *Vixi, meu!*

E: Quantos?

- *Ave... Não tem.*

E: Você não tem noção? Como é que é?

Camila: Eu fumo um atrás do outro. Não... Não é um atrás do outro, porque também, Aí...Também... Aí eu estou falando a mais... É, acho que três baseados por dia mais ou menos...

E: E a primeira droga que você usou foi...

- *Maconha.*

- E: E as outras, de vez em quando usa? Como que é?
 - *Às vezes eu uso craque sim. Ah, faz uns dois anos já..*
 E: E como é que é?
 - *Sei lá, depende do dia... Eu fumo às vezes um atrás do outro.*
 E: Você gosta de fumar como? Ou você chama...
 - *Gosto de fumar sozinha... Ô!*
 E: Porque sobra mais?
 - *Com certeza (diz rindo).*

Conta que já foi presa e o motivo foi por estar na rua com um pequeno porte de maconha. Foi encaminhada para a delegacia e teve que depois ser atendida no Fórum juntamente com sua mãe. O conhecimento que tem sobre doenças sexualmente transmissíveis é adequado para a sua idade e para o seu estado escolar, mas o que intriga é que apesar de responder com uma certa facilidade, tem dúvidas de sua condição sorológica e apesar de ter feito exames recentemente, aceita repeti-los com uma certa hesitação.

Isto reflete sua vida de sexo sem proteção com este primeiro cliente, e “mantenedor”, que sempre está em seus relatos e de sua família.

- E: Você sabe o que é aids? Conhece as doenças?
 - *Sífilis, Gonorréia, não é? Essas coisas.*
 E: Sabe do risco que tem?
 - *Sim.*
 E: E como é que você acha que faz para não pegar?
 - *Usando camisinha.*

Referiu na entrevista que fazia anos que não fazia tratamento médico, depois se contradiz dizendo que tinha feito exame sorológico para Aids há menos de um ano e que tinha dado negativo, mas que tinha constatado que estava com sífilis. Quando comparecemos à unidade para fazer a sua ficha, a enfermeira do Programa de Saúde da Família nos vê e vem rapidamente

em nossa direção. Cumprimenta a adolescente calorosamente e esta já vai logo abraçando a mesma. Chama-nos para uma sala de espera para a coleta e vai logo “cobrando” da adolescente sobre o abandono desta ao seu tratamento ginecológico. Comenta que a adolescente estava há cerca de um ano sem comparecer à unidade e que já havia começando a fazer, naquela ocasião, tratamento para sífilis. A adolescente refere que vai fazer agora o possível para se tratar, mas não convence, pois fala sempre rindo, com uma certa ironia.

Isto também aconteceu durante a entrevista, pois ela não sabia por onde poderia começar para mudar a sua vida e, acha que isso seria um passo bem longo de se fazer.

E: E você imagina que você vai mudar de vida?

- *Pretendo.*

E: O que você gostaria de fazer?

- *O que eu pretendo fazer? Estudar.*

E: E você acha que tem chance de voltar a estudar? No ano que vem já? Como é que está?

- *Pode ser.*

E: Pode ser? Você não está muito satisfeita ou está satisfeita com a vida que leva?

- *Não estou muito satisfeita.*

E: Não? E o que você gostaria hoje de mudar na sua vida?

- *Hoje?(pausa) Nossa, é tanta coisa, meu.*

E: Começa de uma, não é?

- *Mudar de vida. Eu queria mudar de vida.*

E: O que mais te dá prazer hoje na sua vida?

- *Como?*

E: O que mais me dá prazer?

(pausa)

E: Está difícil pensar, é?

- *Não, é... Sei lá, é um passo longo...*

E: Tá difícil?

- *Tá difícil.*

A abertura para a mudança sempre aparece, mas a única possibilidade que ela anuncia, que é voltar a estudar, também foi abandonada no ano seguinte, pois a sua mãe conseguiu fazer a sua matrícula, mas ela não compareceu ao primeiro dia para reafirmar a sua matrícula, alegando que tem vergonha de estudar perto de sua casa, onde todo mundo de alguma forma sabe da sua vida. Um ponto contraditório na sua entrevista é que muda no fim o tom que dá para a sua situação. Acaba ficando mais séria quando o assunto vai se prolongando.

Quando perguntada novamente se gosta do que faz responde:

- *Não gosto do que eu faço.*

E: Não?

- *Ts ts.*

No início da entrevista refere que era “safadona” e que gostava de fazer aquilo. Depois acabou mudando sua versão. Depois de inúmeras perguntas, onde a adolescente pôde refletir sobre sua vida, muda novamente, adotando outra posição, mais reflexiva. Isto se verifica nas diversas vezes que nos encontramos durante o trabalho de campo, nas entrevistas com sua família e nos encontros que foram propiciados pela mãe quando esta nos chamava para ajudá-la, após abordar a filha na rua.

Nesse caso, devido a um pedido da família, foi feita uma visita domiciliar. Lá, muitas das informações relatadas puderam ser confirmadas e complementadas. Dados estes relevantes para o entendimento mais aprofundado do caso e que revelam que sua história havia se iniciado antes

mesmo do seu nascimento, pois sua avó também fazia uso pesado de álcool e também fazia “programas”.

É a adolescente que mais esteve comigo, não só no desdobramento de diversas entrevistas com ela e com sua mãe, mas também nas vezes em que saí para a atividade de campo, colaborando com as outras colegas para a pesquisa e dando as informações do difícil território trilhado por ela e pelas outras que viviam na mesma vida.

Infelizmente, também é a primeira cuja condição sorológica tive de comunicar. Fomos até o centro de orientação e apoio sorológico (COAS), da prefeitura local, onde eu tinha marcado uma consulta. Aguardei a sua saída do atendimento. Ela saiu aos prantos, mesmo já sabendo, por mim, do resultado. Perguntei se ela queria ajuda para agendar seu tratamento e, assim, foi marcado o dia para que pudesse realizar os exames para averiguar a sua carga viral e uma consulta médica. Mas ela não compareceu, e alegou que não conseguiu chegar no dia pelo fato de o horário agendado ser muito cedo, 7 horas da manhã.

Foi a única adolescente que consegui encontrar para mostrar a sua história depois de escrita. Nesse dia, fazia uma semana que estava “descansando” na casa da mãe. Ela havia ido alguns dias antes ao meu consultório levar a irmã para uma consulta e pediu para conversar, sendo agendado um encontro para o dia seguinte. Disse chorando que não agüentava mais a sua vida. Mas sabia que tudo ia continuar como antes, pois não havia meio de sair disso. Nesse dia também escolheu o nome para

a sua história, pois lembrou-se de uma música. Cantou uma estrofe que dizia: *Camila vê-se toma jeito*³¹.

³¹ *Camila vê se toma jeito*: última estrofe da música escolhida pela adolescente (p.107).

**Objeto de conquista
Turismo só para contar
Aos amigos
Aventuras tropicais
Amor
E tão perto
Amor e tão longe
Ó menina, menina de programa
É tudo que se come, é a tua fome
Ó menina,
Você é viva alegre e sem luz**

Aldo Brizzi³². *Menina de Programa*.

³² Aldo Brizzi. *Menina de Programa*. 2002. Available from:
http://www.aldobrizzi.net/index_ing.htm

5.3.3 Suelen – a terceira entrevistada

É uma adolescente de dezoito anos, magra, bonita e morena. Completou a maioridade recentemente. Está vivendo na rua desde os quinze anos. Até essa idade morava com os pais, mas tinha muita dificuldade de relacionamento. Questionava a autoridade deles e tinha muita vontade de se libertar da família. Quando souberam que ela usava maconha, a situação piorou e a adolescente fugiu de casa.

Estudou até a oitava série e acredita que abandonou a escola por causa do uso de maconha. A partir dos quatorze anos, começou a passar alguns dias na rua, conheceu uma “turma” da rua e, mais tarde, foi recolhida em um abrigo para adolescentes. A partir dessa vivência, com as novas colegas da rua, colegas do abrigo e colegas do CAPS-DQ, começou a experimentar outro tipo de drogas, e iniciou-se na prostituição.

Seus pais têm uma condição sócio-econômica satisfatória. Refere que sua mãe é dona de casa e seu pai está empregado. Eles vivem atrás dela, pedindo constantemente que volte. Conta que sua mãe foi trabalhar no Japão, mas que já havia voltado e, da última vez, que a procurara foi o seu pai. Ela tem muita dificuldade de se relacionar com ele. Fazia três meses que não tinha e que não dava notícias para eles. Pediu meu telefone para poder ligar para eles.

Pertence a uma família de cinco pessoas e, quando perguntada sobre as idades das irmãs, diz:

- Se eu não me engano, porque minha cabeça está assim por causa das drogas, uma deve ter treze, quatorze, e a outra doze.

Sobre o uso de drogas na família, diz:

- Só eu... Só eu sou a ovelha negra.

E: Ovelha negra. O que é ovelha negra para você, menina?

- Ah, desandada, não é? Eu ter que usar drogas...Essas coisas.

Conta que foi estuprada e isso fez com que “desandasse de vez”.

E: Você já sofreu alguma tentativa ou algum estupro na rua?

- Já.

E: E como é que foi esse dia?

- Foi no dia do meu aniversário que eu fiz quinze anos. Logo que eu comecei a usar drogas.

E: E quem te pegou? Foi alguém conhecido?

- Não, foi um cara de um caminhão.

E: Mas você estava usando droga e ele te pegou ou depois que ele te pegou foi que você começou a usar?

- Não, eu estava sem usar. Eu estava querendo usar droga, mas não estava drogada...

E: Você já tinha começado a usar?

- Já.

E: Você reclamou com alguém?

- Ficou para mim.

A partir da traumática iniciação, começou a usar *crack* e, daí em diante, passou a dormir na rua.

E: E tinha sempre um grupinho de amigos ou não? Você estava sempre sozinha?

- Eu sempre tinha, não é, tia, a Daiane. e a Suzy...Eu sempre tinha.

E: E assim você resolveu viver na rua sem os parentes. Resolveu e pronto?

- *Comecei a usar drogas.*

Sair de casa para a rua era muito importante, pois estava experimentando a liberdade.

E: Você se lembra do primeiro dia na rua?

- *Ãn? Lembro...*

E: Como é que foi o seu primeiro dia?

- *Não vou falar que eu era... que essa vida não tem nada de bom. Foi uma coisa diferente, eu me senti... Ah, sei lá, atraída por aquela coisa que ia mais e mais e mais e mais e eu estou até hoje.*

E: É, faz muito tempo e ao mesmo tempo não. E aí você foi com um grupo? Tinha um líder no grupo, quem comandava?

- *Não, não tem essas coisas, não tem essas coisas. Em mim, quem manda sou eu. Nem minha mãe manda em mim.*

Estava sempre acompanhada das amigas que conheceu nos serviços onde foi atendida, depois de ter fugido de casa a primeira vez. Na época da entrevista, estava vivendo na Av. Industrial, dentro de um barraco, nos escombros de uma das indústrias falidas que existiam lá.

E: Como é seu barraco, tem luz?

- *Tenho a luz puxada. Tenho a cama, tinha uma televisão que a polícia levou. Tem a cama, tem o sofá, o guarda-roupa.*

Vive neste espaço com mais uma adolescente, a Suzy, e uma travesti chamada Roberta.

Quando perguntada o que fazia com o dinheiro arrecadado com os programas, responde:

- *Ter tem, não é tia, porque o que nós...O que eu faço, entendeu...Eu não vou falar que não dá dinheiro.Tanto que se eu não usasse droga, eu tinha... Já dava para mim ter comprado uma casa, um carro.Quatro anos gastando tanto dinheiro que eu já peguei nos meus programa...Eu cobro trinta o programa e quinze a chupeta. Dá, não é? Não dá?Todo o dinheiro que eu pego é na maldita. Todo.*

Começou a fazer uso de maconha aos 14 anos, mas agora não usa freqüentemente. Além de fazer uso abusivo de *crack*, também vende na avenida para sustentar o seu consumo.

- *E fiquei na pedra.*

E: Ficou na pedra? Quantas pedras você usa por dia?

- *Quando eu estou usando?Quantas der eu uso...Se for cem pedras por noite, dez gramas de droga...Uso dez gramas e se for vinte gramas, uso.*

E: E nunca aconteceu de passar muito mal?

- *Não, nunca, nunca, nunca. Graças a Deus eu estou me alimentando ultimamente. Eu sei que passa tudo o sono.*

E: E é sempre você quem compra, negocia com o cara?

- *Às vezes ele me dá droga, às vezes eu compro dele. Eu trabalho para ele.*

E: Você sempre tem, não é? Este é o drama porque você tem que vender e ainda compra para usar. E aí é difícil. Como é que você controla?

- *Eu consigo me controlar porque eu sei que é a minha vida, não é? Porque ele, me amando ou não...Eu sei que ele me ama.Ele está comigo! Ele me banca e não me deixa sem comer.Ele sai da casa dele para ir na Industrial, atrás de mim e para ver se eu estou comendo.Se eu não estiver comendo ele me leva no bar, faz eu tomar café da manhã; se for horário de almoço ele me dá o almoço.*

E: Ele se preocupa com você e te protege, não é?

- *Mas não tem amor certo porque droga é droga, não é, tia?*

Ultimamente, tem bebido bastante, além do hábito de fumar. Também não sabe ao certo quanto usa, pois não consegue ter este controle, apesar de afirmar inúmeras vezes que controla tudo. Quando perguntada sobre o uso de *crack* e álcool, refere que usa as drogas em dias alternados. Quando está usando *crack* é o dia do programa. Nos dias em que trabalha no tráfico, bebe mais.

- *Não, porque até então eu me controlo. Pelo menos quando eu estou trabalhando não uso; fico sem usar. Trabalho um dia sim, um dia não. Hoje eu não estou trabalhando, mas amanhã à noite eu vou para o trabalho.*

E: Quer dizer, você vai um dia sim, um dia não para a rua. Um dia vai vender drogas e outro dia você trabalha na rua?

- *Sim.*

E: E você controla? Um dia é uma coisa e outro dia outra?

- *Controlo, graças a Deus.*

Já sofreu, várias vezes, atos violentos na rua, tanto das companheiras como da polícia. Em um deles, levou um tiro após a perseguição policial. Conta que levou um tiro no rosto e que desmaiou. Foi socorrida, mas acordou sozinha no hospital. Ainda está com a bala alojada na mandíbula e foi preciso parar a entrevista para ela poder se cuidar, pois a ferida começou a supurar bem naquele momento.

- *Fiquei escondida no mato, sangrando, sentindo dor. Cheguei a desmaiar e nem sei quem me achou. Fui levada para o hospital.*

E: Isso faz quanto tempo?

- *Uns três meses já.*

E: Três meses? Faz pouco tempo então.

- *Faz. Aí... Tá vazando! Ai, credo!*

Ah, ligeiro! Dá um pano pelo amor de Deus porque eu morro de nojo. Aqui. É um "púsão".- Ai, está pingando.

Em relação à violência entre elas, conta que teve uma briga séria com uma colega de programa. Em meio a uma discussão, ela se desentende com a colega e recebe um corte profundo no rosto. Em troca, crava uma faca na barriga de sua agressora e ainda promete vingança.

- Tenho certeza que vou fazer ainda.

E: Por que você vai fazer ainda?

- Ah, porquê, tia? Cortar a minha cara! Do jeito que ela está aí, bonita? Ela está ligada, ela está na segunda comigo.

E: Ah é? Está na segunda mesmo?

- E eu avisei ela, eu avisei que é para ela ficar mesmo na segunda, mas pela crocodilagem eu não faço nada com ninguém não. Eu gosto de fazer na frente e sozinha. Eu não gosto de mostrar nada para ninguém, é fazer na frente. Faz parte.

Está na prostituição desde os 15 anos e o faz para a manutenção do seu consumo de drogas, mas, ultimamente, está roubando os seus clientes em decorrência da dívida com o tráfico.

- Era para comprar droga.

E: Quer dizer, você só fez programa porque era para comprar drogas?

- É.

E: Não foi para ter grana para outras coisas?

- Não.

E: Os seus clientes são fixos hoje?

- Tem uns que são fixos e outros que voltam na minha intenção porque, ultimamente, estou roubando até cliente meu.

E: É mesmo?

- É que eu tenho uns clientes que são fixos e outros clientes que eram meus clientes e que voltam na minha intenção.

E: Dessa intenção, o que você quer dizer? Para te ferrar?

- *É para me zoar porque eu roubei. Um que roubei é um bandido. Roubei um celular daqueles de luxo que tira foto. Peguei a frentinha que vale duzentos paus. Esses dias ele estava rodando atrás de mim.*

Faz vários programas no dia, mas depende de como está o movimento.

Chegou a fazer 25 programas em uma noite. Cobra cerca de quinze o programa para sexo oral e trinta para sexo “normal”. Não faz sexo anal.

E: Quantos programas você faz por dia?

- *Ah, não tem como falar.*

E: Tem dia que são dois, tem dia que é um...

E: Tem dia que são dez... Como é que é?

- *Tia, já cheguei, numa noite, a fazer...Entrei em todos os carros. Fiz, pelo menos, 25 programas.*

E: Vinte e cinco?

- *Em uma noite. Para você ver. Juro por Deus. Eu mesma fiquei boba.*

E: Todos com camisinha?

- *Todos. Eu não saio sem camisinha. Não faço uma coisa que eu...Pelo menos isso é uma coisa que eu não faço.*

Só rouba se usou *crack* e fica, de uma certa forma, sem condição de discernimento.

- *Roubo. Eu roubo às vezes. Não vou mentir. Para que mentir?*

E: Não, eu também não estou aqui para te incriminar.

- *Não tem necessidade.*

E: E levanta muita grana, pouca grana ou só para arrumar uma pedra?

- *Esses dias, eu peguei foi quinhentos cinquenta reais do cara. Entrei para fazer o programa, mas eu só roubo quando estou virada, assim, *inlúci...* é *inlúcida* que fala, não é, porque *lúcida* é quando você está boa.*

E: Na loucura, para ficar mais fácil.

- *É.*

E: (risos) Na loucura.

- Quando eu estou drogada, noutros dias, sem dormir é que eu fico assim. Esses dias, eu estava – era o quê? Era quase duas semanas sem dormir; chegava a falar mole, não conseguia nem falar.

Em relação ao seu companheiro, acredita que, se ela quisesse, ele a tiraria da rua e a colocaria em uma casa, porém, para que isso aconteça, ele exige que ela pare de se drogar e de se prostituir. Ela ainda nutre sentimentos em relação a ele, mas não quer sair da prostituição e nem parar de usar drogas.

E: Ninguém te protege na rua?

- Não. Só o cara que eu estou que, quando está por perto... Entendeu? Quando ele está por perto...

E: Ele te dá uma força, uma proteção.

- É que ele já é casado, por isso que eu estou na avenida me prostituindo e por isso que eu sou drogada. Ele fala: Se você quiser eu te tiro dessa vida, eu te coloco numa casa; você tem que para de usar drogas e se prostituir. Só que ele é embaçado. Eu já me acostumei com essa vida já.

E: Ele é tranqüilo?

- Agora ele está tranqüilo.

Ela refere que em outros tempos ele havia ameaçado matar ela ou a família se ela o abandonasse. Sobre a expectativa que tem da vida, ela quer sair disso, mas não sabe como. Arrepende-se de não ter ouvido os conselhos de sua mãe, e gostaria de poder voltar a estudar, ter tudo o que tinha aos 15 anos, mas se acha desanimada por causa do “vício”.

E: Você está feliz com as coisas que você está fazendo?

- Ah...É lógico que não. Quem está feliz nessa vida?

E: Gostaria de mudar alguma coisa?

- *Vai você; se fosse pelo gosto eu não estaria nessa vida. Ah, mudar o que? É igual eu acabei de falar, se não fosse pelo gosto eu não estaria nessa vida.*

E: *Você acha que tem chance de mudar?*

- *É lógico que tenho. Só não mudo porque o gosto não deixa, a vontade, o vício.*

E: *O vício. Se você pudesse hoje mudar alguma coisa, que coisa você acha que seria possível mudar?*

- *Se eu pudesse? Sabe, eu queria mudar assim, tipo eu voltar antigamente quando não usava droga, ficar com minha família, estudando, entendeu? Eu comecei a usar drogas sabe por que? Porque eu conheci a Casa de Acolhida. Eu não usava droga.*

E: *Como?*

- *Fui para a Casa de Acolhida e comecei a usar droga, conheci o CAPS, o Andrezinho... Conheci a pedra, entendeu? Mas antes de eu ir para a Casa de Acolhida eu tinha fugido de casa e não sabia nem o que era cigarro. Cigarro entre aspas, não é, porque...*

E: *Você chegou na Casa de Acolhida, conheceu a galera e embarcou?*

- *Embarquei. Com a Renata e com a Madalena.*

Crítica a estada na Casa de Acolhida, pois acha que, uma vez estando lá, apesar de não ter experimentado ainda o *crack*, foi influenciada pelas novas colegas. Em relação à aids e as DSTs, apresenta um bom conhecimento, mas não usa preservativo com aquele que é seu companheiro de amor e tráfico. Diz que confia nele. Apresenta o discurso de que um homem casado não tem nenhum problema.

E: *E você está usando preservativo?*

- *Eu estou. Quando saio sempre uso preservativo. Eu só não uso com uma pessoa só.*

E: *Só com uma? Mas por que com essa uma você não usa?*

- *Porque nós já temos um caso bem antigo.*

E: *E essa pessoa não pode ter problema?*

- *Ele é um pai de família.*

E: *E se ele sai com outras mulheres também?*

- *Ah, aí eu não sei, mas até então... Sei lá. Eu não uso camisinha com ele.*

E: Você nunca pensou em começar a usar agora?

- Não.

E: Não vai usar? E se você souber que ele tem doença?

- Aí já era, estou fudida.

E: É mesmo?

- Se eu já não tiver e se já não estiver reinando...Ó como eu estou só o pó.

A última notícia que tive dela (Abril/2004) era que estava internada, pois havia sofrido outra agressão na rua.



Gustav Klimt³³. *Hope I*. 1903.

³³ Klimt G. *Hope I*. 1903. Canada: National Gallery.
Disponível: http://national.gallery.ca/english/default_41.htm

5.3.4 Madona – a quarta entrevistada

É uma adolescente mulata, terceira filha de uma família com seis filhas. Está com 18 anos e vive na prostituição desde os 16 anos. A família mora em uma favela próxima ao local onde faz programa atualmente. Quando ainda estudava e morava em casa, refere que também saia para “dar uns rolezinhos”.

Fazia “programa” longe de casa, na Avenida Industrial, e relacionava-se com uma pessoa que achava que era seu namorado. Engravidou e por isso saiu da escola. Sua filha, que tem quase dois anos, mora com sua mãe. Está grávida novamente, mas não sabe quanto tempo tem de gestação. Afirma que também conhece o pai deste bebê.

Viveu amasiada, por pouco tempo, com uma pessoa que era usuária de *crack*, mas que não era o pai desta nova criança. Deixou dele porque era “muito ignorante” e brigava muito com ela. Acredita que saiu de casa aos 16 anos porque brigava muito com sua mãe.

- Eu saí por causa de maus tratos...Às vezes, ela me batia...Ainda ela me bate...Ela batia para machucar mesmo...Tipo assim...Ela dá na minha cara...Eu ficava na neurose e saía para fora...la usar droga...

Refere que sua mãe não sabia que ela usava maconha. Quando soube, a situação entre as duas ficou pior e, aí, ela acabou saindo de casa. Conta que na época não usava *crack*. Seu ganho com os programas era para

sustentar suas pequenas necessidades. Depois que a família ficou sabendo e, todo mundo comentando, resolveu fazer programa mais perto de sua família.

- Mas a minha mãe não sabia....Não sabia que eu usava maconha...Não sabia que eu fazia programa...Mas eu não fazia aqui...Eu fazia lá na Industrial. Ah... Agora tô aqui...Porque todo mundo já sabia mesmo...Já ficou comentando...Eu pensei...Vou ficar aqui por perto mesmo, perto de casa.

Conta que saiu de casa e continuou a fazer programas para se sustentar, mesmo estando grávida. Nunca participou de nenhum tipo de roubo.

- Isso eu não tenho coragem não...Prefiro fazer programa do que roubar...Fazer outras coisas...

Não dorme na rua, nem vive acompanhada de outras adolescentes de rua ou daquelas que faziam programas.

- Eu sempre vou em casa...Às vezes, eu fico assim...Mas eu nunca dormi na rua...Nunca quero...Ando sozinha...Eu e Deus e mais ninguém...Prefiro andar sozinha do que com má companhia....Arrumo dinheiro...Durmo em hotel, mas na rua eu não tenho coragem não...

Sempre dá um jeito de dormir em hotéis de virada durante e dia ou de cochilar na casa de seus parentes, por onde passa às vezes. Atualmente, são eles que a ajudam mais, fornecendo-lhe alimentação diariamente. Oferecem ajuda para interná-la, o que ela sempre recusa por não querer ficar longe da primeira filha.

Não fez pré-natal nas suas duas gestações e não parou de usar *crack* na gravidez.

- Não fiz nada...Não fiz pré-natal...Não fiz nada. Eu era tão preguiçosa... Eu só queria dormir...

A primeira filha nasceu de parto normal, em um hospital público da região. Depois do parto, entregou a filha aos cuidados de sua mãe. Às vezes, tenta ir para sua casa, mas acaba sempre tendo novos atritos com a mãe.

- A minha mãe me dá as coisas e julga na minha cara... Ela fala para mim que eu só vou entrar dentro de casa quando eu parar de usar drogas...Às vezes eu não vou em casa porque ela não deixa eu entrar.

Conseguia permanecer em casa por alguns períodos, mas não era por muito tempo.

*- Quando eu ficava em casa...Ficava até uma semana. Depois a minha mãe vinha assim e a gente discutia.
- Aí ela julgava que estava dando as coisas para a minha filha...
- Julgava as coisas que me dava. Aí eu entrava na neurose e falava: Vou para a rua. Aí, usava droga.
- Para não ficar ouvindo ela falar...Eu preferia ir para a rua usar droga, do que ficar ouvindo.*

Conta que foi estuprada. Este é um fato que, segundo ela, marcou-a muito. A partir daí, começou a usar muito a “pedra”.

- Um cara já me estuprou já... Ele me largou lá em Franco da Rocha. Depois do dia... Telefonei para a minha, a minha mãe e contei tudo. Eu fiquei numa casa onde ficam as pessoas que a mãe dá que não tem condições de criar. Eu fiquei de um dia até no outro. Depois no outro dia, eles me trouxeram embora...Me

trouxeram lá no conselho tutelar...Isso quando eu tinha dezessete anos.

Era um cara de caminhão. Mas naquela época...Quando eu tinha dezessete anos...Eu usava só maconha, não usava pedra. Eu era sossegada...Uma menina sossegada...Depois eu fiquei entrando na neurose...Na neurose...Aí eu conheci uma colega minha e ela me ofereceu...

O fato foi marcante e, ela fez várias referências a ele durante a entrevista. Passou mal após relatar todo o fato e a entrevista foi dividida em dois momentos, para que ela pudesse se recompor.

Usa *crack* todas as vezes em que consegue dinheiro. Não sabe ao certo quantas pedras consome por dia, pois fica confusa depois da primeira pedra.

- Ah, eu nem sei quanto eu uso...Ainda estou usando...Dá o primeiro pega e vai adiante...Aí, não quer mais parar...

Hoje não usa mais maconha. Refere que começou a usar tabaco aos 17 anos. Não gosta de bebidas alcoólicas. Acredita que está hoje nesse tipo de vida por causa do seu uso de *crack*.

E: Tem algum motivo para você continuar a fazer programas?

- Não.Eu faço para usar a droga...Para sustentar meu vício...

E: Você acha que entrou nessa vida para sustentar o vício?

- Eu usava, mas tipo assim, eu fazia programa também para comprar a minha droga...Minhas coisas...

Hoje ela vive o seu dia entre os programas, dormir no hotel e comer alguns dias na casa de suas tias. Não tem nenhuma outra atividade. Cobra o

programa dependendo do tipo e da “cara” do freguês, mas o preço gira entre dez reais para sexo oral e quinze reais para sexo vaginal.

Quanto ao seu conhecimento sobre DST/aids, refere que não sabe nada de aids.

E: E você sabe o que é a aids? Doenças sexualmente transmissíveis?

- *Ah, eu nem sei direito, porque eu nunca fui nesse negócio de palestra assim.*

E: Mas você sabe como previne?

- *Ah, tipo assim, é relação, não é? É mais assim relação... Quando mistura sangue e sangue, não é?*

E: Sabe como previne essas doenças?

- *Sei. Usando camisinha.*

E: Você usa sempre camisinha?

- *Eu uso sempre.*

E: Ou de vez em quando dá uma falhada?

Não... Já fiz assim chupetinha sem...Mas vaginal não.

Afirma depois que com os clientes fixos faz sexo sem proteção. No período em que vivia amasiada, diz não ter usado nenhuma proteção porque já estava grávida. Em relação a seus clientes, quando inquirida se tem preocupação de que eles tenham alguma doença, responde:

- *Tipo assim, se eu fico sabendo que aquele cara tem bichinho, aí eu não saio. Tenho medo.*

E: Bichinho?

- *Bichinho assim... Esses negócios de HIV. Não saio não.Tenho medo, tipo assim, da camisinha estourar...De dar uma zica assim de a camisinha estourar...Essas coisas.*

Em relação ao tipo de vida que tem levado, comenta que não era o que desejava:

- *Eu gostaria de sempre estar ao lado da minha filha, criar ela, arrumar um bom marido...Está difícil de*

encontrar um cara assim que...Mas tipo assim...Se eu arrumar um cara que sustente eu e minha filha...Eu paro de usar droga...Mas... Tipo assim...Quem me quer é só usuário...Aí não vira.

Não consegue imaginar outra forma de sair deste problema a não ser o casamento. Acredita que, se voltasse a estudar e parasse de usar droga, poderia ter alguma chance, mas conta que ainda não estava motivada o suficiente para uma tentativa. O programa de saúde da família tentou localizá-la antes de ela ter o bebê para a consulta de pré-natal que eu havia agendado, mas ela não foi e o resultado de exame havia dado positivo para infecção urinária.

Após algum tempo depois da entrevista, fui informada que Madona havia parido dentro do hotel quando estava fazendo programa, e que a criança e ela foram levadas pelo resgate do bombeiro para o hospital. A criança havia nascido prematuramente. Soube que, depois de alguns dias, havia sido liberada e estava sob os cuidados dos parentes.

O Ambulatório Regional de Moléstias Infecciosas - ARMI informou que depois de ter o bebê, a adolescente havia procurado o serviço para saber do resultado dos exames feitos na pesquisa, e para tentar tratamento para a sua dependência química.

5.3.5 Suzy - a quinta entrevistada

Tem 17 anos e, dos seis irmãos, é a caçula. Com seis anos, seus pais “faleceram”. A tia conta que foi de acidente de carro, mas ela acha que foram mortos devido a problemas com droga. Ouviu conversas, mas nunca lhe confirmaram. Após a morte dos pais, foi morar com uma tia materna, no litoral de São Paulo, junto com um irmão um ano mais velho.

Estudou até a sétima série e parou por causa do seu envolvimento com maconha. Gostaria de voltar a estudar, mas, devido ao fato de seu histórico ter ficado em Peruíbe, não conseguiu fazer matrícula na escola. Foi ao Conselho Tutelar, falou com um dos conselheiros, o Marcelo, e ele ficou de ajudá-la, mas diz que não conseguiu nada e já faz tempo.

Logo que chegou em Peruíbe, fugiu com seu irmão para São Paulo, mas foi recolhida pelo SOS criança e foi encaminhada para casa. O outro motivo que a fez sair de casa foi o fato de achar que a tia gostava de bater nela e devido à fuga organizada por outras adolescentes que tinham o mesmo motivo, inclusive seu irmão.

- *Bater sim, porque a minha tia gostava de bater um pouquinho, mas...*

E: Mas você acha que foi esse o motivo?

- *Não e sim...Eu sei que quem bagunçava era eu, então ela tinha que corrigir.*

E: Você acha que ela estava certa?

- *É, ela estava certa, só que quando a gente é criança a gente não quer saber, não é? Adolescente não quer*

saber não, acha que sempre quer ter a razão, só que agora eu reconheço.

Desconfia que o pai tinha problemas com drogas, mas ignora o tipo.

- *O meu pai.*

E: O seu pai?

- *Segundo a minha família conta também.*

E: Você sabe que tipo de droga que era?

- *Não sei o que era... Disseram eles que ele mexia com tráfico.*

E: Então por isso que você tem dúvidas se foi acidente...

- *Eu não sei nem se estão mortos...*

E: Ân?!

- *Eu não sei nem se eles estão realmente mortos... Eu nunca fui no túmulo levar flor.*

E: Que dúvida, não?

- *Só perguntas sem respostas Não sei, não vi, não aconteceu, sei lá...*

E: E sua tia, mesmo depois que você cresceu, ela nunca lhe falou?

- *Nunca tocou no assunto. Quando tocava, ela ficava nervosa e dizia: Por que você quer saber?Então...*

Na segunda fuga, seu irmão fugiu primeiro e, depois, as meninas da vila a convidaram para fugir e ela concordou, pois já tinha problema em sua casa por causa do uso de maconha. Quando chegou a São Paulo, começou a usar *crack*.

E: E você foi junto com quem?

- *É, com umas meninas de lá, maiores.*

E: Meninas de rua ou meninas normais?

- *Meninas de casa, normais.*

E: Todas quiseram fugir?

- *Só que era...Mas só quem apanhava, não é?Tinha problema dentro de casa e já fumavam também droga, só que não crack.*

Sua tia era uma pessoa enérgica, segundo ela, porém hoje dá razão ao que a tia dizia. Quando saiu de casa, aos 13 anos, pensou em voltar, depois que ficou sozinha na rua. Mas lembrava do que a tia dizia e logo desistia.

E: Você se lembra como foi a sua primeira noite na rua?

- *Foi frio, estava frio e eu não tinha nenhuma coberta para dormir. Passei muito frio e chorei muito.*

E: Mas não pensou em voltar?

- *Pensei em voltar.*

E: Isso com sete anos ou com treze?

- *Com treze. Com sete anos eu tinha amigos e companhia.*

E: Por que você não voltou?

- *Por causa que a minha tia disse assim, que um dia, se a gente saísse de casa...Principalmente eu que era menina mulher, se saísse de casa não voltava mais. E muito menos com uma barriga. Eu me lembro até hoje disso.*

E: Você ficou com medo de voltar?

- *E de apanhar. Eu tinha muito medo de apanhar.*

E: Você apanhava muito?

- *Não, mas se a gente fizesse coisa errada a gente apanhava sim.*

Chegando a Santo André, foi recebida pelo Programa Andrezinho e na Casa de Acolhida. A partir de então arranjou companhia e tudo ficou mais fácil, segundo ela.

- *Não. Aqui que eu fui conhecer as meninas daqui, que, inclusive, era a Renata. A senhora conheceu a Renata.? As meninas da Casa de Acolhida?*

E: Eu me lembro de várias...

- *Foi aí que eu conheci todas elas.*

(fala o nome de todas)

Todas estavam na Casa de Acolhida e usavam crack. Para manter o vício, faziam programas. Suas amigas faziam parte de um clube, tipo

“Luluzinha”. Estavam sempre unidas e foi com elas que aprendeu a fazer programas.

E: Você lembra a primeira vez com quem você foi?
 - *Não. Eu fui aprendendo como eu aprendi a roubar.*

E: Você aprendeu com alguém?
 - *Normal, com as meninas...*

E: Com as amigas?
 - *Não, com as amigas não... Eu via elas fazendo, olhava e fazia.*

E: Quem eram essas que você via fazendo?
 - *Todas as meninas da casa de acolhida, a Renata, a Madalena, a Sheila. Elas são “das antigas” na avenida com os travesti...*

Quando perguntado sobre o motivo de estar na rua, a resposta é a mesma ao longo de toda a entrevista – a droga.

E: Hoje, você está na rua por qual motivo?
 - *Eu sou uma viciada e meu ex-marido não aceita que eu use drogas.*

E: Você usa drogas e precisa bancar com a prostituição, é isso?
 - *Isso. E com os meus roubos e furtos.*

Hoje, seu uso de *crack* é compulsivo. Fuma cigarros e bebe, mas fala que é pouco. Diz depois que é quase um maço de cigarros por dia. Não sabe informar a quantidade de álcool ao certo. Bebe umas duas ou três vezes por semana, mas já bebeu todos os dias.

- *Não. Quando eu comecei a fumar pedra eu tinha treze.*

E: Maconha você nunca fumou?
 - *Hm! (risos)*

E: Você começou a fumar antes maconha ou...

- *Antes. Maconha foi na escola, uns 12, por isso que eu saí de casa.*

E: Por causa da maconha?

- É, também... A pedra foi aqui em São Paulo. Se eu fumar uma pedra eu quero fumar mais e mais e mais. Até dou uns dois pegos e fico sossegada na maconha, mas a pedra...

Ficou “viciada”, como refere, em *crack*, e acredita que este é um dos motivos que a fez não voltar para a casa da tia. Depois conheceu um homem, cerca de 25 anos mais velho, com quem foi morar. Disse que havia engravidado dele. Ele cuidava dela, era trabalhador e não usava drogas. A droga foi o motivo que a fez abandonar a sua casa e deixar a sua filha, que tinha um ano de idade. Ele, segundo informa, é uma pessoa muito boa e, sempre vinha buscá-la na rua, mas agora cansou e está com outra “menina”. Acredita que é melhor que a filha fique com o seu ex-marido, pois ele saberá cuidar da criança melhor do que ela.

E: Quantos anos ela tem?

- Dois anos agora, dois de março.

E: E ela fica com alguém?

- Fica em casa com ele.

E: Com ele? É ele quem assumiu? Você a vê de vez em quando? Como é que é?

- Não.

E: Por quê?

- Não, assim, se eu bater o pé e dizer que eu vou ver, na justiça, eu vejo. Mas eu sou uma drogada, vou lá, a minha filha, se viver muito... conviver muito comigo, depois eu vou ter que levar ela, não é isso? – Como que é? E se ela se apegar? Como é que eu vou sustentar a minha filha sendo uma drogada?

E: Por isso você não a vê.

- É. Ela vai sofrer... Eu e ela, não é? Por que a vida que eu levo... E vou querer a minha vida para ela? Nunca. Por isso que agora eu entendo o que a minha tia fazia com a gente.

E: O que a sua tia fazia?

- Ela educava a gente para não ter uma vida parecida com a dela. Ela era empregada doméstica. Ela não ouvia os tios... Os pais dela, não é? Ela é bem de vida

e tudo assim, mas sabe que sempre falta aqui, falta ali, então, tem que... não é? Às vezes é assim.

É uma adolescente que relata uma longa folha corrida por roubo. Conta que ficou presa cerca de um ano e meio na Febem por ter roubado um carro junto com uma mulher que chama de irmã. Roubava para levar para um desmanche. Um dia a polícia estava lá e, deu o flagrante.

Foi para a Febem, mas ficou pouco tempo. Agora está fazendo outro tipo de roubos. Tem roubado os homens de todo carro que pára para fazer programa.

E: Fora o programa que você faz, você já roubou alguma vez?

- *A maioria dos programas que eu faço, eu roubo o homem.*

E: E aí? Não deu nenhum problema?

- *Tem uns que a gente se torce, mas leva, entendeu?*

E: Todos, quase?

- *Todos, quase. Todos idiotas...*

E: Por que?

- *É a cota dele. Deixa a mulher em casa com os filhos para ir na Avenida Industrial procurar puta e viado? Isso merece o quê? Ser roubado...*

E: Você acha?

- *Eu acho, porque se o meu marido fizesse isso comigo eu cortava o pênis dele fora.*

Faz alguns programas e cobra os preços cobrados pelas outras adolescentes, de dez a vinte para sexo oral e sexo vaginal. Mas, via de regra, diz que o programa é o pretexto para o roubo.

- *Uns quatro, cinco, seis... dependendo... Se a rua estiver ruim tem dia que você não faz nenhum, que você tem que ir no ataque mesmo. Parou você já tem*

que puxar a chave, porque tem uns que param só para olhar para a sua cara e dizer: “você é bonita”. Imagina você ali no frio, na fissura de fumar droga, pára um cara e olha para a sua cara: “você é bonita.

Foi baleada na barriga, na avenida, por um cliente que refere ter recusado. Ficou um mês internada e afirma que quase morreu. Voltou para o barraco e foi cuidada por Suelen, que não deixou que ela usasse crack por quase um mês, enquanto ela tinha que tomar antibiótico. Foi entrevistada ainda enquanto estava convalescente e estava aparentemente ser ter usado, mas, dois dias depois, conforme o combinado para fazer os exames, se comportava bem diferente de quando estava mais sóbria.

E: Como é que foi essa história?

- Sobre o tiro? Foi assim, estava eu e a Madalena estava na Avenida Industrial. Parou um cara para ela. Eu vi que ela saiu xingando, mandando ele tomar no cú e falei: aí tem coisa, ele está tirando; não deve ter dinheiro para pagar o programa e quer que saia de graça. Eu estava sentada na ruazinha que tem do lado da firma, com uma ponta de maconha, fumando, e uma pedra dentro do sapato. Para mim, eu não sei se ele é polícia, o que ele é. Eu sei que ele estava muito louco de farinha. Ele pegou, olhou para a minha cara e falou: “sua noíinha, apaga essa maconha”. Eu olhei para a cara dele e disse assim: apaga o quê? Ele falou: “apaga essa maconha”. Eu disse assim: eu não vou apagar nada e noíinha é você. Nisso, ele mostrou o revólver e falou assim: “entra no carro”. Eu falei: eu não vou entrar no seu carro. Ele falou: “você vai entrar sim”. Eu falei: não vou. Ele guardou o revólver nesse negócio que abaixa por causa do sol no carro, desceu e veio me dar uns tapas. Nisso, eu reagi. Ele rodopiou o carro, pegou a arma – eu estava encostada no poste – e ele, atrás do carro, atirou. Foi isso que aconteceu.

E: É. Você não fez B.O. nem quando estava no hospital? O policial veio perguntar e você não falou nada?

- *Veio. Eu disse assim que não sabia. Só falei mesmo que tinha esse carro, que eu não tinha anotado a placa e que ele era sansei, japonês...*

E: Mas no B.O. consta isso?

- *Consta.*

E: Se eles quisessem descobrir não seria tão difícil.

- *Você acha que eles ligam para nós? Fala sério...*

Sobre a sua abstinência, ela diz que está de novo recaída.

- *Mas só que a recaída é pior. A senhora sabia disso? Já falaram para a senhora? A recaída é o pior.*

Diz que está satisfeita com a vida que tem, mas que queria parar de fazer programas. Gostaria de trabalhar com computação ou com crianças, e diz que queria uma casa melhor para morar. Apresenta um bom conhecimento sobre a aids e afirma que, por ter sido internada sabe que não tem aids, que está “limpa”, mas gostaria de fazer os exames de novo para ter certeza.

E: Você sabe o que é a aids e as doenças sexualmente transmissíveis?

- *Sei.*

E: Você tem idéia de como se pega isso?

- *Através da transa, de contato com sangue, com cortinho essas coisas.*

E: Você sabe como faz para não pegar nada disso?

- *Usando camisinha, essas coisas...*

E: Você já fez o teste de aids agora, não deu nada, não é?

- *Não deu nada.*

E: Você se preocupa de não passar nada para os seus parceiros, doença...

- *Eu me preocupo é de não pegar deles, porque eu sei que me protejo. Agora eu vou saber o que eles têm? É o que eu falo, a maldade do mundo é grande. Pode vir um homem aidético, me dar duzentos real e ainda passar isso para mim.*

E: É não é fácil.

- *É.*

E: Você acha que os seus parceiros têm problema, alguma doença? Você já percebeu alguma coisa?

- *Não. Eu só acho que eles são uns sem vergonhas.*

E: Por que?

- *Para largar a mulher em casa.. .A maioria deles é casado, com aliança no dedo. Só que eles viram para mim e falam que a mulher não satisfaz.*

- *Nós olha bem para a cara deles e fala pra eles tirar a aliança. Aliança de ouro, vira dinheiro.*

Após vinte dias dessa entrevista, Suzy se envolveu em um roubo junto com um travesti, contra um transeunte que fez um B.O. na delegacia de polícia e esta conseguiu encontrá-la na avenida. Foi presa novamente e aguardava, no começo de Janeiro, sua transferência para a Febem.

***Sou Ana dos diques e das docas
Da compra, da venda, da troca das
pernas
Dos braços, das bocas, do lixo, dos
bichos,
das fichas
Sou Ana das loucas***

***Até amanhã
Sou Ana
Da cama, da cana, fulana, sacana
Sou Ana de Amsterdam***

***Sou Ana de vinte minutos
Sou Ana da brasa dos brutos,
Na coxa que apaga charutos***

***Sou Ana dos dentes rangendo
E dos olhos enxutos***

***Até Amanhã, sou Ana
Das marcas, das macas,
Das vacas, das pratas***

Sou Ana de Amsterdam

Chico Buarque³⁴.Ana de Amsterdam

³⁴ Chico Buarque. *Ana de Amsterdam*. 1978. Disponível m:<http://www.chicobuarque.com.br>

5.3.6 Francine – a sexta entrevistada

É uma adolescente muito franzina. Tem quatorze anos, mas parecia uma criança de onze a doze anos. É a filha mais velha de uma família de cinco filhos. É a mais nova de todas as adolescentes que participaram da pesquisa e a que mais foi reticente ao contato. Ela saía correndo quando nos via e sumia nos terrenos da Eletropaulo, que estão vazios.

As outras adolescentes referiam-se a ela como se fosse a “louca”, a mais “nóia”, tanto pela atitude hostil em relação às outras adolescentes como em relação aos clientes, pois ela era a que mais ficava se exibindo com roupas sumárias na avenida e a que cobrava mais barato. Apesar da atitude de exibição de seu corpo, podia-se observar que ele estava ainda em formação, era um corpo de uma criança pré-púbere. Ela destoava e chamava a atenção porque era bem pequena.

Víamos que, mesmo em dias de frio e chuva, estava vestida com uma camiseta apenas ou estava de mini-blusa e mini-saia. Tinha cabelos volumosos e encaracolados, sempre muito mal penteados, clareados. No dia em que aceitou conversar conosco, estava muito ressabiada e dizia que estava “na fissura”. Era um dia muito frio, e parece que teve poucos clientes. Acredito que isto tenha sido o determinante para uma conversa conosco, pois estava com muita fome também.

Estudou até o início da quinta-série, pois abandonou a escola quando saiu de casa. Afirma que foi para a rua sozinha porque simplesmente decidiu fazer isso. Depois de parecer a vontade, na entrevista, conta que saiu de casa porque não tolerava a sua madrasta que batia nela. Refere que desconhecia a mãe e nem sabia se ela tinha morrido ou não. Seu pai era pedreiro e estava desempregado, mas não fazia nada por ela e por sua madrasta, que era a mãe das outras crianças.

É a que se encontra em situação mais precária na rua, dormindo mais vezes nos terrenos baldios, segundo as outras adolescentes. Foi vista por elas dormindo até em cima das fezes dos cavalos que pastam no local. Afirma que saiu diretamente para a rua e para a prostituição com mais ou menos 11 anos, época em que começou a usar *crack*. Nega que tenha ido fazer outras atividades na rua como esmolar, vender balinhas, etc. No princípio nega também que alguém lhe tenha conduzido à prostituição. Em outro momento, no entanto, conta, sem referir nem o nome de guerra, que foi uma amiga de 20 anos que lhe ensinou como posicionar-se na rua.

É muito evasiva nas perguntas e diz que não sabe direito datas, eventos. Diz que não liga para estas coisas. Afirma não lembrar muito de datas, idades do pai e irmãos. Desconversa sempre, muito ressabiada. É muito reticente com relação às perguntas. Demora bastante para responder e sempre responde monossilabicamente com “sim”, “não”, “sei lá”, ‘tá’.

Olha com muito medo e desconfiança para mim. Acha que seus problemas começaram porque começou a usar droga e isso não era aceito em sua família. Começou a usar *crack* com onze anos e saiu de casa logo

em seguida. Quando perguntada se alguém tentou impedir sua saída de casa, diz que ninguém a impediu.

- O meu pai já foi atrás de mim... Mas me impedir de sair de casa ele nunca me impediu não.

Nega que tenha sofrido qualquer tipo de violência em relação ao pai. Afirma que sua madrasta havia batido nela. Na rua, já foi espancada duas vezes. Uma vez foi porque havia se recusado a fazer sexo com um cliente no terreno.

- Foi por um cara, tia...

E: Ele bateu em você como?

- Teve motivo...

E: Você se lembra qual foi esse motivo?

- Foi porque eu não queria transar com ele. Ele foi lá e me espancou. Ele me espancou tanto que eu cheguei até a desmaiar.

E: Quem te socorreu?

- ãn?

E: Você desmaiou, e aí?

- Aí...Quando eu acordei... Ele saiu correndo... Aí eu saí de dentro do terreno... A gente fica com medo, não é tia?

Já foi presa na delegacia duas vezes e diz que foi seu pai quem foi buscá-la e liberá-la. Quando perguntada sobre o motivo, ela me fita, faz uma grande pausa e, depois diz que foi pelo uso de drogas. Havia dito, no início da entrevista, que saiu de casa por causa da droga, mas depois volta atrás.

E: Você se lembra quanto tempo faz que você começou a usar droga?

- Não.

E: Nem com quantos anos você começou?

- Não.

E: Foi na mesma época que você saiu para a rua ou você usou droga antes de ir para a rua?

- Mesma época.

E: O que você começou a usar? Maconha, crack...

- *Foi o crack.*
 E: Foi direto? Maconha você não gosta?
 - *Fumo.*
 E: Maconha não faz o seu gênero?
É que eu fico muito louca de maconha...
 E: E *crack* não?
 - *Crack me deixa ligeira.*
 E: Quem te deu a primeira vez droga? Você se lembra?
 - *Uma amiga minha.*
 E: Essa de vinte anos ou era outra?
 - *Essa de vinte anos.*
 E: Como que é o nome dela?
 - *Esqueci.*
 E: Nem o nome de guerra?
 - *Não.*

Nega que tenha roubado alguma vez, pois ganha a vida “fazendo programa”. Diz que escolhe seus clientes, pois só sai com quem tem carro. Afirma que sempre usa camisinha com seus clientes e que são eles que trazem ou que busca na farmácia. Quando perguntada se usa sempre, novamente, ri e diz que sim verbalmente, mas não com a cabeça. Perguntada se tem preocupação de pegar alguma coisa ou passar alguma coisa, ela refere que tem medo, mas que como usa camisinha acha que não acontece nada.

Diz que já experimentou preservativo feminino, mas que não gostou. Cobra dez reais para fazer sexo oral e quinze para fazer o programa completo de meia hora e o preço não varia de pessoa para pessoa. Faz programa em *drive-in*, quando não consegue entrar nos hotéis da região. Quando perguntada se trocava sexo por droga, fica indignada.

- *Não, tia! Não, isso aí não! Eu pensei que você estava falando se eu trocava droga por dinheiro... Trocar sexo por droga com os caras da boca eu nunca fui não...*

Usa droga antes de ir fazer os programas e diz que usa muito. Conta que nunca fez nenhum tratamento médico, como ir ao ginecologista. Conta que sofre muita discriminação na rua com outras adolescentes e com a vizinhança pelo fato de ser “nóia” e garota de programa. Está muito angustiada, pois, neste dia, não fez nenhum programa e havia começado a chover, o que para ela era um sinal de que a noite ia ser longa e complicada.

Quando questionada sobre a aids, diz que não sabe o que é direito, mas que o jeito de se evitar doenças é sempre usar os preservativos. Diz que quer fazer logo os exames e pede para ir embora. Responde, rapidamente, as perguntas finais, para poder sair logo da entrevista, e promete que me contará mais coisas no dia que for comigo fazer o exame.

Nos dias seguintes à entrevista, não encontro mais a adolescente. Ela desapareceu da rua por cerca de dez dias. Neste intervalo, estive em uma reunião com o Conselho Tutelar da região que me informou que a polícia havia acionado o conselho e que ele tinha levado a adolescente para São Paulo, na regional onde sua família mora, e entregue a outro Conselho Tutelar. A conselheira refere que prometeu que, se ela voltasse, seria entregue diretamente no fórum para o juiz.

Depois desta conversa, achamos que não iríamos mais ver a adolescente e, para nossa surpresa, ela voltou ao mesmo lugar onde a encontrávamos. Quando questionada sobre o ocorrido, relatou que havia sido levada para casa, e que não havia sido recebida muito bem pela família. Foi só a equipe sair da sua casa, a sua madrasta disse que a porta era a “serventia da casa” e que estava aberta para ela se ela quisesse sair e que

não seria impedida. Saiu em seguida e ficou circulando pelo centro de São Paulo, o qual, segundo ela, “estava muito bonito nas festividades de fim de ano” e, depois voltou, pois sentia que aqui era o seu lugar.

Perguntei se ela gostaria de fazer o exame naquele dia e ela pede para eu voltar outro dia. Quando voltamos, ela decide fazer o exame, mas com a condição de que antes possa tomar um banho, pois estava se sentindo mal com sua situação precária de higiene e isto a estava afastando também de sua clientela. Daí nos conta que, naquele dia da entrevista, estava muito assustada, com medo de ser levada para casa.

Revela que ainda não tinha descido a sua primeira menstruação e que ela não sabia direito sobre isso. Diz estar preocupada com os exames, pois não tinha usado camisinha direito, pois achava que por não ser ainda “mocinha” isso não era um problema. Reclama que estava com o corpo muito dolorido, pois havia sido espancada novamente por homens que vendem drogas na favela próxima ao local onde fica. Afirma que não tinha feito nada, que tinha dinheiro para comprar o *crack*, mas pelo fato de ter levado uma pessoa junto, o pessoal havia ficado desconfiado dos dois, achando que o sujeito era um civil à paisana. Quando ele foi embora, depois de ter comprado droga, e ela ter ficado por ali “vacilando”, acabou apanhando. Chama a atenção para as marcas roxas que estão na sua perna. Nesse dia, ela está menos ressabiada e pede para a gente voltar mais vezes.

Afirma, novamente, que o maior sonho de sua vida é ter uma casa só para ela, mas que, por ser menor de idade não consegue alugar um quarto em uma favela. E, assim, diz que vai passar a vida esperando essa ocasião.

**Uma menina igual a mil
Que não está nem aí
Tivesse a vida para escolher
E era talvez ser distraída
O que ela mais queria ser
Ah, se eu pudesse não cantar
Esta absurda melodia
Pra uma criança assim caída
Uma menina do Brasil
Que não está nem aí
Uma menina igual a mil
Do morro do Tuiuti**

Chico Buarque³⁵. *Uma menina* .

³⁵ Chico Buarque. *Uma menina*.1987 .Disponível em: <http://www.chicobuarque.com.br>

5.3.7 Marguerite – sétima entrevistada

É negra, meiga, quinze anos. É a mais nova de cinco irmãs. Vieram da Bahia quando ela era criança. É de fácil contato e muito espontânea. Aparenta ter menos idade do que a referida. Não conheceu seus progenitores, pois a mãe morreu cedo e seu pai nunca a procurou; acredita que o pai nem tenha conhecimento de sua existência.

Vivia na rua perto do barraco de sua família desde os seis ou sete anos, em uma das maiores favelas da cidade. A sua relação familiar sempre foi problemática, pois sua avó não conseguia controlar os seus passos. E ela sempre estava circulando com outras crianças mais velhas e com suas primas. A família sempre atribuía os problemas da saúde de sua avó à “vida” que ela levava.

Na ocasião da entrevista, a avó estava internada e ela revela o fato chorando. Dias depois, obteve-se a notícia do falecimento de sua avó e, conseqüentemente, sua família não quis mais acolhê-la. Sofria “maus tratos” por parte de suas tias e tios, e sentia que eles estavam sempre querendo o seu mal.

- As minhas irmãs não gostam de mim; elas querem ver o meu mal, sabia?

E: Por quê?

- Porque elas têm ciúmes de mim com a minha avó.

E: Ela protege você?

- Protege. A minha avó sempre que me vê diz: Filha, elas não gostam de você; elas não gostam de você.

- *Tudo o que há de ruim as minhas irmãs socam para dentro de mim.*

Quando é inquirida sobre o que gostaria de fazer para mudar o curso de sua vida, diz que não queria ter nascido.

E: E o que você gostaria de mudar hoje na sua vida, se você pudesse?

- *A minha vida.*

E: Tudo?

- *Tudo.*

E: O que seria esse tudo? Começaria por onde?

- *Se eu pudesse voltar na máquina do tempo do começo, meu... Eu não ia nem nascer.*

E: Nem nascer?

- *Nem nascer.*

E: Por que não nascer?

- *Porque não. Porque ninguém merece. Vai nascer para ficar assim? Ah...*

Não freqüentou a escola desde cedo, apesar de afirmar que tem muita vontade. Conta que sempre ia à escola, mas acabava repetindo ou acabava sendo internada em alguma instituição por causa do uso de drogas e, conseqüentemente, perdendo o ano letivo. Conta que entrou na escola sabendo ler e escrever, mas que agora “desacredita” da situação em que se encontra – “a burrona”.

E: Você estudou até que série?

- *Estudei até a terceira, mas eu já fui para a escola sabendo ler e tudo.*

Eu já fiz a quarta série umas quatro vezes, mas não que eu repetia. Eu ia, me internava num lugar, fazia a quarta série. Aí, dava a louca em mim, eu queria ir embora, saía no meio do ano, largava a escola e voltava para Santo André. Depois, colocavam eu no abrigo de novo. Eu ia para a escola de novo. Aí, dava a doida em mim, eu ia para a escola e da escola eu vazava.

Nisso foi passando o tempo, foi passando o tempo... A burrona aqui, ó! Burrona, não sabe nem escrever!

E: Não sabe nem escrever?

- *Ah, fala que essa letra é bonita? Lê: Cre... Maior garranchão! Nem o meu sobrinho entende!*

E: Você tem vontade de voltar a estudar? Como está a sua vontade?

- *Tenho... Tenho que terminar os meus estudos.*

E: Você acha que vai voltar a estudar agora?

- *É lógico! A minha irmã já está procurando a minha vaga, já está segurando os papéis.*

Sua vida passou a ficar mais complicada quando começou a usar drogas e, para consegui-las, fazia sexo oral, desde os oito anos. Foi estuprada, aos onze anos, na Avenida Industrial; até aquele momento não havia feito sexo ainda, nem com clientes e nem com colegas. Seu uso de drogas é muito problemático. Desde muito cedo começou a usar pesadamente. Começou com tabaco aos cinco, e com seis ou sete anos começou a usar o *crack*.

E: Que droga você começou a usar com seis anos?

- *Crack.*

E: Já *crack*?

- *Foi a primeira merda que eu usei.*

E: Antes de cigarro, de bebida, ou você já tinha experimentado?

Não, eu já fumava cigarro desde cinco anos de idade.

Minha avó descobriu e quebrou este dente meu. Caiu.

E: A sua prima te chamava, te levava?

- *Eu ia, no maior barato! Não sabia nem para onde eu estava indo.*

E: Ela te tratava bem ou brigava para você ir?

- *Não, ela falava: “vamo aê, vamo aê, vamo aê”. E eu: vamos, vamos!*

E: Com quantos anos você foi para a rua de vez?

- *Oito anos.*

Conta que experimentou de tudo, e que usa muito cigarro e álcool, além do *crack*. Afirma que, quando quer parar um pouco o uso de *crack*, fuma mais maconha.

E: Como você vai fazer hoje?

- *Vou embora! Eu vou lá e substituo: fumo um baseado e saio andando, vou embora. Mas mesmo assim é droga! Em casa eu não uso essas coisas.*

Como todas as outras adolescentes, não sabe quanta droga consome. Isso depende de quantos programas consegue realizar e também se consegue comprar fiado nas bocas em que é conhecida.

- *O maluco vem falar que eu estou devendo para ele e vem querer me cobrar? Aqui, ó! É que nem um aí, o Beto. Quer me catar, o Beto.*

E: Quer te catar, ainda?

- *Queria me catar, agora não quer mais não.*

E: Por quê?

- *Por que eu já paguei a dívida dele.*

Afirma que, nos últimos meses, tem estado melhor porque ficou na casa da irmã em outra cidade, mas de vez em quando “descabela”, como nesses dias nos quais veio ver sua outra irmã que mora no local onde cresceu. Fazia quatro dias que estava fazendo programas e consumindo *crack* sem parar.

- *Eu estou na rua... minha irmã deve estar preocupada comigo. Deve estar no viaduto atrás de mim.*

E: De medo de acontecer alguma coisa?

- *Não, de medo de usar droga. Eles não gostam que eu use droga, a minha irmã, tadinha... Ela sofre.*

E: Você parou de usar?

- *Parei. Dei um tempo de pedra. Eu não parei de usar tudo, ainda fumo um baseado.*

Eu não uso mais crack. Em casa eu nem fumo cigarro. Eu só fumo quando estou na balada. Antes eu era viciadona, fumava um cigarro atrás do outro. Agora não... Se eu fumo, passo na casa da Camila, tomo um banho, escovo os dentes e subo para casa.

E: Onde você está morando, na favela?

Eu não estou morando não. Só vim passar o final de semana. Você é louca, morar aqui?! Estou de boa! Aí que eu descabelo de vez.

Refere que já sofreu violência policial, e que este foi um dos motivos pelo qual sumiu da rua por cerca de três meses. Foi ameaçada e ficou com muito medo de ser assassinada.

- *Sumiu um monte de menina, meu. Um policial, negrão, chegou em mim, na madrugada, ele e mais outro negrão e eu sozinha no meio da rua.*

Sabe o que aconteceu com quinze meninas que ficavam aqui? Eu falei: não sei e nem quero saber... E saí andando, sai desacreditada...

Você prefere ver ou só ouvir? Referiu ele...

Eu comecei a chorar.

E daí ele falou: Vá embora, vá embora.

Nisso, estava vindo outra viatura. E eu fiquei com medo e corri...

Sabia que Deus avisa?

E: E você foi embora para a sua casa?

- *Ochenti, lógico! Vou ficar moscando ali... nada!*

Vive bem na casa de sua irmã e conta que ela lhe dá trinta reais por semana por ajudar no cuidado da casa. A sua única atividade diária é, segundo ela, cozinhar, lavar e cuidar de crianças. Apesar de gostar de cozinhar, tarefa que desempenha muito bem, refere que fica injuriada pelo fato de não ter dinheiro. Foi esse motivo que a fez retornar à cena.

Quando questionada sobre o dinheiro que sua irmã lhe dá, começa a chorar de novo. Comenta que o motivo que a faz ficar triste é que nem ela acredita em si mesma.

- Vou ficar na aba da minha irmã a vida inteira? Fico nada! Eu vou embora, viu! Vou para Santos. Vou morar lá. Vou dar uma de louca, mano, vou sumir. Não quero ninguém perto de mim não, quero ficar sozinha. Eu vou para lá.

E: Você acha que dá para ficar sozinha?

- Dá. Dá. Eu vou pegar o beco daqui. Eu não agüento mais Santo André não! Pára! Maior tiração! Santo André é um buraco, sabia? Toda vez que eu venho para cá eu tenho que usar crack.

E: Por quê?

- Porque me dá fissura e eu não seguro a minha fissura quando eu venho aqui.

Eu não gosto daqui, por isso que eu fui para a outra cidade.

Se eu ficar aqui eu vou morrer sabe como? De droga.

- A droga vai me matar assim, sabe. Sei lá, meu. Sabe quando você usa muita droga, muita droga, e vai morrendo aos poucos? -É isso que o crack vai fazer comigo. E eu não quero não!

Quanto ao sofrimento decorrente da discriminação racial, refere que gosta de conversar sempre com as pessoas mais velhas, porque as da mesma idade acabam “tirando uma de sua cara” e ela não gosta.

- É, entendeu? Pessoas assim, sei lá :: tipo como o João, como o outro, entendeu? Maiores que eu. Eu não gosto dessas meninhas, ainda mais umas “Paty”. Tudo metidinha, dá vontade de socar. Por isso que eu fico nervosa. .

Ficam olhando para mim e cochichando. Ah, dá licença! Maior tiração!

Quando não consegue fazer “programas”; faz alguns roubos.

E: Já roubou alguém?

- Ah, eu roubo mesmo!

E: É?

- Ah, eu estou dando o maior mio aqui... Meu Deus do céu. Eu estou tirando sobre a sua cara, não é? Você deve estar pensando assim: "pô..." É que não estou conseguindo ficar quieta!

E: Pode falar. Pode falar.

pausa

E: Você nunca foi presa? Como você fazia para roubar as pessoas? Quem você roubava? Meninas, mulheres, velhas...

- Ah, eu nunca roubei velha não, ó mano, porque eu penso na minha avó.

E: Você já chegou a matar alguém?

- Não, lógico que não. Não sou capaz de matar nem uma formiga.

E: Você tem uma cara de séria...

- Pára! Eu dou uma de durona, mas sou maior boazinha, não sou ruim não. Eu sou carinhosa, todo mundo sabe disso.

Quando eu era menor eu não conseguia roubar; eu ficava pedindo ali no farol, desbaratinando.

Eu pedia, não roubava não. A minha prima, uma vez ela foi roubar a mulher, pegou a frentinha e a mulher começou a chorar. Eu peguei a frentinha dela e falei: Não, dá aqui; devolve para a mulher. Ela ficou doidinha da vida comigo!

Faz a maior parte de seus programas na rua ou no carro da pessoa. Usa a droga disponível (maconha ou crack) antes e depois dos programas, na rua também. Conta que vai com uma amiga e esta anota a placa, mas que a maioria das vezes fica sozinha. Cobra dez reais para fazer sexo oral e quinze para fazer sexo vaginal, e diz que não escolhe as pessoas. É só pagar adiantado que ela vai. Conta que ficou grávida duas vezes da mesma pessoa e que sofreu dois abortos espontâneos. Deseja muito ter um filho e diz que isso pode acontecer a qualquer momento.

E: Você não namora com mais ninguém?

- Não. Não vira mais eu ficar com homem não.

E: Você perdeu rápido a gravidez? No comecinho?

- *Foi, aborto espontâneo.*

E: Com quantos meses?

- *Dois meses.*

E: Quantos anos você tinha quando aconteceu isso?

- *Eu estava com quinze. Eu engravidei de quatorze para quinze e com dois meses eu perdi. Quando eu fiz quinze engravidei de novo. Aí eu perdi no dia da festa do meu aniversário.*

Ah, mas agora, se eu tentar engravidar não consigo. Acho que eu sou estéril.

E: Você quer engravidar?

- *Ah, eu quero ter um neném.*

E: Agora?

- *Agora, não estou nem aí.*

E: Sem pai, sem nada?

- *Sem pai, sem nada... Ochenti, com pai! Lógico! Estou quase indo morar junto com ele. Nós está quase casando já.*

E: Onde ele mora?

- *São Bernardo.*

E: É um cara que conhece a sua vida lá de trás ou não conhece nada?

- *Conhece a minha vida toda.*

E: Então ele gosta de você.

- *Ahã. O desgraçado não sai do meu pé, meu! O que eu posso fazer?*

Diz que se cuida mais agora para não ter doença venérea porque já teve sífilis. Antes de ir morar com sua irmã, foi levada até sua médica para novos exames. Estava se sentindo muito fraca. Segundo ela a médica diz que está tudo normal. Essa informação foi confirmada pela médica, que disse ter tratado no ano anterior uma sífilis secundária. Tem muito medo da aids. Cuida-se mais agora porque acha que só está faltando essa tragédia em sua vida. Contudo conta que não usa preservativo com aquele que ela diz que é seu namorado.

E: Você sabe o que é a aids.

- *A aids é uma doença que mata. É sério! (risos)*

E: Você sabe como que pega aids?

- *Lógico que eu sei, ochenti...*
 E: Como que é?
 - *Transa sem camisinha com uma pessoa que tem vírus e passa para você. Pronto!*
 E: Como é que faz para não pegar?
 - *Usa camisinha.*
 E: Você conhece preservativo feminino? Já usou?
 - *Conheço. Já.*
 -E: E o que você acha?
 - *Ah, eu acho horrível!*
 E: Você usa sempre preservativos?
 - *Lógico!*
 E: E quando você está namorando, você usa?
 - *Aí... Ah, eu não uso não.*
 E: E se a pessoa tem?
 - *Ah, Paulo, eu mato você, mano! Pára! Eu confio.*
 E: Confia mesmo?
 - *Confio. Confio sim. Pára.*
 E: Você conhece alguém que já pegou aids?
 - *A Maria, ela está na vida.*
 E: Ela está com aids?
 - *Ela já foi entrevistada? Vou trazer ela aqui para você entrevistar ela.*
 E: Quantos anos ela tem?
 - *Ela tem quatorze. Firmeza, vou trazer ela. Coitada, ela tem cara de velha, sabia?*

Ela conta que gostaria de poder ter a sua casa, seu marido, seus filhos e dinheiro. Comenta várias vezes que todas as suas irmãs têm marido e filhos.

- *Só eu solteira, não é? Que raiva!*
 E: Por que a raiva? De repente é bom ficar solteira.
 - *É nada.*

Diz que queria trabalhar, mas sabe que, por causa de seu estilo de vida, isso é quase impossível, mas diz que não quer ficar uma velha fazendo programa debaixo do viaduto.

E: Eu fiquei muito feliz em te ver! A conversa aí fora é que você tinha morrido. Por que falaram isso? Você não tem idéia? Aconteceu alguma coisa grave?

- *E daí, meu? (chora) Vou ficar aí parasitando debaixo daquele viaduto? Eu vou fazer dezesseis anos já. Uma mulher debaixo do viaduto? Daqui a pouco estou uma velha debaixo do viaduto. Eu vou ficar nessa vida?*

E: Você está com quinze anos?

- *Estou. Vou fazer dezesseis já. Agora eu vou ficar nessa vida aí, Para morrer? Sabe por que, meu? Por que os cara, a polícia, não querem que fique lá embaixo na avenida e nem embaixo de viaduto, entendeu?*

E: O que você gosta de fazer?

- *Nada.*

- *Perdi o prazer da minha vida já.*

E: Você é feliz?

- *Não. Ninguém é feliz nesta vida. Ninguém.*

No fim da entrevista, ela desabafa e diz que sua vida não tem jeito, e que só é feliz sob o efeito das drogas, pois estas aliviam os fatos ruins de sua vida.

- *Você só é feliz quando está com a droga, com o efeito dela.*

E: É mesmo?

- *Não, imagina... É mesmo, entendeu, meu?!*

E: Quais os efeitos, quando você está usando?

- *Ah, eu fico na nóia, fico assim, pá, pum... Não tem tempo para mim ficar pensando no meu sentimento que eu tenho por dentro de mim, o que está me machucando... Eu não tenho tempo. Minha mente está ali, a mil por hora. Na nóia então, não dá para pensar em nada.*

E: Isso é ser feliz?

- *Não é ser feliz, mas é um alívio, entendeu? Só que, depois que o efeito passa e vem o pior.*

5.4 Exames

5.4.1 - Coleta dos exames

A coleta do exame era sempre postergada por causa do horário das entrevistas. O material não podia ser coletado no momento da entrevista porque a Unidade de Saúde de Vila Guiomar (US) – COAS ficava aberta somente até às 17 horas.

Solicitou-se às adolescentes que estivessem no local onde costumavam ficar na rua, por volta das 14 horas, para que pudessem ser encontradas e acompanhadas até a US. A rotina do laboratório na cidade para exames de DST e aids se encerra às 15 horas.

Foram necessárias várias tentativas durante o dia, em diversos dias, para se localizar as adolescentes, diretamente nas ruas onde freqüentavam. Elas geralmente dormiam neste horário e não tinham muito controle de horários no decorrer do dia, pois um programa na hora da coleta ou uma “corrida” por causa da fissura, por exemplo, poderia inviabilizar a sua ida até o laboratório.

Qualquer outro pretexto poderia aparecer para não ir coletar o exame, pois referiam ter medo de fazer o exame de sangue e de saber o resultado. Nos segundos encontros agendados com todas, observou-se que todo tipo de demanda ocorria, ao contrário do primeiro contato, quando ainda estava sendo feito o vínculo e em que nada era pedido.

Francine:

*- Eu tenho que ir mesmo fazer este exame hoje?
Ah... num sei... você me leva antes para tomar
banho... Só vou se for antes tomar banho...*

Pelo fato de serem buscadas por mim, em meu carro particular, elas sentiam que tudo era mais personalizado e que podiam negociar. Que podiam me pedir “coisinhas” — batom, uma ida até um determinado ponto da cidade, comer um Big Mac, ouvir alguma rádio. Pediam para eu ver se achava alguma música específica.

Camila:

*- Ai tia... Põe naquela FM, a Band...Eu gosto tanto de
pagode...Quem sabe toca aquela música...
Eternamente Feliz, do Arte Popular...*

Isso era atendido algumas vezes. Elas também agiam de forma protetora quando eu parava o carro na rua, perto de onde estavam e de outras que eu não conhecia. Andei com todas as adolescentes e fui respeitada por quase todas elas, somente Suzy e Gabriela (com mais de 18 anos) aplicaram o golpe da falsa entrevista.

Logo que parava para abordá-las, chegava sempre alguém mais por perto, homem ou mulher adulta, desconhecidos ou conhecidos por mim.

Camila:

*- Pode ficar sossega, falô, ela ta comigo, ouviu
Michele?*

Camila refere depois que Michele estava perturbada, pois seu companheiro de rua havia sido assassinado e ela tinha muito medo de que a pessoa que “*tinha feito o serviço, voltasse para dar cabo nela também*”. O

“passeio” de carro era um momento privilegiado para se estabelecer um maior contato e, efetuar um pedido de escuta mais claramente, além da demanda de “coisinhas”.

Um pedido de escuta aqui e agora. Instantâneo. Na velocidade imposta pela brevidade da relação...

Suelen:

_ Tô a mil...levaram a minha irmã :: eu quero é morrer, tia!

Ou o relato de outra jovem:

Camila:

- Minha nossa, que vida cruel, que é que eu faço?

No caso de duas adolescentes, esse pedido foi muito mais claro; elas manifestaram o desejo de serem ouvidas em outros momentos, passando a me procurar no Centro Comunitário, no horário de atividades com a comunidade, que acontecia das 17 às 20 horas. Outras vezes, na rua, quando viam meu carro passar para procurar uma ou outra, para fazer os exames, faziam sinal para que eu parasse. Sempre parava e via como elas estavam. Aí elas contavam o que estavam passando e me diziam como achar quem eu estava procurando naquela hora.

A primeira ida para a coleta foi com duas adolescentes que foram buscadas, conforme combinado, dois dias depois da entrevista de E3, no barracão em um terreno baldio da Av. Industrial. Entrei sozinha no terreno, que era considerado muito perigoso, sempre chamando por Suelen e ela logo sai e me leva para dentro do seu “mocó”.

Passamos por várias pessoas que estavam circulando nesse terreno com construções em ruínas. Ela estava com duas: além de Suzy, uma travesti chamada Sheila e uma outra que querem me apresentar como futura entrevistada, a Gabriela. Proponho fazer a entrevista de Gabriela primeiro e, depois levá-la para colher o sangue, mas tanto Suelen como Suzy acabam condicionando suas coletas à dela e, esgotada a minha possibilidade de negociação, acabo concordando com elas.

Haviam acabado de consumir *crack*, mas concordo em levar as três para a coleta do exame. A terceira, Camila, foi recebida por mim na porta do próprio serviço de saúde, na hora combinada e estava bem. Foi a única que compareceu no dia e hora pré- agendados.

A quarta, Madona, foi encontrada na rua depois de várias tentativas combinadas, hora em uma padaria, ora no viaduto tal, e quando passávamos pela Avenida Lauro Miller às quatorze horas ela já estava lá, circulando e sempre dizia que depois iria. Em um momento, depois de várias vezes ter sido abordada, concordou em ir, mas eu precisei dizer muitas vezes que só iríamos colher o exame de sangue. Tinha medo de ser internada porque estava grávida.

As últimas, Pamela e Francine, foram encontradas na rua em um dia chuvoso e de fluxo baixo para a saída com os clientes. Estavam “na fissura” e com muita fome e frio. Marguerite havia feito exame uma semana antes em uma unidade de pronto atendimento, sendo possível localizar os resultados destes.

5.4.2 Resultados dos Exames

Todas as adolescentes fizeram exames para HIV/aids, para hepatites B e C e para sífilis.

Todos os exames foram realizados em uma instituição pública - no ambulatório de moléstias infecciosas – ARMI/COAS, localizado na Unidade de Saúde da Vila Guiomar, da Prefeitura de Santo André.

Todas elas tiveram seus exames para os dois tipos de hepatites (B e C) negativos.

Seis adolescentes tiveram a pesquisa para sífilis positiva (FTA-ABS reagente), sendo que, Pamela, Camila, Suelen e Francine estavam com a infecção ativa (VDRL reagente). Apenas Madona, felizmente para seu bebê, teve seu exame sorológico para sífilis não reagente (VDRL e FTA-ABS).

Cinco adolescentes tiveram todos os exames para HIV/aids não reagentes. Pamela teve resultado de sorológico indeterminado (Elisa e imunofluorescência indireta). Como a adolescente está também com VDRL para sífilis positivo e, tem relacionamento sexual desprotegido com o mesmo mantenedor de Camila, que também fazia sexo sem proteção com o mesmo, a possibilidade é grande de estar em uma janela imunológica.

Camila teve seu exame sorológico para aids reagente nas três modalidades (teste Elisa, teste rápido e imunofluorescência indireta).

Agendei uma consulta de orientação de apoio sorológico no COAS, na qual compareceu e acompanhei. A adolescente não compareceu a US para uma consulta médica e uma coleta de sangue. Alegou que não consegue acordar no horário da mesma, por volta das 8 horas.

Cinco adolescentes foram encontradas e informadas sobre a DST e convidadas para seguir tratamento nos serviço público especializado³⁶. Duas não foram encontradas (Pamela e Suzy).

³⁶ Os resultados dos exames estão disponíveis na Unidade de Saúde de Vila de Guiomar/ARMI/COAS, onde está o programa de DST/aids do município de Santo André, para a comunicação epidemiológica e seguimento clínico.

VI – DISCUSSÃO



Afrodite³⁷

³⁷ Afrodite. 600 a.C. Representada e cultuada como deusa do amor na Grécia. Available from: http://www.carteles.louvre.fr/carteles/visite?srv=car_not_frame&idNotice=10040

6.1 Considerações Iniciais

As adolescentes participaram das entrevistas e relataram certos aspectos de suas vidas. Algumas delas estavam, visivelmente, sob efeito do consumo de múltiplas drogas, sobretudo o *crack*. Apesar disso, demonstraram disponibilidade em contar sobre a sua realidade e em ter alguém como interlocutor naquele espaço de tempo, acontecido ao acaso, na abordagem de rua.

Elas de modo geral acreditam que vão para a rua movidas por um sentimento de busca da liberdade, saindo por esse meio do poder da família.

Pamela (p.105)

- Ah... Liberdade...Para falar a verdade(...)Todo mundo gosta um pouquinho da rua, porque a rua é boa(...)Não, a rua é maravilhosa(...)Eu não tenho vergonha(...)Pode fazer de tudo. (Risos)

O encontro com essas jovens foi uma oportunidade, não só para elas, mas principalmente, para a pesquisadora, de reflexão sobre as complexas trajetórias que levam ao fenômeno da prostituição dessas adolescentes, dentro de um determinado contexto histórico social, na cidade.

As narrativas iam se construindo, cheias de lacunas, causadas pela dificuldade de lembrar de coisas tão recentes, mas tão distantes, às vezes, pelo efeito da droga, e, outras vezes, por medo ou mesmo constrangimento, o que acarretou muitas respostas curtas e evasivas às inúmeras perguntas que eram feitas.

Pamela (p.100)

Não lembro...Não dá para lembrar.Assim...Dessas coisas(...)Ainda mais quando usa droga(...)Quem usa droga tem a mente lesada.

6.2 Situação sócio econômica

Todas as adolescentes são oriundas de famílias que passam por dificuldades econômicas. Apenas uma delas tinha uma situação familiar mais estruturada e, talvez por isso, pôde estudar mais. Essas condições, no entanto, não a impediram de sair de casa aos quinze anos para não mais voltar. Cinco delas são oriundas de grandes favelas que margeiam as avenidas que interligam corredores de fluxo de automóveis até o complexo Anchieta/Imigrantes, lugares onde o tráfico de entorpecentes impera.

Algumas famílias, segundo as protagonistas, são provenientes de outros estados. Migraram nos anos setenta, com a esperança de poderem ingressar na indústria metalúrgica, em franca expansão na época. No entanto, a partir da década de 1980 e durante a década de 1990, o quadro econômico começou a reverter-se, tendo havido um expressivo declínio da atividade industrial que acarretou um grande índice de desemprego. Isso teve conseqüências econômicas e sociais que foram e estão sendo experimentadas por essas famílias, forçadas a abrir mão de seus sonhos de uma vida economicamente estável.

Muitas dessas famílias não conseguiram adaptar-se às transformações ocorridas na região - o setor de comércio passou a ser a principal fonte de recursos e empregos e demanda mão-de-obra jovem e qualificada - e passaram a viver em condições precárias, carentes de elementos básicos de

uma sobrevivência digna. Como migrantes, essas famílias trazem consigo as marcas da carência e da precariedade dos locais de onde vieram. Em terra estranha, não conseguem alterar muito as condições de origem. Esses e outros fatores correlatos tornam as pessoas envolvidas em processos e movimentos migratórios mais vulneráveis em vários aspectos, como ao sexo para sobrevivência e ao HIV , como afirma Parker&Camargo Jr (2000).

Nesse contexto, cabe às crianças, desde muito cedo, seu próprio sustento ou a ajuda à família, como nos revela Pamela (p.101):

*Eu vendia balinha num farol em...
Perto do Shopping(...)
Já limpei vidro de carro(...)
Já trabalhei em um varejão(...)
Eu vendia fruta... verdura... legumes.
Eu fiquei uns dois anos, mais ou menos(...)
Eu já ajudei muito a minha mãe(...)
Quando eu trabalhava no varejão, levava frango para casa. Levava uma pá de coisa...*

6.3 Escolaridade

No universo das adolescentes estudadas, pode-se observar uma baixa escolaridade entre as entrevistadas (quadro 1). Todas estão fora da escola e duas delas não completaram sequer o ciclo básico (até 4ª série). O status sócio-econômico do conjunto, evidenciado pela escolaridade, se revela assim precário.

O acesso à informação foi maior entre as que saíram mais tarde de casa, porque estas tiveram a oportunidade de freqüentar a escola por um tempo maior. Todas elas lamentam ter saído da escola muito cedo. Sua saída da escola foi espontânea. Nenhuma referiu ter sido expulsa.

Segundo Brito et al. (2000), a escolaridade é uma variável importante, pois revela o nível sócio econômico, no tocante às diferenças relativas a práticas sexuais de risco: “a freqüência do uso de preservativos aumenta com o grau de escolaridade, enquanto que o uso de drogas diminui com o aumento da escolaridade”.

Conclui-se que adolescentes com baixo poder sócio-econômico e baixo nível de escolaridade estão mais suscetíveis às DSTs e ao uso de drogas.

Na vida de Marguerite, (p.155), que se ressentida de sua letra feia e se auto-intitula “a burrona”, é possível ver de forma evidente a sinergia de muitos fatores que “minam as suas forças”, tornando muito pequena a chance de modificar a sua própria vida sem contar com uma assistência adequada à sua situação. Ela sofre com o fato de ser negra, de viver na rua

e ter de sofrer discriminação na escola. Quer voltar a estudar, mas quer conhecer primeiro a escola e ver se “dá pé”.

- Estudei até a terceira, mas eu já fui para a escola sabendo ler e tudo.

Eu já fiz a quarta série umas quatro vezes, mas não que eu repetia. Eu ia, me internava num lugar, fazia a quarta série. Aí, dava a louca em mim, eu queria ir embora, saía no meio do ano, largava a escola e voltava para Santo André. Depois, colocavam eu no abrigo de novo. Eu ia para a escola de novo. Aí, dava a doida em mim, eu ia para a escola e da escola eu vazava.

Nisso foi passando o tempo, foi passando o tempo... A burrona aqui, ó! Burrona, não sabe nem escrever!

Outra adolescente vislumbra um dia poder ir para muito longe e recomeçar a estudar, “livre” das amarras da prostituição como única forma de “emprego”.

Pamela (p.106):

Se eu pudesse! Eu queria ir para bem longe! Mudar de vida... É o que todo mundo quer, não é?

Segundo Moura (2003,2004), a baixa escolaridade e a situação de rua fazem que a capacidade de compreensão e a aquisição de informação sobre a aids sejam mais precárias, dando ensejo ao surgimento de alguns mitos e falsas crenças em relação à aids, o que aumenta ainda mais a sua vulnerabilidade. Vemos na fala de Madona (p.134), por exemplo, esse descompasso entre a pouca informação e a sua prática:

- Ah, eu nem sei direito, porque eu nunca fui nesse negócio de palestra assim.

E: Mas você sabe como previne?

- Ah, tipo assim, é relação, não é? É mais assim relação... Quando mistura sangue e sangue, não é?

E: Sabe como previne essas doenças?

- Sei. Usando camisinha.

E: Você usa sempre camisinha?

- *Eu uso sempre.*

E: Ou de vez em quando dá uma falhada?

Não... Já fiz assim chupetinha sem...

A mais nova das adolescentes, Francine, que é nomeada pelas amigas e pelos moradores como a “louca” ou a “nóia”, ainda não teve a sua primeira menstruação. Ela acreditava que, pelo fato de não ter ainda acontecido a sua primeira menstruação, estava protegida da gravidez e de doenças. Diz isso no dia da coleta de sangue, apesar de ter usado na entrevista um discurso em que referia que sabia se proteger da aids usando preservativos.

Em vários casos, a falta de informação, decorrente da saída da escola, faz que descubram sua própria sexualidade de uma forma precoce e menos controlada pelos adultos.

Além disso, na sociedade, há a expectativa de um comportamento sexual próximo ao do animal para as todas as pessoas que estão na rua e, assim, são geralmente tratadas com discriminação e violência, não contando, portanto, com o apoio efetivo de outras pessoas que poderiam funcionar como referência para a construção de uma trajetória diferente da até então percorrida.

6.3 Violência

Uma trajetória de exposição a violência também permeia a vida dessas adolescentes, antes e depois do uso compulsivo de crack que as afeta. O contato com as drogas dá-se por meio da convivência com outras amigas mais velhas ou com parentes e vizinhos, dentro de inúmeros negócios, os botecos, que são abertos nas favelas. Todas vivenciaram vários acontecimentos violentos em suas curtas trajetórias de vida. O enfrentamento diário da vida em casa e na rua pode ter inúmeras conseqüências negativas, com importante prejuízo da saúde física e mental.

Os efeitos nefastos da vivência em circunstâncias associadas à violência imprimem-se na vida de cada uma. Ora o acento recai sobre a idade precoce em que eram atacadas verbal e fisicamente por familiares e agregados, ora é dada ênfase às situações de assédio e abuso sexual, ainda em casa. As vivências na rua também estão muito relacionadas à sua situação sócio-econômica e à violência: a prostituição e a submissão aos clientes; a tangência com o mundo das drogas; a rejeição e o preconceito social; a repressão e os ataques da polícia, entre outros.

Seis delas referem que sofreram violência doméstica, em graus variáveis, o que abrange de insultos a abusos sexuais. Contudo, somente duas, Madona e Suzy, afirmam que saíram de casa por causa da violência física da mãe e da madrasta.

Madona (p.130):

- Eu saí por causa de maus tratos...Às vezes, ela me batia...Ainda ela me bate...Ela batia para machucar mesmo...Tipo assim...Ela dá na minha cara...Eu ficava na neurose e saía para fora...la usar droga...

As outras associam a dificuldade econômica da família e o uso de drogas psicoativas para justificarem sua saída de casa. Relatam que sofreram violência na família porém, na rua, a violência continua, seja dos clientes, das colegas, dos travestis ou dos policiais que as solicitam para suas fantasias sexuais ou que as ameaçam física ou psicologicamente.

Os fatos trágicos marcaram suas vidas desde muito cedo, como relatam três das entrevistadas. Organizaram-se, desde então, como puderam para livrar-se de uma situação de privação, abandono e violência.

Pamela (p.101), por exemplo, saiu de casa aos poucos para ir esmolar, vender balinha e trabalhar em um sacolão para ajudar a mãe, que foi abandonada pelo pai depois de chegarem de outro estado brasileiro.

Nós amanhecia o dia na rua(...)Nós ficava no farol até meia noite..meia noite e meia...Quando o sinal tretava para fechar...Nós corria para a pista de skate(...)Nisso nós amanhecia o dia... Se eu deixasse...Se conseguia pegar o último ônibus ainda...Nós ia para casa.

Suzy, (p.138), em uma fuga “espetacular”, aos sete anos, sai de Santos e chega a São Paulo, quando é recolhida pelo SOS-Criança e levada de volta para casa.

E: Por que você não voltou?

- Por causa que a minha tia disse assim, que um dia, se a gente saísse de casa...Principalmente eu que era menina mulher, se saísse de casa não voltava mais. E

muito menos com uma barriga. Eu me lembro até hoje disso.

E: Você ficou com medo de voltar?

- E de apanhar. Eu tinha muito medo de apanhar.

Marguerite começou a usar *crack* e a se prostituir para consumi-lo. Ela relata vários fatos “traumatizantes” em sua vida, desde criança. Fala do uso precoce de *crack* e da violência sofrida da parte da avó, que lhe quebra um dente quando a surpreende usando tabaco. Conta que seus primos e tios também batiam nela. Refere-se também a diversas situações de discriminação, dentro da própria família (p.154).

- As minhas irmãs não gostam de mim; elas querem ver o meu mal, sabia?

E: Por que?

- Porque elas têm ciúmes de mim com a minha avó.

E: Ela protege você?

- Protege. A minha avó sempre que me vê diz: Filha, elas não gostam de você; elas não gostam de você.

- Tudo o que há de ruim as minhas irmãs socam para dentro de mim.

Acrescentam-se em seu depoimento, a essa violência doméstica, as ameaças que recebeu de policiais, e que a levaram a refugiar-se na casa de uma irmã, em outra cidade (p.158).

Sumiu um monte de menina, meu! Um policial, negrão, chegou em mim, na madrugada, ele e mais outro negrão e eu sozinha no meio da rua.

E disse: Sabe o que aconteceu com quinze meninas que ficavam aqui?

Eu falei: não sei e nem quero saber... E saí andando, sai desacreditada...

Ele: Você prefere ver ou só ouvir? Referiu ele...

Eu comecei a chorar!

Três delas, Suelen, Madona e Marguerite, confessam, entre lágrimas e lacunas, a dor de terem sofrido um estupro na rua, quando ainda não

estavam envolvidas com a prostituição. Segundo suas próprias interpretações, tal fato tê-las-ia feito intensificar o uso de drogas e favorecido o encaminhamento para a prostituição.

Suelen (p.120):

E: Você já sofreu alguma tentativa ou algum estupro na rua?

- *Já.*

E: E como é que foi esse dia?

- *Foi no dia do meu aniversário que eu fiz quinze anos. Logo que eu comecei a usar drogas.*

E: E quem te pegou? Foi alguém conhecido?

- *Não, foi um cara de um caminhão.*

E: Mas você estava usando droga e ele te pegou ou depois que ele te pegou foi que você começou a usar?

- *Não, eu estava sem usar. Eu estava querendo usar droga, mas não estava drogada...*

E: Você reclamou com alguém?

- *Ficou para mim.*

Observamos que os fatos violentos são constantes na vida dessas meninas que, como foi dito, não estão na escola, são moradoras de rua há pelo menos dois anos e transitam pela grande São Paulo. A violência começa, como vimos, dentro de casa, nos “barracos” das favelas das marginais e áreas fronteiriças e não acaba na rua, espaço que, não obstante, é romanticamente tido por elas como “um lugar de liberdade”.

As adolescentes encontram-se susceptíveis a sofrer agressões provenientes de várias fontes: clientes, grupos de extermínios, polícia, ente outros. Essas adolescentes, pobres, afrodescendentes, prostituídas, usuárias de drogas, vivem sob a somatória de todos os possíveis fatores que causam vulnerabilidade, ou seja, vivem sob uma sinergia de todas as “pragas”, o que as coloca, por exemplo, no topo das estatísticas dos casos de aids (Parker&Camargo Jr; Farmer et al.,1996) e de morte precoce.

Suzy, em seu relato de violência sofrida da parte de um cliente (p.142), evidencia sua vulnerabilidade, “a vida presa por um fio” e a certeza da insignificância delas nesta sociedade.

E: Como é que foi essa história?

- *Sobre o tiro? Foi assim, estava eu e a Madalena estava na Avenida Industrial. Parou um cara para ela. Eu vi que ela saiu xingando, mandando ele tomar no cú e falei: aí tem coisa, ele está tirando; não deve ter dinheiro para pagar o programa e quer que saia de graça. Eu estava sentada na ruazinha que tem do lado da firma, com uma ponta de maconha, fumando, e uma pedra dentro do sapato. Para mim, eu não sei se ele é polícia, o que ele é. Eu sei que ele estava muito louco de farinha. Ele pegou, olhou para a minha cara e falou: “sua noíinha, apaga essa maconha”. Eu olhei para a cara dele e disse assim: apaga o quê? Ele falou: “apaga essa maconha”. Eu disse assim: eu não vou apagar nada e noíinha é você. Nisso, ele mostrou o revólver e falou assim: “entra no carro”. Eu falei: eu não vou entrar no seu carro. Ele falou: “você vai entrar sim”. Eu falei: não vou. Ele guardou o revólver nesse negócio que abaixa por causa do sol no carro, desceu e veio me dar uns tapas. Nisso, eu reagi. Ele rodopiou o carro, pegou a arma – eu estava encostada no poste – e ele, atrás do carro, atirou. Foi isso que aconteceu.*

E: É. Você não fez B.O. nem quando estava no hospital? O policial veio perguntar e você não falou nada?

- *Veio. Eu disse assim que não sabia. Só falei mesmo que tinha esse carro, que eu não tinha anotado a placa e que ele era sansei, japonês...*

E: Mas no B.O. consta isso?

- *Consta.*

E: Se eles quisessem descobrir não seria tão difícil.

- *Você acha que eles ligam para nós? Fala sério...*

6.5 Drogas

Todas fazem uso pesado de *crack* e a maioria faz uso de álcool, tabaco e maconha, estabelecendo-se um padrão de uso que causa um importante dano à saúde física e mental (Noto et al., 1993). Como é sabido, a rua faz parte da vida de muitas crianças que vivem em favelas. Uma vez que se envolvem com a rua, o consumo de drogas lícitas ou ilícitas apresenta-se como tentador, pois é muitas vezes o elemento em torno do qual se constitui o sentimento de pertença a determinado grupo. Alternativamente, o acesso a determinadas drogas marca a passagem imaginária da vida de criança para a vida adulta, faz parte do ritual moderno de passagem de diversas “tribos” de adolescentes (Gomes,1998).

Conta Marguerite (p.156), com uma maturidade quase estarrecedora:

E: Que droga você começou a usar com seis anos?

Marguerite:- *Crack*.

E: Já *crack*?

Marguerite: - *Foi a primeira merda que eu usei*.

E: Antes de cigarro, de bebida, ou você já tinha experimentado?

Marguerite: - *Não, eu já fumava cigarro desde cinco anos de idade. Minha avó descobriu e quebrou este dente meu.Caiu*.

E: A sua prima te chamava, te levava?

Marguerite: - *Eu ia, no maior barato! Não sabia nem para onde eu estava indo*.

Ela falava: “vamo aê, vamo aê, vamo aê”. E eu, vamos, vamos!

O exercício da função, atribuída por conhecidos e familiares, de “avião lícito”, ou seja, aquele que vai a um dos inúmeros botecos que proliferam nas favelas para comprar tabaco ou bebidas alcoólicas também favorece um contato precoce com as drogas, uma vez que os bares da periferia via de regra acumulam a função de canal de substâncias ilícitas. Em geral, elas afirmam que depois que iniciaram o uso de drogas psicoativas, este passou a ser o principal motivo que as levava à situação de violência verbal ou mesmo física no contato com os pais. O início de uso de drogas ilícitas costuma estar associado à violência física em casa e fora dela.

O uso de drogas também foi um dos principais motivos que atrapalharam a vida escolar. O uso compulsivo de droga também exacerba sentimentos persecutórios e a agressividade. Isso foi observado com Suzy e Francine. Elas ficaram com muito medo de que, pelo estado em que estavam, eu pudesse levá-las para uma internação não consensual ou para a FEBEM. Essas adolescentes, por estarem muito expostas na rua e a crises cotidianas de abstinência, colocam-se em uma situação de extremo perigo, para si e para outros, quando buscam freneticamente dinheiro para pagar a dívida oriunda do consumo de drogas ou para conseguir consumi-las.

As histórias de suas vidas comprovam que a vida sexual dos adolescentes é muito ativa (Machado-Pais,2003), com experimentação precoce e sem a utilização de preservativos, principalmente entre os mais pobres.

Na rua, o sexo é utilizado como estratégia de sobrevivência, e a prostituição, neste sentido, associa-se também à manutenção do uso de drogas, principalmente o *crack*.

Uma vez vivendo a prostituição e o uso compulsivo de drogas, não conseguem mais sair, pois essas duas circunstâncias se retro-alimentam. Como referem, fica-se viciado nas duas coisas.

Suelen (p.122):

- Ter tem, não é tia, porque o que nós...O que eu faço, entendeu...Eu não vou falar que não dá dinheiro.Tanto que se eu não usasse droga, eu tinha... Já dava para mim ter comprado uma casa, um carro.Quatro anos gastando tanto dinheiro que eu já peguei nos meus programa...Eu cobro trinta o programa e quinze a chupeta. Dá, não é? Não dá?Todo o dinheiro que eu pego é na maldita. Todo.

A droga fica entre o proibido e a dor, age como anestesia, como afirma

Marguerite (p.163):

E: Quais os efeitos, quando você está usando?

- Ah, eu fico na nória, fico assim, pá, pum... Não tem tempo para mim ficar pensando no meu sentimento que eu tenho por dentro de mim, o que está me machucando... Eu não tenho tempo. Minha mente está ali, a mil por hora. Na nória então, não dá para pensar em nada.

Em outros momentos, a droga ora faz laço e par com o dinheiro, muito necessário para o seu consumo, ora serve para elas exacerbarem sua sensualidade, como o dizem Francine e Suzy, que acreditam que o *crack* as deixam mais “espertas” e “ligeiras”.

Elas têm a sensação de morte muito presente devido ao uso de drogas, principalmente o *crack*, pois parecem ter consciência das conseqüências devastadoras da droga. Diz Marguerite (p. 159):

Eu vou pegar o beco daqui. Eu não agüento mais Santo André não! Pára! Maior tiração! Santo André é um buraco, sabia? Toda vez que eu venho para cá eu tenho que usar crack.

E: Por quê?

- *Porque me dá fissura e eu não seguro a minha fissura quando eu venho aqui.*

Eu não gosto daqui, por isso que eu fui para a outra cidade.

Se eu ficar aqui eu vou morrer sabe como? De droga.

- *A droga vai me matar, assim, sabe(...)Sei lá meu (...)Sabe, quando você usa muita droga, muita droga e vai morrendo aos poucos?É isso que o crack vai fazer comigo. E eu não quero não(...)*

6.6 Prostituição

As adolescentes entrevistadas começaram a prostituir-se pelas mãos de amigas e de parentes, ou seja, foram cooptadas, via de regra, por alguém ligado à prostituição. Esse fato é uma constante na vida dessas adolescentes e de outras que puderam contar as suas biografias (Oliveira,1984;Leite,1991).

As adolescentes ficam nos locais onde tradicionalmente ocorre a prostituição na cidade e, depois ficam próximas das favelas onde moram ou perto de “bocas de fumo”.

Madona (p.131):

Mas a minha mãe não sabia(...)Não sabia que eu usava maconha...Não sabia que eu fazia programa(...)Mas eu não fazia aqui(...)Eu fazia lá na Industrial. Ah(...)Agora tô aqui...Porque todo mundo já sabia mesmo(...)Já ficou comentando(...)Eu pensei(...)Vou ficar aqui por perto mesmo, perto de casa.

Justificam o ingresso nesse tipo de vida pela pobreza e, conseqüentemente, necessidade de sobrevivência. Neste momento faz-se necessária uma breve reflexão sobre o ingresso e a permanência na prostituição. Por mais que todos os fatores que envolvem a vida dessas jovens dêem uma certa consistência ou justificativa em questão, certamente outros fatores de ordem subjetiva, para além das causas sociais e econômicas, estão implicadas nessa “escolha”. Poder-se-iam fazer várias considerações, nesse sentido, a partir das falas das próprias adolescentes,

mas essa abordagem não faz parte do estilo de pensamento que vem sendo desenvolvido neste trabalho. Vale a pena ressaltar, entretanto, que, para as estratégias de atendimento psicossocial, esse aspecto subjetivo não pode ser negligenciado, uma vez que cada uma dessas jovens deve ter a oportunidade de criação de um saber próprio sobre esse e outros aspectos de suas vidas sofridas. Como diz Barreto (2003) “a carência gera a competência”, pois somente colocando-as como as responsáveis pela sua vida e reconhecendo as suas potencialidades ser-lhes-á possível uma verdadeira transformação.

Acredita-se que essas adolescentes em situação de prostituição organizam-se emocionalmente de uma forma muito diferente de outras adolescentes (Calligaris,1998). Onde há privação, não há lei ou limite e a delinqüência anda muito próxima (Winnicot,1987). Contudo elas estão abertas a vínculos, desde que sejam respeitadas como são. Temem ser julgadas, como dizem Madona e Suzy.

Essas adolescentes encontram na prostituição, pela mão de algumas outras adolescentes ou pessoas conhecidas, um caminho para a sua sexualidade que, via de regra, é barrada pela família e pela sociedade. Elas acabam encontrando alguém que as apresente a algo novo capaz de levá-las a sentir-se livres das amarras impostas à sua sexualidade.

Neste ponto específico, a autobiografia de Leite (1992) traz uma contribuição. A autora ressaltava que o que a atraiu para essa vida foi uma determinada mulher, possuidora de uma sexualidade exótica, uma espécie de “deusa do amor” encarnada encontrada por ela por acaso na avenida Rio

Branco, quando vagava à procura de emprego. Essa mulher, sem dizer-lhe nada, apenas com sua forma altiva de encarar os outros que passavam, a fez descobrir o desejo dos homens e a sua sexualidade. Começou a segui-la até adentrar a porta do número 623, onde funcionava um dos bordéis da capital paulista.

A autobiografia de Oliveira (1984) traz uma questão interessante, também. A autora crê que sua “missão” é importante para o bem estar da família e para a iniciação sexual de adolescentes, colocando-se assim como uma espécie de mestra e de modelo, o que remete às representações sobre a sexualidade feminina de antigas civilizações, como a grega, por exemplo, na qual, da prostituição, vertia um aspecto funcional e sagrado sob os auspícios da deusa Afrodite (Qualls-Cobertt, 1990).

A estória se repete com Francine, que, ao sair muito cedo de casa, encontra um modelo numa mulher mais velha, Michele, que lhe ensinou a posicionar-se na rua, apenas com seu jeito, insinuando o que tinha que ser feito na arte da conquista de um homem - o futuro cliente. Ou, como referem Suelen e Suzy, há igualmente a “turma da Luluzinha” para dar o apoio para a prática na rua.

Suzy (p.138):

- E: Você lembra a primeira vez com quem você foi?
- *Não. Eu fui aprendendo como eu aprendi a roubar.*
E: Você aprendeu com alguém?
- *Normal, com as meninas...*
E: Com as amigas?
- *Não, com as amigas não...Eu via elas fazendo, olhava e fazia.*
E: Quem eram essas que você via fazendo?

- Todas as meninas da casa de acolhida, a Renata, a Madalena, a Sheila. Elas são as “das antigas” na avenida com os travesti...

É certo também que, na adolescência, não são apenas os hormônios que afloram, mas também várias aspirações e anseios, a busca de uma vida mais livre e melhor que a das suas mães ou madrastas, donas de casa ou empregadas domésticas, como revela Suzy. Existe uma necessidade de posicionar-se contra o “status” de mulher que elas conhecem, para driblar a sua baixa auto-estima e seu sentimento de falta de um lugar. Camila vai além. Em sua revolta contra a vida de sua mãe, uma dona de casa, passa a afrontá-la, encarnando a avó, excluída da constelação familiar por ter em seu passado uma estória de alcoolismo e prostituição.

A prática de troca de sexo para a manutenção do consumo é muito mais comum entre jovens que vivem na rua do que podemos supor, tendo sido pesquisada por diversos autores no Brasil (Adorno,1998; Mesquita&Seibel,2000) e em outros países: a Colômbia (Aptekar,1989), a África (Nath, 2000,Greene et al.,2003) ou a Índia (Nagelkerke et al.,2002), por exemplo.

Por serem adolescentes e terem pouco acesso às informações, tudo acaba ficando mais complicado, principalmente porque, como qualquer outra adolescente, possuem um expressivo sentimento de onipotência e não acreditam que algum mal venha a acometê-las, principalmente o risco de serem infectadas por alguma doença ou uma gravidez indesejada.

A expressão “ganhar dinheiro fácil” serve como elo de ligação entre a prostituição e a sociedade capitalista, pois assim as adolescentes

conquistam duas coisas ao mesmo tempo: sua autonomia da família e o exercício da sexualidade. Encontram um lugar na sociedade, que conquistam na relação com os clientes através do acesso ao dinheiro, como nos revela Rago (1991).

Vê-se que, para elas, não existe outro lugar possível, pois não são assistidas por nenhum programa que possa realmente modificar a sua vida. As adolescentes dizem que não querem ficar na prostituição, mas referem ter grande expectativa quando completarem 18 anos, pois serão consideradas “trabalhadoras do sexo” e deixarão de ser incomodadas pelo Conselho Tutelar, muito embora, possam ser condenadas pelo porte e tráfico de drogas ou por algum delito, o que via de regra acaba acontecendo. Assim, tanto os poderes executivos (programas de governo das três esferas), como os jurídicos (promotoria da defesa dos direitos das crianças e adolescentes), e os conselhos de direito e tutelares, ficam livres da tarefa de assisti-las, por força da lei brasileira nº 8069³⁸.

Segundo Marguerite, o tempo passa sem que nada venha em seu auxílio (p.163):

E: Eu fiquei muito feliz em te ver! A conversa aí fora é que você tinha morrido. Por que falaram isso? Você não tem idéia? Aconteceu alguma coisa grave?
 - *E daí, meu? (chora).*
Vou ficar aí parasitando debaixo daquele viaduto?
Eu vou fazer dezesseis anos já.
Uma mulher debaixo do viaduto?
Daqui a pouco estou uma velha debaixo do viaduto.
Eu vou ficar nessa vida?

³⁸ “É dever da família, da sociedade e do estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. Lei Nº 8.069, de 13/07/90, que regulamenta o artigo 227 da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988 - Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

6.7 Gênero, sexo e proteção no tempo da aids

A vivência e a percepção do mundo e do próprio corpo estão permeadas pelas crenças, muitas vezes infantis, das adolescentes. Há idéias vagas e obscuras sobre o aparelho reprodutor feminino. Para Francine, não existia diferença entre o aparelho urinário e reprodutor, recriando uma teoria cloacal.

Madona, dezoito anos, diz que não sabia muita coisa sobre a aids e, embora ache que o uso de preservativo seja uma proteção, também não o incorporou à sua prática diária com seus clientes fixos ou com suas parcerias amorosas. As adolescentes afirmam que depois de um certo tempo de convivência, acabam confiando em seus parceiros, e o uso do preservativo acaba sendo abandonado por ser interpretado como um ato de desconfiança. Todas referem que fazem sexo sem proteção com aqueles por quem nutrem sentimentos.

É o caso de Suelen (p.127), por exemplo:

E: E você está usando preservativo?

- *Eu estou. Quando saio sempre uso preservativo. Eu só não uso com uma pessoa só.*

E: Só com uma? Mas por que com essa uma você não usa?

- *Porque nós já temos um caso bem antigo.*

E: *E essa pessoa não pode ter problema?*

- *Ele é um pai de família.*

E: E se ele sai com outras mulheres também?

- *Ah, aí eu não sei, mas até então... Sei lá. Eu não uso camisinha com ele.*

E: *Você nunca pensou em começar a usar agora?*

- Não.

E: Não vai usar? E se você souber que ele tem doença?

- *Aí já era, estou fudida.*

E: É mesmo?

- *Se eu já não tiver e se já não estiver reinando...Ó como eu estou só o pó.*

Ela sonha que ele pode um dia tirá-la da rua, mas que a droga sempre atrapalha. Acredita que não vai sair da rua porque não consegue se livrar do uso de *crack*.

Ou como outra adolescente, Marguerite (p.162), que também refere que quando está namorando não usa, pois confia no seu parceiro. Questionada sobre a fidelidade dele, diz que confia plenamente.

E: E quando você está namorando, você usa?

- *Aí... Ah, eu não uso não!*

E: E se a pessoa tem?

- *Ah, Paulo, eu mato você, mano! Pára! Eu confio.*

E: Confia mesmo?

- *Confio. Confio sim. Pára!*

Essa fala é uma constante em todos os discursos das adolescentes e especialmente desta. Ela reforça esse ponto dizendo que o mataria se ele a enganasse quanto a isso. Deseja também engravidar para ter certeza que não é estéril e porque sonha em ter uma família (p.161).

-*Quando eu fiz quinze engravidei de novo. Aí eu perdi no dia da festa do meu aniversário.Ah, mas agora, se eu tentar engravidar não consigo...*

E: Você quer engravidar?

- *Ah, eu quero ter um neném.*

E: Agora?

- *Agora, não estou nem aí.*

Madona, que freqüentou a escola até a sexta série, acredita que a gravidez a protegia das DSTs. Fazia sexo oral sem proteção. Felizmente, é a

única que tem todos os exames, até o momento, negativos, porém sabe-se que isso deve ser melhor acompanhado, pois em outras pesquisas, com públicos semelhantes, se as condutas não forem modificadas por meio de uma profunda reestruturação do ideário e da vida, é possível que se contamine ou ainda pior, que esteja em uma janela imunológica (Gray et al., 1993). Essa é outra justificativa para medidas de busca ativa dessa população.

Madona não fez pré-natal na primeira gestação, nem na segunda, numa atitude de negação da gravidez e das necessidades de sua criança, bem como dos cuidados necessários para o parto.

Madona, (p.132):

- Não fiz nada...Não fiz pré-natal...Não fiz nada. Eu era tão preguiçosa... Eu só queria dormir...

Todas elas referem que querem sair “da vida” e ter uma família. Contam casos de “homens” que querem formar família com elas. Na fala de todas essas adolescentes, são encontrados estes comentários, porém quatro delas voltam a esse tema dando-lhe o estatuto de questão central. Apesar de terem saído de casa muito precocemente e por diversos motivos, querem constituir uma família e ter seus filhos muito perto de si. Acreditam, na sua maioria, que vão encontrar entre seus clientes um especial que as liberte e que as peça em casamento (Simon,1999;Tfouni&Moraes, 2003).

Madona (p.134) tem a crença de que vai encontrar um homem que queira ser pai de seu filho e que seja o ponto de referência para a construção de uma nova vida.

- Eu gostaria de sempre estar ao lado da minha filha, criar ela, arrumar um bom marido(...)Está difícil de encontrar um cara assim que...Mas tipo assim...Se eu arrumar um cara que sustente eu e minha filha(...)Eu paro de usar droga(...)Mas(...)Tipo assim(...)Quem me quer é só usuário(...)Aí não vira.

A primeira criança é cuidada pela mãe e, segundo Camila, a segunda criança está sendo cuidada por sua tia. Nasceu dois meses antes do prazo, logo depois da entrevista, tendo Camila parido em um motel enquanto estava fazendo programa e usando *crack*.

Ao contrário de Madona, Suzy refere que teve um companheiro com quem passou a viver maritalmente com aproximadamente 13 anos de idade. Diz que abriu a mão da vida de dona de casa, aos 16 anos, porque não queria parar de consumir a droga e seu marido não tolerava isso. Queria ser mais que dona de casa como era sua tia. Sua posição em relação à filha é de uma certa distância, mas justifica isso pelo fato de não acreditar ter melhores condições de criar a filha, em relação ao seu ex-marido. Acha que ele é melhor pai do que ela poderia ser mãe, e que a aproximação dela não ajudaria em nada. Ressalta que seu ex-companheiro já tem nova parceira que o está ajudando a criar a filha.

Existe uma forte representação relativa à desigualdade de gênero: muitas vezes elas têm medo de negociar o sexo por sofrerem violência psicológica ou física (Barbosa,1999). Suelen submete-se ao seu parceiro amoroso, justificando que é ele quem cuida dela desde que ela está sozinha na rua. Preocupa-se por fazer coisas que ele possa não gostar.

Todas elas estão muito mais vulneráveis à aids, pois possuem outras DSTs. Sabe-se que, ter previamente uma DST, facilita o contágio pelo vírus

HIV (Hernandez-Giron et al.,1998;Turmen,2003). Quatro delas estão com sífilis ativa e três delas já tiveram. Assim, vê-se que o uso de preservativos referido nas entrevistas não passa de retórica de discurso. Elas não fazem sexo com proteção com todos seus clientes, e nunca o fazem com seus namorados.

Esses fatos são observados em várias falas das adolescentes, nas de Madona (p.134), por exemplo. Ela refere que se previne da aids não saindo com aqueles que sabe que estão infectados.

- Tipo assim, se eu fico sabendo que aquele cara tem bichinho, aí eu não saio. Tenho medo.

E: Bichinho?

- Bichinho assim... Esses negócios de HIV. Não saio não.Tenho medo, tipo assim, da camisinha estourar...De dar uma zica assim de a camisinha estourar...Essas coisas.

A distribuição de preservativo, sem uma abordagem integral, pode não atingir os objetivos esperados. Seu uso não será incorporado às suas práticas sexuais simplesmente porque elas agora o recebem na rua pelas mãos da equipe de saúde. Algumas delas dizem que vendem as camisinhas para os clientes quando ganham algumas a mais no dia. Não basta acreditar que elas mudarão de comportamento porque estão recebendo folhetos informativos sobre as DST/aids. O uso de preservativos na sua prática cotidiana passa pela sua auto-estima e pela conquista do poder de cuidar de si, fatos estes que estão muito longe de acontecer, dada a atual vida que levam.

6.8 Instituições e humanização do atendimento

As adolescentes estudadas recusam-se a serem tratadas como prostitutas ou drogadas. Ao menor sinal de preconceito dos técnicos que as atendem, desfazem o vínculo com a instituição. Muitas vezes são arredias ao contato e aos serviços, devido à forma como foram atendidas anteriormente, e acabam esboçando um comportamento de defesa que se traduz no abandono do tratamento.

Suelen, Suzy e Marguerite dizem que já foram assistidas em diversos locais de atenção, como os serviços de saúde, o conselho tutelar, o programa “Andrezinho cidadão”, ongs (Casa Abrigo) e até mesmo a polícia. Acreditam que não conseguiam se vincular a estes locais por várias causas: a distância entre o atendimento oferecido e suas necessidades, a falta de condições financeiras para o transporte até o local, a discriminação, entre outros fatores. Sentiam que, nesses serviços de atenção, sofriam algum grau de discriminação por serem “garotas de programa”, pelo uso de *crack* ou pela origem étnica.

Essas situações de discriminação ocorreram nos serviços, em que alguns profissionais se defendem desse tipo de trabalho extenuante com distância afetiva e às vezes com violência psicológica ou até mesmo física. Esses relatos são semelhantes aos descritos em estudos com adolescentes do Rio de Janeiro e de Santos (Gomes, 1996). Há um grande despreparo

dos profissionais frente às situações a que essas jovens estão expostas, bem como em relação às complexas condições de suas vidas.

Suelen, (p.127), diz claramente que serviços essenciais para acolher adolescentes que vivem ou estão na rua ou para tratamento, podem, sem o devido cuidado, criar condições para que as adolescentes, ao invés de terem um espaço de acolhimento e tratamento, encontrem “facilitadoras” para engajá-las na prostituição e favorecer o consumo de drogas.

-Eu comecei a usar drogas sabe por quê? Porque eu conheci a Casa de Acolhida. Eu não usava droga.

E: Como?

- Fui para a Casa de Acolhida e comecei a usar droga, conheci o CAPS, o Andrezinho(...)Conheci a pedra, entendeu? Mas antes de eu ir para a Casa de Acolhida eu tinha fugido de casa e não sabia nem o que era cigarro. Cigarro entre aspas, não é, porque(...)

E: Você chegou na Casa de Acolhida, conheceu a galera e embarcou?

- Embarquei. Com a Renata e com a Madalena.

Essas condições agravam ainda mais o quadro de saúde geral e mental, expondo-as à prostituição e à morte precoce. Observa-se que os serviços destinados a elas pelos tratamentos especializados, por exemplo, para adolescentes usuários de drogas, podem reforçar alguns estigmas, como “a drogada”, ou “a prostituta”, os quais favorecem a estruturação de uma subjetividade em torno destes significantes, levando-as a uma formação identitária marginal (Lacan,1991;Santiago,2001).

As estratégias para a atenção a essas adolescentes, que ainda têm a personalidade em formação, devem estar centradas em outros pontos, como o resgate de sua saúde mental e de sua cidadania, apoiado na arte e na cultura popular, como sugere a etnopsiquiatria e a etnopsicanálise

(Laplantine,1994; Barreto,2003), ficando assim as estratégias livres de atitudes discriminatórias e deixando de servir de reforço para aspectos sombrios de trajetórias de suas vidas.

É importante a busca de estratégias, principalmente nessa faixa etária, como oficinas de arte e educação, que visem um desenvolvimento mais livre e criativo, onde ainda o brincar, como refere Milan³⁹ (2000), esteja mais presente. Acredita-se que tais estratégias ficam menos marcadas pelas fatalidades que compõem suas histórias. Essas oficinas podem fazer parte de medidas de redução de danos. É preciso intervir em aspectos específicos, decorrentes de cada trajetória e da faixa etária (Paiva,1996; Muza&Costa,2002; Jeolas&Ferrari,2002; Silveira et al., 2003).

Deve-se ter em mente, também, com estas adolescentes, a adoção de uma política de inclusão social, pois elas estão mais fragilizadas que o restante dos usuários de drogas, por não terem vínculos familiares. Infelizmente, apesar do número de crianças e adolescentes nesta situação ser discreto em relação ao número de adolescentes que vivem na pobreza, não há uma sistematização de programas buscando uma proteção eficiente nos serviços de saúde, de assistência social ou conselho tutelar. Sem essas medidas calcadas em suas reais necessidades e condições de vida, é bem provável que não haja a mínima chance de elas saírem sozinhas desse ciclo vicioso de pobreza, drogas, prostituição e violência.

³⁹ Milan E. Extrovertidamente felizes. *Jornal Folha de São Paulo*; São Paulo. 2000 mar 12; Caderno Mais: 16 [citado 1 fev 2004]. Disponível em: http://www2.uol.com.br/bettymilan/artigos/00_173.htm

6.9 Considerações finais

As situações vivenciadas pelas adolescentes pesquisadas são muito graves, tanto do ponto de vista da saúde física como da sanidade mental, levando a um péssimo prognóstico para cada caso, principalmente se nenhuma medida concreta vier auxiliar cada uma delas na retomada de um adequado desenvolvimento biopsicossocial (Marques et al.,2000).

As adolescentes que trabalham no comércio sexual, principalmente as que vivem na rua, não procuram os serviços de saúde. Na amostra estudada de adolescentes entre 14 e 19 anos incompletos, este fato também foi observado. Elas não procuram suporte mesmo em situações que cause ou possam causar importante prejuízo físico, para si (DST/aids entre outras doenças) e/ou para um outro, como por exemplo em caso de gravidez. Chegam aos serviços de saúde somente quando são levadas por outros, como foi o caso de uma adolescente que foi baleada no abdômen por um cliente ou outra que foi baleada no rosto em uma perseguição policial. Em situações onde há violência física de clientes, como ocorreu com Francine, não há a procura por medo de que sejam encaminhadas ao conselho tutelar ou à FEBEM, pelo fato de serem menores de dezoito anos.

Por todos estes fatores, é necessária uma abordagem significativa e que respeite os direitos destas adolescentes. É importante a integralidade das ações entre a saúde, a assistência social, a educação e o

desenvolvimento econômico. A transformação desses sujeitos passa pela conquista de sua autonomia e de seus direitos, além de uma abordagem psicodinâmica que priorize a sua singularidade, ou seja, elas estão na rua e fazem tudo o que fazem por uma escolha também determinada pelo seu inconsciente, oriunda de sua constituição psicológica.

Assim, não é possível mudar um comportamento ou uma prática, apenas pela informação, sendo vital uma reorganização libinal, pois o seu padrão cultural e a formação de sua sexualidade não se transformam sem uma ajuda eficaz que incida nesse nível profundo. Para serem incluídas em qualquer programa de assistência, é importante que sejam assistidas por um serviço que, além de as acolher, possa contemplá-las em suas reais necessidades para a implicação própria em uma transformação subjetiva.

Esse serviço tem que passar necessariamente por uma busca ativa, estejam elas onde estiverem, no horário em que puderem ou tiverem disponibilidade (MS,2001). Isso sem dúvida não é uma prática paternalista, mas a garantia da possibilidade de estabelecimento de vínculos transferenciais, que são o motor para a criação do sujeito sexual, aquele que delibera sobre a sua vida, que se cuida e que se responsabiliza por suas escolhas (Paiva,1999).

A necessidade da retomada da escolarização é fundamental, para não mencionar um suporte econômico que favoreça a sua inserção no mercado de trabalho. A população mais vulnerável na cidade, oriunda da prostituição na região central e nas interligações de tráfego da região, não é grande, porém são as que mais sofrem e que menos auxílios conseguem. A

vulnerabilidade destas adolescentes às DST/aids está constatada em todos os relatos apresentados: todas elas têm resultado sorológico positivo para sífilis, como é evidente nos relatos de suas histórias e, infelizmente, nos resultados laboratoriais que foram feitos na US de Vila Guiomar/COAS, constatou-se uma adolescente infectada pelo HIV e outra com exame indeterminado.

As atividades de abordagem deveriam responder a uma ótica de redução de danos (Marlatt,1999) desde a busca ativa nos locais onde estão, a fim de ampliar o acesso aos serviços e a adesão a diversos tipos de tratamento, desde o tratamento de substituição (McRae&Gorgulho,2003; Campos&Siqueira,2003), até a prática de ações que diminuíssem a repressão policial, a banalização da criminalização e a da discriminação nos diversos serviços que lhes prestam assistência.

Outras ações, conforme o Programa de Saúde da Família, dizem respeito a uma abordagem “*in loco*”, ou seja, mapear as áreas onde houvesse mais riscos para casos novos. Garantir o acesso aos diversos equipamentos também deve ser uma prioridade, viabilizada por meio da humanização e do acolhimento (atenção contra a violência doméstica, serviços de saúde da mulher, serviços de DST/aids) e em horários acessíveis.

A criação de uma casa de acolhimento (CASA-DIA) visa dar condições à equipe para poder analisar o projeto terapêutico de cada caso, e para além disso, o entendimento de cada um, como rota para a abordagem e prevenção de novos casos. No caso das adolescentes entre 12 e 25 anos, a

abordagem poderia ser diretiva e sempre contratual. Toda adolescente é livre para participar ou não das atividades. Poderiam ser estimuladas a voltar a estudar com uma bolsa-escola, e o trabalho seria o de agente redutor de danos entre seus pares.

A casa de acolhimento seria uma casa para todas as ações cotidianas, como alimentação, escolarização (Mova e na rede pública), oficinas de terapia ocupacional e geração de renda, além de espaço para vivência e descanso. Outra proposta seria o de buscar parceria com a comunidade, empresas, etc. para a moradia assistida, privilegiando-se a formação de grupos de duas a três adolescentes para o cuidado da casa. O fio condutor do tratamento psicossocial seria a desintoxicação do uso de drogas seguida de uma abordagem analítica de cada caso, para que o desenvolvimento psicológico fosse retomado, fazendo com sua sexualidade pudesse ser ressignificada sem a necessidade de vários *acting-out*.

A abordagem clínica e analítica desta “escolha”, seria o centro do tratamento (Conte,1996; Freda,1997;Inen&Baptista,1997). Pois, além de ser esta “escolha” perversa e determinada pela exclusão social, ou seja, a única forma de sobrevivência encontrada, acaba fazendo parte de seu estilo de vida, e, estrutura-se e mantém-se em auto-alimentação, sendo determinada por diversos fatores que fazem laço com o dinheiro e com a conquista de poder. Acreditam que por meio dessa “escolha”, podem deixar de ser meninas de rua para serem “as prostitutas juvenis”, e assim, terem um lugar mais “privilegiado”. É nessa “categoria” que elas podem se espelhar e sair de uma condição assimétrica e, portanto, de exclusão. Elas tentam assim

lutar contra uma forma de morte civil, pois a prostituição lhes confere algo além do que é oferecido pela família que, em muitos casos, nega-lhes um lugar e um nome.

Portanto, a singularidade de cada caso deve ser respeitada, no adequado entendimento de que cada caso particularizado requer, além de saídas estratégicas e devidamente contextualizadas na sua vida e na comunidade, a prevenção de casos novos e de maiores danos para as adolescentes já atingidas.

Algumas ações, entre outras, podem ser pensadas a partir das histórias das adolescentes, como por exemplo:

Ações primárias:

⌘ Buscar integrar as ações intersectorializadas (COAS, MOVA, Projeto Andrezinho, Programa contra a violência de gênero, etc), a fim de se estabelecerem políticas contínuas e eficientes.

⌘ Promover ações que visem diminuir e coibir a violência em todas as suas formas: a violência doméstica, a violência policial e a discriminação em serviços públicos e privados.

⌘ Promover a escolarização em bolsões de pobreza, focando a promoção das adolescentes em processo de exclusão;

⌘ Monitorar as populações suscetíveis e excluídas, por meio de diversos programas e serviços, como por exemplo o Programa de

Saúde da Família - PSF, o programa de incentivo bolsa-escola, o programa de erradicação do trabalho Infantil (PETI), entre outros.

Ações Secundárias

⌘ Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco, através da ação direta de redutores de danos sob a ótica dos usuários/ex- usuários.

⌘ Contratar adolescentes envolvidas, como por exemplo, entre outras, Camila, para ação na própria comunidade em que se deseja intervir, para agir com o grupo alvo na questão dos mitos sobre as DST/aids.

Ações Terciárias:

As adolescentes do sexo feminino, dependentes de *crack* e na região de prostituição devem ser assistidas imediatamente através de busca ativa e de atenção particularizada em uma casa de acolhimento – centro de convivência especializado, ou seja, um serviço público local ou regional, voltado para o atendimento móvel e uma casa que ofereça apoio psicossocial (CASA-DIA), que permita a atenção integral e promova a inserção nos diversos dispositivos presentes na comunidade.

A estratégia de *busca ativa* e a atenção por meio da criação de um suporte psicossocial em um espaço diferenciado, conforme trabalhos já documentados em diversos locais e centros de atenção no Brasil, entre

outros o projeto “Quixote”, do PROAD, da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP.

A Casa - Dia deve ser estruturada segundo a ótica de redução de danos, sem o estigma de serviço para prostitutas juvenis ou dependentes de drogas, onde cada adolescente possa ser acolhida diariamente em sua necessidade imediata (higienização, alimentação), além de receber assistência médica, psicológica, pedagógica e social.

Acredita-se, assim, que todas as ações, principalmente as de atenção terciária, possam dar a chance de que as adolescentes na condição estudada precisam para poder retomar seu pleno desenvolvimento, como garante o estatuto da criança e do adolescente-ECA.

6. 10 Propostas de estudo a partir desta pesquisa

Não existem estudos significativos, quer qualitativos ou quantitativos dessa população na região. Essa lacuna, principalmente quantitativa, relativa a pesquisas sobre a população atual de trabalhadores do sexo entre adultos e adolescentes de ambos os sexos, até a idade de 25 anos, deveria ser melhor elucidada para que medidas efetivas fossem tomadas com essa população, como por exemplo: escolarização, prevenção das DST/aids, entre outras.

O levantamento da população total de adolescentes envolvidos com a comercialização do corpo como meio de sobrevivência deveria ser realizado preferencialmente, devido à maior vulnerabilidade dessa população e, pelo fato de a prostituição nesta faixa etária ser considerada ilegal.

Assim, é possível, além de desenvolver estratégias voltadas para a quantidade de adolescentes mais suscetíveis, em alto risco, passar-se depois ao conhecimento quanti - qualitativo das adolescentes pobres envolvidas com drogas, mas que ainda estão nas escolas próximas a importantes áreas de favelização. Além de ações mais particularizadas e integralizadas para adolescentes já em situação de prostituição, poderíamos desenvolver estratégias que envolvessem outros segmentos, como a

educação, a formação profissional, a geração de renda, e garantir assim a prevenção de casos novos.

VII – CONCLUSÕES



Carybé⁴⁰.Lobishome.1973.

⁴⁰ Carybé H. *Lobishome*. 1973. Disponível em:
<http://www.pitoresco.com.br/brasil/carybe/carybe.htm>

A população estudada é formada por adolescentes pobres, com idades em torno de dezesseis anos e envolvidas com a prostituição há pelo menos dois anos, sendo que uma delas começou aos sete anos. As histórias de vida nos revelam trajetórias marcadas pela pobreza e pela violência, seja ela violência doméstica, sexual, policial ou, o que é mais grave, das instituições que deveriam protegê-las.

Possuem baixa escolaridade, com média de cinco anos de estudo. Estão afastadas da escola há pelo três anos, sendo que uma abandonou a escola na terceira série do ensino elementar. Somente uma referiu que conseguiu trabalhar em uma feira durante quase um ano para poder ajudar a mãe, antes de entrar no caminho da subsistência pela venda do próprio corpo.

Foram induzidas a entrar na prostituição por pessoas próximas que lhes ensinaram como adotar o próprio corpo como moeda para garantir a sua sobrevivência. A vida sexual dessas jovens prostitutas é muito ativa, com pelo menos cinco clientes por noite.

Referem uso de preservativos para prevenir as DST/aids, porém alegam não conseguir adotá-los com os clientes fixos ou com seus parceiros amorosos. Todas tiveram sorologia para sífilis positiva, sendo que quatro delas estão com a doença em plena atividade e sem tratamento, o que as expõe cada vez mais a outras doenças, e afeta igualmente seus parceiros, ampliando assim, o leque de pessoas possivelmente infectadas.

Á sexualidade vivida nessa época peculiar, a adolescência, período em que se sentem deveras onipotentes, acrescenta-se o tipo

particular de estratégia de sobrevivência na rua, fatos esses que as tornam muito mais vulneráveis à epidemia do HIV/aids, além de fazer delas importantes transmissoras, como o mostra o número médio de clientes que atendem por noite.

Sua situação é propensa à gravidez não desejada. Duas tiveram suas primogênitais aos quatorze anos, sendo que uma delas estava gestante novamente. Podem assim transmitir doenças também aos seus bebês, se não for feito o atendimento pré-natal, e de modo geral elas não procuram os serviços nem estes promovem sua busca ativa. As crianças que tiveram não ficaram com elas, e isso constitui a seu ver uma situação muito dolorosa. Esses filhos são cuidados pela mãe de uma delas e pelo ex-companheiro da outra.

Todas são usuárias de múltiplas drogas há pelo menos dois anos, sendo o *crack* a droga ilícita de escolha e de consumo compulsivo. Afirmam que não conseguem abandonar a prostituição devido à falta de dinheiro ou de outra fonte de renda, e principalmente à necessidade de consumir *crack* e outras drogas. Revelam que não conseguem viver sem elas, pois as drogas funcionam como um “anestésico” para suportarem suas mazelas, mas são essas mazelas que as levam ao consumo, num infernal e, com o tempo, mortal ciclo vicioso.

Para a identificação do suporte necessário para essa pequena parcela da população não assistida e marginalizada, a humanização dos atuais serviços é relevante e, mais do que isso, fundamental. Referem que são discriminadas em toda parte e que não conseguem chegar aos serviços

públicos de atenção e, quando o fazem, via de regra estes estão despreparados para garantir o atendimento de suas necessidades e ajudá-las integralmente, em sua emancipação.

Percebe-se, por outro lado, que os serviços e as instituições que deveriam atendê-las não chegam até elas seja pelo desconhecimento do que essas adolescentes precisam ou por agirem de forma segmentada, por exemplo, o serviço de aids, o serviço de ginecologia, o conselho de direito, etc., por falta de interdisciplinariedade, ou mesmo de simples integração, fragmentam as adolescentes em determinadas patologias ou situações, não as atendendo na plenitude de suas necessidades.

Não há uma política de atendimento integral a partir da entrada por um desses serviços, o que muitas vezes contribui para que haja negligência ou abuso na atenção prestada. Apenas três adolescentes foram atendidas em serviços especializados, apesar de todas terem passado pelo conselho tutelar. O abandono do tratamento é algo imputado apenas à displicência das adolescentes e não se considera a hipótese de falha na atenção.

Pelo grau de complexidade das situações vividas, é necessária a implementação de ações secundárias no local de prostituição, através de redutoras de danos que podem ser contratadas da própria comunidade (adolescentes, por exemplo).

São vitais ainda ações terciárias, como por exemplo a atenção em uma casa-dia, sendo que esta poderia ser o elo entre todos os serviços presentes na comunidade e que estão hoje inacessíveis para elas.

A epidemia da aids evoca a questão da humanização, e de forma incisiva, ao propor, pela ótica dos direitos humanos, da vulnerabilidade individual, social e institucional e da redução de danos, o lugar da cidadania na vida destas adolescentes como a primeira condição necessária para que sejam implantadas todas as estratégias necessárias à prevenção das DST/aids.

É vital a presença da sensibilidade para aprender com cada adolescente a forma de resgatá-la e, assim, poder atendê-la, levando em conta aspectos da subjetividade, em dispositivos assistenciais apropriados, dispositivos que facilitem a entrada nos diversos equipamentos presentes na sociedade, e que lhes são inacessíveis, como a escola ou o tratamento das DST/aids, por exemplo.

A garantia do vínculo com as instituições de assistência e a análise de cada história são fundamentais. É somente através do manejo das situações transferenciais e vivenciais, pelos profissionais envolvidos, em diversas etapas, das mais simples às mais complexas, que será possível alavancar de forma efetiva sua cidadania e sua subjetividade. E, assim, conseguir mudanças concretas de comportamento, como por exemplo a prática do sexo seguro.

Observou-se que as adolescentes possuem, como decorrência de sua situação de vida, um profundo sentimento de desesperança, motivado pela falta total de assistência, seja de ordem médica, psicológica, social, educacional e, principalmente, familiar. Existe uma expressiva vontade de recomeçar a vida de uma outra forma, pois não se vêem como prostitutas

profissionais, apesar do forte desejo de completar a maioria para fugirem da ilegalidade. Os dramáticos relatos revelam um certo desejo tênue de mudar de vida, mas elas parecem ter consciência de que a complexidade de sua situação praticamente torna-as em pessoas quase condenadas.

Existe assim, pela somatória de todas estas situações, uma importante vulnerabilidade vinculada com fatores específicos como o gênero, a idade, o uso de drogas, a violência e a prostituição, além da vulnerabilidade social e institucional. Assim, somente com o entendimento da sinergia destas vulnerabilidades e a implementação de ações em todos os níveis, além de integralizadas, a epidemia de aids poderá deixar de apresentar aqui o mesmo padrão de disseminação da epidemia mundial, que atinge globalmente os mais pobres, entre eles as mulheres, os UDI e os mais jovens.

No caso específico estudado, impõe-se medidas amplas e integradas capazes de garantir a essas e outras adolescentes suscetíveis de vir a “adotar” esse estilo de vida a possibilidade de estarem menos expostas a agravos à sua saúde e aos riscos permanentes de sofrer maus-tratos e mesmo perder a vida nas mãos de pedófilos, de clientes insatisfeitos, de traficantes e até mesmo da polícia. Além disso, sua condição de possíveis portadoras de DST/aids e de consumidoras de drogas, torna evidente, de acordo com os dados arrolados, a necessidade crucial de medidas de cunho social mais amplo do que o necessário atendimento paliativo das necessidades imediatas que as atingem.

VIII – ANEXOS



Di Cavalcanti⁴¹. *Casa das Mulheres*. 1962

⁴¹ Di Cavalcanti. *Casa das mulheres*. 1962. Rio de Janeiro: Museu Castro Maya. Disponível em: http://www.cenaurbana.com.br/cultura/arte/di_cavalcanti.htm

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1.NOME DO PACIENTE _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : _____ **SEXO :** M () F ()

DATA NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO _____ **Nº** _____ **cep** _____

BAIRRO: _____ **CIDADE** _____

TELEFONE: _____ **2.RESPONSÁVEL LEGAL** _____

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE : _____ **SEXO:** M () F ()

DATA NASCIMENTO.: ____/____/____

ENDEREÇO _____ **Nº** _____ **cep** _____

BAIRRO: _____ **CIDADE** _____

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1.TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA⁴²

“Estudo da população de adolescentes que vivem na rua, consumidoras de drogas e envolvidas com violência e prostituição na cidade de Santo André ”.

2.PESQUISADORES:

Dr. Arthur Guerra de Andrade

Médico – CRM 33807

Prof. Titular da Faculdade

de Medicina do ABC

Dra. Eliane Lima Guerra Nunes

Médica Psicanalista – CRM 61456

⁴² A mudança de título da dissertação foi orientada pela banca de qualificação.

3.AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: SEM RISCO

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : A pesquisa será realizada durante aproximadamente um mês, sendo que cada adolescente pesquisada poderá ser trazida por alguma colega entrevistada, segundo um roteiro semi estruturado, em conversa livre e gravada, além de uma coleta de sangue para exame sorológico de aids e hepatites.

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

Está pesquisa visa:

1. Levantar quantos casos existem na cidade de adolescentes afetadas pelos problemas relacionados ao uso, abuso, dependência de álcool e/ou outras drogas, para que futuramente possamos atender adequadamente esta população afetada e adotar medidas preventivas eficazes.
2. Observar a visão que as pessoas tem a respeito dos graves riscos quanto ao uso de Álcool e outras drogas, além das DSTs.

A pesquisa será feita: Através de um questionário respondido pelo entrevistado e aplicado pela orientanda responsável e uma coleta de exame sorológicos.

Objetivo: Identificarmos a vulnerabilidade de cada uma relacionadas às drogas, à prostituição e à violência.

Riscos: Não há nenhum risco em se responder o questionário, pois as informações são sigilosas . Podendo a entrevistada desistir de respondê-lo.

Benefícios: Obter ajuda psicológica, médica e social no serviço público que apóia a pesquisa, o Centro de Atenção Psicossocial –Dependência Química – CAPS – DQ, se tiver alguém que tenha problemas relacionados ao uso, abuso, dependência de drogas e a US de Vila Guiomar, caso seja encontrada alguma DST ou que necessite de apoio e/ou esclarecimento.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR

GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA: Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência. Salvaguardada da confidencialidade, sigilo e privacidade.

Disponibilidade de assistência no CAPS-DQ- Rua Henrique Porchat, 44 e na Unidade de Saúde de Vila Guiomar /ARMI, para eventuais problemas referentes à saúde descobertos na pesquisa.

V-INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA

Responsável técnico: Dra. Eliane Lima Guerra Nunes- tel. 81874172

VI - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, eu consinto em participar da presente pesquisa.

Santo André, ___ de dezembro de 2003

assinatura do sujeito da pesquisa

assinatura do pesquisador

Anexo 2

TÓPICOS DA ENTREVISTA

Dados sócios-demográficos:

Idade

Escolaridade: até que ano estudou, parou porque? Porque não retomou os estudos?

Moradia: onde mora? Como mora?

Vive com quem? Companheiro/a, só, instituição, grupo etc.

Trabalho: trabalha? O emprego é formal ou informal? Quando é informal inclui roubo ou prostituição?

Família de origem:

Constituição: pais (verdadeiros, adoção, etc), trabalho, escolaridade, onde vivem.

Irmãos (quantos? homens e/ou mulheres? Moram com os pais?).

Harmonia entre os membros da família

Uso de drogas entre os membros da família: quem usa? O que usa? Quem usava? O que usou?

Conseqüência desse uso (atritos na família, maus tratos, ou quem?)

Desligamento da Família:

Motivo da saída :

órfã?

Violência familiar?

Abuso físico e/ou sexual?

Casamento? Expulsa?

Gravidez precoce?

Uso de drogas na família,

Uso de drogas pessoal?).

Idade em que se deu o fato

Família tentou impedir ou alguém da família tentou impedir?

Onde foi viver assim que deixou sua família: já havia um lugar?

Com amigos/as? Na rua? Alguém te ajudou? Te acolheu? Quem?

Vida na rua:

Porque decidiu viver na rua e não com parentes?

Como foi a primeira noite na rua?

Conhecia alguém que já vivia na rua?

Como se deu à ligação a um grupo? Tinha um líder?

Como era constituído esse grupo? (idade, sexo, motivos de viver na rua, quantidade).

Onde vivia? Era ligada a alguma casa de ajuda?

Cultura de Sobrevivência:

Como era viver nesse grupo?

O relacionamento era harmonioso?

Porque você se identificou com esse grupo?

Foi sua escolha?

Foi convidada?

Já havia conhecidos?

Como recém chegada você tinha deveres diferentes?

Havia tarefas?

Quais eram?

O que ocorria se as tarefas não eram cumpridas?

As meninas faziam as mesmas coisas que os meninos?

O que faziam para sobreviver

(roubo, prostituição, esmola, venda de coisas no farol, lavar carros, tomar conta de carros, etc)

Os mais jovens também praticavam as mesmas coisas?

Você sofreu algum tipo de violência na rua?

Você chegou a matar alguém?

Ou cometeu algum delito grave?

Você foi presa?

Você foi por qual motivo?

Para onde foi levada?

Por quem?

Quanto tempo ficou?

Como saiu? (breve relato desta experiência)

Você sofreu estupro na rua?

Por quem, componentes do grupo, alguém desconhecido, polícia?

Que outras violências você sofria na rua?

Roubo:

Como você roubava?

Como foi a primeira vez que roubou?

Quem eram as vítimas?

Você tinha medo?

Com quantos anos você começou a roubar?

O que você roubava?

Como era repartido o lucro do roubo? Vendia? Trocava? Com quem?

Para quem?

Você ia em grupo ou sozinha?

A polícia já pegou você roubando?

Você roubava sob efeito de droga? Qual?

Prostituição:

Com quantos anos você começou a se prostituir?

Porque você se prostituiu? Alguém te obrigou? Quem te ensinou essa prática?

E hoje, quais são os motivos?

Quem eram seus/são seus clientes?

Como você escolhia/escolhe?

Usava/usa preservativo?

Você conhece preservativo feminino? Já usou? O que achou?

Quanto você cobrava/cobra o programa?

Os clientes pagavam/o que você pedia/pede?

Alguém te protegia/protege de violência?

Você praticava/pratica qualquer tipo de sexo?

O preço variava/varia?

Onde você fazia/faz o programa?

Quantos programas você fazia/faz por noite?

Você ganhava/ganha dinheiro ou droga?

Você fazia/faz coisas que te obrigavam/obrigam?

Você fazia/faz programa sob efeito de droga? Qual?

Gravidez:

Você já engravidou?

Você quis engravidar?

Sabe quem é o pai?

É algum cliente de programa?

Quem é?

Teve a oportunidade de algum acompanhamento médico?

Onde, com quem e como vive esta/as criança/s?

Que idade ela/s tem agora?

Você usou droga durante a gravidez?

A/as criança/s tem algum problema de saúde?

Você já fez aborto?

Espontâneo? Ou de que forma?

Histórico do uso de drogas:

Você usa ou usou drogas?

Qual foi a primeira droga que você usou?

Quantos anos você tinha quando usou a primeira droga?

Você usou antes de ir para a rua?

Quem te deu? Porque você usou?

Como você conseguia/consegue?

No grupo, na rua, todos usavam/usam drogas? Quais?

Vida atual:

O que você faz hoje?

Trabalha, rouba, prostitui-se, etc?

Você tem sofrido algum tipo de violência ou discriminação? Por quem?

Onde mora? Você tem companheiro/a? Ele/a te ajuda?

Usa droga? Qual?

É feliz? Gosta do que faz?

O que mais te dá prazer?

Você cuida da sua higiene e saúde pessoal?

Alimenta-se? Dorme? Com que frequência?

E sua menstruação é regular?

Faz/fez algum tipo de consulta (médica, dentista) ultimamente?

Perspectiva de futuro:

Você imagina mudar de vida? Você quer mudar de vida?

Acha que não tem chance?

Esta satisfeita com a vida leva?

O que você gostaria de mudar na sua vida? Você tem idéia de como isso seria possível?

Você tem tido ajuda de alguém no seu círculo de relacionamentos?

Conhecimento de risco:

Você sabe o que é aids e DSTs?

Tem idéia do risco, como se “pega”?

Como faz para não pegar?

Você já fez o teste para aids?

Você é soropositivo (HIV) ou já pegou alguma doença por via sexual?

Tem controle ou faz algum tipo de tratamento especial?

Preocupa-se em não passar a doença para os parceiros?

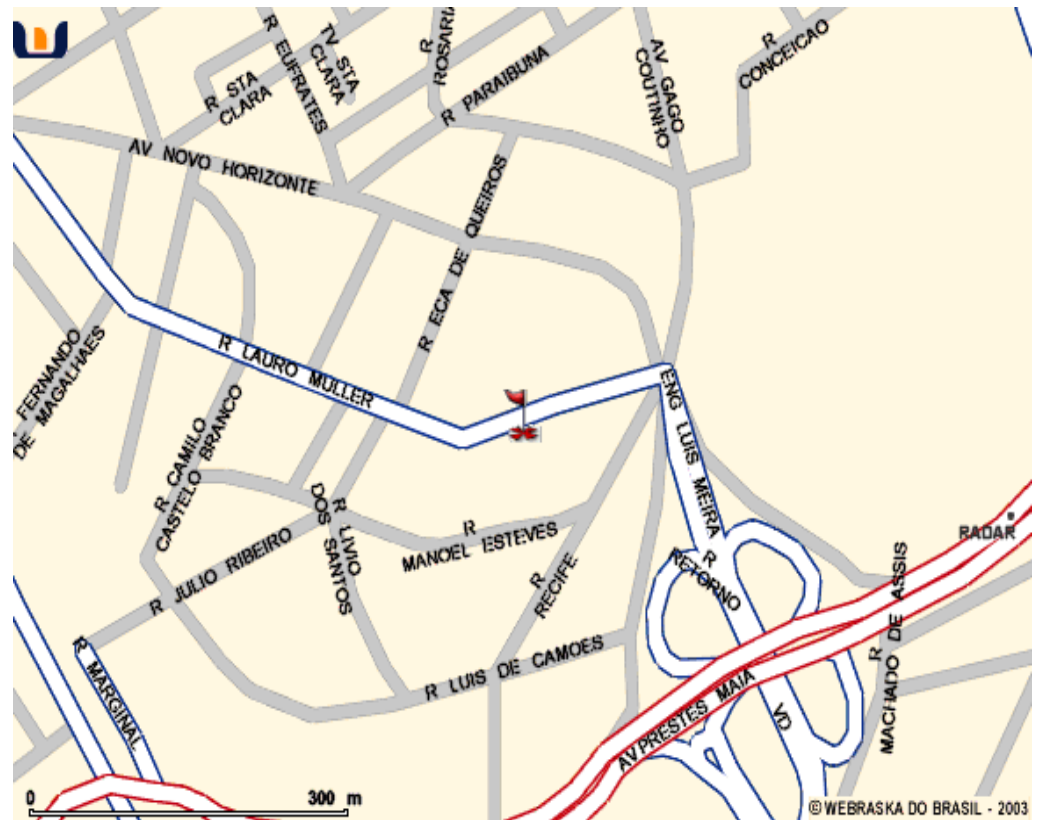
Você acha que os seus parceiros de programa não têm doenças?

Como você percebe quem tem doença?

Anexo 3

PROSTITUIÇÃO JUVENIL

Ruas de fluxo de prostituição juvenil ⁴³



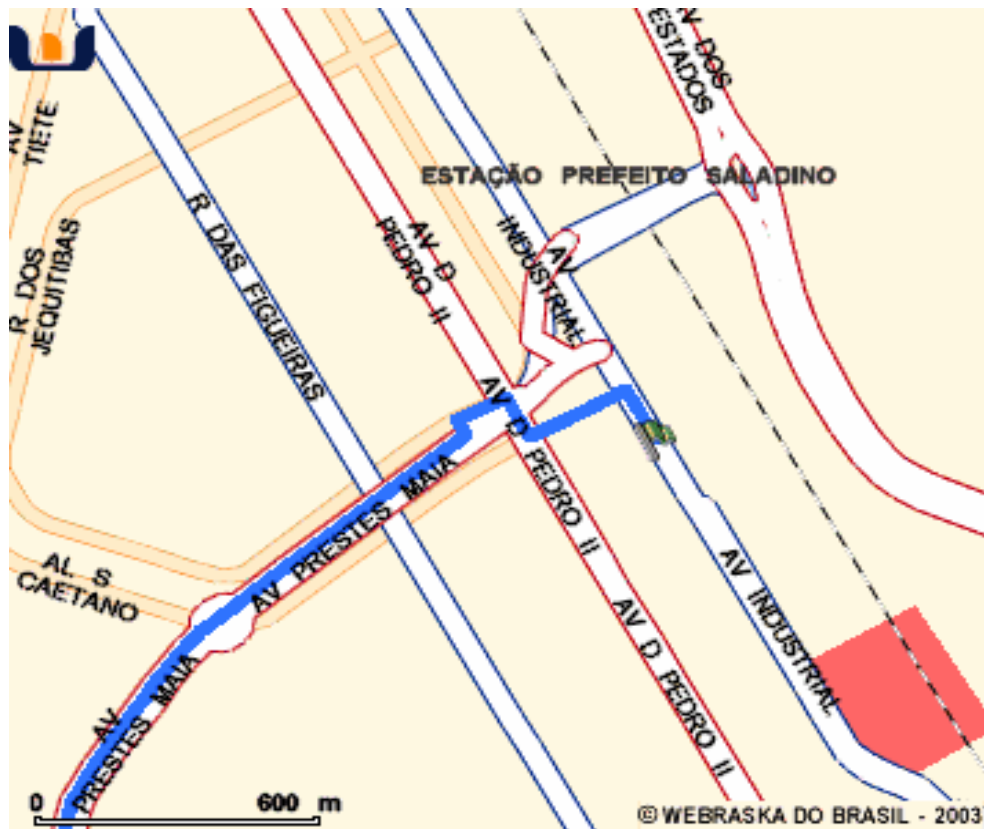
Esta é a principal via de prostituição da cidade, na Vila Sacadura Cabral, entre a avenida Lauro Miller, a avenida Novo Horizonte e a Rua Santa Clara, próximas à Avenida Prestes Maia e a Avenida Lions.

Fica nas imediações da Faculdade de Medicina do ABC, Diário do Grande ABC e vias de acesso a São Bernardo e ao Complexo Anchieta/Imigrantes.

⁴³ Mapas localizados no site do Apontador – www.apontador.com.br

PROSTITUIÇÃO DE ADULTOS

Ruas de prostituição de adultos



Estas são as imediações onde ocorre atualmente a prostituição, que saiu do centro da cidade e foi para outros bairros próximos de Santo André, como o Campestre e Jardim, que é uma parte nobre da cidade, próximas ao Shopping Plaza, Hotel Íbis, Parque Celso Daniel. E onde ocorre o 'trottoir' da cidade e onde se concentra a maioria dos estabelecimentos voltados para esta atividade ('drive-ins', casas de massagem, motéis e bares).

CORREDOR DE FLUXO UNINDO OS LOCAIS DE PROSTITUIÇÃO ADULTA E INFANTIL



Este é um corredor de grande fluxo de carros e automóveis de carga que trafegam pela Av. Industrial em Santo André, Bairro Campestre, passando pelas avenidas Prestes Maia e Lions, fazendo divisa com São Bernardo do Campo e São Caetano, indo em direção ao complexo Anchieta/Imigrantes que une Santos à São Paulo.

É um trajeto que une os lugares de prostituição adulta (Av. Industrial - bandeira verde no mapa) aos de prostituição juvenil (Av. Prestes Maia, a Av. Lauro Miller e Av. Lions – bandeira vermelha no mapa).

IX – REFERÊNCIAS



Balthus⁴⁴. *Los Dias Hermosos*.1931

⁴⁴Balthus. Los Dias Hermosos. 1931. Disponível em:
http://www.anarkasis.com/eroticon/1934_balthus/balthus/08.jpg

Ackermann L, Klerk GW. Social factors that make South African women vulnerable to HIV infection. *J Int Council Womens Health Issues*. 2002; 23 (2):163-72.

Adorno R. Os imponderáveis circuitos dos vulneráveis cidadãos: trajetórias de crianças e jovens das classes populares. In: Lerner J. *Cidadania, verso e reverso*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado; 1998. p. 93-109.

Ahmed F. Unmarried mother as a high-risk group for adverse pregnancy outcomes. *J Community Health* .1990; 15 (1):35-44.

Alves PB, Koller SH, Silva AS, Santos CL, Silva MR, Reppold CT, Prade LT. Atividades cotidianas de crianças em situação de rua. *Psic Teor Pesq*. 2002; 18(3): 305-13.

Angrimani D. Meninas se prostituem por drogas. *Diário do Grande ABC*, Santo André. 2003a jul 6; Setecidades: 1 [citado 1 fev 2004]. Disponível em:

<http://www.dgabc.com.br/Setecidades/Setecidades0.idc?conta1=370045>.

Angrimani D. Programa com menina prostituta pode dar cadeia. *Diário do Grande ABC*, Santo André. 2003b jul 6; Setecidades:4 [citado 1 fev 2004]. Disponível em:

<http://www.dgabc.com.br/Setecidades/Setecidades0.idc?conta1=370045>.

Aptekar L. Crianças de rua nos países em desenvolvimento: uma revisão de suas condições. *Psicol Reflex Crit*.1996; 9 (1):153-84.

Aptekar L. Characteristics of street children of Colombia. *Child Abuse Negl.* 1989;133: 427-37.

Ayres JCRM, Franca-Junior I, Calazans GJ. Vulnerabilidade e prevenção em tempo de Aids. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p. 49-72.

Ayres JCRM. Práticas educativas e prevenção ao HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface Comunic Saude Educ.* 2002; 6(11):11-24.

Ayres JCRM, França-Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003a. p.117-40.

Ayres JCRM, Freitas AC, Santos MAS, Saletti Filho HC, França Junior I. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface Comunic Saude Educ.* 2003b; 7(12):123-38.

Ayres JCRM, Segurado ALC, Galano E, Marques, HHS, França Jr I, Silva MH, Negra MD, Silva NG, Gutierrez PL, Lacerda R, Paiva V. *Vulnerabilidade e cuidado: atenção psicossocial na assistência à saúde de adolescentes vivendo com HIV/aids. Relatório final 2001-2003.* São Paulo: Enhance Care Initiative/ECI; 2004.

Azevedo MA, Guerra VA, organizadores. *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. São Paulo: Cortez; 1993.

Bagley C. Adolescent prostitution in Canada and Philippines: statistical comparisons, an ethnographic account and policy options. *Int Soc Work*. 1999; 42(4): 445-54.

Barbosa, RM. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. In: Barbosa, RM, Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p.73-88.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70; 1979.

Barreto A, Boyer JP. *O índio que vive em mim*. São Paulo: Terceira Imagem; 2003.

Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad Saúde Publica*. 2000;16 (supl 1):65-76.

Bayatpour M, Wells RD, Holford S. Physical and sexual abuse as predictors of substance use e abuse and suicide among pregnant teenagers. *J Adolesc Health*.1992; 13:128-32.

BEMFAM - Sociedade Civil Bem Estar da Família no Brasil. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. Relatório*. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997.

Bienarck P, Waldorf D. Snowball sampling-problems and techniques of Caín referral sampling. *Sociol Meth Res.*1981; 2:141-63.

Bird SM, Hutchinson SJ, Goldberg DJ. Drug-related deaths by region, sex, and age group per 100 injecting drug users in Scotland, 2000-1. *Lancet.* 2003; 20:941-4.

Boyd MR, Phillips K, Dorsey CJ. Alcohol and other drug disorders, comorbidity, and violence: comparison of rural African American and Caucasian women. *Arch Psychiatr Nurs.* 2003; 17(6):249-58.

Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo: Atlas; 2003.

Brener ND, Collins JL Co-occurrence of health risk behaviors among adolescents. *J Adolesc Health.* 1998; 22: 209-13.

Brigadão JIM. *Prostitutas no jardim da luz: dor e prazer na batalha pela sobrevivência* [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade São Paulo; 1998.

Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald C. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil:uma epidemia multifacetada. *Rev Bras Med Trop.* 2000; 34 (2):207-17.

Brugal MT, Borrell C, Díaz-Quijano E, Pasarín MI, García-Olalla, Villalbi JR. Deprivation and AIDS in a southern European city. *Eur J Health.* 2003;13:259 - 61.

Bucher R. *Drogas e sociedade nos tempos da Aids*. Brasília: Editora universidade de Brasília; 1996.p.117-31.

Calligaris ER. *Prostituição: o eterno feminino* [dissertação]. São Paulo: Universidade Pontifícia Católica; 1998.

Camejo MI, Mata G, Diaz M. Prevalencia de hepatite B, hepatite C y sífilis en trabajadoras sexuales de Venezuela. *Rev Saúde Publica*. 2003;37(3): 339 - 44.

Campos MA, Siqueira JDR. Redução de danos e terapias de substituição em debate: contribuição da Associação Brasileira de Redutores de Danos. *J Bras Psiquiatr*. 2003; 5(52): 387-93.

Castilho EA, Bastos FI, Scwarcwald CL, Bastos FI, Fonseca MGM. A AIDS no Brasil: uma epidemia em mutação. *Cad Saúde Publica*. 2000; 16(supl 1):4 - 5.

Carvalho HB, Seibel SD, Burattini MN, Massad E, Reingold A. Vulnerabilidade às infecções pelo HIV, Hepatites B e C e sífilis entre adolescentes infratores institucionalizados na cidade de São Paulo, Brasil. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2003;15(3):41-5.

Cavalcante MS, Ramos Junior AN, Silva TMJ. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do nordeste. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004; 26(2):131-8.

CLAVES. Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli. Boletim Epidemiológico Morbi-Mortalidade. Rio de Janeiro:

CLAVES/ENSP/FIOCRUZ; 1999. [citado 5 abr 2004]. Disponível em:
<http://www.claves.fiocruz.br/Boletim%203.PDF>.

Conte M. Os efeitos da modernidade: o consumo de álcool, drogas, ilusões. *Rev Assoc Psicanalitica Porto Alegre*.1996;6(12):83-8.

Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of vulnerability. *Soc Sci Med*. 2000; 50:1557-70.

Deslandes S. Drogas e vulnerabilidades à violência In: Minayo MC. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 243.

Devereux G. *From anxiety to method in the behavioral sciences*. Paris: Mouton et Co; 1967.

Dimenstein G. *Meninas da noite: a prostituição de meninas-escravas do Brasil*. 3ª ed. São Paulo: Ática; 1992.

Dowsett GW. Some considerations on sexuality and gender in context of AIDS. *Reprod Health Matters*. 2003;11:21-9.

EUROHIV. European Center for Epidemiological Monitoring of AIDS. *Surveillance in Europe*; end-year report 2002; n.68 [citado 2004 Apr 1]. Available from: http://www.eurohiv.org/reports/report_68/pdf/report_eurohiv_68.pdf.

EUROHIV. European Center for Epidemiological Monitoring of AIDS. *Surveillance in Europe*; end-year report 2003; n.69 [citado 2004 Apr 1].

Available from:

http://www.eurohiv.org/reports/report_69/pdf/rapport_eurohiv_69.pdf.

Ezard N. Public health, human risk, rights and harm reduction paradigm: from risk reduction to vulnerability reduction. *Int J Drug Policy*. 2001;12: 207-19.

Farmer P. AIDS as a global emergency. *Bull World Health Organ*. 2003; 81(10); 699.

Farmer P. Women, Poverty and AIDS. In: Farmer P, Connors M, Simmons J. *Women, poverty and AIDS: sex, drugs and structural violence*. Monroe: Common Courage Press; 1996. p.3-38.

Fernandes C. Escombros da Industrial esconde miséria. *Diário do Grande ABC*. Santo André. 2002 maio 19; Setecidades: 1. [citado 1 fev 2004]. Disponível em:

<http://www.dgabc.com.br/Setecidades/Setecidades0.idc?conta1=282311>.

Ferigolo M, Barbosa FS, Arbo E. Prevalência do consumo de drogas na FEBEM, Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26(1):10-6.

Ferreira RMF. *Meninos da rua: valores e expectativas de menores marginalizados em São Paulo*. São Paulo: CEDEC; 1979.

Figueiredo R, Ayres JRJM. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres à DST/AIDS em São Paulo, SP. *Rev Saude Publica*. 2002; 36 (supl 4):96-107.

Fonseca MGP, Szwarcwald CL, Bastos F. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. *Rev Saude Publica*. 2002; 36(6):678-85.

Fonseca MGP, Travassos C, Bastos FI, Silva NV, Szwarcwald C. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. *Cad Saude Publica*. 2003;19(5):1351-63.

Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis:Vozes.1987. p.195-214.

Freda H. Toxicomania, uma das formas da modernidade. In: Inem C, Baptista M. *Toxicomania: abordagem clínica*. Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ/Sete Letras; 1997. p.33-6.

Gama SGN, Szwarcwald C, Leal MC. Pregnancy in adolescence, associated factors, and perinatal results among low-income post-partum women. *Cad Saude Publica*. 2002;18 (1):15 -61.

Gofman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva. 1961. p.17.

Gomes RF, Bentes L. *O brilho da infelicidade*. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise/Kalimeros; 1998.

Gomes R. *O corpo na rua e o corpo da rua: a prostituição infantil feminina em questão*. São Paulo: Unimarco; 1996.

Gomes R, Minayo MC, Fontoura MH. A prostituição infantil sob a ótica da sociedade e da saúde. *Rev Saude Publica*.1999;33(2):171-9.

Gray JA, Dore GJ, Li Y, Supawitkul S. HIV-1 infection among young female commercial sex workers in rural Thailand. *AIDS*.1997;11:89-94.

Greene JM, Ennet ST, Ringwalt C. Prevalence and correlates of survival sex among runaway and homeless youth. *Am J Public Health*. 1999;89(9):406-9.

Hamers FF, Downs AM. HIV in central and eastern Europe. *Lancet*. 2003; 361: 1035 - 44 [cited 2004 Apr 5]. Available from: <http://image.thelancet.com/extras/02art6024web.pdf>.

Hernandez-Giron C, Cruz-Valdez A, Figueroa LJ. Prevalencia y factores de riesgo asociados a sífilis en mujeres. *Rev Saude Publica*. 1998;32(6):579-86.

Hochgraf PB, Zilberman ML, Brasiliano S. A cocaína e as mulheres. In: Andrade AG, Leite MC. *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. São Paulo: Artmed Sul Ltda; 1999. p. 127-35.

Hsu J, Frisshman M. Abuso de substancias e infección por VIH. *Psiquiatr Salud Int*. 2002;(1):54-6,60.

Hutz CS, Koller SH. Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estud Psicol.* 1999;2:175-97.

Inchaurrega S. Drug use, harm reduction, and health policies in Argentina: obstacles and perspectives. *Clin Infect Dis.* 2003;37 (5):366-71.

Inen C, Baptista M. *Toxicomanias—abordagem clínica*. Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ/Sete Letras; 1997.

Jeolas LS, Ferrari RAP. Workshops on prevention for adolescents in a health service unit: a space for reflection and shared knowledge. *Cienc Saude Coletiva.* 2003;8(2):611-20.

Jorge MH, Gawryszewski VP, Latorre MR. Analysis of mortality data. *Rev Saude Publica.* 1997;31:5-25.

Junqueira MP, Deslandes SF. Resiliência e maus-tratos à criança. *Cad Saude Publica.* 2003;19(1):227-35.

Kessler F, Von Diemen L, Seganfredo AC, Brandão I, Saibro P, Scheidt B, Grillo R, Ramos SP. Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Rev Psiquiatr Rio Gd do Sul.* 2003;25(1):33-41.

Kodato S, Silva APS. Homicídios de Adolescentes: Rfletindo sobre alguns fatores associados. *Psic Reflex Clin.* 2000;13(3):507-15

La Barra X. Poverty: the main cause of ill health in urban children. *Health Educ Behav.* 1998;25:46-59.

Lacan J. *Seminário XVII: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1991. p.153.

Laplantine F. *Aprender etnopsiquiatria*. São Paulo: Brasiliense; 1994.

Leite GS. *Eu, mulher da vida*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1991.

Machado-Pais J. Sexualidad juvenil e cambio social: el caso de Portugal. *Salud Publica Mex.* 2003; 45(Suppl 1):26-33.

Maciel C, Brito S, Camino L. Explicações das desigualdades sociais: um estudo com meninos em situação de rua de João Pessoa. *Psicol. Reflex. Crit.* 1998; 11(2):209 - 32.

Macklin R. Bioethics, vulnerability and protection. *Bioethics.* 2003; 17:472-86.

MacRae E, Gorgulho M. Redução de danos e tratamento de substituição: posicionamento da Rede Brasileira de Redução de Danos. *J Bras Psiquiatr.* 2003; 5(52):371-4.

Mann JM, Tarantola D. *A Aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.

Marlatt G. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artmed; 1999.

Marques AC, Petta R, Cruz MS. O adolescente e o uso de drogas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22 (supl 2):32-6.

Mcfarlane J, Parker R, Soeken K. Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: prevalence, interrelationships, and effects on birth weight. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996; 25 (4):313-20.

Melman C. *Alcoolismo e delinquência toxicomaniaca: uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta; 1992.

Menke EM, Wagner JD. A comparative study of homeless, previously homeless and a never homeless school-age childrens health. *Compr Pediatr Nurs*. 1998;20(3):153-73.

Mesquita F, Bastos IF. *Trocas de seringas: drogas e AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

Mesquita S, Seibel S. *Consumo de drogas: desafios e perspectivas*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 33-4.

Mezzich AC, Giancola PR, Tarter RT, Lu S, Parks SM, Barret CM. Violence, suicidality, and alcohol/drug use involvement in adolescent females with a Psychoactive Substance use Disorders and Controls. *Alcohol Clin Exp Res*. 1997;7(21):300-7.

Milan E. Extrovertidamente felizes. *Jornal Folha de São Paulo*; São Paulo. 2000 mar 12; Caderno Mais: 16 [citado 1 fev 2004]. Disponível em: http://www2.uol.com.br/bettymilan/artigos/00_173.htm

Miller C, Tyndall M, Spittal P, Li K, Laliberti N, Schechter MT. HIV incidence and associated risk factors among young injection drug users. *AIDS*. 2002; 16(3): 491-3.

Miles GM. Children don't do sex with adults for pleasure: Sri Lanka children's views on sex and sexual exploitation. *Child Abuse Negl*. 2000;24(7):995-1003.

Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994. Minayo MC, Deslandes S. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad Saude Publica* .1998;14(1):35-42.

Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D. Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety or substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59:77-84.

Monteiro S. *Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Montenegro T. Diferenças de gênero e desenvolvimento moral das mulheres. *Rev Estud Fem*. 2003; 11 (2):493-508.

Morais VO, Moura MV, Costa MC, Patel BN. Doenças sexualmente transmissíveis, Aids e uso/abuso de substâncias psicoativa na adolescência. *J Ped (Rio J)*. 2001;77(2):190-204.

Moura SL. The social distribution of reports of health-related concerns among adolescents in São Paulo, Brazil. *Health Educ Res.* 2004;19(2):175-84.

Moura SL, Harpham T, Lyons M. The social distribution of explanations of health and illness among adolescents in São Paulo, Brazil. *J Adolesc.* 2003;26:459-73.

MS.Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/Aids, série avaliação 4. Ministério da Saúde.Brasília;1988 [citado 5 abr 2004]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/avalia4/resultados/apresentacao.htm>

MS.*Manual de redução de danos* n.42. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids; 2001.

MS. *Boletim Epidemiológico AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [citado 5 jun 2004]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/boletim_dezembro_2003/bol_dezembro_2003.pdf.

Muza GM, Costa MP. Tools for planning a project to promote adolescent health and development: the adolescents' perspective. *Cad Saude Publica.* 2002;18(1):1321-8.

Nagelkerke NJD, Jha P, Vlas SJ, Koremromp EL, Moses S, Blanchard JF, Plummer FA. Modelling HIV/AIDS epidemics in Botswana and India:

impact of interventions to prevent transmission. *Bull World Health Organ.* 2002;80 (2):89-96.

Nath MB Women's health and HIV: Experience from a sex workers' project in Calcutta. *Gender Develop.* 2000;8(1):100-8.

Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MC. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 20^a ed. Petrópolis: Vozes; 1994. p.51-66.

Noto AR, Nappo S, Galduróz JCF, Carlini EA. *III levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua de cinco capitais brasileiras.* São Paulo: CEBRID/AFIP; 1993.

Noto AR, Nappo S, Galduróz JCF, Mattei R, Carlini EA. *IV levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras.* São Paulo: CEBRID/AFIP; 1998.

O'Hare AP, Newcombe R, Mathews A, Burnning EC, Drucker E. *La Reducción de los daños relacionados con las Drogas.* Barcelona: Grup Igia; 1995. p.175.

Oliveira AL. *A difícil vida fácil: a prostituta e sua condição.* Petrópolis: Vozes; 1984.

Parker R, Galvão J. *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil.* Rio de Janeiro: Relume-Dulmará/ABIA; 1996.

Parker R, Camargo Jr K. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad Saude Publica*. 2000;16(sup 1):89-102.

Paiva V. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. In: Parker R, Barbosa RM, organizadores. *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará; 1996. p.213-34.

Paiva V. Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p.251-69.

Paiva V, Latorre MR, Ghgravato N, Lacerda R, ECI – Brasil. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(6):1609-20.

Pechansky F. Modelo teórico de exposição a risco para transmissão do vírus HIV em usuários de drogas. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001; 23 (1):41-7.

Pedersen W, Hegna K. Children and adolescent who sell sex: a community study. *Soc Sci Med*. 2003;56:135-47.

Peres CA, Paiva V, Silveira F, Peres RA, Hearst N. Prevenção da AIDS com adolescentes encarcerados em São Paulo, SP. *Rev Saude Publica*. 2002;36(supl 4):76-81.

Preti D. *Análise de textos orais*. São Paulo: EPU/FFLCH/USP; 1993.

Pommier G. *A exceção feminina*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora; 1997.

Qualls-Cobert N. *A prostituta sagrada: a face eterna do feminino*. São Paulo: Paulus; 1990.

Rafaelli M, Campos R, Merrit A, Siqueira E, Antunes CM, Parker R, Greco M, Greco D. Sexual practices and attitudes on street youth in Belo Horizonte, Brazil. *Soc Sci Med*. 1993; 7: 661-70.

Rago M. *Os prazeres da noite: prostituição e códigos da sexualidade feminina em São Paulo (1890-1930)*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1991.

Rago M. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995.

Ribeiro MO. A rua: um acolhimento falaz às crianças que nela vivem. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2003;11(5):622-9.

Rios LF, Pimenta C, Brito I, Terto VJ, Parker R. Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. *Cad CEDES*. 2002; 22(57):45-61.

Robles RR, Matos TD, Colon HM, Sahai H, Reyes JC, Marrero CA, Calderon MS. Mortality among hispanic drug users in Puerto Rico. *PR Health Sci J*. 2003; 22(4):369-76.

Rosa MD. O discurso e o laço social dos meninos de rua. *Psicol USP*. 1999;10(2):205-17.

Ruzany MH, Taquette SR, Oliveira RG. Does violence in the emotional relationships make STD/AIDS prevention more difficult? *J Pediatr (Rio de J)*. 2003;79 (4):349-54.

Safioti I. Exploração sexual de crianças. In: Azevedo MA, Guerra VNA, organizadores. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu; 1989. p.49-95.

Santiago J. *A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

Scivoletto S, Zilberman ML, Fleitlich BW. Uso de álcool, drogas e tabaco na adolescência. In: Scivoletto S. *Manual de medicina da adolescência*. Belo Horizonte: Health; 1997. p.93-114.

Scivoletto S, Tsujo RK, Abdo CHN, Queriroz S, Andrade AG, Gattaz WF. Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2º.grau de São Paulo. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(2):87-94.

SEADE. Fundação Sistema de Análise de Dados. Estado de São Paulo. Informações Municipais.2001.

Semaille C, Alix J, Downs AM, Hamers FF. HIV infection in Europe: large east-west disparity. *Euro Surveill*. 2003;8(3):57-64 [citado 2004 May 6]. Disponível em: <http://www.eurosurveillance.org/em/v08n03/v08n03.pdf>.

Shiono PH, Klebanoff, Nugent RP, Cotch MF. The impact of cocaine and marijuana use on low birth weight and preterm birth: a multicenter study. *Am J Obst Gynecol.* 1995;172(1):19-27.

Silva APL. *Prostituição e adolescência: prostituição juvenil no interior do Pará "Trombetas e os garimpos do Vale dos Tapajós"*. Pará: CEJUP; 1997.

Silva AS, Reppold CT, Santos CL. Crianças em situação de rua de Porto Alegre: um estudo descritivo. *Psicol Reflex Crit.* 1998;11(3):441-7.

Silveira C, Doneda D, Gandolfi D, Hoffmann, Mecdo P, Delgado PD, Benevides Moreira S. Políticas do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. *J Bras Psiquiatr.* 2003;5(52):335-9.

Silverman JG, Raj A, Mucci LA, Hathaway J. Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. *JAMA.* 2001;286(5):572-9.

Simon CP. *Prostituição juvenil feminina: uma abordagem compreensiva* [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade São Paulo; 1999.

Simon CP, Silva RS, Paiva V. Prostituição juvenil e a prevenção de Aids em Ribeirão Preto. *Rev Saúde Pública.* 2002;36 (4):82-7.

Siqueira MD. A vida escorrendo pelo ralo: as alternativas de existência dos meninos de rua. *Estud Psicol.* 1996;2(1):161-74.

Spink MJ *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez; 2000.

Strazza L, Azevedo S, Carvalho HB, Massad B. Comparação do Comportamento Sexual, DST/aids e drogas entre adolescentes de uma escola particular e uma pública em São Paulo, Brasil. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2003;15(3):21-3.

Szwarcwald CL, Bastos FI, Barcellos C, et al. Dinâmica da epidemia de AIDS no Município do Rio de Janeiro, no período de 1988-1996: uma aplicação de análise estatística espaço-temporal. *Cad Saúde Publica*. 2001;17(5):1123-40.

Szwarcwald CL, Castilho EA. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. *Cad Saúde Publica*. 2000;16 (supl 1):135-41.

Taquette SR, Ruzany MH, Meirelles Z, Ricardo I. Violent relationship in young people and STD/AIDS risk. *Cad Saúde Publica*. 2003;19(5):1437-44.

Tarantola D. Facing the reality of AIDS – a 15 year process? *Bull World Health Organ*. 2001;79(12):1095.

Tarantola D. Reducing HIV/AIDS risk, impact and vulnerability. *Bull World Health Organ*. 2000;78(2):236.

Tfouni LV, Moraes J. A família narrada por crianças e adolescentes de rua: a ficção como suporte do desejo. *Psicol USP*. 2003;14(1):65-84.

Thadany PV. Biological mechanism and perinatal exposure to abused drugs. *Synapse*. 1995;19(3) : 228-32.

Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas; 1995.

Turmen T. Gender and HIV/AIDS. *Int J Gynecol Obstet*. 2003;82:411-8.

UNAIDS. Young people and HIV/AIDS: opportunity in crisis report 1/6/2002 UNAIDS/ UNICEF/ WHO. [citado 2004 Apr 1]. Disponível em: www.unaids.org.

Wallace R, Wallace D. Socioeconomic determinants of health: Community marginalization and the diffusion of disease and disorder in the United States. *Br Med J*. 1997;3:1341-5. [citado 2004 Apr 1]. Disponível em: <http://www.nyenvirolaw.org/PDF/Wallace-BMJ-community-Marginalisation-DiffusionOfDiseaseDisorderInUS.pdf>.

Wallace R, Wallace D. U.S. apartheid and spread of AIDS to the suburbs: A multi city analysis of the political economy of spatial epidemic threshold. *Soc Sci Med*. 1995;41:333-45.

WHO. World Health Organization Who declares failure to deliver AIDS medicines global health emergency. *Bull World Health Organ*. 2003;81(10).

WHO. World Health Organization. *Violence against women and HIV/AIDS: Setting the research agenda*. WHO/ FCH/ GWH. Geneva; 2000.

WHO. World Health Organization. *Programme on substance abuse: a one-way street ?* WHO/PSA. Geneva;1993.

Winnicott DW. *Privação e delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes; 1987.

Wood K, Maforah F, Jewels R. Sex, violence and constructions of love among Xhosa adolescents: putting violence on the sexuality education agenda. Final report. South Africa: CERSA-Women's Health medical Research Council; 1996.

Zilberman ML. *Características clínicas da dependência de drogas em mulheres* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1998.