

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

IDA KUROKI BORGES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DST/AIDS PARA ADOLESCENTES DE
UMA INSTITUIÇÃO ABRIGO COM EXPERIÊNCIA PREGRESSA DE VIDA
NAS RUAS DA CIDADE GOIÂNIA**

GOIÂNIA – 2004

IDA KUROKI BORGES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DST/AIDS PARA ADOLESCENTES DE
UMA INSTITUIÇÃO ABRIGO COM EXPERIÊNCIA PREGRESSA DE VIDA
NAS RUAS DA CIDADE GOIÂNIA**

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação – Nível Mestrado – da Faculdade de
Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para
a obtenção do título de Mestre em Enfermagem*

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem

*Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica,
filosófica, metodológica e tecnológica no cuidar em
saúde e em enfermagem*

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Medeiros

GOIÂNIA – 2004

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(GPT/BC/UFG)

B732r Borges, Ida Kuroki.
Representações sociais de DST/AIDS para adolescentes de uma instituição abrigo com experiência pregressa de vida nas ruas da cidade de Goiânia/ Ida Kuroki. – Goiânia, 2004.
128 f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, 2004.

Bibliografia : f. 111

1. Doenças sexualmente transmissíveis – Menores abandonados. 2. AIDS (Doença) – Menores abandonados. 3. Saúde Pública – AIDS – Prevenção. 4. AIDS – (Doença) na adolescência. I. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem. II. Título.

CDU: 616.97(817.3Goiânia)

FOLHA DE APROVAÇÃO

IDA KUROKI BORGES

"Representações sociais de DST/AIDS para adolescentes de uma instituição abrigo com experiência pregressa de vida nas ruas da cidade de Goiânia."

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação – Nível Mestrado – da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Enfermagem

Defendida e aprovada em _____ de _____ de _____, pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes examinadores:

Prof. Dr. (presidente) _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

"O homem está no menino, só que o menino não sabe. O menino está no homem, só que o homem o esqueceu. O bom de ser menino, o bom de ser criança, é poder ser este susto, mas deixa o menino lá. O homem que há no menino dorme tão feliz lá dentro... Não se acorde no menino o homem que ele será" (Ziraldo)

Ao Renaldo meu esposo e companheiro, de tantas horas de dúvidas e angústias compartilhadas, das contribuições espontâneas, e dos meus filhos, André Ricardo, Flávio Augusto e Ana Paula pelo carinho e estímulo de quem está próximo.

AGRADECIMENTOS

- Ao Prof. Dr. Marcelo Medeiros, pelo apoio e orientação com clareza e determinação na construção deste trabalho, enriquecendo o conteúdo pela sua competência e solicitude durante a minha trajetória.
- Aos componentes da Banca Examinadora: Prof^a Dr^a Elza Maria Lourenço Ubeda, Prof^a Dr^a Sheila de Araújo Teles e Prof^a Dr^a Ana Lúcia Queiroz Bezerra.
- À Faculdade de Enfermagem e a todos os professores que não mediram esforços para a criação do Curso de Mestrado e, em especial, à coordenadora do Curso Prof^a Dr^a Denize Bouttelet Munari que soube conduzi-lo com diplomacia e competência contribuindo para o nosso crescimento profissional.
- À minha amiga Maria da Glória Rodrigues dos Reis, incentivadora no trabalho com meninos de rua.
- Às colegas da pós-graduação pela amizade e companheirismo durante nossa trajetória.
- A todos os colegas professores, pelo incentivo e colaboração.
- À amiga Normalene Sena de Oliveira pela parceria e confiança em facilitar nosso trabalho de campo.
- À Nunila Ferreira pelo empenho na elaboração do trabalho.
- Aos funcionários administrativos pela colaboração, tornando nossa vida acadêmica mais fácil.
- Aos demais familiares e amigos pelo apoio e incentivos constantes.
- A Deus por nos ter dado força e determinação em vencer mais uma etapa da nossa vida.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos atores sociais, verdadeiros protagonistas que deram vida a este trabalho, sem receios de compartilhar seus medos, angústias, desejos e emoções.

À direção e funcionários das instituições abrigo por facilitarem a nossa aproximação com essa população.

- Ao Prof. Dr. Marcelo Medeiros, pelo apoio e orientação com clareza e determinação na construção deste trabalho, enriquecendo o conteúdo pela sua competência e solicitude durante a minha trajetória.
- Aos componentes da Banca Examinadora: Prof^a Dr^a Elza Maria Lourenço Ubeda, Prof^a Dr^a Sheila de Araújo Teles e Prof^a Dr^a Ana Lúcia Queiroz Bezerra.
- À Faculdade de Enfermagem e a todos os professores que não mediram esforços para a criação do Curso de Mestrado e, em especial, à coordenadora do Curso Prof^a Dr^a Denize Bouttelet Munari que soube conduzi-lo com diplomacia e competência contribuindo para o nosso crescimento profissional.
- À minha amiga Maria da Glória Rodrigues dos Reis, incentivadora no trabalho com meninos de rua.
- Às colegas da pós-graduação pela amizade e companheirismo durante nossa trajetória.
- A todos os colegas professores, pelo incentivo e colaboração.
- À amiga Normalene Sena de Oliveira pela parceria e confiança em facilitar nosso trabalho de campo.
- À Nunila Ferreira pelo empenho na elaboração do trabalho.
- Aos funcionários administrativos pela colaboração, tornando nossa vida acadêmica mais fácil.
- Aos demais familiares e amigos pelo apoio e incentivos constantes.
- A Deus por nos ter dado força e determinação em vencer mais uma etapa da nossa vida.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos atores sociais, verdadeiros protagonistas que deram vida a este trabalho, sem receios de compartilhar seus medos, angústias, desejos e emoções.

À direção e funcionários das instituições abrigo por facilitarem a nossa aproximação com essa população.

BORGES, I. K. Representações sociais de DST/HIV/AIDS para adolescentes de uma instituição abrigo com experiência pregressa de vida nas ruas da cidade de Goiânia. 2004. 127p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2004.

Os adolescentes em situação de rua apresentam maior vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS, por conviverem com a violência, tráfico de drogas e exploração sexual inerentes ao universo das ruas e, também devido às dificuldades de assimilação de informações sobre o assunto e acesso aos serviços de saúde. Estes aspectos foram aprofundados com base no conhecimento produzido por diversas áreas quanto aos aspectos da sexualidade, vulnerabilidade e exposição para as DST/AIDS de adolescentes abrigados com experiência pregressa de vida nas ruas. O objetivo geral do estudo foi identificar e analisar as representações sociais da prevenção DST/HIV/AIDS por um grupo de adolescentes com experiência de vida nas ruas que vivem em uma instituição abrigo na cidade de Goiânia. Fundamentamos a investigação na abordagem social da pesquisa qualitativa em saúde tendo, como princípio metodológico, as representações sociais. Os dados foram coletados por meio da entrevista semi-estruturada junto a um grupo de adolescentes de ambos os sexos abrigados e observação participante anotadas em diário de campo. O tratamento dos dados baseia-se na modalidade temática da análise de conteúdo. Identificamos três categorias temáticas: *os adolescentes e o conhecimento para as DST/HIV/AIDS, prevenção e sexualidade*, através das quais verificamos que a AIDS é mais conhecida entre eles em detrimento de outras DST. Na suas concepções, a AIDS aparece como incurável levando fatalmente à morte. Apesar de saberem dos riscos, não utilizam dos meios de prevenção. Os fatores de riscos ligados à crença de onipotência, desinformação, o uso abusivo de drogas injetáveis ou não, dificuldade de acesso aos preservativos, faz com que diminua o limiar da percepção de riscos, e, conseqüentemente a adoção de proteção. O conhecimento da sexualidade é restrito às modificações físicas e biológicas, não sabendo como lidar com o corpo, nas fases de seu desenvolvimento físico, afetivo, sexual e social. Pela irregularidade com que iniciam a vida sexual, fazem com que, de alguma maneira, haja limitação no modo de se prevenirem contra as DST. Estes resultados nos levam a considerar a responsabilidade de estendermos nossas atividades além dos limites da academia contribuindo, assim, com as Políticas Públicas através de convênios mantidos com organizações governamentais ou não, no sentido de, num esforço conjunto traçarmos projetos efetivos de intervenções para esta população ainda desconhecida, dentro de seu contexto histórico, por grande parte da sociedade.

Palavras chaves: Crianças de rua; Doenças Sexualmente Transmissíveis; AIDS; Saúde Pública.

BORGES, I. K. Social representation of STD/AIDS for sheltered adolescents with life experience in the streets of Goiânia. 2004. 127p. Dissertation (Master's Degree). Nursing College of the Federal University of Goiás. Goiânia, 2004.

Adolescents in street situation likely exposed to STD/AIDS, because the street world is favorable for violence, use and traffic of drugs, sexual exploration and, also, they had difficulties to assimilate information about this subject and to access health services. These aspects had been discussed from the knowledge produced by health and social sciences about the sexuality, vulnerability and exposition for the STD/AIDS of sheltered adolescents with previous life experience in the streets. In this study we sought to identify and to analyze the social representations of prevention DST/AIDS for a group of adolescents with experience of life in the streets, living in a shelter institution in Goiânia, Goiás, Brazil. This inquiry has been based on social approach of qualitative research in health, which social representations as methodological principle. The data was collected by in-depth interview with a group of sheltered adolescents of both genres and diary-field notes from participant observations, and analyzed by thematic modality of the content analysis. As results we identified three thematic categories: "omnipotence and finite", prevention and risks, bodies changes, the knowledge of STD/AIDS to the adolescents, prevention and sexuality, in order to we verify that AIDS is better known among them than other STD. In their understanding AIDS appears as incurable disease leading to death. Although they know about risks they do not adopt a prevention behavior. The risk factors are linked to their own powerful beliefs, ignorance, use of inject able drugs or others and difficulties to get condoms makes that diminishes the risks perceptions threshold and, consequently, also their protection attitudes. The knowledge about sexuality is restricted to the physical and biological modifications, not knowing exactly what is happening with their body, in each phase of their physical, affective, sexual and social development. Considering the irregularity that initiates their sexual life time, some limitations to preventing their selves against STD appears. These results allow us to consider about our responsibility to extending our activities beyond the limits of Academy and thus, contributing to Public Policy elaboration through accords with governmental and non-governmental organizations, by a community effort to propose effective projects of interventions for this population, still unknown for great part of the society, inside of its historical context.

Keywords: Street Children; Sexually Transmitted Diseases; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Public Health.

Resumo	i
Abstract	ii
APRESENTAÇÃO	01
CAPÍTULO I – ADOLESCÊNCIA E AS DST/HIV/AIDS	07
1. Delimitando o objeto de estudo.....	08
2. Objetivo	16
CAPÍTULO II – CONSTRUÇÃO TEÓRICA	17
1. Crianças e adolescentes em situação de rua e as instituições de abrigo	18
2. o adolescente e a sexualidade	24
3. Adolescência, vulnerabilidade e exposição para as DST/HIV/AIDS.....	30
4. Ações e propostas dos programas de prevenção para as DST/AIDS.....	40
5. Pressupostos do estudo	44
CAPÍTULO III – METODOLOGIA	46
1. Opção metodológica	47
2. Campo de Estudo	49
3. Trabalho de Campo	54
CAPÍTULO VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
1. Caracterização da casa abrigo	62
1.1 Para meninas	62
1.2 Para meninos	66
2. Particularidades dos adolescentes entrevistados	70
2.1 As meninas	70
2.2 Os meninos	73
3. As categorias temáticas	75
3.1 “Onipotência e finitude”.	75
3.2 Prevenção e riscos	86
3.3 Sexualidade e mudanças no corpo.....	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
ANEXOS	125

APRESENTAÇÃO

Atualmente, grande parte da população brasileira vivencia um modelo de saúde precário baseado em ações curativas que, somado às desigualdades econômicas, sociais e políticas repercutem na sua saúde gerando tensões que atuam desde o nível individual até o coletivo. Neste contexto de crise social e de contradições que marcam o modelo econômico vigente, incluindo concentração de renda e exclusão social, notam-se diversos agravos à saúde da população.

Estudos sobre a morbi-mortalidade entre os adolescentes brasileiros revelam um quadro marcado por altos índices de contaminação por DST/HIV/AIDS, o uso de drogas, gravidez, e também o envolvimento em situações violentas dentro e fora de casa (RIBEIRO et al., 2003; BUENO,1997; TAWIL et al., 1995). Na população de adolescentes femininas, complicações de gravidez, parto e puerpério colocam em risco a sua saúde, como conseqüência de concepção em idade precoce (SANTOS & SANTOS, 1999; JORGE,1998; CASTILHO E SZWACWALD, 1998; BUENO,1997).

Todos esses agravos podem ser prevenidos e dependem da implementação de políticas públicas na área de saúde. O panorama descrito acima demonstra a estreita relação entre saúde, sociedade e cidadania, e ressalta a importância das pesquisas e direitos do adolescente pelos quais se devem pautar as políticas públicas.

Para enfrentar estes problemas, o Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional DST/AIDS desenvolveu nos últimos anos, de forma cooperativa com Instituições Governamentais e Organizações não Governamentais, um conjunto de ações com vistas a prevenir as DST, a aids e o uso indevido de drogas voltados para crianças, adolescentes e adultos jovens.

Como docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN-UFMG) e membro do Núcleo de Ações Interdisciplinares em DST/AIDS

(NUCLAIDS), desenvolvemos o projeto “Educação em Saúde para Prevenir DST/AIDS” em parceria com a Coordenação de DST/AIDS do Ministério da Saúde. Para sua viabilização, o projeto contou com vários “Cursos de Formação de multiplicadores na Prevenção de DST/HIV/AIDS” para enfermeiros, acadêmicos de diversas áreas, agentes de saúde, e professores da rede pública do ensino médio e fundamental.

Os temas abordados contemplavam não só as DST/HIV/AIDS em seus amplos aspectos e situações, como a sexualidade, uso e abuso de drogas, ética, direitos humanos e cidadania. A metodologia adotada nesses cursos com diversas oficinas de sensibilização, se caracterizava pela abordagem participativa proporcionando ao grupo momentos de reflexão e discussão, culminando na aquisição de conhecimentos individuais e coletivo, como a tomada de decisão.

Após o curso, estes profissionais e acadêmicos ficavam com a responsabilidade de repassar o treinamento para os grupos de adolescentes da comunidade do seu local de trabalho ou atuação. Apesar de relatos bem sucedidos junto ao grupo de adolescentes, observamos que a abordagem em relação ao mesmo, é permeada de peculiaridades e especificidades, exigindo dos profissionais uma atenção mais adequada e sistematizada junto a essa clientela. Resolvemos então estender nossa experiência além dos limites da academia, elegendo adolescentes com experiência pregressa de vida nas ruas, porém, que estivessem vivendo em uma instituição abrigo.

Entendemos que antes de iniciar qualquer projeto educativo é necessário conhecer, observar, olhar e questionar a realidade concreta em que vivem estes atores sociais, para a partir daí planejar ações em parceria com as instituições abrigo que trabalham com esse grupos.

Para tanto precisaríamos de uma aproximação e experiência junto a essa população, e que respondesse primeiramente aos seguintes questionamentos: qual o conhecimento absorvido, as percepções, opiniões e representações sociais de doenças sexualmente transmissíveis para um grupo de adolescentes com experiência pregressa de vida nas ruas? Frente ao risco social e pessoal a que estão sujeitos, como se previnem destas doenças exercendo livremente sua sexualidade e sem colocar em risco a sua integridade física?

Na busca de respostas aos nossos questionamentos junto a essa população considerada socialmente vulnerável, e tendo em vista as poucas publicações de enfermagem nessa área, conforme verificamos em nosso levantamento bibliográfico, resolvemos buscar junto à comunidade escolhida, subsídios que servirão de apoio técnico e pedagógico para sensibilização e envolvimento dos profissionais de maneira interdisciplinar, tanto na pesquisa como na assistência, e no processo de cuidar junto aos adolescentes em situação de rua.

Através dessa dissertação esperamos sensibilizar a comunidade universitária frente a esse grupo marginalizado pela sociedade, e muitas vezes equivocadamente denominados como marginais, doentes, trombadinhas, maltrapilhos, violentos, entre outros, e direcionar pesquisas para melhor compreensão de sua realidade, pois é essencial que o profissional de saúde repense o seu fazer frente aos graves problemas da população pauperizada.

Nossa participação junto às instituições governamentais e não governamentais através do planejamento de ações estratégicas, pode contribuir para a ruptura do processo de exclusão social, uma vez que admite intervir nos diversos níveis de prevenção, e assim, consolidar nossa prática social.

Dessa maneira, esperamos contribuir para o resgate da cidadania deste grupo carente e marginalizado sugerindo estratégias de prevenção eficazes, que trarão não só benefícios individuais, coletivos e sociais, como também a redução de recursos públicos, que poderiam ser utilizados para outras finalidades.

O relato desta pesquisa foi organizado em capítulos, para melhor situar o leitor dentro dos temas abordados.

No capítulo I, recortamos o nosso objeto de estudo, o adolescente em situação de rua, justificando a importância do desenvolvimento da pesquisa sobre a temática e sua relação com a Enfermagem, e estabelecemos o objetivo.

No capítulo II, introduzimos a construção teórica que servirá de base durante o decorrer de nossa pesquisa ressaltando a situação de meninos e meninas em situação de rua, e as políticas das Instituições Abrigos que, ao mesmo tempo, sustentará a análise e discussão dos dados coletados junto ao grupo de meninos e meninas abrigadas. Segue-se a construção da sexualidade do adolescente e a relação do exercício da sexualidade frente ao risco de contaminação das DST/HIV/AIDS. A seguir, destacamos a noção de vulnerabilidade para os adolescentes com experiência de vida na rua por serem a população mais vulnerável para as DST/HIV/AIDS. Finalmente, discorreremos sobre alguns pontos salientados por alguns pesquisadores sobre a percepção dos adolescentes em relação às doenças sexualmente transmissíveis, principalmente em relação à aids e sua relação com as informações e programas de prevenção.

No capítulo III, discutimos o referencial teórico metodológico proposto para o desenvolvimento desta pesquisa, com delimitação do nosso campo de estudo e sobre as estratégias utilizadas na etapa da coleta de dados.

No capítulo IV, na análise dos dados abordamos as categorias extraídas das falas dos atores deste estudo analisando as representações que os adolescentes têm sobre as DST/HIV/AIDS identificando as práticas de risco para a infecção pelo HIV e outras DST nesta população .

Finalizando, trazemos algumas Considerações Finais sugerindo medidas eficazes e alternativas para a prevenção de doenças, dentro de uma visão que leve em conta seus saberes, valores e condutas acreditando que, o enfermeiro pode e deve intervir nas questões sociais, enquanto cidadão e profissional participando na melhoria da qualidade de vida do indivíduo, bem como da coletividade.

A presente investigação integra um projeto maior intitulado “Pesquisando Caminhos para a Promoção da Saúde Integral”, desenvolvido sob a coordenação do professor Dr. Marcelo Medeiros, do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Integral (NEPSI) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. O Projeto conta também com parceria do Núcleo de Estudos, Ensino e Pesquisa do Programa de Saúde Escolar da Escola de Ribeirão Preto. Da mesma forma, ressaltamos que reconhecemos o caráter transitório de uma pesquisa científica e que este estudo servirá de parâmetros para novos estudos.

CAPÍTULO I – ADOLESCÊNCIA E AS DST/HIV/AIDS

1. DELIMITANDO O OBJETO DE ESTUDO

Com o intenso aumento do número de jovens e adolescentes na pirâmide etária brasileira, acarretando conseqüências junto ao mercado de trabalho e à política educacional, há necessidade de adequação das políticas públicas vigentes frente às novas demandas sociais.

Neste estudo definimos como adolescente aquele entre doze e dezoito anos. Abaixo dessa idade são crianças de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1991).

Considerando as diversas fases por que passa a criança até chegar à fase adulta como: mudanças constantes de comportamento decorrentes das transformações biológicas, das circunstâncias e das condições em que vive, de aventurar-se em conhecer, descobrir, agregar-se a novos grupos, são necessárias as garantias de proteção integral a essa população.

Para Borges et al. (2000), o preceito da proteção integral se faz presente no ECA, no momento que este Estatuto é direcionado a todas as crianças e adolescentes, sem discriminações quanto a classes sociais, raça, credo, entre outros. A criança e o adolescente são vistos como seres em desenvolvimento, mas sujeitos de sua história, participativos e com amplas possibilidades e potenciais.

Com o propósito de consolidar essa proteção, encontramos no ECA (art.4º) que:

“É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à

profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 1991, p.13).

Porém, a má distribuição de renda no Brasil ocasionando as desigualdades sociais e econômicas, levam inúmeras famílias à situação de extrema pobreza (MEDEIROS, 1999). Neste contexto de injustiça social e falta de vontade dos governantes, é que se conta hoje com expressivo número de crianças e adolescentes que buscam na rua os seus meios de sobrevivência.

Estudos indicam que as questões que levam a criança para a rua estão ligadas: à situação econômica da família; à fragilidade da sua organização; à exploração da criança e violência (ROSA DE SOUZA & EBRAIM, 1992; PRADO & GOMES, 1993).

Rosemberg (1996) define rua como “toda via ou logradouro público externo” (p.31) incluindo praças, jardins, mercados cobertos, feiras, lojas, paradas de ônibus, estação rodoviária, parques públicos, terrenos vazios, prédios abandonados entre outros. Todos esses espaços fazem parte do que habitualmente chamamos rua, entretanto cada um possui uma função diferenciada para a criança e o adolescente. Podem ser compreendidas não só como espaço físico concreto, mas também como o contexto onde são estabelecidas, e desenvolvidas as principais relações de socialização do adolescente que nela vive de forma parcial ou integral. Também podem funcionar como um esconderijo, um lugar para conseguir dinheiro, alimentos, drogas, divertimentos, pouso etc.; sendo estes espaços transitórios e não permanentes (MENEZES & BRASIL, 1998).

Koller & Hutz (1996) acrescentaram à miséria econômica uma *miséria afetiva* como antecedente à saída da criança para a rua, e afirmam que definir crianças e

adolescentes, como grupos pertencentes a grupos estáticos como meninos *de* rua ou meninos *na* rua, é uma temeridade pois, a complexidade e a diversidade do espaço da rua, produz uma dinâmica bastante particular à vida das pessoas que dela se utilizam. Estes autores sugerem a terminologia *crianças e adolescentes em situação de rua* para designar todas aquelas crianças e adolescentes com experiência de vida na rua, seja ela momentânea, esporádica, contínua ou permanente.

Crianças e adolescentes em situação de rua não podem ser agrupadas de maneira uniforme, é preciso delinear-se diferentes perfis, embora estes não sejam estanques, uma vez que há mobilidade na passagem de um grupo a outro. Estes grupos podem ser definidos pela utilização do espaço da rua e pela natureza dos vínculos que as crianças mantêm com a família. Segundo Aptekar (1996) e Lusk (1989) citados por Menezes et al (1998), um primeiro grupo refere-se a trabalhadores que na maior parte das vezes ainda mantêm vínculo com a família e a escola. Um segundo grupo são os que passam um período na rua, mas ainda mantêm vínculo familiar. Um terceiro grupo são moradores de rua, que fragilizaram seus vínculos familiares e abandonaram a escola, e ainda um quarto grupo, das que moram na rua com suas famílias.

Os adolescentes em situação de rua, além de conviverem com o preconceito da sociedade dividem o espaço com gigolôs, prostitutas, assaltantes, travestis e mendigos que, como eles, fazem da rua o seu local de trabalho ou moradia.

De acordo com Sena (2002) através de um estudo realizado em Goiânia no ano de 2001, verificou-se que de um total de 2153 adolescentes em situação de rua na faixa etária de 12 a 18 anos, 10,77% destes moravam na rua, e 1,9% exerciam

a prostituição. Segundo a mesma autora, a idade média de iniciação sexual entre crianças e adolescentes de rua era de 12,5 anos.

O convívio grupal intenso facilita o despertar precoce da sexualidade genital, que prontamente entra em prática induzindo a uma promiscuidade permeada de violência e de abusos. As conseqüências de tais práticas se revelam através dos altos índices de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis, visto ser um grupo exposto à promiscuidade nas relações sexuais sem a devida proteção, assim como o uso de drogas injetáveis ou não (PORTO, 1994; MEDEIROS et al., 2001).

As doenças de transmissão sexual incluindo a infecção pelo HIV são os problemas mais comuns na área de saúde reprodutiva e sexual na atualidade. Essas condições são a maior causa de morbidade e mortalidade entre os jovens. Estima-se que 1 em cada 20 adolescentes no mundo contraem DST a cada ano. Quarenta e dois milhões de pessoas estão vivendo com o vírus da aids . Em 2002 a aids causou a morte de 3,1 milhões de pessoas, sendo que 610.000 são crianças abaixo de 15 anos. Metade da população, torna-se infectado pelo HIV antes dos 25 anos, e morrem de aids antes de completar 35 anos. No final de 1999, a epidemia deixou um total acumulado de 11,2 milhões de órfãos da AIDS. (UNAIDS, 2000; WHO, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) ocorrem no Brasil cerca de 12 milhões de casos de DST ao ano, e destes, apenas 30% procuram os serviços de Saúde. Os demais (70%) buscam tratamento em farmácias, ou optam pela automedicação (GIR et al., 1991; MOTA, 1998). Sendo a sífilis congênita e a aids as únicas DST de notificação compulsória, o número de casos notificados se apresenta muito abaixo da estimativa, não havendo informações precisas sobre a prevalência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) entre adolescentes (BRASIL, 2003a).

No estado de Goiás, os dados epidemiológicos também sofrem alterações devido a ocorrência de sub-notificações. O número de casos diagnosticados no Estado, até o presente período foram, de 14.030 doenças de transmissão sexual, das quais, a maioria em população jovem. (GOIÁS, 2003).

Para efeito do nosso estudo, e em resposta aos nossos objetivos, utilizaremos as nomenclaturas das DST mais conhecidas: gonorréia, sífilis, cancro mole, linfogranuloma venéreo, herpes genital, condiloma acuminado-HPV e a aids (BRASIL, 1999). Da mesma forma utilizaremos a sigla aids ao nos reportarmos à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), embora seja uma sigla formada pelas iniciais em inglês da expressão Acquired Immuno Deficiency Syndrome. Segundo Ramos et al. (2001), por reconhecer que a sigla em inglês está incorporada ao conhecimento comum e deve ser assim referenciada, como qualquer outra doença (não como sujeito/nome pessoal). Assim, no decorrer de nossa dissertação será citada, também, em letras minúsculas.

A pesquisa do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (CLAVES, 1994) sobre conhecimento de DST/HIV/AIDS verificou, em geral, que entre as meninas que vivem na rua o acúmulo de informações não eram suficientemente elaboradas para nortear condutas de sexo seguro. Em geral, as meninas afirmam que sabem sobre DST/AIDS, mas descrevem práticas que revelam dúvidas e confusões em relação às informações recebidas. Também existem aquelas que afirmam conhecer sobre o assunto dando mais ênfase à questão da aids, do que às outras DST. Ao relatarem suas próprias práticas apareceram contradições de informações, e discrepâncias, como por exemplo, acreditar na transmissão da aids através do beijo (GOMES, 1996).

De acordo com os dados coletados em Goiânia entre adolescentes em situação de rua, 100% indicaram a camisinha como método preventivo e contraceptivo apontando a televisão, os educadores de rua e outros adolescentes como fontes de informações. No entanto, quando perguntados sobre os tipos específicos de doenças sexualmente transmissíveis conhecidas, e sobre como as meninas engravidam, as respostas foram extremamente vagas ou indicaram desconhecimento do assunto (SENA, 2002; MEDEIROS et al., 2001).

Segundo Mann et al. (1993):

“O fato da informação não ser capaz de provocar, mudanças comportamentais de forma confiável, regular e previsível foi documentado inúmeras vezes em várias culturas e contextos, ressaltando a necessidade de uma abordagem abrangente à prevenção, combinando os três elementos essenciais ao seu sucesso: informação e educação; serviços sociais e de saúde; ambiente social adequado “(p.150).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a educação em saúde e a promoção da saúde incluem estimular as pessoas a adotarem estilos de vidas saudáveis, fortalecerem ações comunitárias que contribuam para promoção da saúde e prevenção das doenças e, com isso, auxiliando nas políticas públicas de saúde (Atkins et al., 2001).

Segundo Pender et al. (2002) o profissional enfermeiro por causa de sua experiência biopsicossocial, e contato continuado com seus clientes, é o maior cuidador da saúde das pessoas. Portanto, sendo o maior grupo unificado de provedores de cuidados de saúde estimulam a promoção de estilo de vida mais saudável, desempenhando um papel vital para promoção da saúde, e na prevenção

de doenças em todos os grupos populacionais incluindo aqueles vulneráveis e sem acesso aos serviços de saúde.

O novo perfil epidemiológico do HIV requer novas abordagens em relação à prevenção e ao controle das DST e da aids. Observa-se a necessidade de busca de novas estratégias que permitam implementar ações diferenciadas por segmentos. A divulgação das mais variadas experiências educativas devem ser estimuladas com abordagens que contemplem a sexualidade humana, percepção de risco, mudanças no comportamento sexual, e a adoção de comportamentos seguros para prevenção de doenças.

Não se pode esperar que o indivíduo excluído socialmente seja por seu modo de vida ou identidade social, assuma a promoção de saúde e a prevenção da doença, como parte de seu cotidiano, se não lhe for oferecido meios adequados para tal. Entendemos assim, que este seja o caso de adolescentes com experiência de vida pregressa nas ruas e que se encontram em uma instituição abrigo pesquisada.

Uma das principais atividades do profissional que planeja desenvolver alguma intervenção com adolescentes em situação de rua, é identificar e integrar a ação de pessoas da comunidade, profissionais e instituição, que contribuam ou estejam dispostos a contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida destes indivíduos.

O trabalho educativo realizado com meninos e adolescentes em situação de rua, em parceria com as organizações de saúde governamentais ou não, deve ser ideológico-político e pedagógico, com conotações morais e éticas. O educador deve intervir para transformar a realidade, e para isso deve estabelecer uma aliança com esse segmento marginalizado, e compreender bem sua realidade (UNAIDS, 1997; BRASIL, 1997 b).

Na ótica das políticas públicas para o combate às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), e principalmente à aids, é imprescindível conhecer o nível de informação e a percepção que a população possui sobre o assunto, dispor de informações sobre seu comportamento sexual, além de conhecer as suas condições de vida (CEBRAP, 1999).

Esperando contribuir para a reflexão crítica sobre o papel da enfermagem, frente às necessidades de transformação da sociedade, da nossa prática profissional, e à vulnerabilidade dos adolescentes buscamos respostas para os seguintes questionamentos:

- a) Que idéia os adolescentes com experiência pregressa de vida nas ruas possuem sobre DST/HIV/AIDS?
- b) Quais estratégias têm sido adotadas para se prevenirem de uma doença sexualmente transmissível?
- c) Quais fatores pessoais e sociais os levam a adotar atitudes que aumentam o risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis?

2. OBJETIVO

- Analisar as representações sociais dos adolescentes com experiência pregressa de vida nas ruas, sob a responsabilidade de uma instituição abrigo na cidade de Goiânia, sobre DST/AIDS.

Este objetivo foi estabelecido tendo em vista, que seu resultado contribuirá enquanto subsídio para o estabelecimento de propostas de intervenção, seja no âmbito das políticas de atendimento em Saúde Pública, seja na área específica de Enfermagem de Saúde Pública.

CAPÍTULO II – CONSTRUÇÃO TEÓRICA

Considerando a extensa diversidade do assunto em questão destacaremos alguns referenciais teóricos importantes. Sem a pretensão de esgotar a temática, a nossa intenção é buscar alguns aspectos relevantes na literatura, que têm relação direta com os objetivos propostos para este estudo.

Dessa forma trataremos do assunto por meio de quatro momentos específicos tratados de modo particular, porém, articulados entre si.

1. CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA E AS INSTITUIÇÕES ABRIGO

A presença de um grande número de crianças desprotegidas e sem supervisão dos pais, é um fenômeno comum na América Latina, e visivelmente relevante no Brasil. Estima-se que, de aproximadamente 7 a 17 milhões de pessoas que vivem e/ou trabalham nas ruas do Brasil urbano, 7 a 8 milhões são crianças e jovens na idade de 5 a 18 anos (RIBEIRO, 2001).

A questão das crianças de rua pode ser assinalada como um dos sintomas mais agudos da crise social no contexto brasileiro, associada à exclusão e ausência de cidadania. A existência e o aumento dessa população demonstram dramaticamente, que as garantias prometidas pela Constituição de 1988 não saíram do papel, e que o direito de se viver decentemente ainda é proibitivo para muita gente (DIMENSTEIN, 1995).

Cheniaux (1998), refere ainda que:

“O espaço da rua significa trabalho, moradia, consumo e lazer, além de muitas vezes garantir a própria sobrevivência e de sua família. Esse trabalho é o motivo que os leva às ruas e se

constitui numa das estratégias de que o núcleo familiar urbano lança mão para poder sobreviver nos grandes centros” (p. 14).

A estereotipia e o preconceito da sociedade com relação às crianças em situação de rua vêm sendo descritos na literatura em geral. Crianças de rua têm sido descritas como marginais, doentes, violentas, sujas e delinqüentes (APTEKAR, 1996; MCKIRNAN & JONHSON, 1986).

É cada vez mais presente no Brasil, a consciência a respeito das expressões de violência contra crianças e adolescentes. São situações variadas de violência, hoje denunciadas por movimentos sociais e políticos, as quais incluem a ação de grupos de extermínio, o tráfico de drogas, os abusos e maus tratos, o abandono familiar, o exercício da sexualidade como meio de sobrevivência, a desnutrição, a miséria, entre outros (MINAYO et al.,1977).

Para Boulding (1981), a violência pode ser estrutural quando proveniente das desigualdades sociais advindas das condutas políticas de um Estado; cultural quando vier dos preconceitos e valores de um povo; de resistência quando manifestada por grupos de oprimidos em resposta às violências cultural e estrutural; e de delinqüência, caracterizada por ações diretas como roubo, agressão física, crimes contra patrimônios etc.

Segundo Minayo (1994) a violência estrutural oferece um marco à violência do comportamento e se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte.

Dentro desse conjunto de situações desfavoráveis persistentes destacamos uma das formas de violência mais antiga e presente na sociedade capitalista, a exploração do trabalho infanto-juvenil.

Segundo Rizzini (1995) a estimativa em 1980 era que 32 milhões de crianças e adolescentes, com carência sócio econômica estavam em situação irregular, ou seja, privadas de condições essenciais para sua subsistência, saúde e instrução obrigatória.

Minayo (1993) em estudo comparativo, entre as diferentes regiões do Brasil no que diz respeito ao percentual de crianças trabalhando na rua, constatou, que o menor índice foi no Nordeste (13%) e o maior foi na região Centro-Oeste (80%). Nesta, a média de idade das crianças/adolescentes era de 13,6 anos.

A criança e o adolescente em situação de rua não diferem, daquelas crianças que vivem com suas famílias, e freqüentam a escola. No que se refere às características universais próprias de cada estágio de desenvolvimento, a criança em situação de rua, é tão criança como outra qualquer. No entanto, ela tem experiência muito peculiar, que a torna diferente das demais. Por viver em condições adversas ao seu pleno desenvolvimento passa a ser constituída como “grupo de risco”. Isto significa que ela integra uma parcela da população que é carente das condições básicas (de saúde, de moradia, educação e alimentação) para se desenvolver (RIBEIRO et al., 2003; MEDEIROS, 1995 e 1999).

Alguns estudos apontam que um elevado número de crianças e adolescentes em situação de rua, tem ou tiveram experiência escolar (FOSTER et al., 1992 e KUSHICK et al., 1996). A principal fonte de rompimento dos vínculos com a escola deve-se à sucessão de fracassos a que são submetidos. Os motivos principais são: o alto grau de repetência com intensa evasão, a impossibilidade de conciliar a

necessidade de trabalhar com a rotina escolar e a ineficiência de um processo educativo que desconsidera a realidade de vida dessa população causando sua desmotivação em frequentar as salas de aula (BANDEIRA et al., 1994).

Segundo dados de 2000 do IBGE, a população escolar de sete a 14 anos era de 27.188.217, nos 5.507 municípios existentes naquela época. Desse total, 1.495.643 crianças estavam fora da escola, por abandono ou por não terem feito a matrícula. No Centro-Oeste, 4,5% desse total de crianças não freqüentavam a sala de aula (Fundação IBGE, 2000).

A exclusão da escola, e a inclusão precoce no mundo do trabalho favorecem um processo de degradação pessoal e social dessas crianças e adolescentes, que geralmente começa pelo ingresso em esquemas não usuais de geração de renda: mendicância, pequenos furtos, tráfico de drogas, prostituição entre outros (COSTA, 1996).

Fica evidente nos anos 80 o reconhecimento por parte da sociedade, que a presença em grande quantidade de crianças nas ruas não pode ser ignorada. As pesquisas realizadas por Alves, em 1990 na cidade de Goiânia, em Instituições-Abrigo confirmam que as características socioeconômicas, familiares e individuais favorecem a “produção de meninos de rua” (ALVES, 1992).

Muitas vezes para obter abrigo, alimento e segurança, estas crianças usam estratégias adaptativas, como conformidade, oportunismo, reciprocidade, busca de apoio dos amigos e instituições (DONALD & SWART-KRUGER, 1994).

A partir da aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA 90), houve uma redução dos modelos embasados na atenção de filantropia e na repressão, com seus destinatários excluídos das políticas sociais básicas, sem trabalho, sem educação, sem prioridade etc, com o aumento significativo de modelos

voltados para uma atenção alternativa em busca do resgate da cidadania (BRASIL, 1991).

Para Borges et al. (2000) e Rizzini et al. (2000) o avanço do ECA se faz a partir do momento, que este documento agrupa as concepções de “proteção integral”, da “prioridade absoluta”, e da criança e do adolescente como “sujeitos de direitos”.

Entende-se que o termo proteção integral implica um processo de reconstrução de valores, uma outra cultura com uma nova postura, ou seja, a construção de novas práticas sociais e de proteção.

O livro II do ECA (BRASIL, 1991) trata de situações específicas prevendo situações de proteção especial, e de garantia dos direitos para crianças e adolescentes em situação de risco atendidos pela oferta de serviços especiais. Dentro das Políticas de Atendimento, e as medidas de proteção especial temos as seguintes diretrizes: municipalização do atendimento, mecanismos de participação civil na elaboração, acompanhamento, controle das políticas de atendimento em todos os níveis, criação dos Conselhos da Criança e do Adolescente (municipal, estadual e federal), e a criação dos Conselhos Tutelares.

Sobre as entidades de atendimento, o ECA dispõe seus regimes como instituições de orientação e apoio familiar, apoio sócio-educativo em meio aberto, colocação familiar, abrigo, liberdade assistida, semiliberdade e internação. Todas devem ser registradas e fiscalizadas pelos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente bem como pelo Conselho Tutelar (BRASIL, 1991).

Câmara et al. (2002), em estudos sobre o papel institucional na assistência às crianças e aos adolescentes em situação de rua no Município de Goiânia, referem que, segundo a percepção de coordenadores dessas instituições, apesar de

direcionarem suas ações para o cumprimento do ECA, existem inúmeras limitações caracterizando suas atividades como terciárias e curativas; acreditando esses atores sociais terem poucas possibilidades para uma atuação preventiva e voltada para a verdadeira conquista da cidadania de crianças e adolescentes que estão nesses serviços.

Em Goiânia existem oito instituições voltadas especificamente para a atenção a crianças e adolescentes em situação de rua. Destas, duas são casas de passagem, uma masculina e outra feminina, de cunho governamental. Entre as outras seis instituições abrigo, três atendem ao sexo masculino e duas ao sexo feminino, e têm caráter Não-governamental, e uma casa abrigo mista municipal (CÂMARA, 2003).

Em seu Art. 101, Parágrafo único, o ECA define *abrigo* como medida de proteção provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para a colocação da criança ou adolescente em família substituta, não implicando privação de liberdade. Segundo o Art. 92, as entidades que desenvolvem programas de abrigo devem adotar alguns princípios entre os quais, atendimento personalizado em pequenos grupos, e participação na vida da comunidade local no processo educativo (BRASIL, 1991).

Em síntese, essas novas diretrizes colocam em prática os direitos humanos desses indivíduos e em especial, daqueles que vivenciam a situação de risco pessoal incluindo a liberdade de ir e vir preservando os vínculos familiares, do direito à educação e saúde.

Por risco pessoal entende-se o físico (doenças genéticas ou adquiridas, prematuridade, problemas de nutrição, entre outros), social (exposição a ambiente

violento, a drogas) ou psicológico (efeitos de abuso, negligência ou exploração) (BANDEIRA et al., 1996).

Medeiros (1999) em seu estudo, junto a um grupo de meninos em uma instituição governamental da cidade de Goiânia-Go observou a inexistência de proposta sistematizada de atividades, com vistas à promoção da melhoria de sua qualidade de vida, e educação em saúde. Segundo o autor, o relacionamento entre os educadores e o grupo de meninos era baseado no respeito mútuo, cordialidade e amizade. Os educadores expressavam grande preocupação no fortalecimento dos vínculos, no sentido de resgatar um pouco da convivência familiar. Estes resultados corroboram os dados obtidos por Foster et al. (1992), demonstrando a grande capacidade de envolvimento dos jovens em situação de rua com pessoas e instituições.

Acreditamos na importância das instituições de atenção a crianças e adolescentes em situação de rua, não como instituições responsáveis pela resolução da questão do abandono social, mas como locais destinados à minimização dos danos causados por essa problemática, e como espaços preciosos para a promoção da saúde. Devem ser compreendidas a partir de uma concepção ampla do processo saúde doença e seus determinantes sociais, onde está implícita a articulação do saber técnico e popular, no sentido de oferecer à comunidade, elementos necessários para garantir qualidade de vida satisfatória (MEDEIROS & FERRIANI, 1995; MEDEIROS, 1999; CÂMARA et al. 2001).

2 - O ADOLESCENTE E A SEXUALIDADE

O adolescente apresenta características, necessidades e problemas específicos, que o diferenciam da criança e do adulto. Nessa fase, a educação sexual deve ser antecipada e formal tendo como objetivo preparar o jovem para as mudanças que vão ocorrer do ponto de vista físico, fisiológico, emocional e social. O programa educativo deve ultrapassar o conhecimento englobando atitudes, sentimentos e idéias relativos à sexualidade (SIGAUD, 1996).

As questões relativas à sexualidade surgiram com a própria humanidade, e vêm sendo discutidas da idade antiga até nossos dias, segundo concepções de mundo, que as pessoas têm nas diferentes épocas e sociedades. Segundo Bruns et al. (1995), cada sociedade impõe as pessoas viverem sua sexualidade segundo normas, valores e regras construídas ao longo do processo histórico-cultural. Referem ainda em seu trabalho que, pelo fato da moral e a repressão a que foi submetida a sociedade ocidental sejam por motivos religiosos, econômicos ou quaisquer outros, fazem com que a sexualidade embora, “tenha sempre estado presente nas relações entre os seres humanos mesmo de um modo não consistente” (pg.63), continue hoje muito velada.

Kaplan (1983), por exemplo, realça a importância das mensagens sobre o corpo e a sexualidade, que são passadas pelos pais aos filhos desde o nascimento afirmando que seus próprios sentimentos conflitantes sobre o tema tendem a serem traduzidos em mensagens negativas para os filhos.

Segundo Rizzini (1992), na década de 80 desconsiderava-se o gênero do indivíduo institucionalizado, na faixa etária de 10 a 18 anos, ou seja, os internos eram tratados como se fossem seres assexuados. Somente quando a sexualidade começava a despontar com mais intensidade, o que era percebida como problema, é que a Instituição se preocupava na diferenciação do sexo, que se limitava na

separação de meninos e meninas sem nenhuma diferença significativa de tratamento.

Altoé (1990) pesquisou sete Internatos de uma Fundação, onde crianças de ambos os sexos conviviam indistintamente até os seis anos de idade, quando então os meninos eram transferidos para outros estabelecimentos. A partir dos 12 anos, a Fundação só atendia meninos alegando ter muitos problemas no atendimento de meninas. Isto nos leva a crer que, tanto o pessoal que trabalhava nas Fundações quanto os internos, não tinham acesso às informações sobre sexualidade.

Deve-se considerar que é a partir das distinções anatômicas existentes que homens e mulheres constroem os seus mais significativos e mais profundos entendimentos de si próprios, tanto como indivíduos como membros de uma ordem social particular. Portanto, os processos de intervenção voltados para o trabalho da sexualidade com adolescentes, devem ser guiados pela busca da desmistificação e dos estereótipos sexuais, através de uma relação de troca e não de informação-recepção unilateral. É relevante que o adolescente tenha acesso às informações corretas, porém quando se trata de crenças e valores, sabe-se que só a informação não basta. Há a necessidade de se trabalhar mitos e tabus, que envolvam o tema da sexualidade valorizando uma prática saudável e consciente (PARKER,1991; HELMAN,1994).

Hogan (1980) discute que a sexualidade humana é descrita de diversos modos, dependendo das crenças e (pré) conceitos da pessoa. Mas apesar da possibilidade das definições serem limitadas, ou possuírem múltiplas facetas há um denominador comum em todas as definições, que é o reconhecimento de que sexualidade é uma parte intrínseca do nosso ser.

Na área da saúde é bastante comum encontrarmos a concepção de sexualidade reduzida à genitalidade, ao ato sexual, à reprodução como componente biológico relativo à necessidade meramente orgânica, que tende a classificá-la e normatizá-la com um significado de negação ou afirmação, vale dizer, tende a denominá-la de “normal” ou “anormal” (BARBOSA, 1997).

Domingues e Alvarenga (1997), em estudo sobre identidade e sexualidade de adolescentes de ambos os sexos, constatou que a menarca e a primeira ejaculação têm representações opostas como demarcadores sociais da percepção da entrada na adolescência. A menarca ainda é identificada como um rito de passagem de menina para a mulher adolescente e daí para o controle da sexualidade feminina pela possibilidade de reprodução. A primeira ejaculação, no entanto, não tem a simbologia que possibilitaria a mudança do status infantil para a adolescência e nem foi associada, em momento algum, à fertilidade masculina, mas sim como forte significação de poder e virilidade.

No entanto, ao longo das últimas décadas, ocorreram mudanças nos valores da sociedade brasileira, em relação à sexualidade, em decorrência da incorporação de novos marcos teóricos oriundos de diferentes campos disciplinares, tais como a sociologia, a antropologia, e a psicologia, que afastaram essa temática da questão moral e religiosa; de modificações na estrutura e na dinâmica das famílias, da moralidade e da autoridade da religião sobre o cotidiano das pessoas, sobre as quais os movimentos feminista e “gay” (homossexuais masculinos), tiveram grande influência de ampla divulgação do tema “sexo” pela mídia e da emergência da pandemia HIV/AIDS (ARILHA & CALAZANS, 1998).

Contudo, o que observamos na prática é a abordagem dos problemas dissociados do seu contexto social como a gravidez na adolescência, as DST, a

violência ou a dependência química, resultando na implementação de programas verticais e isolados para cada um dos programas. Segundo Burak (2001, p. 477):

“as ações desenvolvidas nos serviços de saúde são dirigidas para atacarem problemas específicos, e não se constituem em programas integrais dirigidos a promover o desenvolvimento humano, e a atender a saúde integral dos adolescentes”.

Bueno et al. (1995) referenciam que falar de sexo já é complicado. Falar de DST e de aids torna-se muito mais complexo ainda, porque implica entendermos a influência de fatores condicionantes e determinantes, que levam as pessoas a terem comportamentos e atitudes de risco, no desempenho de suas atividades sexuais. Essas práticas, banalizadas e exacerbadas acabam influenciando de forma considerável, a qualidade de vida das pessoas tanto ao nível individual, quanto ao coletivo.

Considerando os profissionais de saúde segundo Gir (1997), os enfermeiros tratam os pacientes como seres assexuados, e dificilmente abordam aspectos da dimensão sexual, e mesmo da influência da doença, da terapêutica, e do emocional sobre o exercício da sexualidade.

Gir et al. (2000) e Egry (1985) investigando o ensino da sexualidade humana, entre 1984 e 1985, em uma escola de enfermagem estadual na capital paulista, mostraram a inexistência da temática na estrutura curricular, a ausência de alguém para ministrar este conteúdo, e ainda a incapacidade dos docentes investigados para assumirem tal responsabilidade.

Para contribuir nas discussões de intervenção em educação sexual, e ações de prevenção em DST e aids, é necessário relevar o aspecto social, e portanto,

cultural da sexualidade. Reconhecer a sexualidade como construção social assemelha-se a dizer, que as práticas e desejos são também construídos culturalmente, dependendo da diversidade dos povos, concepções de mundos e costumes existentes, mesmo quando integradas em um só País, como ocorre no Brasil. Isso envolve a necessidade de questionamento de idéias majoritariamente presentes na mídia, nas condutas idealizadas, que são “naturalizadas”, e assim, generalizadas, para todos os grupos sociais, independentemente de suas origens e localização (FIGUEIREDO, 1998).

Segundo Weeks (2000), a sexualidade extrapola a dimensão biológica. Embora o corpo biológico seja o local da sexualidade, estabelecendo os limites daquilo que é sexualmente possível, a sexualidade tem tanto a ver com as crenças, ideologias e imaginações quanto com o corpo físico.

Hoje se buscam alternativas de sensibilização, conscientização e prevenção, direcionadas às temáticas de sexualidade, aids e drogas, entendendo-se estes, como procedimentos associados à melhoria da qualidade de vida, e viabilizadores do exercício da cidadania.

Segundo Jeolás & Ferrari (2003), o papel dos profissionais não poderá ser o de transmissor vertical de conhecimento, nem tampouco o de transmissor de valores relativos à sexualidade, empreendendo um exercício disciplinar que assegure manutenção do *status quo* sexual e da sacralidade da ordem social estabelecida. O papel dos profissionais deverá ser o de interlocutores, de facilitadores da discussão e da reflexão.

Para seu desenvolvimento psicossocial e sua formação intelectual, moral e espiritual, o adolescente precisa definir suas relações e processos de identidade.

Sua sexualidade precisa de certa autonomia, e especialmente de espaços apropriados, para desenvolver a auto-estima, a criatividade e seu projeto de vida.

O trabalho com adolescentes implica a conjunção de vários fatores que explicam o desenvolvimento sexual como: saúde reprodutiva, relacionamento interpessoal, afetividade, auto-estima, imagem corporal e relações de gênero. Em um sentido mais amplo, o entendimento da sexualidade ocorre através do inter-relacionamento de diversos aspectos intelectuais, afetivos, familiares e sociais dentro de um contexto ético e moral, das leis culturais, e valores sociais do meio em que vivem os jovens (GOUVÊA, 1995; SAYÃO, 1997).

3 – ADOLESCÊNCIA, VULNERABILIDADE E EXPOSIÇÃO PARA AS DST/AIDS.

De acordo com o censo brasileiro 2000 contamos com 35.287.882 milhões de adolescentes na faixa de 10 a 19 anos de um total de 169.799.170 habitantes (FUNDAÇÃO IBGE, 2004).

Com o número crescente de adolescentes vimos a necessidade de trabalhar esse grupo, já que eles representam o futuro e como afirma Ayres (1993): A adolescência vem se tornando preocupação da ciência enquanto dimensão específica humana há relativamente pouco tempo (p.141).

Quando uma criança entra no processo de adolescência, questiona de forma radical sua identidade, a dos seus pais, assim como a sociedade em que vive (RASSIAL,1995). Por serem surpreendentes as mudanças físicas e emocionais, características básicas dessa transição, o período da adolescência adquiriu uma

reputação tempestuosa e estressante, o que não é exagerado, tal a importância do processo (BEE, 1977).

O contexto social e familiar no qual o adolescente está inserido, apresenta um papel fundamental neste processo ao fornecer valores, regras e expectativas dirigidas ao adolescente, e os meios concretos para viabilizar seu projeto de vida. Desta maneira, a adolescência se manifesta de maneira diversa em diferentes culturas e sociedades, e até mesmo na mesma sociedade.

Segundo Grossman & Cardoso (1997) a preocupação em entender o comportamento do adolescente – específico na evolução humana, e produto de vivências particulares, transcende o interesse científico, para constituir-se em estratégia política, principalmente nos países em desenvolvimento.

As transformações ocorridas no Brasil de hoje, principalmente em termos econômicos, e o aumento populacional das cidades, afetam profundamente o sistema de valores éticos e morais, reforçando a impessoalidade, o individualismo, e conseqüentemente, diminuindo a reciprocidade nas relações (VELHO,1996). Essas dificuldades ainda que circunstanciais, somadas à relativa fragilidade psicossocial, inconstância de sentimentos, sonhos e ilusões próprios dos adolescentes, os tornam imensamente vulneráveis a essa realidade que se lhe impõe adversa e injusta (TAQUETTE et al., 2003).

No Brasil, a violência está intimamente ligada à condição de vulnerabilidade social de certos extratos populacionais, como por exemplo os adolescentes. Atualmente, esses atores sofrem riscos de exclusão social sem precedentes, devido a um conjunto de desequilíbrios provenientes do mercado, Estado e sociedade que tendem a concentrar a pobreza entre os membros deste grupo e distanciá-los do “curso central” do sistema social (VIGNOLI, 2001).

O conceito de vulnerabilidade foi primeiramente associado especificamente à saúde pública, no contexto da epidemia da aids, por Mann e colaboradores, principalmente a partir de 1992, quando publicaram o livro: “Aids in the world”, nos Estados Unidos (AYRES, 1999).

Ayres et al. (1999), e Mann et al. (1993) buscando articular os aspectos envolvidos na contaminação pelo HIV, estabeleceram uma classificação de vulnerabilidade baseada em três eixos: o social, que inclui condições sociais e econômicas, acesso à informação, à educação, à assistência social e à saúde, a garantia de respeito aos direitos humanos e a situação sócio-política e cultural do indivíduo; o eixo programático ou institucional, que avalia a postura governamental nos programas voltados especificamente para a prevenção, controle e assistência aos portadores de HIV/aids; e o eixo individual. Este se baseia em três pressupostos: 1) Todo indivíduo é, em algum grau, vulnerável à infecção pelo HIV e suas consequências, sendo que essa vulnerabilidade pode variar ao longo do tempo em função dos valores e recursos, que lhes permitam ou não obter meios para se protegerem; 2) Os indivíduos infectados pelo HIV têm seu potencial de vulnerabilidade, à morbidade, invalidez ou morte, variável em função inversa ao amparo social e assistência a saúde de que dispuserem; 3) As condições que afetam a vulnerabilidade individual são de ordem cognitiva (informação, consciência do problema e das formas de enfrentá-lo), comportamentais (interesse e habilidade para transformar atitudes e ações a partir daqueles elementos cognitivos) e sociais (acesso a recursos e poder para adotar comportamentos protetores).

Ayres (1996) chama a atenção para alguns aspectos mais particulares, que tornam esta população jovem mais vulnerável à aids, fazendo dela prioridade nos estudos sócio-antropológicos. Dentre tais aspectos destacam-se: limites culturais

próprios para a fixação simbólica das informações; necessidade de transgredir e experimentar riscos; sistema educacional desestimulante; desagregação familiar; auto-estima baixa e exposição à violência.

A violência sexual praticada contra adolescentes incluindo o abuso sexual, e a exploração sexual comercial caracteriza-se como fator de vulnerabilidade dos jovens frente ao HIV/AIDS. Estudos indicam que dos 62 milhões de menores de 19 anos de idade no Brasil, cerca de 155 mil são vítimas deste tipo de violência, embora somente 25% dos casos de abuso sexual dentro da família sejam denunciados à polícia (MULLER & VEIGA, 2001).

Pesquisa realizada no Brasil pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar - BEMFAM em 1996 indica que a idade mediana da primeira relação sexual para homens é de 14 anos, e para as mulheres 15 anos. O início precoce da iniciação sexual pode estar associado com a desestrutura familiar, comportamento anti-social ou envolvimento com drogas – lícitas ou ilícitas (SANTOS & SANTOS, 1999; CAPALDI et al., 1996).

A gravidez na adolescência como consequência do início precoce da relação sexual fica mais alarmante quando se vê o número de partos feitos nessa faixa etária de 10 a 19 anos. Em 1999, do total de 2,6 milhões de partos realizados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, 31 mil foram feitos em meninas de 10 a 14 anos, e 673 mil nas de 15 a 19 anos (OLIVEIRA, 2003). Por sua vez, se a gravidez acontece nessa fase, o nascimento da criança ou a opção de aborto ocorrem em um período de transformações intensas, onde se torna cada vez mais claro que a gravidez na adolescência é primariamente um problema social, que pode acarretar consequências médicas quanto para a mãe quanto para o filho (Cunha 2002). As complicações neonatais comumente apresentadas são: icterícia, natimortalidade e

baixo peso sendo esse último responsável por problemas neurológicos, retardo mental e maior mortalidade, principalmente em mães tabagistas e desnutridas (GUIMARÃES & COLLI, 1998; NEME, 1995). De acordo com Otterblad et al. (1997) e Faria 2004), adolescentes com 17 anos ou menos têm alto risco de parto prematuro, quando comparadas às mulheres de 20 a 24 anos.

A maior vulnerabilidade dos adolescentes para as DST incluindo o HIV decorre de falhas ou inconsistências no uso de preservativos (ANDERSON et al., 1990; KANN et al., 1998), em paralelo às elevadas taxas de atividade sexual com diferentes parceiros (KU et al., 1998; SANTELLI et al., 1998).

Em alguns países da América Latina e Caribe, as pesquisas revelam um baixo índice do uso freqüente de preservativos entre os jovens de baixa escolaridade, e um alto índice de gravidez e abortos realizados em condições de alto risco entre pré-adolescentes e adolescentes (SANTOS & SANTOS, 1999).

A Rede Feminista de Saúde identificou que 48% dos atendimentos nos serviços de aborto previstos por lei são de jovens, entre 10 e 19 anos (SANTOS & SANTOS, 1999).

Atualmente 46,3% dos casos de adoecimento por aids são registrados em pessoas de baixa escolaridade, com um a sete anos de estudo, em indivíduos acima de 19 anos do sexo masculino (BRASIL, 2003).

O crescente aumento dos casos de infecção pelo HIV entre os adolescentes, a inexistência ou pouca eficiência dos registros de casos de DST, o pouco conhecimento dos jovens em assuntos relacionados com a sexualidade, a idéia de que a aids e as DST estão associadas apenas ao homossexualismo masculino, aos usuários de drogas injetáveis, aos profissionais do sexo, bem como os programas educacionais insuficientes ou inadequados, tornam a questão da prevenção à aids

entre a população jovem, altamente preocupante. Soma-se a isso o fato de o adolescente acreditar que tudo pode acontecer com os outros, mas não com ele próprio (TAQUETTE et al., 2003; BRASIL, 1997a).

Fenômenos sociais como a gravidez precoce e não planejada, o aumento da ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, e a intensificação do consumo de drogas lícitas (álcool, cigarro e tranqüilizantes) e ilícitas (maconha, cocaína e crack) – fato esse agravado pelo compartilhamento de agulhas e seringas, ajudam-nos a entender melhor porque os jovens brasileiros, são cada vez mais vulneráveis à infecção pelo HIV/AIDS (WILSON et al. 1998; CASTILHO & SWARCWALD, 1998; SANTOS & SANTOS, 1999).

Dentre as várias situações que se colocam para a adolescência em nossa sociedade, têm-se a forte expressividade da violência com um grande número de mortes por homicídios e acidentes de trânsito, o crescente uso de drogas, os grandes índices de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo a infecção pelo HIV, a evasão escolar, o trabalho precoce e, na maioria das vezes, no mercado informal e em condições desfavoráveis; além da problemática do adolescente infrator e o desafio de sua recuperação social (ROCHA, 2000).

Para a melhor compreensão da epidemia pela infecção pelo HIV, é importante conhecer o impacto cada vez maior desta infecção, em populações mais pobres e carentes, por limites existentes na informação e na educação para adoção de práticas seguras com baixo nível de escolaridade, e/ou dificuldade de compreensão e percepção de sua vulnerabilidade ao HIV (BRASIL, 2001).

Sena (2000) observou na cidade de Goiânia que entre o grupo de crianças e adolescentes que trabalham na rua, e o grupo de crianças e adolescentes que vivem na rua não há diferenças significativas referentes às condições sócio-econômicas

que são igualmente desfavoráveis para ambos os grupos. Com uma média alta de filhos por família e baixo rendimento familiar, as crianças e adolescentes são obrigadas a ingressar no mercado de trabalho a partir de nove anos de idade. Relatos de violência física e sexual contra este grupo são umas das fortes alegações para a saída permanente às ruas.

Em um estudo realizado sobre comportamento de meninos de rua em várias partes do mundo, detectou-se altas taxas de prevalência de uso de drogas por este grupo. Em nosso País, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) verificou que, das crianças de rua estudadas, 57 a 90,5% referiam ter consumido drogas pelo menos uma vez na vida, e 23,5 a 76% faziam uso freqüente. As drogas mais consumidas por essas crianças eram o tabaco (acima de 70% de uso diário), os inalantes (entre 24 e 42%), a maconha (entre 10 e 25%) e o álcool (6 a 30%). O uso de cocaína foi encontrado apenas nas cidades da Região Sudeste, onde o consumo diário foi referido por 4,5 a 6% das crianças, e o de anticolinérgicos na Região Nordeste por 8 a 18% (BRASIL, 1998).

Em Goiânia, os inalantes (cola de sapateiro, benzina, esmalte e outros) encabeçam o *ranking* dos entorpecentes favoritos, representando 62,96%, seguidos de maconha (61,11%), merla (55,56%), crack (38,89%) e cocaína, utilizada apenas para inalação. Em relação ao tabaco, 61,11% dos entrevistados faziam uso frequente, enquanto 44,40% usavam álcool esporadicamente e 9,2% faziam uso constante (SENA, 2002).

Tratando-se de crianças e adolescentes que vivem na rua, o uso constante e indiscriminado de vários tipos de drogas, os tornam mais vulneráveis por suas condições biológicas, relacionadas à desnutrição, expondo-os às contaminações por verminoses, escabiose, pediculose e às DST, aliada às condições psicossociais

relacionadas à exposição da violência policial e desagregação familiar (PEREIRA, 2001).

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são por definição, aquelas doenças infecciosas transmitidas mais comumente, ou mais eficientemente, pelo contato sexual e cuja transmissão sexual tem importância epidemiológica (BENNET & PLUM, 1997).

As DST de maior incidência e importância sanitária em nosso meio são a aids, a sífilis, a gonorréia, a clamidiose, os cancros e a infecção pelo papilomavirus. Assim como a infecção pelo HIV, outras doenças transmissíveis sexualmente podem ser disseminadas também por outras vias, como é o caso do herpes, das hepatites e da sífilis (MARQUES et al., 1999).

De acordo com a OMS no mundo são mais de 340 milhões de casos novos de DST incluindo a tricomoníase (174 milhões), clamídia (92 milhões), gonorréia (92 milhões) e sífilis (12 milhões). No Brasil ocorrem anualmente em torno de 4 milhões de tricomoníase, 1,9 milhões de clamídia, 1,5 milhões de gonorréia, e 900 mil de sífilis. Estima-se que mais de 25 mil casos de sífilis congênita ocorram no Brasil. As DST são doenças graves que podem causar disfunções sexuais, esterilidade, aborto, nascimento de bebês prematuros com problemas de saúde, deficiência física ou mental, alguns tipos de câncer, e em alguns indivíduos, a morte (PASSOS, 2004).

Existem razões especiais do por que da exposição dos jovens a agentes de transmissão sexual: tanto a adolescência quanto a juventude são fases de descobrimentos e de iniciação de novos comportamentos e relacionamentos. Além disso, demonstram sentimento de indestrutibilidade, pois não se consideram suscetíveis às doenças, negando os riscos, sendo influenciados pela pressão do grupo que pertencem. O impacto disso é um número, cada vez maior de gestação

na adolescência e o risco elevado de DST/AIDS, associado ao comportamento inerente a esta fase de desenvolvimento, ou seja, a iniciação sexual precoce, a atividade sexual freqüente sem uso de preservativo, a multiplicidade de parceiros, o uso de drogas e álcool, as relações homossexuais e o uso irregular, ou não uso de contraceptivos (CORDEIRO & TEMPORINI, 1997; RIBEIRO, 1998; BRASIL, 1998).

A inter-relação entre a infecção pelo HIV e as demais DST têm sido comprovada nos últimos anos. Tanto as doenças ulcerativas – como o herpes genital, sífilis e cancróide, citado por Wasserheit (1991), quanto as DST não ulcerativas – clamídia, gonococo e tricomonas, que segundo Laga et al. (1993), constituem fator de risco para contrair ou transmitir o HIV.

A infecção pelo HIV é uma doença transmissível causada por um retrovírus chamado Vírus da Imuno-deficiência Humana (HIV) que afeta direta e fundamentalmente, entre outros, o sistema imunológico – produzindo sua destruição. Apresenta um amplo espectro de manifestações clínicas, que vão desde um longo período de portador assintomático, de anos de duração, até desembocar em uma série de infecções oportunistas e/ou neoplasias que definem o estado mais avançado e mortal da doença denominado AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) (COSTA, DAMIANO & RUBIO, 1992).

A infecção pelo HIV é transmitida das seguintes maneiras: de uma pessoa para outra, em relações heterossexuais e/ou homossexuais através de sangue, sêmen e fluidos vaginais contaminados pelo HIV; sangue contaminado em receptores de sangue ou hemoderivados não testados, em usuários de drogas injetáveis (UDI) e perinatal, abrangendo a transmissão da mãe para o filho durante a gestação, parto ou aleitamento materno (UNAIDS 2000).

Segundo a OMS (1995), dentre os fatores que aumentam o risco de transmissão do HIV em uma relação heterossexual estão a alta viremia ou imunodeficiência avançada, a relação anal receptiva, a relação sexual durante o período menstrual e a concomitância de doenças transmitidas por via sexual.

Evidencia-se um crescimento nos últimos anos obedecendo às quatro tendências principais da evolução da doença no país: a interiorização, a feminização, a pauperização e a diminuição da faixa etária das pessoas atingidas (BRITO et al., 2000; BRASIL, 2000). Dados do Ministério da Saúde comprovam, que mais de 70% dos casos de aids correspondem a indivíduos variando entre os 20 e 39 anos. Como o tempo de latência da doença é longo chegando até 11 anos, podemos afirmar, que uma parcela considerável desses pacientes contraiu o vírus na adolescência (SANTOS & SANTOS, 1999; CHEQUER, 1998).

No entanto, desde o início da década de 80 até dezembro de 2003 foram registrados 310.310 casos de aids no Brasil. Deste total 6.565 estão na faixa etária de 13 a 19 anos. Segundo a categoria de exposição, do total de casos entre a população, 197.902 (63,8%) tiveram exposição sexual; 63.000 (20,3%) sanguínea; e 8.900 (2,9%) perinatal. (BRASIL, 2003).

Na opinião de Loyola (1995) e Duarte (1997), a aids está associada ao exercício da genitalidade, quando considerada como uma doença transmitida por via sexual sem o uso de medidas preventivas.

Parker & Camargo Jr. (2000) afirmam que no Brasil, as desigualdades sociais, econômicas e demográficas são identificadas como estruturantes da vulnerabilidade relacionada à aids, tendo como agravantes a baixa incorporação dos valores da cidadania, e a falta de um sistema de bem estar-social.

4 – AÇÕES E PROPOSTAS DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO PARA DST/AIDS

Constata-se na década de 90 um fato novo em relação ao panorama da infância e da juventude no País – o surgimento de amplo movimento social em favor da criança e do adolescente. Este movimento alcançou vitórias significativas em diversas áreas, inclusive no campo da legislação, com a inclusão dos artigos 227 e 228 na Constituição e no ECA. Entendemos, portanto, que tanto o Estado quanto a Sociedade têm papéis e responsabilidades nas tarefas de Programas Educação para Saúde Sexual e Prevenção das DST/AIDS (MOVIMENTO NACIONAL DOS MENINOS E MENINAS DE RUA, 1998; FARIA, 1992).

Programas de intervenção realizados em outros países com jovens pertencentes às minorias sociais, indicaram que, a divulgação do conhecimento é importante, mas não suficiente para causar impacto no comportamento de risco sexual (WALTER & VAUGHN, 1993).

Os estudos sobre comportamento sexual dos jovens são mais numerosos e difundidos nos países desenvolvidos. No Brasil através de nosso levantamento bibliográfico encontramos poucos estudos referentes sobre o assunto. Em Goiás, incluindo Goiânia, das pesquisas sobre comportamento sexual, destacam-se: Rena (2001); Monteiro (1999); Guimarães et al.(2002) e Medeiros et al. (2001).

Tal como já havia sido apontado em estudos anteriores (LOYOLA, 1995; BDIANI et al., 1997), o conhecimento sobre aids é bastante disseminado na população, assim como suas formas de transmissão e algumas características da doença. Apesar de ser um conhecimento parcial e fragmentado podemos afirmar

que tem sido bem sucedida, a disseminação dos perigos, e formas de prevenção da doença pela mídia, e campanhas governamentais e não governamentais.

Apesar das várias informações a respeito do preservativo evidencia-se um distanciamento grande, entre ter conhecimento dos perigos possíveis, e mudanças de hábitos entre os adolescentes (KUSHINIR & CARDOSO, 1997).

Uma pesquisa realizada pela Unesco (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura), realizada em 13 capitais brasileiras, com estudantes entre 10 e 24 anos, aponta que cerca de 50% dos jovens de Goiânia e Fortaleza, mesmo bem informados sobre os métodos preventivos em relação à gravidez e DST, não usam a camisinha nas relações sexuais (UNESCO, 2004).

Quando se avalia o conteúdo veiculado em campanhas educativas, sejam elas governamentais (Ministério da Saúde/ Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde), ou não (ONGS, grupos específicos, empresas, escolas etc.) observamos que, inicialmente, as idéias mais dominantes eram as de que a aids era uma doença de homens, mais especificamente de homens homossexuais masculinos, e de usuários (as) de drogas injetáveis. Posteriormente, algumas delas começam ainda que muito timidamente a abordar a vulnerabilidade de outros grupos, e da população em geral. (PAIVA, 2000).

As mudanças no perfil epidemiológico caracterizado atualmente pela progressiva pauperização, interiorização, feminilização, heterossexualização e juvenilização da epidemia, fizeram com que, a partir de 1996, a mídia através dos jornalistas divulgassem e direcionassem matérias sobre aids a grupos específicos como mulheres em geral, gestantes e adolescentes (SPINK et al., 2001).

Assim, apesar de ter ciência de que no caso da aids o grau de informação, que um indivíduo possui sobre formas de transmissão, e situações de risco, não é

suficiente para que passe a adotar um comportamento protetor, a falta de informações básicas contribui para aumentar a sua vulnerabilidade (PERUGA & CELENTANO, 1993). Ou seja, a transformação do conhecimento na adoção de práticas protetoras é mediada por questões de gênero, classe social, etnia e outros componentes sociais que não se localizam apenas na esfera individual. Assim, o poder do conhecimento na troca do comportamento depende das alternativas e perspectivas existentes para o indivíduo (ANDRÉ, 1999; PAICHELER, 1999).

Pessoas que conhecem pessoalmente portadores do HIV e aquelas que tem relações esporádicas e/ou eventuais, confirmam que entre outros fatores, a percepção surge das experiências vividas pelas pessoas (BAJOS et al., 1997; PAICHELER, 1999).

Um estudo de Hamann (1995) mostra que todos os adolescentes tinham ouvido falar de aids citando como principais fontes primárias de informação, a televisão e o rádio. Como fonte secundária, conversas informais com amigos, colegas, e a seguir material veiculado por instituições de saúde e professores de escolas.

As questões sobre percepção de risco qualificam o conhecimento sobre a epidemia, possibilitando a percepção de interpretações que uma dada informação sofre até a sua apropriação pelo indivíduo, e sua transformação em comportamento ou prática.

Estudos sobre prevenção com adolescentes apontam para os baixos índices de adoção de práticas sexuais seguras, apesar dos índices elevados de conhecimento (BRASIL, 1999). Cerqueira Leite (1994; 1995) demonstrou, em seus dois estudos sobre jovens universitários, que é grande a porcentagem daqueles que

percebem o risco de aids para os jovens, de modo geral, enquanto a porcentagem dos que percebem o seu próprio risco individual é pequena.

De acordo com Spink (2001).

“A complexidade e os aspectos contraditórios inerentes à delimitação e cálculo dos riscos repercutem fortemente nas formas de percepção dos riscos pela população, e também nas possíveis propostas de gestão dos riscos seja pela comunidade de especialistas seja pelos próprios indivíduos” (p.1310).

Nos primeiros anos da epidemia, acreditava-se que quanto mais assustadora a propaganda, melhor seria seu efeito preventivo. Essa via mostrou-se ineficiente, estéril, afastando mais que aproximando as pessoas do problema. O correr dos anos e a experiência prática, porém, encarregaram-se de apontar a ineficiência dessas estratégias. Mais que isso, verificaram que o terror ajudava a gerar e aumentar a discriminação e o preconceito mostrando ser um dos mais perniciosos componentes da epidemia e um dos mais importantes elementos a serem combatidos (Daniel, 1994; Treicheler, 1991).

Os profissionais de saúde através de ações de saúde devem educar a população sobre a prevenção e os riscos das DST, bem como estimular a procura pelos serviços de saúde quando perceberem sintomas sugestivos de uma DST como corrimento, verrugas e feridas nos órgãos genitais (ALOI et al., 1994).

Carvalho (1978) afirma que, o direito à saúde implica em receber adequada assistência de enfermagem. Desta forma, quando enfermeiros desenvolvem ações de enfermagem integradas às ações globais de saúde, que são parte da política social do Estado, objetivamos garantir a necessária inserção político-social da enfermagem.

5 – PRESSUPOSTOS

Diante dos aspectos até aqui apresentados e discutidos, é possível percebermos, que na crise social vigente, cada vez mais o adolescente mergulha no mundo da rua, às vezes empurrado pela própria família para ajudar no sustento da casa (MEDEIROS et al., 2002). Esta rua, às vezes atrativa do ponto de vista de liberdade é também um emaranhado de armadilhas, que põe em risco a vida e a saúde desses adolescentes (MEDEIROS, 1999)

A questão do adolescente em situação de rua consiste de um problema socialmente construído e pode ser modificado. O trabalho em parceria com algumas instituições governamentais ou não governamentais nos permite encontrar alternativas de soluções para minimizar determinados problemas ao nosso alcance, como por exemplo, em relação às medidas de proteção de risco contra as DST/AIDS e, assim, promover as mudanças necessárias.

Desta maneira, partimos dos pressupostos que: apesar de adolescentes com experiência pregressa de vida nas ruas abrigados em uma instituição relatarmos histórias de vidas diferentes, encontraremos vivências do passado desencadeadas

po e semelhantes conflitos e situações vivenciadas nas ruas, com utilização de estratégias próprias de sobrevivência compartilhadas entre si.

O trabalho educativo relacionado à prevenção de DST/AIDS desenvolvido em Casas Abrigos é uma prática que contribui para a promoção da saúde integral do adolescente, constituindo, portanto, de um importante espaço para profissionais de saúde desenvolverem atividades de educação em saúde.

Almejamos, assim, desvendar as representações sociais em relação às doenças sexualmente transmissíveis, identificando as práticas de risco para os adolescentes em situação de rua, e compreendê-las dentro do processo político e social.

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

1 – OPÇÃO METODOLÓGICA

Para a presente investigação optamos pela abordagem qualitativa considerando a natureza das questões a serem abordadas. Na realidade, buscamos trabalhar a partir dos pressupostos da Pesquisa Social nos quais se refletem aspectos do desenvolvimento e da dinâmica social assim como preocupações e interesses de classes e de grupos determinados (MINAYO, 1996).

Compartilhamos com Minayo (1996) quando afirma que a Pesquisa Social não pode ser definida de forma estática ou estanque. Ela acrescenta:

“A pesquisa Social só pode ser conceituada historicamente e entendendo-se todas as contradições e conflitos que permeiam seu caminho. Além disso, ela é mais abrangente do que o âmbito específico de uma disciplina. Pois a realidade se apresenta como uma totalidade que envolve as mais diferentes áreas de conhecimento e também ultrapassa os limites da ciência” (p. 27).

Além disso, o pesquisador deve buscar a compreensão particular do fenômeno em estudo ou seja, trabalhar com o mundo dos significados, onde é possível captar o universo das percepções, crenças, aspirações, valores, atitudes e interpretações, do sujeito dentro de um determinado grupo ou classe social (CHIZZOTTI, 2001; MINAYO, 1996).

Minayo (1996) apresenta cinco modalidades de Pesquisa Social, de acordo com uma classificação de Bulmer e, no sentido de melhor direcionarmos nossa investigação para compreendermos as representações sociais de DST/AIDS para um grupo de adolescentes com experiência de vida na rua, abrigados em uma instituição, entendemos que a Pesquisa Estratégica seja a mais adequada por possibilitar desvendar a realidade e se mostrar ao alcance de nossos objetivos.

Esse tipo de pesquisa, embora sua finalidade não seja a ação, utiliza instrumentos teóricos e metodológicos da pesquisa básica. Segundo Minayo (1996, p.26):

“Baseia-se nas teorias das ciências sociais, mas orienta-se para problemas que surgem na sociedade, ainda que não preveja soluções práticas para esses problemas . Ela tem a finalidade de lançar luz sobre determinados aspectos da realidade. (...). Essa modalidade seria a mais apropriada para o conhecimento e avaliação de Políticas, e segundo nosso ponto de vista, particularmente adequado para as investigações sobre saúde”

Como enfermeira de Saúde Pública, não pretendemos solucionar problemas, mas sim apreender os significados atribuídos às DST/AIDS por um grupo de adolescentes com experiência de vida na rua, através do diálogo e discussão entre pesquisador e atores sociais, com o objetivo de fornecer subsídios para os diversos profissionais da área da saúde em relação à temática pesquisada em seus futuros trabalhos, quer no âmbito assistencial, de ensino ou de pesquisa.

Segundo a afirmação de Chizzotti (2001) os participantes da pesquisa são sujeitos que elaboram conhecimentos, produzem práticas adequadas de intervenção nos problemas identificados, e também possuem “conhecimento prático, de senso comum, e representações relativamente elaboradas que formam uma concepção de vida que orientam as suas ações individuais” (p. 82). Optamos por utilizar enquanto princípio metodológico as representações sociais, uma vez que, nesta investigação buscamos compreender um fenômeno de natureza coletiva em nível de significado incorporado por uma parcela específica da sociedade.

Dessa forma compartilhamos com Minayo (1996) que Representações Sociais consistem de:

“(...) um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade justificando-a ou questionando-a. Enquanto material de estudo, essas percepções são consideradas consensualmente importantes, atravessando a história e as mais diferentes correntes de pensamento sobre o social” (p.158).

Entendemos ainda que as Representações Sociais também buscam esclarecimentos sobre fenômenos que ocorrem na coletividade e, nesse sentido Herzlich (1991, p. 27) aponta que:

“Uma representação social (...), permite em princípio compreender por que alguns problemas sobressaem numa sociedade e esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os debates e os conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de atores”.

Nesse sentido é de fundamental importância compreender as falas dos adolescentes a partir de noções, símbolos e referências interiorizados, relacionando-os à suas origens sociais e culturais, estabelecendo confronto entre essas representações sociais e as ações sociais dos sujeitos.

2 – CAMPO DE ESTUDO

De acordo com Minayo (1996, p.105) campo de pesquisa é “o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação”.

Para melhor compreensão do espaço onde foram desenvolvidas as atividades da pesquisa, inicialmente faremos algumas considerações sobre o município de Goiânia, buscando contextualizar o campo da investigação.

O município de Goiânia, capital do estado de Goiás, localizada na Região Centro-Oeste, tem uma área territorial de 741 Km². Segundo dados do censo 2000, a população total é de 1.146.103 habitantes, sendo 103.135 na faixa etária de 10 a 14 anos; 123.763 de 15 a 19 anos e 236.484 de 20 a 29 anos. Portanto, aproximadamente 50% da população, ou seja, 463.382 habitantes, situam-se na faixa etária de 10 a 29 anos (FUNDAÇÃO IBGE, 2004).

O serviço de saneamento básico é considerado como um dos melhores do país, sendo 73.3% da população beneficiada com rede geral de esgoto e 98.7% com a coleta de lixo. Quanto à eletrificação, Goiânia alcança um índice de 90% de atendimento de energia nos domicílios (FUNDAÇÃO IBGE, 2004).

Goiânia conta com cursos de nível superior qualificados sendo duas universidades públicas – uma federal, uma estadual e outras sete universidades particulares. A rede pública e particular de ensino médio contabiliza 132 estabelecimentos; o ensino fundamental com 466 unidades e o ensino pré-escolar com 252 estabelecimentos, sendo 168 da rede particular. Estima-se que a média de escolaridade do goianiense seja de 6,35 anos de estudos (FUNDAÇÃO IBGE, 2004).

O setor saúde dispõe de 7.527 leitos hospitalares, 73 hospitais e 1642 unidades ambulatoriais, entre públicos e privados, conveniados ou não com o Sistema Único de Saúde.

A qualidade de vida do goianiense quanto à educação, saúde, transporte, lazer e oferta de emprego é semelhante aos grandes centros urbanos brasileiros. Sua economia está voltada para as atividades comerciais e industriais, e atualmente

descobriu sua vocação para o turismo. Como todas as capitais, o movimento migratório das populações rurais e pequenos municípios, além de outras grandes metrópoles é grande, que vêm em busca de melhores oportunidades de trabalho, e melhor qualidade de vida.

Apesar de ser uma capital jovem no auge de seus 70 anos, seu projeto de desenvolvimento atraiu, e depois expulsou a população do interior tendo-lhes restado as periferias da cidade, sem condições de infra-estrutura, sem local de moradia, e sem alternativas de mão de obra. Como consequência tornou-se crescente o número de crianças e adolescentes em situação de rua, que saem para trabalhar e voltam para casa, ou simplesmente abandonam suas famílias fazendo da rua seu lugar de moradia.

Segundo Alves (1992) em 1989 foram contabilizados em Goiânia 131 meninos em situação de rua, dos quais 45 eram assistidos pelo Programa de Apoio ao Menor.

Em 2001 foram contabilizados 2153 crianças e adolescentes trabalhando em diversas atividades, sendo as mais freqüentes a de vendedor ambulante, guardador de carro e engraxate. Deste total, 13%, ou seja 280 crianças e adolescentes de ambos os sexos, viviam em situação de rua ocupando-a como espaço de moradia, lazer e repouso (SENA,2002).

Segundo estudos de Câmara (2003), a Prefeitura de Goiânia tem-se mostrado preocupada em mobilizar programas voltados para o atendimento às famílias, crianças, adolescentes, jovens, mulheres, idosos e portadores de necessidades especiais através da Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário (FUMDEC), que tem como base os planos de Governo, a Lei Orgânica de

Assistência Social, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Dentre os programas implantados pela FUMDEC (Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário), ressaltamos a Sociedade Cidadão 2000, criada em 1993, como uma instituição não governamental, que em parceria com a prefeitura tem como principal objetivo, coordenar e executar ações voltadas para a infância e adolescência, principalmente a das camadas populares, contribuindo para a implementação das políticas públicas municipais do ECA. Além disso, essa instituição tem em seu discurso a Integralidade e a Intersetorialidade como princípios e meios necessários à inclusão social no atendimento à criança e ao adolescente, com instituições municipais, estaduais e privadas. Dentre as unidades operativas da Sociedade Cidadão 2000, destaca-se a Coordenação de Proteção Integral (CPI) que têm como ações o levantamento de instituições vinculadas a esta; tendo como responsabilidade o atendimento sócio educatico de crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social de suas famílias. Dentre as instituições levantadas destacam-se a unidade de Referência 24 horas, SOS criança, Equipe na rua, que atendem e/ou encaminham crianças e adolescentes para outras instituições (CÂMARA, 2003).

Assim, pela dificuldade em concentrar esses adolescentes em um local determinado, sua rápida rotatividade em unidades de apoio, e o tempo exigido para conclusão da pesquisa, optamos por realizar nosso estudo em instituições que abrigassem adolescentes dos sexos feminino e masculino, na faixa etária de 10 a 18 anos com experiência de vida nas ruas.

Não faz parte do nosso estudo a discussão de gênero como categoria de análise, para caracterizar diferenças entre homens e mulheres, mas sim, enfatizar a

perspectiva racional entre ambos, ou seja, analisar um implica em estudar o outro, e a compreensão de ambos não pode existir através de estudos inteiramente separados (SCOTT, 1990).

Na realização deste trabalho, levamos em conta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas, envolvendo seres humanos, de acordo com a resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, para apreciação e aprovação. Após o trâmite normal e adequação às exigências do comitê, o projeto foi aprovado através do protocolo nº 119/03 (Anexo 1).

Inicialmente o nosso primeiro contato foi a Sociedade Cidadão 2000, cuja direção após verificar o documento da aprovação do comitê de ética, nos autorizou, e encaminhou às instituições de sua responsabilidade dando total acesso e liberdade para a realização de nossa pesquisa.

Desta maneira, a escolha dos locais de pesquisa decorreram particularmente da acessibilidade e colaboração de duas Instituições Abrigo não governamentais, e dentro das normas e os preceitos legais do Estatuto da Criança e do Adolescente de acordo com a Lei 8.069/90 (BRASIL, 1991).

A aproximação com o local de estudo ocorreu de maneira gradativa com várias visitas anteriores, o que nos possibilitou a observação da rotina e dinâmica da casa, assim como informações fornecidas pelos profissionais e orientadores que trabalhavam diretamente com os (as) adolescentes.

A autorização para utilização do espaço físico e aproximação com a população em estudo, enquanto campo de pesquisa, ocorreu em duas instâncias: junto aos responsáveis pelas Instituições Abrigo, e por meio dos próprios

adolescentes. Quanto às instituições foi explicado o objetivo e o caráter sigiloso da pesquisa, o procedimento das entrevistas, o uso e guarda do material coletado, e o compromisso do envio de relatório. Nessa ocasião, também seria obtido o consentimento das diretoras das instituições abrigo que se responsabilizam pelos adolescentes (anexo 2).

O grupo de adolescentes foi devidamente esclarecido quanto à liberdade de participação na pesquisa. Devido ao seu caráter sigiloso sugerimos como opção, que dessem um nome fictício, a partir do qual passaram a ser identificados (as). Quando apresentarmos fragmentos de suas falas no capítulo de resultados, optamos por utilizar a letra M para masculino e F para feminino, seguido do número referente à entrevista, sendo importante para cumprir o contrato de mútua confiança entre entrevistador e entrevistado,

3 – TRABALHO DE CAMPO

Estabelecemos enquanto atores sociais desta investigação meninos e meninas na faixa etária de 13 a 18 anos que estiveram em situação de rua, mas que no momento da pesquisa estivessem sob a responsabilidade de uma instituição abrigo. O critério de inclusão e exclusão foi o de aceite em participar do estudo e em número suficiente para garantir certa reincidência e saturação das informações contidas nos discursos das entrevistas, independentemente do sexo. De acordo com o que dissemos anteriormente, interessa-nos neste momento informações sem nos respaldarmos nas questões de gênero.

Segundo Minayo (1996) uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões, portanto, não está atrelada aos princípios

numéricos para sua delimitação. Numa metodologia de base qualitativa o número de sujeitos que virão a compor o quadro das entrevistas, dificilmente pode ser determinado a priori, tudo depende da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como da profundidade e do grau de divergência destas informações. Enquanto estiverem aparecendo “dados” originais ou pistas que possam indicar novas perspectivas à investigação em curso, as entrevistas precisam continuar. Quando já é possível identificar padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios, categorias de análise, e visões de mundo do universo em questão, e as recorrências atingem o que se convencionou chamar de “ponto de saturação”, dá-se por finalizado o trabalho de campo sabendo que se pode (e deve) voltar para esclarecimentos quando necessários (BOGDAN & BIKLEN, 1994; DUARTE, 2002).

Portanto, não nos baseamos em valor numérico, para dar representatividade à amostra, mas sim no conteúdo das observações, e entrevistas realizadas, para garantir que estas reflitam o significado e grau de exposição e riscos para as DST/AIDS para os sujeitos do estudo.

Para atingirmos os objetivos desta investigação lançamos mão de determinadas técnicas e estratégias, para oportunizar a interação entre o pesquisador e os atores sociais envolvidos no trabalho e que realmente permitisse a apreensão da realidade a ser pesquisada.

Realizamos um total de 14 entrevistas individuais com adolescentes de duas instituições abrigos – Casa abrigo para meninas e Casa abrigo para meninos. Este número foi alcançado considerando-se a representatividade da amostra.

No que se refere à coleta de dados, esta ocorreu sob a forma de entrevista semi-estruturada e observação participante com registros em um diário de campo.

A entrevista semi-estruturada consiste na combinação de um roteiro sistematizado, com perguntas abertas e fechadas, que permitem ao pesquisador se orientar de acordo com os objetivos propostos no trabalho, além de servir como guia para questionamentos a serem feitos a cada entrevistado (MINAYO, 1996). Entrevistar não é uma técnica simples devendo-se estar atento para as intercorrências, que podem surgir do fenômeno psico-afetivo na interação entrevistador-entrevistado. Não basta elaborar um roteiro para garantir a captação da realidade e veracidade das informações, é preciso compreender as limitações que a técnica impõe, e minimizar as possibilidades de desvio mediante mecanismos de controle, que poderemos impor aos elementos que constituem a entrevista (HAGUETTE, 1992).

Embora as entrevistas tivessem um propósito bem definido, as entrevistas foram realizadas segundo alguns princípios da abordagem “não-diretiva” (Rudio, 1986), sobretudo no que se refere às atitudes de compreensão, aceitação e interesse pelos adolescentes, de modo autêntico e coerente, para que eles não se sentissem ameaçados ou julgados. O roteiro estabelecido para a entrevista possui os dados de identificação do adolescente e três questões abertas e norteadoras: O que são para você DST//AIDS? É possível prevenir-se das DST/AIDS? Como?

No roteiro, as questões foram elaboradas em linguagem técnica, porém no momento da entrevista utilizamos uma linguagem compatível ao nível de compreensão dos entrevistados. As questões não obedeceram a uma sequência rigorosa para todos, cada um seguiu seu próprio ritmo, com liberdade para colocar suas opiniões, juízos, e pontos de vista podendo interromper a conversa à medida que se sentissem incomodados por algum motivo.

Durante a entrevista, cuidamos para que fossem garantidas aspectos importantes como a apresentação do pesquisador, a finalidade da pesquisa e o seu anonimato. Garantimos também um ambiente tranquilo, de descontração e sem muitos ruídos para evitar interferências durante a gravação.

Considerando as limitações da entrevista, e buscando fazer uma leitura do fenômeno o mais próximo possível da realidade vivenciada pelos sujeitos pesquisados, pedimos licença para utilização do gravador tanto para o adolescente, quanto para o diretor da instituição, cujas falas eram posteriormente transcritas e digitadas, respeitando na íntegra as falas dos adolescentes sem descaracterizar o seu conteúdo.

Os fragmentos das falas citados no texto foram identificados de acordo com o número de ordem na realização das entrevistas. Para a fala dos meninos (M-01) e meninas (F-01) etc.

Para complementar os dados da pesquisa utilizamos da observação participante, o que nos permitiu estar no cenário cultural dando uma maior flexibilidade na coleta de complementação de dados às vezes omitidos pelo entrevistado. Segundo Minayo (2000, p. 59):

“A técnica da observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. Neste processo, o observador, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto”.

A vantagem dessa técnica é que podemos observar e vivenciar diretamente a dinâmica da realidade local em sua variedade de situações juntamente com os atores sociais, e que às vezes não são obtidos por meio de entrevistas e perguntas.

As observações eram registradas em um diário de campo, e como o próprio nome indica é um instrumento, que podemos recorrer a qualquer momento em busca de um registro, ou simplesmente registrar nossas expectativas do dia a dia, às vezes, constituída de angústias e sentimentos que não deixamos transparecer no nosso cotidiano.

As entrevistas e a observação participante foram realizadas nos meses de dezembro, janeiro, fevereiro e março. A média gasta em cada entrevista foi de quarenta minutos no mínimo, sendo a transcrição da mesma feita a seguir, para que pudéssemos proceder à análise.

Para o tratamento e análise dos dados, utilizamos como referencial a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade - Análise Temática (Bardin, 1977), que Minayo (1996) considera como uma das formas “que melhor se adequa à investigação qualitativa do material sobre saúde” (p. 204). Ainda segundo a autora, esta modalidade se fundamenta no tema o qual está ligado uma afirmação a respeito de um assunto, podendo ser representado através de palavras, frases e resumos (p. 208).

A modalidade análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido”. (BARDIN, 1977, p.105).

Para melhor compreensão na operacionalização e interpretação dos dados procedemos da seguinte forma segundo Gomes (2000):

Primeiro: Ordenação dos dados, e leitura do material transcrito.

Nesta fase transcrevemos o conteúdo das entrevistas gravadas e organizamos individualmente as entrevistas, tendo o primeiro contato com os atores em questão, podendo identificar alguns aspectos mais genéricos.

Segundo: Leituras repetidas com o intuito de compreender o sentido global das experiências dos sujeitos, apreender as informações, identificando as estruturas de relevância e, em seguida, extrair as unidades de registros contidas no interior do texto.

Através das leituras das falas fomos agrupando tópicos que apresentavam semelhança ou que se destacavam. Estes tópicos foram recortados e colados em um painel e depois selecionados, sendo as unidades de registro classificadas de acordo com a sua significação, recortadas e colocadas em um segundo painel.

Essas estruturas refletiam o conjunto de relações existentes na fala, assim como as questões que eram importantes para os sujeitos, ou seja, aspectos sobre as DST, a aids, violência, o uso de drogas, o exercício da sexualidade, presentes nas experiências de vidas dos sujeitos.

No que se refere às nossas observações em loco, fizemos também uma leitura vertical através dos registros de diário de campo, identificando suas semelhanças e aglutinando as que eram correlatas e que se destacavam, e depois, eram recortados e colados juntos ao segundo painel.

Terceiro: Construção do texto de análise articulado com o referencial teórico adotado. Realizamos as leituras verticais deste segundo quadro classificatório com o objetivo de elaborar as categorias temáticas, que sintetizassem as estruturas de relevância construídas pelos atores sociais. Assim, chegamos às seguintes categorias temáticas: ***DST/AIDS-onipotência e finitude, prevenção e sexualidade e mudanças no corpo.***

A partir da análise das categorias temáticas elaboradas que nortearam as discussões, buscou-se estabelecer relações entre estas categorias, o referencial teórico, e a realidade observada.

No próximo capítulo apresentamos a discussão e análise dos resultados obtidos para assim, encontrarmos respostas aos objetivos e pressupostos deste estudo.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como forma de viabilizar a compreensão do nosso objeto de estudo, primeiramente apresentaremos as caracterização das casas abrigos para meninas, para meninos, e algumas particularidades dos sujeitos do estudo. No entanto, voltamos a afirmar que esta separação das casas que atendem a população masculina e feminina, ocorreu com o intuito de melhor explicarmos cada uma das casas com suas especificidades e peculiaridades, e não com a intenção de uma discussão a partir do enfoque do gênero.

Em seguida, discutiremos as três categorias temáticas que representam o eixo em torno do qual os depoimentos se articulam, ou seja, DST/AIDS – “onipotência e finitude”, prevenção e sexualidade e mudanças no corpo.

1. CARACTERIZAÇÃO DA CASA ABRIGO

1. 1. PARA MENINAS

A Casa Abrigo para meninas faz parte de uma organização não governamental, em convênio com a Prefeitura Municipal de Goiânia, localizada na região leste da cidade. O quadro de pessoal é composto pela diretora, e quatro monitores, sendo três mulheres e um homem. A direção da casa mantêm o pagamento dos monitores e contribui com uma pequena mesada para as meninas (só para os gastos pessoais), cuja verba é proveniente de instituições filantrópicas. A capacidade de atendimento é para nove meninas.

O objetivo final da casa, além da inclusão social dessas adolescentes, é oferecer um local de moradia para as meninas que perderam o vínculo total com suas famílias ou que se desintoxicaram das drogas e álcool. São oferecidos cursos de corte e costura e cabeleireiro, como opção de futura inserção no mercado de

trabalho. Além disso, recebem atendimento médico, odontológico e psicológico, quando necessários.

A casa abrigo possui uma sala da diretora, de estudo, de corte e costura, de TV com sofás, e de reuniões, que no momento estava despojada de móveis onde realizávamos as nossas entrevistas sentadas no chão sobre um tapete, propiciando um clima de descontração. A cozinha é grande, equipada com fogão a gás, geladeira, utensílios necessários para o preparo de refeições. Conta ainda com dois banheiros e chuveiros elétricos, pias, vasos sanitários e quatro quartos coletivos com camas beliches distribuídos igualmente, e berços individuais em números suficientes para abrigar dez adolescentes e seus filhos.

A parte externa da casa é equipada com tanques de lavar roupa, tanque elétrico, duas despensas para o armazenamento de gêneros de limpeza e alimentícios respectivamente, possui uma horta e uma piscina grande protegida com grades laterais, para proteção das crianças. A garagem coberta na frente externa é destinada como local de brincadeira das crianças que espalham seus brinquedos e ali ensaiam e aprendem a dar os seus primeiros passos. A entrada da casa possui um jardim gramado e vasos de plantas, que são periodicamente renovados pelas meninas, como parte de seu lazer.

O acolhimento por parte da diretoria à nossa proposta de pesquisa ocorreu num clima de interesse e boa receptividade. Tivemos liberdade de escolher os dias e horários de visitas, de acordo com o nosso cronograma e os da casa, de tal maneira que não interferisse nas rotinas da mesma.

Os critérios para admissão são para meninas na faixa etária de 10 a 18 anos em situação de rua e sem vínculo familiar. Elas somente são admitidas após passarem por um processo de sondagem e entrevista por uma das monitoras da

casa. A mesma faz o acompanhamento da adolescente através do SOS 24 horas, que é um abrigo temporário para onde são encaminhados as crianças e adolescentes recolhidos pela Equipe na Rua, e nas clínicas de desintoxicação de drogas ou álcool após tratamento e alta. A adolescente tem a liberdade de ir ou não com a monitora após receber várias orientações sobre as regras da casa. Se aceitar, então é pedida autorização do Conselho Tutelar. Algumas já passaram pela experiência da maternidade e trazem consigo os seus filhos que foram gerados durante sua permanência nas ruas.

A principal característica da casa, que a torna diferente de outras Instituições que abrigam adolescentes do sexo feminino, é a total liberdade que elas desfrutam tanto em relação às entradas e saídas como permissão para namoro e visitas sem dia e hora determinados. A principal regra da casa, de caráter irrevogável, é a não permissão do uso de bebidas alcoólicas e drogas dentro da casa ou fora dela.

Se durante a permanência na casa, elas engravidarem, agredirem fisicamente outras meninas ou um dos monitores, o Conselho Tutelar é notificado para providenciar a recondução da adolescente para outra instituição. Achamos certa incoerência de tal medida em relação ao fato da menina que engravida após admissão, ser desligada da casa em um momento em que ela mais necessita de apoio. Porém, a alegação por parte do pessoal da casa, é que no momento da admissão as regras foram claramente colocadas e explicadas. Ao aceitarem o convite, significa que estão de acordo com tudo o que lhes foi apresentado no sentido de respeitar criteriosamente as normas da casa, não podendo haver transgressão das mesmas. Segundo relato da diretora, as “rotinas rígidas” diferem enormemente das vivências que elas têm das ruas, levando algum tempo para que as mesmas aceitem e adquiram um novo padrão de comportamento. Geralmente as

meninas se sentem bem acolhidas adaptando-se facilmente às normas e rotinas da casa, não havendo história pregressa e até o presente momento, de gravidez ou de abandono após admissão.

Portanto, entendemos que embora exista esta questão, concordamos que as regras precisam ser cumpridas e mesmo porque existe um trabalho intensivo das monitoras em relação as regras de funcionamento. Ao mesmo tempo entendemos que as meninas não ficarão desassistidas pois o Conselho Tutelar providenciará outro local adequado às condições de cada adolescente.

Pudemos constatar durante nossas visitas o motivo da não evasão por parte das meninas. Esta casa funciona como um lar substituto, com uma dinâmica bem próxima à de um contexto familiar com todas as rotinas de uma casa comum. A limpeza, preparo das refeições, e cuidado com as roupas são de responsabilidade das adolescentes que executam as tarefas em sistema de rodízio. Apenas a conservação da horta e limpeza da piscina é feito por um funcionário da instituição.

Apesar de não haver um projeto pedagógico sistematizado, periodicamente solicitam voluntários da área de saúde para ministrar palestras sobre higiene e saúde. Além dos profissionais da área da saúde, a casa conta com voluntários da área de educação, psicologia que, às vezes, contribuem levando mantimentos, roupas e outros materiais de primeira necessidade. Essas doações são de grande valia, pois a verba da prefeitura é destinada apenas para a manutenção e funcionamento da casa.

As entrevistas foram realizadas no turno vespertino para não atrapalhar as rotinas da casa. À tarde, enquanto algumas frequentavam o curso de corte e costura, outras assistiam televisão ou ouviam música num clima de muita descontração e brincadeiras entre elas, característica da fase adolescente. Durante

nossas visitas encontramos sempre um ambiente tranquilo, familiar, e de mútua solidariedade entre as mães que dividiam os alimentos e brinquedos igualmente entre as crianças.

Observamos que os educadores da casa demonstravam afeto, carinho e principalmente paciência com os adolescentes tornando-se confidentes e, às vezes, exercendo o papel de mãe rigorosa sem nunca faltar ao respeito, ou que sua autoridade em dados momentos fosse questionada por elas.

Concordamos com Medeiros (1999) que ressalta em seu estudo a importância do papel dos educadores que convivem com meninos em situação de abandono quando desempenham atividades onde estão implícitas ações inerentes à família, isto é, quando suas atitudes demonstram carinho e afeto no sentido familiar. E, segundo Wright & Leahey (2002), “a família é quem seus membros dizem que são”.

1.2. PARA MENINOS

A Casa Abrigo para meninos é uma entidade filantrópica de cunho religioso, em convênio com a Prefeitura Municipal de Goiânia localizada em uma chácara nos arredores de Goiânia, distante do centro da cidade cerca de 25 km.

Os critérios para admissão na casa ocorrem nos moldes legais, encaminhados pelo Conselho Tutelar e Juizado de Menores. São infratores de pequenos furtos ou pós recuperados de desintoxicação de drogas e álcool, na faixa etária de 10 a 18 anos. O quadro de pessoal da Casa Abrigo conta com um diretor, cinco monitores, um assistente de cozinha e voluntários que se dispõem à ministrar cursos de violão e palestras sobre higiene, quando requisitados.

A casa principal da administração entre várias árvores frutíferas, com um imenso galpão coberto onde são realizadas as reuniões e orações. Em outro bloco

ficam os quatro quartos com vinte beliches distribuídos igualmente, e três banheiros com chuveiros elétricos, pias e vasos sanitários. No momento de nossa pesquisa, haviam dez adolescentes abrigados. Em um outro bloco fica a cozinha com todos os equipamentos e utensílios onde são preparadas e servidas as refeições, uma sala grande com TV colorida, sofás e um lavabo. Na área externa ficam dois tanques onde as roupas são lavadas e passadas. A casa é equipada de telefone e um computador de uso exclusivo do diretor e monitores.

O propósito da casa é que, através das várias atividades ali oferecidas, os adolescentes retornem para a família de origem, ou então, sejam encaminhados para a adoção de uma família substituta. A dinâmica de funcionamento da casa é rigorosa com controle de entradas e saídas para a escola e outras atividades, sendo proibidas as saídas noturnas. As visitas por parentes e amigos são liberadas apenas nos finais de semana ou outros motivos por justa causa.

Apesar da ausência de um projeto pedagógico sistematizado, a participação em uma programação de rotinas, faz com que os adolescentes vivenciem oportunidades de atividades diferenciadas de modo a subsidiar futuras opções. São oferecidos cursos profissionalizantes de marcenaria, cultivo de verduras e legumes, artesanato e pintura, além de aulas de reforço escolar, e curso de violão. Qualquer incidente que envolva brigas dentro e fora da casa, uso de drogas, cigarros e pernoite fora da casa sem a devida autorização, resulta em desligamento total sem chance de readmissão. O Conselho Tutelar é notificado e toma as devidas providências para enviá-lo a outra instituição. Os adolescentes que se recuperam e não têm para onde ir, concorrem ao Projeto República, com direito a permanecer no local, morando em uma casa construída por eles e pela entidade, desde que

trabalhem ou continuem os estudos, além da oportunidade de se tornarem futuros monitores.

A prevenção e o tratamento de doenças são através do Programa de Saúde da Família – PSF. Os casos de urgência são encaminhados à unidade de saúde local. A cada nova admissão são requeridos exames laboratoriais de rotina, incluindo teste para HIV e atendimento psicológico individual ou em grupo. Periodicamente a equipe do PSF ministra palestras sobre higiene geral, e doenças sexualmente transmissíveis. A rotina da casa segue um esquema rigoroso semanal de revezamento. Cada menino cuida individualmente de sua roupa pessoal e de cama, executando as tarefas de limpeza, faxina e cozinha em sistema de rodízio.

Na primeira hora da manhã, todos os adolescentes se reúnem com dois educadores para a leitura da Bíblia encerrando com uma canção acompanhada de um violão em que todos participam. Quando presente, a pesquisadora também participava como estratégia de aproximação do grupo, e depois se dispersam para o cumprimento das atividades diárias. Com a supervisão de uma monitora eles aprendem a cozinhar, lavar e passar a roupa. Alguns se identificam com o plantio de hortaliças e outros com a marcenaria. Outros demonstram habilidades manuais e artísticas, executando trabalhos em casca de coqueiro e pinturas em telas pequenas, fazendo questão de exibir seus trabalhos.

Nos finais de semana os adolescentes além de receberem visitas de parentes e amigos, jogam futebol, assistem televisão, tocam e ouvem música com a participação das visitas e monitores.

Apesar do acesso e bom acolhimento por parte da diretoria, as nossas visitas foram restritas às terças feiras das 9:00 às 11:00 horas. O motivo alegado foi a pouca presença de monitores nos outros dias para supervisionar o restante do grupo

enquanto realizámos as entrevistas com outros meninos. O que realmente notamos foi um certo receio por parte dos monitores em relação à nossa segurança quando em presença dos meninos. Porém, durante as várias visitas e entrevistas pudemos notar um clima de tranquilidade, interesse e curiosidade dos adolescentes em saber o dia da nossa próxima visita. Sem maiores explicações, fomos impedidos de fazer uso do gravador por ordem da diretoria geral. Portanto, como previa nosso protocolo de pesquisa submetido ao CEPHMA - UFG nossa alternativa foi anotar o máximo possível das informações em um diário de campo. Pelo fato das entrevistas ficarem restritas a uma vez por semana, e o difícil acesso local na época das chuvas, nossas visitas se estenderam durante quatro meses para que os dados fossem coletados.

Os monitores fazem cursos semestrais de atualização em relacionamento e convivência junto aos adolescentes, patrocinado por uma entidade religiosa. Trabalham como voluntários, recebendo em troca um local para morar e ajuda financeira para cobrir os gastos pessoais. O envolvimento na recuperação dos adolescentes é de grande responsabilidade, tendo que enviar mensalmente relatórios sobre a evolução do trabalho e possíveis ocorrências junto a esse grupo.

Como pudemos perceber durante as nossas visitas, o relacionamento entre monitor e adolescente era de respeito mútuo, alguns demonstrando mais carinho e amizade por um ou outro monitor.

O que nos chama a atenção nas duas instituições é a falta de um projeto pedagógico sistematizado, como previamente relatado por Medeiros (1999), em seu trabalho junto à uma casa abrigo de oito adolescentes masculinos. Os monitores e educadores continuam com ações individuais de abordagens a nível empírico

direcionados ao resgate da cidadania, sem possibilidade de uma atuação mais efetiva junto a essa população.

2. PARTICULARIDADES DOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS

Os 14 adolescentes entrevistados têm idade entre 14 e 18 anos. As faixas etárias dos adolescentes são de:

Idade	M	F
14	4	-
15	-	2
16	2	2
18	1	3

2.1. AS MENINAS

As meninas chegam à Casa Abrigo encaminhadas pelo Conselho Tutelar, Juizado de menores, SOS 24 horas, Casa das Flores (abrigo feminino temporário que faz a desintoxicação de drogas e álcool), ou à convite das monitoras.

A saída de casa para as ruas ocorreu na faixa etária de 13 anos para a maioria das meninas sendo que apenas uma por ser orfã de mãe e apanhar demais da madrasta, foi viver na rua aos 7 anos de idade. Os motivos relatados para a saída de casa são vários: maltratos físicos pela madrasta, indiferença da mãe por dar mais atenção ao padrasto, medo de ficar sozinha enquanto a mãe saía para trabalhar e liberdade para o consumo de drogas.

Durante a permanência nas ruas, experimentaram todos os tipos de drogas lícitas e ilícitas, inclusive a injetável (apenas uma), praticaram delitos como pequenos roubos a transeuntes, lojas, casas lotéricas e assaltos com arma de fogo.

Além de conviverem com a discriminação da população, dormiam debaixo das pontes, nos mocós (esconderijo de marginais) e se escondiam dentro de bueiros para fugir da polícia. Algumas estiveram presas e apanharam dos meninos e da polícia. Das sete meninas, quatro foram criadas pela mãe, uma pelo pai, duas foram abandonadas pelos pais sendo uma criada por pais adotivos e a outra encaminhada para o orfanato aos seis anos de idade.

Alegaram que a primeira relação sexual ocorreu por volta dos nove anos. Duas meninas engravidaram aos 14 e 16 anos, durante o período em que permaneceram nas ruas, trazendo consigo seus filhos de dois anos de idade para a casa abrigo. Segundo Vitale & Amâncio (2001), uma gravidez inesperada pode resultar em consequências negativas, a curto e a longo prazo, tanto para a adolescente quanto para a criança, pois nem sempre a mãe adolescente dispõe de condições materiais, emocionais e comportamentais para assumir esse papel. Apesar da gravidez precoce e inexperiência materna, pudemos notar o carinho e cuidado com que as meninas tratavam os seus filhos, orientadas pelas monitoras quanto à alimentação, higiene, lazer e segurança das crianças. E, em nenhum momento, apesar de todas as dificuldades enfrentadas, fizeram menção em doar a criança.

As crianças eram encaminhadas mensalmente com as mães ao serviço de pediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás para controle e acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento.

Todas as meninas frequentavam a escola, uma das condições para permanecer na casa, e apenas duas trabalhavam fora da instituição em locais indicados pela entidade.

No primeiro encontro, algumas meninas se mostraram arredias e indiferentes, nos deixando pouco à vontade, porém, após ouvir sua história pregressa de vida carregada de uma sequência de violências, abandono, estupro, rejeição e discriminação pela sociedade, pudemos entender melhor estas meninas, respeitando sua situação, e os motivos de suas desconfianças. Das sete meninas, três sofreram estupro aos cinco, seis e nove anos respectivamente, pelo vizinho, tio e irmão. As histórias foram relatadas com muita mágoa e rancor ao lembrarem do incidente, pois à época sentiam-se impotentes em denunciar alguém próximo da família alegando vergonha, medo, e até ameaça de morte pelo estuprador como relatou uma delas.

Iniciamos as entrevistas com muita cautela e paciência, para que ficassem mais à vontade durante seus relatos. A cada primeiro contato que estabelemos com as meninas, explicávamos o nosso papel, muitas vezes, respondendo diretamente à sua curiosidade.

A desconfiança, e certos bloqueios quanto à nossa presença, foram se dissipando à medida em que as visitas se tornavam frequentes e regulares. O fato de alegarmos que o resultado dos seus depoimentos serviriam de ajuda para outras meninas na mesma situação, fez com que a confiança mútua se estabelecesse ao longo das entrevistas, com maior abertura no diálogo principalmente no tocante às suas inseguranças, medos, experiências íntimas e receios em relação ao seu futuro e de seu filho.

Aptekar (1996) aponta que as meninas ao migrarem para a rua refletem um processo de desintegração familiar muito maior do que os meninos, sendo por isso mais vulneráveis à situação de rua, apresentando maiores índices de estresse e desajustamento psicológico. Rafaelli et al. (2000) ao investigarem estas diferenças

no Brasil, apontam que as meninas referem uma história familiar mais negativa do que os meninos, mas a adaptabilidade nas ruas é semelhante.

As meninas se mostraram menos falantes que os meninos, sendo que algumas necessitavam ser estimuladas com perguntas, que surgiam do próprio contexto focado, para esclarecer pontos obscuros ou obter mais informações a respeito do tema em vigor, mantendo-se tranquilas durante o decorrer das entrevistas.

2. 2. OS MENINOS

Os meninos, de um modo geral, chegaram à casa abrigo encaminhados pelo Conselho Tutelar e Juizado de Menores, sendo que a maioria provêm de famílias desagregadas. De acordo com Rizzini (1992), “família desagregada é definida como “aquela em que se observa a ausência do pai ou da mãe biológico”. A infância dos meninos e meninas de rua, que como qualquer criança mereceria proteção, cuidado e dependência familiar, por parte dos pais, conta geralmente com apenas um deles, deixando de ser uma família nuclear completa, ou seja a presença do casal e os filhos.

Dos sete meninos, dois foram criados pela avó, um pela mãe, um pelo pai, um pela tia, um foi para o orfanato aos três anos por abandono da mãe e perda do pai, e somente um foi criado pelo pai e pela mãe. Têm em comum o número elevado de irmãos (3 a 5), sendo que um deles relatou ter 15 irmãos de mães diferentes. A média de saída para a rua foi na faixa etária de 11 a 13 anos, e os motivos alegados foram vários: maltratos físicos pelo padrasto, madrasta, irmão mais velho, pelo próprio pai, e maior liberdade para mexer com drogas. Durante a permanência na rua, todos fizeram uso de todo tipo de drogas ilícitas, raramente a injetável,

experimentando vários tipos de delitos, desde pequenos furtos a transeuntes, lanchonetes, assaltos à mão armada e briga de gangues. Tivemos um relato de adolescente que se envolveu em assassinato, e outros de prisões e espancamentos por policiais. Além de sofrerem discriminação da população, conviveram com o frio, a chuva, a fome e principalmente a falta do aconchego familiar.

Alguns adolescentes ainda mantinham o vínculo familiar recebendo periodicamente a visita da avó, irmão, e apenas um recebia a visita do pai e outro do padrasto. Todos frequentavam a escola distante 10 km da chácara, recebendo o vale transporte diário e material escolar. Os meninos relataram que tinham vergonha de falar que moravam na chácara, com receio de serem discriminados, e então, davam um endereço falso aos colegas de escola. Aos meninos não era permitido arrumar trabalho fora do abrigo, ficando restritos aos limites da área da chácara.

O nosso primeiro encontro com os meninos foi num clima de boa receptividade, que estavam apenas curiosos em saber como seria a entrevista, quem seria o primeiro, e como teriam que responder. Por sugestão do grupo foi feita uma lista de nomes sequenciais para a entrevista, de tal maneira, que não interferisse nas suas rotinas. Novamente em grupo, colocamos como ocorreria a entrevista, a livre participação, o sigilo, e quais seriam as finalidades dos dados coletados.

No decorrer dos relatos verificamos que cada adolescente tinha uma história de vida diferente tendo em comum a pobreza, a violência, a violação dos direitos, a discriminação e a falta de oportunidade na inserção no mercado de trabalho. As falas fluíam livremente, ora em tons mais agressivos como se nada temessem, ou

em tons mais amenos quando se referiam às pessoas de sua família, e amigos de rua que deixaram para trás.

A nossa sensação inicial de estar invadindo o espaço e privacidade destes adolescentes, deu lugar à percepção da importância do diálogo, onde eles podiam demonstrar seja através do corpo, das falas, expressões e sentimentos, as suas experiências vividas em situação de rua. A maioria durante sua permanência na rua trabalhava de “aviãozinho”, termo utilizado para distribuir a droga dos traficantes em pontos determinados.

Em geral, os meninos se mostraram mais falantes que as meninas, sendo até prolixos às vezes, porém, as entrevistas evoluíram em um diálogo espontâneo em um clima de muita tranquilidade. Tivemos o cuidado de usar uma linguagem simples e concreta, compatível com a fase de desenvolvimento do adolescente.

3. AS CATEGORIAS TEMÁTICAS

3.1. “Onipotência e finitude”

A partir do material coletado junto aos adolescentes (meninas e meninos), a construção das representações das doenças sexualmente transmissíveis foi feita de maneira contraditória. Ao mesmo tempo que diziam saber de tudo, se confundiam ao citar as outras DST. De um modo geral, quando perguntados sobre o que sabiam a respeito de DST, verificamos que eles conheciam ou ouviram falar mais sobre aids, e detinham poucas informações em relação as outras DST. A idéia de contágio das doenças era muito bem definida pelos adolescentes, principalmente por relação vaginal. Além da aids, a gonorréia foi a mais citada por apresentar manifestações físicas e orgânicas, de acordo com os relatos:

“Conheço aids, verruga, crista de galo e um trem tipo coalhada” (M1).

“Conheço aids, crista de galo, cancro mole, gonorréia” (M2).

“A sífilis é um carocinho que dá e depois vai virando tipo umas berrugas, né” (M3)

“Conheço tipo gonorréia, que dá corrimento, e aids” (F5).

“Conheço aids, sífilis, gonorréia” (F6).

“Na escola eles falam muito de DST, que só passam pela relação sexual, pela vagina, mas só lembro da gonorréia. Tinha várias meninas na rua que tinham gonorréia, aquela que dá um corrimento, um pus amarelado” (F7).

Em geral, as demais DST eram lembradas e citadas por terem conhecido alguém com a doença, pelas informações recebidas nas ruas e através de palestras do pessoal da saúde :

“A gonorréia é aquela que dá um corrimento branco, fedido, os meninos é que falavam” (F3).

“Tive um amigo com gonorréia” (F4).

“Tinha várias meninas de rua que tinham gonorréia” (F7)

“Conheço aids, sífilis, gonorréia. Gonorréia eu ouvi falar e vi nas fotos que o povo mostra nas palestras, é corrimento” (M3).

O saber, o conhecimento e as informações acerca de um determinado objeto, constituem-se num aspecto essencial das representações sociais. É notório, no entanto, que o foco de atenção se dirige não para o saber reificado, mas para o saber do senso comum, construído no cotidiano dos indivíduos. Porém o saber do senso comum também tem certa relação ou familiaridade com o saber científico (JODELET, 2001 e SÁ, 1996). Podemos perceber que algumas falas emergem dos conhecimentos científicos, porém estes foram veiculados das mais diversas formas durante o decorrer dos anos.

Como citado anteriormente, as DST mais comuns na população, são: sífilis, gonorréia, cancro mole, condiloma acuminado (popularmente conhecido como

verruga, crista de galo), além da aids, e corroboram os dados de pesquisa realizado entre crianças e adolescentes em situação de rua na cidade de Goiânia (SENA, 2002).

Porém, nem sempre as informações eram assimiladas corretamente, havendo confusão com outras doenças sobre a forma de transmissão:

“Eu conheço aids, câncer, rubéola. A rubéola pega por sexo” (M4).

Percebemos na fala dos adolescentes que as DST com exceção da aids não representam uma ameaça em seu cotidiano, pois são curáveis, de tratamento rápido. Alguns que já tiveram a doença, como a gonorréia, condiloma, citam naturalmente incômodos como corrimento, prurido, mau odor que podem ser tratadas nas unidades de saúde, até que se resolva o problema dos sintomas:

“Uma vez deu crista de galo nele, deu gonorréia, viche, um monte de coisa nele. Só que ai ele falou que curou. Ele tava fazendo tratamento , eu acho” (F1).

“Quem tinha era um menino que vivia se coçando” (F2).

“Das outras doenças não tenho medo de pegar, não, porque trata mais rápido” (F7).

“Eu vi uma mulher com coalhada escorrendo pelas pernas e crista de galo. Eu também peguei esta coalhada, dai tomei injeção no postinho e sarei. Tomei injeção prá gonorréia” (M1).

“As outra doenças só ficam machucando, mas se você for ao médico, ele trata e cura” (M7).

Apesar de deterem algum conhecimento a respeito da transmissão, isso não faz com que relacionem algum sintoma físico pessoal com a possibilidade de haver contraído uma DST, nem que se sintam vulneráveis a contrair essas doenças. Isso implica em não procura de serviço médico, podendo levar a complicações que podem passar despercebidas, principalmente entre as meninas, podendo causar futuras sequelas:

“Tive infecção no ovário, acho que foi pela DST, mas não sei o nome, não. Fiz tratamento no Hospital das Clínicas, no serviço de adolescente” (F6).

“Já tive chato e um corrimento amarelo muito forte. O médico falou que era uma infecção e como eu não tratei, subiu para o útero. Ai tive que tratar e até tirar um pedaço do meu útero, e cauterizar, senão virava câncer. Daí tive que ficar tres meses sem transar” (F7).

Nas percepções das meninas as intervenções a que foram submetidas, foram relatadas como de simples rotina, com total desconhecimento de futuras sequelas, causadas pela desinformação e falta de maturidade para entender sobre o assunto, sobressaindo nas falas apenas a preocupação pelo tempo de abstinência sexual.

Segundo O’Leary & Cheney, (1993) mais de vinte tipos diferentes de doenças são transmitidas através do contato sexual. Além de serem facilitadoras para infecção pelo HIV, representam grave problema de saúde pública por suas repercussões médicas, sociais e econômicas.

As mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV do ponto de vista biológico, e principalmente as mais jovens, pré-púberes e adolescentes, nas quais a imaturidade do aparelho genital determina fragilização adicional frente à infecção pelo HIV (SHRIER et al.,1999).

Neste contexto, as DST significam sério problema para a saúde reprodutiva, causando sofrimentos e seqüelas decorrentes da falta de procura do serviço médico e ausência de tratamento, já que, apesar de algumas serem curáveis, a maioria dessas doenças apresenta infecções sub-clínicas ou pode ser assintomática durante muito tempo (CDC, 1998).

No decorrer das entrevistas percebemos que a aids é a que mais se aproxima da vivência dos adolescentes, que se sentiram mais à vontade em falar sobre o assunto.

A aids é percebida como uma doença mortal, incurável, contagiosa, que maltrata, de sofrimento e tratamento prolongados, que pode aparecer de repente, com sinais visíveis de comprometimento externo como no caso do emagrecimento. Além de se sentirem amedrontados, o entendimento de que a morte é iminente, podemos perceber nos seguintes fragmentos:

“Tenho mais medo da aids porque é contagiosa” (M1).

“A aids é uma doença que mata. Tenho medo da aids porque mata. Tinha um boiola na rua que morreu de aids. Ficou magrinho e fraco e morreu no HDT” (M2).

“A aids é pior porque tem que tomar muito remédio e ir sempre ao médico. A aids é uma doença que judia muito, eu tenho medo de morrer de aids.” (M6).

“O pessoal tem mais medo da aids porque sabe se pegar vai morrer mesmo.” (F6).

Estes achados são similares aos encontrados em estudos como os de Mandú et al (2000) onde a aids é percebida pelos adolescentes como uma doença progressiva associada inevitavelmente à morte; e o de Oliveira (1992, p.79) e Paiva et al. (2002, p.06), que referem expressões sobre a aids como “feia, ruim, maldita, que dá medo, teimosa, à morte certa, à doença sem cura, que acaba com a vida da pessoa”.

Na percepção de alguns, a doença se apresenta silenciosa e traiçoeira, sem sinais aparentes, porém, mortal, de acordo com os relatos:

“A aids é mais fácil de pegar porque muitas pessoas já tem e a gente não sabe quem tem” (M2).

“A aids não dá nada, mas mata” (M7).

Fica evidente nas falas, que, pelo fato da pessoa não apresentar manifestação externa da doença, concorre para que não seja um possível agente de

contaminação, expondo o sujeito à constante risco de contrair a doença, pelo limitado conhecimento e apreensão da informação.

De acordo com os adolescentes, não só a aids representa a morte, como também o fato de estar na rua significa estar em constante vigília para escapar das várias formas de violência, quando são perseguidos pela polícia ou gangues de marginais, às vezes culminando em morte violenta por arma branca, arma de fogo, ou por overdose. As situações de medo eram acompanhadas por um sentimento de inquietação, sendo que a possibilidade de morte era uma realidade vista de forma clara e com frieza por essa população.

Mais do que envolvidos pelos riscos, os adolescentes estão envolvidos pelo medo. A dor e a impotência também os assustam. A moléstia dá a eles a dimensão de sua finitude.

Para este grupo que esteve nas ruas, a aids apesar de ser mortal é apenas mais um risco como tantos outros, embora alguns entrem em contradição quando dizem que não se sentem ameaçados. O sentimento de onipotência, tão característico desta fase, pode ser evidenciado em várias falas, quanto à percepção de que estão sujeitos à doença, o que os leva a imaginar que com eles “nunca vai acontecer”:

“O pessoal tem medo de nada não. Tá na rua mesmo, medo de que” (F4).

“Não, não tenho medo de pegar doença alguma. Se tivesse medo não ia pra rua. (F5).

“A gente tratava normal quem tinha aids. Na rua não tem preconceito, ninguém liga pra isso, não” (F6).

Para uma parcela significativa dos jovens, especialmente o grupo mais vulnerável, a aids é “apenas mais um risco”, e é mais confortável acreditar que “se tiver que pegar o HIV, não adianta fazer nada” (PAIVA et al., 2002).

Foi observado que o conhecimento e a preocupação acerca da aids aumentavam quando os adolescentes conheciam alguém com a doença. A idéia de contágio foi bem definida sendo a mais citada a via vaginal, alguns acrescentaram a via sanguínea, e outros fizeram menção ao contato direto com objetos cortantes como possível forma de contaminação.

“Eu acho a transa vaginal mais perigosa porque é a primeira coisa que se faz” (F4).

“Acho que a doença só passa pelo sexo e pelo sangue” (F6).

“Nem objeto cortante que eles tinham eu pegava não, de jeito nenhum. Nem em faca, canivete, nem em caco de vidro nem em nada. Porque tinha medo de pegar aids” (F1).

Ao mesmo tempo que ressaltam sua onipotência perante à contaminação da aids, por vezes, entram em contradição quando mencionam que entrar em contato direto com objetos pessoais da pessoa com aids e fazer doação de sangue, significa contrair a doença, havendo dúvidas também em relação à contaminação por sexo oral. Pela dificuldade de apreensão das informações recebidas, repetem ou passam adiante as informações que eles mesmos elaboram, gerando um significado próprio:

“Eu acho que a aids pega no mesmo copo, com aparelho de barbear, tipo assim, se alguém deixar resto no copo” (F3).

“Pega através da injetável e se doar sangue” (M3).

“Acho que sexo oral não pega, né?” (F7).

Pelas falas, podemos concluir que as variações de posições sexuais aumentam o risco de contaminação, por ignorarem medidas de prevenção nestas relações sexuais.

Através de vários depoimentos, alguns relatados com sensacionalismo, verificamos que, quando conhecem pessoas com aids, estes expressam o

sentimento de raiva e revolta, e como vingança prometem disseminar a doença ou matar quem a transmitiu, pois suas percepções frente à doença, revelam uma atitude fatalista, sem perspectiva futura, de morte certa, segundo os relatos:

“Quem tem aids tem raiva e quer passar pra todo mundo” (F4).

“Ah... foi a história contada por um rap que eu escutei, baseado em fatos reais. Ele conta de um amigo dele com aids que morreu. A menina que tava com ele também tinha aids e ficou grávida e não sabia do coquetel. Ai ela pegou e abortou a menina, né. Ai ele foi lá e matou a menina de raiva. Ele foi preso. Ai ele fala que achou melhor matar. Ai no último capítulo, ele fala, ele já tava no hospital, ele fala que o futuro dele é a morte. Geralmente o homem, se pegasse aids, viche, eles iam correr atrás da mulher, iam matar a mulher, eles falavam se eu pegar aids de todo jeito, eu vou morrer, seja lá o que for, prá mim matar não tô nem aí. Ai eles falavam que preso, solto ou no hospital, qualquer lugar, eles iam morrer de todo jeito. Porquê não matar quem passou pra eles...Se ele vai morrer porque o outro não vai morrer” (F1).

“O meu companheiro, pai do meu filho está com aids e quer passar pra mim” (F7).

Verificamos neste último relato, o medo estampado na face da menina, que permaneceu uma temporada escondida em casa de amigos com seu filho, para fugir à fúria de seu companheiro, que, posteriormente foi internado em um hospital de referência do Estado de Goiás, para o tratamento da aids.

Entendemos que a infância dos meninos e meninas de rua, que como a de qualquer criança mereceria proteção, cuidado e dependência familiar, se transforma numa etapa da vida prematura em assumir responsabilidades pela própria sobrevivência. Expostos a um espaço tão complexo e inseguro como a rua tornam-se alvos fáceis de todo tipo de violência física e ambiental, sofrendo o preconceito, o medo e o desprezo dos grupos sociais mais abastados.

Desinformados a respeito de sua condição de cidadãos, são facilmente desrespeitados em seus direitos, mesmos os mais elementares, tornando-se, também eles, reprodutores da violência de que são vítimas (TRAVERSO, 2002). Segundo Dell Collado (1995), “a violência com que são tratados transforma-se na violência com que tratam os outros” (p. 55).

Ao mesmo tempo em que os relatos de violência se alternavam com discursos que expressavam carinho e solidariedade, os adolescentes entravam em contradição expressando a rejeição em suas falas:

“Quem tinha aids a gente tratava normal, como da turma mesmo” (M1).

“Ela que falou pra nos que estava com aids. Meu amigo quis transar com ela de camisinha, mas ela não quis de medo de passar a doença pra ele. A gente tratava ela normal, com carinho. E não falamos pra ninguém que ela estava doente” (M3).

“Conheço a aids. Só pega quem quer. Tinha uma menina na rua com aids. Deus me livre, eu nem chegava perto” (M4).

“Quem tinha aids a gente tratava normal, mas assim, eu pra cá e ele pra lá, como amigo, não com indiferença, ai eu fui me afastando” (F1).

Estes depoimentos caracterizam bem os conhecimentos equivocados ou pré-conceitos em relação à doença, quando ao mesmo tempo em que dizem saberem sobre a aids, escondem do grupo o fato de outra pessoa estar contaminada, e, ao mesmo tempo, relatam a sua rejeição. Isso concorre para disseminação da doença causando outros prejuízos para essa população.

Segundo Dimenstein (1990) os adolescentes em situação de rua desenvolvem estratégias de sobrevivência, que não se restringem apenas ao aspecto material, não se trata apenas do alimento e do abrigo, necessidades a serem satisfeitas que este grupo tem que manter ou conquistar na rua, mas principalmente num tipo de sobrevivência, que implica numa sustentação da sua

capacidade de estar na rua, o mínimo de asseguramento de existência pessoal que o permita viver nas condições geralmente violentas que a rua impõe, cuja idéia de agressão e rejeição é integrante natural do cotidiano.

Para isso desenvolvem um tipo de estratégia psicológica em que são estabelecidas as relações de ajuda e amizade entre os grupos.

Koller e Hutz (1996) mencionam algumas formas de agrupamento destes meninos, desenvolvendo relações de afeto, de trabalho, certa moralidade e regras no grupo. Também observaram um alto índice de reciprocidade relacionada a comportamento de ajuda entre eles.

Outro fato é a construção da aids como notícia. O fato da aids ser considerada incurável e mortal, e mencionada como principal DST encontra reforço nas campanhas veiculadas pelos órgãos públicos e pessoal da saúde. Apesar dos entrevistados terem recebido várias informações educativas através da TV, do pessoal da área de saúde, e professores das escolas, a informações apreendidas pelo grupo, se referiam apenas à letalidade, e tratamento prolongado, como constatamos nas falas:

“A pior doença eu acho que é a aids, né, ela não tem cura mesmo. Quem falou isso foi o pessoal do postinho” (F3).

“Tinha um pessoal da saúde que passava prá falar da aids porque mata. Falavam que a aids era perigosa e podia matar “ (M1).

“Eles (pessoal do postinho) falavam que se não usasse (camisinha), podia dar muitas doenças e se pegasse aids era pior porque tinha que tomar muito remédio e ir sempre no médico” (M6).

Pelos depoimentos, verificamos que, o pessoal que trabalha nas unidades de saúde, não se encontra suficientemente preparado para dar as devidas informações ao público adolescente, apesar dos vários treinamentos de prevenção contra

DST/AIDS desenvolvidos pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde.

Segundo Danziger (1994) um dos formatos assumidos pelas campanhas de educação em saúde em diferentes contextos foi o de enfatizar a letalidade da doença. Nas campanhas contra a aids da era Collor essa postura era bem clara (Ex: “AIDS mata!”, “Quem vê cara não vê AIDS!”, “Se você não se cuidar a AIDS vai te pegar!”) (FIGUEIREDO, 1998).

No decorrer dos anos verificamos que essas campanhas de amedrontamento, mostravam a ineficácia dessa estratégia, e segundo Figueiredo (1998): “De acordo com os publicitários, esta postura não dá bons resultados porque as pessoas tendem a rejeitar a informação, pois, não conseguem conviver com o medo”.

As DST sempre tiveram significado importante na área de Saúde Pública, mas eram subestimadas por não serem de notificação compulsória. Com o surgimento da aids ficou evidente a sua relevância como fator de risco para as mesmas, e desta forma passaram a ser reconhecidas e valorizadas pelas autoridades de saúde, comunidade científica, e população em geral, como visto anteriormente.

Diante desse fato, constatamos que o grupo adolescente está constantemente vulnerável às DST/AIDS em decorrência da desinformação. A isso une-se a precária situação social e econômica de grande parte da população brasileira, fazendo com que o acesso às informações, e aos serviços de saúde se tornem extremamente difíceis quando não impossíveis. Para esta população de rua então, a situação torna-se mais grave, pois o pouco contato que têm através da mídia ou em épocas de campanha, é sempre a aids que aparece como pano de fundo em detrimento de outras DST.

Por este fato, um dos temas debatidos no Congresso DST/AIDS, pelos membros da Comissão Nacional de aids em Recife-PE, foi a necessidade de uma maior mobilização da sociedade civil organizada, em questionar o papel do Estado na implantação de uma política pública mais clara e concreta, em relação à prevenção e assistência de outras DST, que não seja a aids, que já tem forte atuação representativa no Brasil (CALIENTO, 2004).

3.2. Prevenção e riscos

O que constatamos em nossos estudos é que os adolescentes acumulam certas informações sobre os meios de prevenção em relação à transmissão sexual das DST/AIDS. A noção do contágio existe e se constitui em fonte de preocupação. Por ocasião das entrevistas, todos os adolescentes alegaram já ter tido relações sexuais. Os adolescentes relatavam os modos de prevenção de acordo com as vias de transmissão sexual, referindo a necessidade de conhecer a pessoa com quem transam, evitar proximidade com portadores da doença, evitar contato com objetos contaminados de sangue, de usar camisinha, não usar drogas, ou usar seringas individuais e realizar exames. A forma mais destacada de prevenção foi o uso da camisinha, coerentemente com a associação mais direta que fazem entre aids e contato sexual, sendo a mais perigosa a relação anal sem proteção, de acordo com os relatos:

“O que passa mesmo é a relação vaginal. Pega também na relação oral quem tem ferida na boca. O mais perigoso é a relação anal que não se deve fazer. Eu ouvi isso nas ruas, depois nas palestras. Ela passa mais por injetável e se alguém tiver ferida com sangue passa também”(F7).

“Eu nunca injetei droga. Os meninos na rua cada um tinha sua seringa”(M4).

“Eu só fazia programa e tinha que usar camisinha, senão não tinha”(F1).

“Eu ia usar a camisinha e conhecer melhor as pessoas. Mas eu tenho medo, a camisinha pode estourar, né”(F2).

“Às vezes você pega uma mulher sadia e não sabe que doença ela tem. Ela não fala. Tem que primeiro perguntar prá menina se ela tem doença ou não”(M4).

“O suruba é mais perigoso prá pegar doença, porque mistura muita gente e não sabe quem está doente.”(M1).

“Eu acho a relação anal mais perigosa. Não sei não, mas eu acho”(M5).

O uso da camisinha foi mencionado em situações em que não se conhecia o parceiro, para fazer programas, e em algumas a contaminação pelas DST cede lugar à preocupação com a gravidez, também compartilhada pelos meninos, confundindo frequentemente o uso dos contraceptivos com proteção contra as DST/HIV:

“Prá não pegar barriga, porque o médico falou que é prá não engravidar” (F1).

“Antes desse namorado, não usava camisinha, não. Tomo aquela injeção prá não engravidar” (F6).

“A minha mãe de criação falava prá usar preservativo prá não pegar gravidez” (F7).

“Eu uso camisinha prá não engravidar, né”(F2).

“As meninas tem essa preocupação mais que os meninos. Prá não pegar barriga” (M2).

“Tem que usar a camisinha, já pensou se a mina fica grávida?” (M7).

Para essa população que vive na rua, e saiu precocemente de casa sem as devidas informações sobre menstruação ou gravidez, e sem acesso aos serviços de saúde, revelam que a gravidez não planejada e o risco de exposição ao HIV/aids e às demais DST, apresentam-se como realidades possíveis diante da não existência de práticas de prevenção. Quando indagados sobre os riscos enquanto moradores de rua, as respostas vinham claras e ligeiras:

“Conheci duas pessoas que usavam a mesma seringa, nunca transava om camisinha, porque ainda não sabia dos perigos que corria, na rua ninguém fala dessas coisas, não” (M7).

“Na rua ninguém se preserva. As meninas da rua tão tudo buchada” (F4).

Loyola (1995) e Guimarães (1994) também encontraram em seus estudos que o uso da camisinha nas relações sexuais ocorre sobretudo em função da preocupação com uma possível gravidez e não para prevenção de DST/AIDS, uma vez que aquela é vista como mais provável e porque tal preocupação é mais aceitável pelos companheiros.

Alguns relataram que deixaram as drogas injetáveis, só após terem presenciado a morte de alguém muito próximo por efeito da overdose. Identifica-se então, que a atitude preventiva depende pelo menos em parte, mais da identificação dos riscos a que estão sujeitos, incluindo o medo da morte:

“Conheci uma amiga que estava com aids e caiu morta de overdose quando injetamos droga na mesma seringa. Depois disso parei de usar droga injetável” (F4).

Para alguns nem a morte foi argumento suficiente para a adoção dos meios de prevenção, havendo a crença no destino de “pegar aids” se assim estiver determinado. Um possível entendimento desse pensamento é a percepção de que seu futuro já estaria definido pela vontade divina, como veremos no seguinte depoimento:

“Eu nunca transei com camisinha, porque não gosto, mesmo sabendo que eu posso pegar a doença, acho que Deus me protege porque nunca peguei aids nem câncer” (F7).

Os argumentos encontrados para a não utilização do preservativo foram vários: ser incômodo, machucar, pode romper durante o ato sexual, dificuldade de aquisição, e pela relação de confiança no parceiro. De acordo com os relatos:

“Eu não gostava de usar camisinha porque machucava, ficava frouxo saía fora. Lá no posto não dava camisinha prá menor de 16 anos, e se um adulto fosse junto, eles pediam a identidade e entregavam na mão do adulto, só que o cara não dava prá gente, não” (M1).

“Acho que os meninos de rua tem mais facilidade de pegar as doenças, porque a maioria não usa camisinha, porque é muito novo” (F3).

“Das outras vezes transava sem nada mesmo, porque não tinha camisinha. O pessoal da saúde não dava prá menor” (M6).

“Mas eu tenho medo, a camisinha pode estourar, né” (F2).

“Eu não uso camisinha com meu namorado. Um confia no outro” (F6).

Apesar dos vários relatos tipo “se a gente não usar camisinha é mais fácil pegar a doença”, na prática o discurso é outro. Acreditam e confiam no seu parceiro. O fato de conhecerem o companheiro (a) é suficiente para que se sintam protegidos. Outro fator citado da não utilização foi a burocracia para o menor de 16 anos obter o preservativo de acordo com os relatos acima. Na nossa vivência prática em unidades de saúde, baseada na orientação dos programas do Ministério da Saúde, o adolescente menor sempre teve livre acesso ao fornecimento de preservativos sem acompanhamento de adultos. Dos vários treinamentos com escolares sobre o uso correto de preservativos, pudemos observar que a maioria não os utiliza alegando que, por serem camisinhas de tamanho desproporcional ao tamanho de seu órgão genital, ainda em desenvolvimento, quando colocados ficam frouxos e machucam.

Sabemos que a maioria das unidades de saúde só recebem preservativos de tamanho único apesar de já existirem de tamanho pequeno específico para população de menores. De acordo com informações da Secretaria de Saúde, pouquíssimas unidades de saúde tem acesso a esses preservativos, pela pouca produção e distribuição limitada do produto.

Estes fatos contribuem para que esta população sem acesso aos preservativos, seja alvo constante de contaminação pela DST/AIDS por não se protegerem nas relações sexuais.

Ao mesmo tempo que os adolescentes dizem saber alguma coisa sobre as DST de maneira geral, não são capazes de assumir na prática sexual as informações que dizem ter. Pudemos perceber que na rotina da rua, a percepção de risco se apresentava de outra maneira. Através dos depoimentos verificamos que, o não uso do preservativo, o uso de bebidas alcoólicas e drogas, raramente a injetável, era uma constante na vida deles.

“O pessoal da rua não usa camisinha não, toma droga, fica doidão, não dá moral e transa sem querer saber de nada, não” (M3).

“Fumo desde os seis anos. Meu pai tinha um bar e eu bebia escondido” (M4).

“Meu pai era alcoólatra” (M5).

“Meu pai verdadeiro mexia com drogas. Os meninos faziam muita suruba sem camisinha. Ninguém lembra de camisinha quando tá drogado, não.” (F6).

“O bom da rua é a droga. O objetivo na rua era roubar, ter dinheiro, agarra as mina” (M7).

“Os meninos ficam sem transa mas não sem a droga” (F4).

De acordo com Marques & Cruz (2000), levantamentos epidemiológicos do Brasil e do mundo demonstram que é na passagem da infância para a adolescência

que o uso de drogas lícitas e ilícitas se inicia. No entanto, segundo os autores, dados recentes indicam que o álcool e o tabaco têm sido as drogas mais utilizadas por crianças e adolescentes ao longo da vida.

Verificamos através dos vários relatos que os pequenos furtos garantem a compra dos inalantes, bebidas alcoólicas e fumo, às vezes, maconha por serem baratos e de fácil acesso, enquanto as injetáveis requerem muito dinheiro além do permanente contato com os traficantes.

Alegam que para fugir da fome, do frio, da exclusão social e da violência a que são submetidos diariamente, utilizam-se das drogas (inalantes, bebidas alcoólicas) como uma estratégia de sobrevivência. Eles afirmam também que o álcool e as drogas são geradores de violência, dando-lhes poder ilimitado, suprimindo tudo o que desejam tornado-os invulneráveis a quaisquer riscos ou sofrimentos. Imunes ao perigo, eles se expõem a todo tipo de violências físicas, inclusive dentro do grupo, e às relações sexuais, perdendo a noção das medidas preventivas:

“Nunca transei drogada. Senão tinha que pagar o BO (boquete)”F4).

“Acordava toda machucada quando dormia drogada. Os meninos era doidinho prá pega a gente de ré, prá me torá” (F6).

“Quando eu tava drogada os meninos aproveitavam de mim, eu acordava machucada na boca de levar soco. Na rua tem todo tipo de sexo: anal, oral. Eu só usava droga de dia e perto do SOS, prá ficar esperta com os meninos, prá não abusarem de mim” (F5).

Vários estudos enfocam a relação entre o uso de drogas, violência e um maior risco de DST/AIDS entre adolescentes. (DEANS & SINGH, 1999; HUANG et al., 1999; JOSEPH et al., 1999). Segundo FERGUSON (1999), SENA (2002), e UNAIDS (2002), o efeito do álcool ou outras drogas reduz o limiar de percepção de riscos, e conseqüentemente a adoção de proteção individual.

Alguns se aventuram de forma arriscada em manter relação sexual com pessoa portadora do HIV, em troca de dinheiro:

“Eu sabia que ele tava doente e mesmo assim fiz sexo com ele, por causa do dinheiro. Ele dava 20 real. Ele morreu na rua mesmo. Mas a gente usava camisinha” (M5).

Entre as várias formas de prevenção ainda prevalece o uso da camisinha, com associação coerente entre via sexual e aids. Todos os entrevistados revelaram conhecimento sobre prevenção citando o postinho de saúde, panfletos distribuídos na rua, escolas, e orientadores como principais fontes de informações, porém nota-se um distanciamento grande entre ter conhecimentos dos perigos, e mudanças de hábitos.

As campanhas educativas, importantes na prevenção da aids têm sofrido inúmeras críticas, pois os resultados de estudos feitos, tanto no Brasil, como no exterior (LOYOLA, 1995; ROSS & ROSSER, 1989) mostram, que elas têm sido apenas informativas, e com baixa eficácia na mudança de comportamento.

Ainda de acordo com os relatos identificamos que as informações não eram sistematizadas, sendo esporádicas, em épocas de campanhas ou por palestras pelo pessoal da unidade sanitária quando eram solicitados. As informações se restringiam em enumerar os vários tipos das DST, ressaltando a aids como de maior importância, e a utilização do uso de camisinha e anticoncepcionais para as meninas, para evitar a aids e gravidez. Após as palestras, as camisinhas eram distribuídas, porém, quando perguntados sobre a maneira correta da colocação da camisinha, tivemos os seguintes relatos:

“Nunca coloquei em ninguém. Eu transava com meu namorado e ele nunca usou camisinha” (F3).

“Usava o preservativo dois de cada vez” (F5).

Várias pesquisas mostram que adolescentes e jovens têm um conhecimento bastante razoável sobre a aids, mas a proporção daqueles que usam preservativo em todas as relações sexuais é bastante baixa (PARKER, 1994; PAIVA, 1999; VIEIRA et al., 2000; PERES et al., 2002).

Observamos nas falas que a questão da aids evidencia preocupação e medo, mas não leva a uma efetiva proteção. Para alguns, as preocupações sexuais giram em torno da gravidez e da fidelidade pois quando se considera a parceira ou parceiro fiel, não se usa a camisinha. De maneira geral, os adolescentes pesquisados não são capazes de assumir na prática sexual as informações que dizem ter, embora permaneça o medo de contrair a doença. Assim, percebemos que a motivação para a prevenção da doença não é remota, nem se trata de uma questão para os outros, mas algo que é presente e que é capaz de mudar. Prova disso, é a vontade que manifestam de fazer o teste anti-HIV com o receio de estarem infectados, aspectos esses observados nos vários relatos dos nosso entrevistados.

“Tenho medo da aids. Ela pode dar a qualquer momento. Mas eu já fiz o exame e não deu nada” (M4).

Pedi prá ele fazer exame. Eu tenho o cartão de adolescente e faço os exames no hospital. De 2 em 2 meses a gente ia fazer exame de aids” (F1).

“Tem que ter um relacionamento fixo e fazer exame antes de namorar Já fiz todos os exames e não deu nada” (M3).

“Mas eu já fiz os exames 3 vezes no HDT e não deu nada.” (M5).

A problemática da prevenção das DST/AIDS evidencia-se ainda mais quando olhamos os vários relatos aqui apresentados. O medo principalmente em relação à aids não é suficiente para que os adolescentes mudem sua conduta em relação à

prevenção. Vimos que só a informação não basta, sendo importantes também os encaminhamentos adequados aos serviços de saúde.

Temos que repensar na educação incluindo em nossas atividades educativas aspectos sociais, questões relacionadas à subjetividade da aids, e interação entre conhecimentos, valores e ações.

Segundo Parker (1994), os “peritos” encarregados de propor estratégias de prevenção, não costumam levar em conta que a percepção de risco e os aspectos decorrentes disto, estão fortemente ligados a representações tanto pessoais como sociais, no interior de significados construídos culturalmente.

Os programas devem oferecer mais do que uma simples conscientização sobre a epidemia e informações sobre aspectos biológicos. Não adianta alertar sobre o uso inconsistente do preservativo, múltiplos parceiros, de não tratar de uma DST que os colocam em risco. É necessário que se discutam a dinâmica do relacionamento e o significado do sexo seguro nos diversos contextos afetivos.

Atualmente, considerando a precocidade do início das relações sexuais e o advento da aids e outras DST, é importante que se trabalhe a prevenção dessas infecções com os jovens precocemente, para que adotem práticas seguras em seus relacionamentos. Este é o motivo pelo qual crianças, adolescentes, e adultos jovens constituem um público prioritário da Coordenação Nacional de Saúde. (BRASIL, 2002 a).

3.3. Sexualidade e mudanças no corpo

Ao discorrermos sobre o tema, percebemos que os adolescentes se sentiram bem à vontade ao relatar suas experiências, porém se confundiam na hora de expressar o significado de sexualidade. Pelo fato das atividades sexuais terem

começado mais cedo, a percepção da sexualidade se detinha enquanto mecanismo bio-fisiológico referindo-se à primeira transa, à menstruação, à perda da virgindade e ao estupro.

Através dos depoimentos verificamos que a maioria dos adolescentes não conseguiu acompanhar as etapas do seu desenvolvimento e crescimento, por desconhecerem seu próprio corpo, e por estarem fora de casa, sem alguém que pudesse acompanhá-los nessa fase. As informações das mudanças fisco-biológicas tem como fontes principais os meios de comunicação, os amigos, profissionais, e a própria instituição, ou às vezes o aprendizado ocorre por si mesmo, de acordo com os relatos:

“Não sabia nada do meu corpo (M1).

“Nunca aprendi nada sobre o meu corpo e do corpo da mulher. Aprendi na escola sobre a mudança do corpo. Já veio um médico aqui explicar sobre o corpo, que as mãos e os pés crescem..” (M2).

“Nunca aprendi nada sobre o meu corpo e do corpo da mulher. A psicóloga veio aqui falar das mudanças do nosso corpo, do pelo que cresce da barba...” (M3).

“Sei não. Eu descobri meu corpo porque ele mudava aqui no abrigo. A psicóloga falou prá gente essas coisas..” (M5).

“Eu aprendi sobre o corpo e as doenças com minha mãe. Ela era professora” (M6).

“Eu aprendi tudo sozinho e naturalmente” (M7).

“Eu descobri sozinha sobre o meu corpo. Do jeito que foi acontecendo eu fui descobrindo” (F1).

“Nem prestei atenção ao meu crescimento. Foi rápido demais. “A orientação sexual foi pela TV e palestra na escola. Falavam que você menstrua, tem que usar camisinha, vai virar mulher...” (F4).

“Nem vi que o meu corpo mudou” (F5).

“No NECASA aprendi sobre meu corpo menstruação, gravidez..” (F6).

Estudiosos dessa temática realçam a importância dos pais na educação sexual de crianças e adolescentes. Vitiello (1995), por exemplo, aponta para a

necessidade de a mesma ser proporcionada pelos pais, já que cabe à família a socialização primária, pois seus membros realizam ações que tendem a ser significativas para os filhos desde seus primeiros anos de vida.

Porém, por razões político-sociais e político-econômicas o adolescente é expulso ou sai de casa muito cedo para vivenciar a situação de rua. Em seu pleno desenvolvimento e aliado aos conflitos biopsicossociais, raramente pode contar com seus pais para receber as primeiras orientações quanto à sexualidade e modificações de seu corpo.

Desde a mais tenra idade os meninos que vivem na rua, conhecem e se utilizam do sexo como parte do seu cotidiano, alheio ao mundo adulto ou a sociedade. Restritos a um pequeno espaço, utilizam-no em grupo para se trocarem, fazer sua higiene, e à noite tendem a agrupar-se para dormir, afim de promover uma sensação de segurança, pois suas vidas estão constantemente ameaçadas. Daí para a iniciação sexual é um passo.

Concordamos com Vitiello (1997); Medeiros et al. (2001); BRASIL (2004a), quando afirmam que, no desenvolvimento da sexualidade do adolescente em situação de rua, o aprendizado sexual faz-se comumente por si mesmo, por gestos espontâneos entre eles próprios ou por imposições de adolescentes mais experientes e adultos. Dificilmente recebem qualquer orientação em casa.

O estudo de Medeiros et al. (2001) demonstrou que, para um grupo de crianças e adolescentes que está nas ruas, a descoberta da sexualidade é dada a partir de referência de colegas, que estão na rua há mais tempo, assim como experiências impostas por outros adolescentes ou adultos. Os mesmos autores relatam, ainda que, em termos gerais, para o grupo estudado, a sexualidade

restringe-se ao ato sexual entendido como prazeroso, e utilizam os espaços que a rua oferece para a sua prática, e sem a devida noção de sexo seguro.

Para as meninas que iniciam a vida sexual, o exercício da sexualidade foi citada como sendo a primeira transa, o início da menstruação e a perda da virgindade, porém, em nenhum momento fizeram a correlação do ato sexual após menstruação, à questão reprodutiva. Pela sua vulnerabilidade, desinformação habitual, e o início precoce da vida sexual, arriscam-se a contrair várias doenças em especial as DST/AIDS:

“Não sabia nada de menstruação. Tive minha primeira transa com 9 anos com meu vizinho casado de 23 anos” (F1).

“Saiu minha menstruação e eu perguntei a colega: O que é isso aqui? Ai ela falou que todo mês você menstrua. No mesmo dia que acabou a menstruação eu transei. Tinha 11 anos. Queria perder a virgindade” (F2).

“Fiquei grávida aos 13 anos de um cara que nem conheço direito” (F2).

“Ah, não sei. Eu perdi a virgindade aos 13 anos com meu namorado” (F3).

“Virar moça era transar mas eu não conseguia, doia demais” (F6).

Segundo Gomes (1996) no cenário da rua, cuja dinâmica é imprevisível e desconhecida, menstruar, adoecer e engravidar são fatos que ocorrem involuntariamente. Sem compreender racionalmente o funcionamento de seu corpo, esta menina o utiliza vivenciando com estranheza seus ciclos e transformações.

Identificamos através dos depoimentos vários casos de abusos sexuais em idade precoce, que também é um dos principais motivos de sua ida para as ruas. Os adolescentes narravam suas histórias com muita mágoa e revolta, não tendo a quem recorrer na época do acontecido. Assim, tivemos os seguintes relatos:

“Com 5 anos meu tio abusou de mim” (F4).

“Fui estuprada com 6 anos pelo meu irmão e aos 14 por um menino de rua (F5).

Segundo Drezett et al. (2001), um grande número das adolescentes exploradas sexualmente foram vítimas de abuso sexual, sendo o pai e padrasto os principais agressores.

Nem sempre o adolescente consegue acompanhar e compreender as transformações biológicas que acontecem com seu corpo, principalmente em relação à sexualidade. Nesta fase, as atividades sexuais nem sempre são planejadas e a própria instabilidade emocional presente nesta fase da vida, apresenta dificuldades de lidar com o próprio corpo de saber o que quer ou não, se é certo ou errado. Um dos problemas mais graves que se tem na adolescência é a falta de informação, principalmente para os que vivem na rua, embora este não seja um único fator que explique os problemas decorrentes da sexualidade, conforme os relatos:

“Não, ninguém tinha falado sobre a gravidez, não” (F2).

“O pessoal da rua transa sem querer sabe de nada ,não” (M3).

“Menstruei aos 14 anos e aos 15 anos tive minha primeira relação sexual com um menino de rua. Ainda não sabia nada do meu corpo, não” (F6).

Constatamos que para os adolescentes que iniciam sua vida sexual sem os conhecimentos prévios sobre as suas modificações fisiológicas e psicológicas, a descoberta do prazer flui naturalmente ou voluntariamente, trazendo sensações físicas que ainda não conheciam de acordo com os relatos:

“Eu senti alguma coisa quando uma mulher me beijou na boca e mandou passar a mão nos peito dela” (M1).

“Transei a primeira vez com 8 anos com minha prima de 13 anos, mas não senti nada não (M3)

“Não sabia o que era masturbação. Aprendi aqui na casa. Achei esquisito o menino mexendo no pinto e ficando duro, depois achei bom também. Relação anal eu vi aqui também com os mais velhos” (M1).

“Aprendi o prazer aqui, masturbando com os meninos” (M2).

“Quando era pequeno os amigos falavam que com 12 anos tinha ereção e depois era só masturbar e pronto” (M7).

“Minha mãe sempre me achou esquisita, aos tres anos eu já me masturbava e depois ela me deu prá minha madrinha. Aos 10 anos eu tinha vontade de transar mas não conseguia mesmo drogada” (F6).

No relato das meninas constatamos que no período puberal ocorriam as mesmas sensações, porém, se frustravam após uma relação sexual dolorosa, mesmo com pessoas mais velhas que supunham serem mais carinhosas e compreensivas. A perda da virgindade significava se tornar mulher, mas sem o devido conhecimento ou responsabilidade de se prevenir contra uma possível gravidez ou DST:

“Aos 13 anos tive vontade de transar com um cara de 27 anos” (F4).

“Tinha 11 anos e queria perder a virgindade. Eu tinha vontade só que eu não conseguia porque doia demais” (F2).

O prazer através da masturbação e do sexo anal foi relatado com muita espontaneidade e naturalidade pelos meninos como um processo de iniciação para a vida adulta, por quais todos os jovens têm que passar. O fato dos adolescentes conviverem agrupados sob o mesmo teto em determinado tempo, propicia para que os mais novos se iniciem na prática sexual incentivado pelos mais velhos.

Concordamos com Guimarães (1998), quando afirma que na adolescência inicial, podem existir práticas sexuais entre indivíduos do mesmo sexo, sem que se configure uma homossexualidade definitiva. Nesta fase é comum que os agrupamento de adolescentes ocorram entre indivíduos do mesmo sexo, indivíduos cujo corpo em transformação os deixa inseguros, levando-os a se voltarem para

aqueles que vivem as mesmas dificuldades. Essas experiências devem ser compreendidas como tal e não como manifestações de homossexualismo

Das modificações corporais sexuais, a que o jovem mais valoriza é o crescimento do pênis. Correm atrás da excitação sexual. A masturbação é uma atividade tão importante e presente na vida do púbere porque representa para ele um mundo novo, que pode ser estimulante ou assustador conforme o tipo de cultura sexual, repressiva ou não. A estratégia para buscar a masculinidade é a corrida atrás dos espermatozóides. É assim que surge o que chamamos de “masturbação pesquisatória”. O jovem aproveita qualquer oportunidade para se masturbar não porque esteja sexualmente estimulado, mas sim para verificar se já vieram os tais espermatozóides (TIBA, 1994).

Verificamos isso através do seguinte relato:

*“A minha primeira transa foi aos 10 anos mas não saiu nada de mim”
(M1).*

Ainda segundo Tiba (1994), o “troca- troca” entre meninos faz parte de jogos de manifestações de amizade ou curiosidade e raramente causa prejuízo ao futuro da pessoa, a não ser que ela seja surpreendida e repreendida severamente pelos pais, o que pode causar algum trauma. A preocupação com o orgasmo, desempenho sexual, primeira relação sexual, gravidez, novidades como sexo oral e/ou anal, tudo está nessa fase. A preocupação com a aids, ou qualquer outra doença, simplesmente não existe.

Atualmente a masturbação é concebida como exercício para o conhecimento do próprio corpo. Transcede ainda a esta auto percepção corporal, pois não passa a ser uma prática aceita somente no período da infância ou da adolescência, mas também como forma de busca do prazer independente da idade, o que também

desmistifica o caráter naturalizado a ela atribuído de “normal ou anormal” (DOMINGUES & ALVARENGA, 1997).

Muitos dos pais dos adolescentes foram educados num ambiente de repressão às manifestações sexuais. Isso pode explicar o fato da família ter-se mostrado impotente para atuar na educação sexual dos filhos, e, na escola, professores de biologia se limitavam a descrever a função reprodutiva dos órgãos sexuais, sem abordar suas funções na resposta sexual humana. Esse ocultamento, que permeou na maioria dos tempos as questões sexuais, parece ter dificultado a evolução da linguagem sexual, que segundo o autor, não evoluiu muito do tempo vivido por nossos antecessores até os dias de hoje, principalmente quanto à conotação, ao sentido, e significados impregnados às palavras relativas à sexualidade (FERNANDEZ, 1996).

Identificamos pelos depoimentos, que os temas abordados sobre sexualidade oferecidos esporadicamente pelos profissionais de saúde e na escola como parte da programação curricular, se detinham na fisiologia dos órgãos sexuais e reprodutivos. Os adolescentes apenas repetiam o que lhes fora ensinado como: “os pés e as mãos crescem, a barba cresce, aparecem pelos nas axilas e em baixo.....”

Segundo os relatos:

“Quero aprender mais sobre o ovário” (F6).

“Quería saber mais sobre outras doenças como gonorréia” (M2).

O interesse manifestado por alguns adolescentes em adquirir conhecimentos sobre outras DST e os órgãos reprodutores, nos levam a crer que para essa população considerada marginalizada por alguns segmentos, a escolha de estratégias para que tais informações cheguem até eles, é essencial para que haja melhor assimilação e diversificação dos conteúdos nas palestras.

Assim, pela imprevisibilidade e a irregularidade com que o grupo inicia a sua vida sexual, sem acesso as informações e diálogo sobre sua sexualidade, desejos, afetos, e cuidados com a própria saúde, fazem com que, de alguma maneira, haja limitação no modo de se comportarem frente às DST/AIDS.

Quando se intenciona fazer a prevenção em população de situação de risco, o trabalho educativo deve articular informação crítica aos padrões culturais e consideração à afetividade presente no campo da sexualidade, de modo a desenvolver o respeito a si e a necessidade de outros, uma relação natural com o corpo, com o prazer, com o sexo, e o questionamento dos estereótipos e preconceitos (MANDÚ et al., 2000).

Dessa forma, com o início da atividade sexual precoce, entendemos que se faz necessário uma reflexão das nossas práticas educativas e assistenciais para que possamos atuar sobre a realidade cultural dos adolescentes, e cujas experiências precisam antes de tudo serem reconhecidas e respeitadas.

Em resumo, quando nos referimos ao modo de transmissão, prevenção e campanhas das DST/AIDS, estas estão relacionadas diretamente ao exercício da sexualidade pelos adolescentes com experiência pregressa de vida nas ruas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostra o percurso que o menino e menina com experiência pregressa de vida nas ruas fazem até chegarem em uma instituição abrigo. As histórias de vida e os motivos que os levam às ruas nos levam a crer que o fenômeno da criança e do adolescente em situação de risco, não pode ser visto apenas como um problema de Saúde Pública, mas da implementação de políticas públicas cujas ações de intervenção dependem dos Órgãos Oficiais de cada Estado ou Município.

A proposta de analisar as representações sociais da prevenção de DST/AIDS por um grupo de adolescentes com experiência de vida nas ruas e que vivem em uma instituição abrigo, nos possibilitou relacionar aspectos importantes de nossa observação de campo, articuladas ao levantamento teórico, além de permitir uma maior aproximação com essa população tão marginalizada pela sociedade.

Estes adolescentes que ocupam socialmente uma posição frágil de decisão merecem cuidados e atenção especial a serem promovidas não só pelo Estado mas também pela sociedade. O conjunto de valores sociais, às vezes, não contribui para o seu desenvolvimento, enfim, existe uma grande indiferença em vários setores sociais quanto à magnitude do problema.

Os adolescentes pesquisados conhecem pouco das DST com exceção da aids, citando algumas características físicas facilmente reconhecidas e que podem ser tratadas a curto prazo nas unidades de saúde. Para as meninas, o comprometimento de órgãos reprodutores causados por DST não é motivo suficiente para que adotem medidas preventivas corretas, sendo sua maior preocupação, a gravidez.

Em relação à aids, o conhecimento chega através da mídia, escolas campanhas, e por pessoas próximas que tiveram a doença. De acordo com suas

conhecimentos a aids é uma doença mortal, contagiosa, de tratamento prolongado, que maltrata e pode aparecer de repente.

Verificamos que o receio de morrer com aids, é uma constante nos relatos, mesmo para essa população acostumada a conviver diàriamente com a violência e a morte nas ruas. Alguns se julgam onipotentes quando relatam que não têm medo da doença, mas logo entram em contradição quando alegam o receio de tocarem em objetos pessoais e até de rejeição de uma pessoa com aids.

Os adolescentes reconhecem os riscos que podem causar-lhes danos, acumulam certas informações de prevenção, principalmente em relação à DST e a aids, porém, entre o discurso e os meios de prevenção corretos, a distância é muito grande. Apesar das campanhas promovidas pela Coordenação Nacional de Saúde, algumas unidades de saúde e profissionais não se encontram preparados para receber e orientar essa população com suas peculiaridades e particularidades, principalmente em relação à orientação e distribuição de preservativos para menores.

Constatamos também que as campanhas de prevenção ainda se preocupam mais com a aids, deixando as outras DST para o segundo plano.

A nossa pesquisa revelou que as principais causas de risco para as DST/AIDS consistem de: relação sexual em idade precoce com múltiplos parceiros sem o uso de preservativos, consumo abusivo de drogas injetáveis ou não durante o ato sexual, desinformação de sua sexualidade, encaminhamentos inadequados para os serviços de saúde, dificuldade de aquisição de preservativos para os menores de 16 anos.

Quanto à sexualidade, seu conhecimento se detém apenas ao mecanismo bio-fisiológico, desconhecendo as fases do desenvolvimento físico e psicológico.

Não conseguem incorporar o modo de transmissão do HIV e outras DST em suas vidas e em suas relações. O livre exercício da sua sexualidade é praticado nas ruas ou dentro da instituição masculina com o mesmo sexo. O aprendizado acontece na rua, com amigos ou por si só. A maioria desconhece o seu corpo e as sensações que ele pode lhe proporcionar, nas diversas fases de seu desenvolvimento.

O presente estudo aponta a prevenção como o maior desafio entre os adolescentes que trazem em sua bagagem percepções e noções de condutas errôneas e distorcidas em relação à sua proteção individual e à sua sexualidade.

Constatamos que a informação não necessariamente significa a mudança de comportamento, e que lidar com a vulnerabilidade ao HIV e outras DST está além de ser uma decisão individual diante de sexo coercitivo, de certas culturas, e pelas condições carregadas de violência e outros riscos.

Somente através do exercício saudável da sexualidade é possível pensar a prevenção de problemas como as DST/AIDS. É necessário portanto que se promova um amplo processo educativo das fases do desenvolvimento físico, psicológico e social, voltado às especificidades dos diferentes segmentos sociais, visando a formação de indivíduos responsáveis frente ao exercício da sexualidade.

Não deve ser uma transmissão de crenças, valores e preconceitos sexuais ou em imposição de verdades. Ao contrário, deve favorecer trocas de informações, de forma que os sujeitos possam expressar, discutir, questionar, refletir, e optar livre e espontaneamente, acerca de suas condutas no campo da afetividade e especificamente de sua vida sexual.

De acordo com o pressuposto do nosso trabalho, estamos conscientes que a questão do adolescente em situação de rua é um problema socialmente construído, e necessita de certas intervenções para minimizar determinados problemas que

estejam ao nosso alcance, principalmente em relação às medidas de proteção de risco contra às DST/AIDS.

É necessário que o grupo em questão seja alvo de ações integradas, desenvolvidas tanto por instituições governamentais, envolvendo o nível federal, estadual e municipal, como por instituições não governamentais.

No desenvolvimento de nossa pesquisa conseguimos identificar vários problemas que servirão de subsídios para vários profissionais na elaboração de trabalhos com as instituições abrigos, campos de nossa pesquisa, cujo interesse foi uma das molas propulsoras para a realização de nossa dissertação. Pela aproximação junto a essas instituições, identificamos que a mesma representa o lar que os adolescentes deixaram para trás, não só pelo conforto físico que elas oferecem, mas pela disponibilidade, carinho e respeito com que eles são tratados. Apesar da ausência de um projeto pedagógico sistematizado, contam com educadores que se preocupam com palestras em educação em saúde e no desenvolvimento das atividades escolares.

Acreditamos na continuidade do trabalho das instituições abrigo junto as crianças sem autoritarismo nem imposições, concedendo-lhes o direito de ir e vir, até que a rua não se torne mais tão atrativa, resgatando sua auto estima e cidadania, e assim, visualizar a chance de inserção no mercado de trabalho e na sociedade.

Acreditamos que somente com a participação da sociedade é que se conquistam os direitos da criança e do adolescente por meio de Políticas Sociais e de Saúde, em consonância com as disposições referidas no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Como profissionais da área de Saúde Pública, cabe-nos a responsabilidade da extensão de nossas atividades além dos limites da academia, contribuindo, assim com as Políticas Públicas, através de convênios mantidos com organizações governamentais ou não.

Esperamos que este trabalho consiga sensibilizar outros profissionais da área de saúde e outras áreas, entidades políticas, para que, num esforço conjunto possamos traçar projetos de intervenção junto a essa população, ainda desconhecida, dentro de seu contexto histórico pela maioria da sociedade.

Para a população com experiência de vida na rua, a magia e o romantismo daquele espaço se perderam no tempo, dando lugar a um cenário onde imperam a miséria, a pobreza, a violência, sendo constantemente alvos de privações e humilhações (Medeiros, 1999). Para eles, a opção de continuar vivendo nas ruas, significa a não inserção no mercado de trabalho, a exclusão social, e, conseqüentemente, a falta de perspectivas para o futuro.

Para finalizar tomamos a liberdade de trazer o relato de uma adolescente que como tantas pessoas nascidas e desenvolvidas em um lar comum, nos leva a refletir como a rua, espaço comum a todas as crianças que, com seus repertórios de brincadeiras consideravam essas atividades um momento mágico, de liberdade, e sem censura, apresenta-se hoje de uma maneira diferente e cheia de surpresas para as diferentes camadas da população.

Para esta adolescente, o resgate dessa infância acontece no momento em que sua vida se encontra atribulada e cheia de compromissos com o trabalho. E, num momento de nostalgia, relembra sua infância como se a magia e o romantismo daquela época pudessem se perpetuar, ou pelo menos, por um breve momento, fazê-la esquecer tanta responsabilidade que a vida atual lhe impõe:

“Alguma coisa aqui dentro chora estranha, chora baixo, chora quieto, nada de choro triste ou choro cansado, é choro nostálgico, é choro lembrança. Cada lágrima uma cena de um passado longe, distante, curioso. Era assim: eu criança morando em casa na rua, perto de uma praça e pés descalços. Só casas baixas, espaçosas, iluminadas, postes à noite, molecada na rua, altas horas, mãe gritando “hora de entrar”, enquanto pai não vinha, a rua era a casa, amigos, família. De manhãzinha bem cedo, hora de escola, hora do mundo lá fora, de alguma vida paralela, outras tantas pessoas, outros tantos tudo. Volta pra casa com cachorro esperando na porta, almoço mesa cheia, fome, fim, pais cochilando, louças lavando, a tarde entra preguiçosa, arrastada, quente. Sessão da tarde, sono no sofá ainda de uniforme, meio sujo, meio suado, preguiça. Desperta, acorda, a rua lá fora silencia, quieta, à espreita, à espera, sábia, já sabe que estamos repousando, logo vamos. Alguém grita lá fora, latidos, portão, um chamado, um empurrão, a rua é nossa. E tudo começa um pouco devagar, é ritual: senta na calçada, passa giz no chão, uma palavra aqui outra ali, confissão, é estranho e é íntimo e é engraçado, dissimulado, todo dia de novo, igual, encomendado. Uma voz mais alta, alguém desce a rua da esquina, mais um e outro menino de outras casas, olhares periféricos, indiferença, inimigos todos, até o círculo no chão, agora é prá valer, time de cá e de lá, taco na mão. A noite se estende, se arrasta, faz-se nova e perfumada, viva e pulsante, cobrindo a rua toda, mergulhando nossos pés descalços e joelhos ralados. As

casas baixas permitem um céu mais profundo, obtuso, escuro, as estrelas parecem pequenos enfeites delicados, num manto negro dependuradas. A esta altura as vozes ecoam longe, chegam na praça da esquina, atormentam a experiência cansada, extrapolam paredes e casas e ruas e céu. Tais dias repetidos religiosamente eram, assim, entrecortados por tantas outras situações: tinham férias distantes, festa junina, vizinha, castigo, “tô de mal” e aniversário, mas tudo sempre muito, muito exagerado, muito comemorado, muito desejado, muito negado, muito esperado. A vida era um livrinho de histórias livres e pulsantes...onde foram parar os pés descalços?” (*Saudosa infância*; Ana Paula Kuroki Borges, 2004).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALOI, A. P.; SOUZA, R. C.; CABRITA, K. S. T. Orientação dos adolescentes sobre DST em consulta de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, 2(1): 126, 1994.

ALTOÉ, S. **Infâncias perdidas**. Rio de Janeiro: Xenon. 1990.

ALVES, A. J. M. Meninos de rua e meninos da rua: estrutura e dinâmica familiar. In: FAUSTO, A. CERVINI, R. (org). **O trabalho e a rua: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos aos 80**. São Paulo: Cortez, 1992. Cap. 5. p. 117-132, 1992.

ANDERSON, J. E.; KANN, L.; HOLTZMAN, D.; ARDAY, S.; TRUMAN, B. & KOLBE, L. HIV/AIDS knowledge and sexual behavior among high school students. **Fam Plan Perspect**, 22:252-255, 1990.

ANDRÉ, L. M. **Representações e Práticas Preventivas da AIDS em coletores de lixo no Município de São Paulo**. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1999.

APTEKAR, L. Crianças de rua nos países em desenvolvimento: Uma revisão de suas condições. **Psicologia reflexão e crítica**, 9:153-184, 1996.

ARILHA, M.; CALAZANS, G. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: CNPD. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília. 1998. 2º v.

ATKINS, D.; BEST, D.; SHAPIRO, E. N. The third U: S: Preventives Services Task Force: Background, methods and first recommendations. **Am. J. Prev. Med**, 20(35). 2001.

AYRES, J. R. de C. M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: HUCITEC, p.139-182, 1993.

AYRES, J. R. C. M. **HIV/Aids e Abuso de Drogas entre Adolescentes: Vulnerabilidade e Avaliação de Ações Preventivas**. São Paulo: Casa de Edição. Departamento de medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1996.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA, I. J.; CALAZANS, G. J. & SALETTI, H.C. F. Vulnerabilidade e prevenção em tempo de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R., organizadores. **Sexualidades pelo avesso. Direitos, identidade e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 49-72.

BADIANI, R.; QUENTAL, I. & SANTOS, E. M. **DST/AIDS e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: Uma Análise de Conhecimento e Comportamentos de**

Vulnerabilização. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil/Demographic and Health Surveys, 1997.

BAJOS, N.; DUCOT, B.; SPENCER, B.; SPIRA, A. & AC-SP GROUP. Sexual risk-taking, socio sexual biographies and sexual interation: Elements of the French national survey on sexual behavior. **Soc.Sci. Med.**, 44:25-40, 1997.

BANDEIRA, D.; KOLLER, S.; HUTZ, C.; & FOSTER, L. **O cotidiano dos meninos de rua de Porto alegre**. Anais do XVII Internacional School Psychology Congress, Tomo II. Campinas, São Paulo, 1994 p.133-134.

BANDEIRA, D.; KOLLER, S.; HUTZ, C.; & FOSTER, L. Desenvolvimento psicossocial e profissionalização: uma experiência com adolescentes de risco. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 9:185-207, 1996.

BARBOSA, R. M. **Negociação sexual ou sexo negociado? Gênero, sexualidade e poder nos tempos de AIDS**. [tese] Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social da UERJ, 1997.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BEE, H. **O ciclo vital**. Artes Médicas, Porto Alegre, 1997.

BENNET, J. C.; PLUM, F. **Tratado de medicina interna**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, v. 2.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Editora Porto, 1994.

BORGES, A. S.; COSTA, C. da; SILVA, C. S. M. da. **Vidas ameaçadas: indicadores da violação de direitos de crianças e adolescentes no Maranhão de 1991 a 1998**. São Luiz, CDMP, 2000.

BOULDING, E. **La violencia y sus causas**. Paris: Unesco, 1981.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8096/90. São Paulo, Atlas, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 1997a, 74p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Manual do Multiplicador: adolescente**. Brasília, 1997b, 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes nas áreas de educação e de prevenção das DST, da AIDS e do uso indevido de drogas**. Brasília, dez. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde – Plano Nacional DST/AIDS 1999. **Projeto Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepção sobre HIV e aids**. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST/AIDS**. A situação da aids no Brasil. Disponível em: <http://www.aids.gov.br> >Capturado em: 12/12/2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Ano XIV Nº 1, janeiro a março de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Apoio à Sustentabilidade e Gestão Estratégica das Políticas de Controle do HIV/Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis – AIDS III**. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS** Ano XVII Nº 1, janeiro a dezembro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados e pesquisas em DST e Aids**. Disponível em <http://www.aids.gov.br> > Capturado em 17/08/2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Prevenção de DST/AIDS**. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/prevenção/malandro.htm> > Capturado em 03/06/2004a.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: Uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 32:207-217. 2000.

BRUNS, M. A. DET.; GRASSI, M. F. C.; FRANÇA, C. Educação sexual numa visão mais abrangente. **Rev. Bras. Sex. Hum**, 1995. v. 6(1):60-6.

BUENO, M. S. V. et al. **Educação para promoção da saúde sexual/DST-AIDS**. Ribeirão Preto, Villimpress, 1995. 176p.

BUENO, S. M. V. **Marco conceitual e referencial teórico da educação para saúde: orientação à prevenção de DST-AIDS e drogas no Brasil para criança adolescente e adulto jovem**. Documento. Brasília, Ministério da Saúde/CNDST-AIDS. Brasília, 1997. 182 p.

BURAK, S. D. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescents. In: S. D. Burak (comp). **Adolescência y juventude na América Latina**. Cartago, Costa Rica: LUR Libro Universidad Regional, p. 469-487, 2001.

CALIENTO, J. **Membro da Comissão Nacional de Aids pede maior mobilização da Sociedade Civil em relação as outras DST**. Disponível em

<<http://www.gaparp.org.br/materias/index.php?id=25&page=1>>. Capturado em 02/09/2004.

CÂMARA, M. F. B.; MEDEIROS, M.; FERRIANI, M. das G. C.; MORAES, M. M. Aspectos da assistência prestada a crianças e adolescentes em situação de rua no município de Goiânia. **Rev. Eletr. Enf.** <<http://www.fen.ufg.br>>. vol. 3, nº 1, 2001.

CÂMARA, M. F. B.; MEDEIROS, M.; FERRIANI, M. das G. C.; GOMES, R. O abandono social da infância e adolescência na ótica dos coordenadores de instituições de assistência a crianças e adolescentes em situação de rua no Município de Goiânia. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.** São Paulo, v. 12. n. 1, p. 09-16, 2002.

CÂMARA, M. F. B. **Aparato de Apoio Social à Juventude: Intersetorialidade e Integralidade?** (Reflexões acerca do discurso intersetorial). São Paulo, 2003. Dissertação [Mestrado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.

CAPALDI, D. M.; CROSBY, L.; STOOLMILLER, M. (1996). Predicting the timing of first sexual intercourse for at risk adolescent males. **Child Dev.**, 67: 344-359, 1996.

CARVALHO, V. de. **Filosofia: projetos novas metodologias.** [S. l. : s. n.], 1978. [mimeo].

CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. "Mais uma pedra no meio do caminho dos jovens brasileiros: a AIDS". In: CNPD – Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (Br). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas.** Brasília: CNPD, 1998. p. 731-49.

CDC (Centers For Disease Control and Prevention). **HIV prevention through early detection and treatment of other sexually transmitted disease-United States.** MMWR. 1998, 47: 1-7.

CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento). **Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS.** Relatório Técnico. São Paulo: Ministério da Saúde. 1999.

CERQUEIRA LEITE, R. M. Psychosexual characteristics of male university students in Brazil. **Adolescence** 30 (118) summer. 1994.

CERQUEIRA LEITE, R. M.. Psychosexual characteristics of female university students in Brazil. **Adolescence** 29 (114) summer. 1995

CHENIAUX, S. **Trapaceados e trapaceiros: o menor de rua e o serviço social**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1998.

CHEQUER, P. A. A Aids no Brasil: perfil epidemiológico e ações. **Folha Méd.** 1998; 117:20.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.

CLAVES – **Prostituição infantil feminina: significado e encaminhamento do problema**. Rio de Janeiro: CLAVES/ENSP/FIOCRUZ-UERJ - OPS, 1994. [mimeo].

CORDEIRO, R. G. F.; TEMPORINI, E. R. Uso de preservativo para prevenção da Aids: opinião e conduta de estudantes do 2º Grau - São Paulo – SP (Brasil). **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 29-34, mai./jun. 1997.

COSTA, J. R.; DAMIANO, A., & RUBIO, R. **La Infección por el Vírus de la Inmunodeficiencia Humana: Patogenia, Diagnostico y Tratamiento**. Madrid: Ministério de Sanidad y Consumo, 1992.

COSTA, I. I. **Sobre a necessidade de uma visão global e integrada de consideração e intervenção na realidade familiar**. Cadernos CBIA, 4, 21-25, 1996.

CUNHA, M. de A. **Gestação na adolescência e recém-nascidos de baixo peso em uma maternidade pública de Rio Branco**. Dissertação [Mestrado]. Salvador, Ba, 2002. UFBA.

DANIEL, H. **Vida antes da morte**. 2.ed. Rio de Janeiro: ABIA, 1994.

DANZIGER, R. The social impact of HIV/AIDS in developing countries. **Soc. Sci. Med.**, 39: 905-17, 1994.

DEANS, A. & SINGH, N. Psychological factors which influence sexual practices of homeless youth in Seattle. **Journal of Adolescent Health**, 24:125-126, 1999.

DEL COLLADO, A. C. M. **Crianças na rua**. São Paulo, Escuta, 1995.

DIMENSTEIN, G. A. **A guerra dos meninos**. São Paulo: Brasiliense, 1990

DIMENSTEIN, G. A. **O cidadão de papel**. São Paulo: Ática, 1995.

DOMINGUES, C. M. A. S.; ALVARENGA, A. T. de. Identidade e sexualidade no discurso do adolescente. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, São Paulo, 7(2). 1997.

DONALD, D.; & SWART-KRUGER, J. The South-African street child: developmental implications. **South-African Journal of Psychology**, 24, 169-174, 1994.

DREZETT, J.; CABALLERO M.; JULIANO, Y.; PRIETO, E. T.; MARQUES, J. A.; FERNANDES, C. E. Estudos de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **J. Ped.**, 77: 413-9, 2001.

DUARTE, R. G. **Sexo, sexualidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis**. São Paulo (SP): Editora Moderna, 1997.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: Reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, p. 139-154, março/2002.

EGRY, E.Y. **O docente de enfermagem e o ensino da sexualidade humana: ação educativa através da pesquisa participativa**. [tese]. Faculdade Saúde Pública/USP. São Paulo, 1985. 157 p.

FARIA, Ruth Minamisava. **Fatores de risco para nascidos de baixo peso, pré- termos e pequenos para a idade gestacional em Goiás, Brasil, 2000**. Dissertação [Mestrado] – Convênio Rede Centro-Oeste UnB-UFG-UFMS, 2004, 107p.

FARIA, Vilmar E. A montanha e a pedra: Os limites da política social brasileira e os problemas da infância e da juventude. In: FAUSTO, A.; CERVINI, R. (org.). **O trabalho e a rua: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80**. São Paulo: Cortez, 1992. Cap. 8 p. 195-225.

FERGUSSON, D. M. Alcohol misuse and adolescent sexual behaviors and risk taking. **Adolescence**, 2891-96, 1999.

FERNÁNDEZ, J. L. **Guia pratica de información sexual para el educador: orientaciones para una intervención en el âmbito escolar y da la enseñanza**. 3ª ed. Pamplona: Iratxe, 1996.

FIGUEIREDO, R. M. D. **Prevenção às DST/AIDS em ações de Saúde e Educação**. Organização Regina M.D. Figueiredo, São Paulo, 1998.

FINEBERG, H. G. Education to prevent AIDS: prospecto and obstacles. **Science**, v. 239, p. 592-596, 1998.

FOSTER, L. M. K., BARROS, H. M. T., TANNHAUSER, S. L., & TANNHAUSER, M. Meninos de rua: Relação entre abuso de drogas e atividades ilícitas. **Revista da ABP-APAL**, 14, 115-120, 1992.

FUNDAÇÃO IBGE. **Dados Preliminares do Censo 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Capturado em 21/09/2004.

GIR, E.; MORIYA, T. M.; COSTA, J. C.; DUARTE, G.; OLVEIRA, M. H. P.; BUENO, S. M. V. ; TAVARES, M. S. G. Estudo das condutas adotadas por balconistas de farmácias frente a casos relatados de gonorréia. **Rev. Med.**, 24 (1): 15-25, 1991.

GIR, E. **A sexualidade e a mulher portadora do vírus da imunodeficiência humana-tipo 1**. Ribeirão Preto, 1997. [tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1997. 201p.

GIR, E.; NOGUEIRA, M. S.; PELÁ, N. T. R. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. **Rev. Latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 33-40, abril 2000.

GOIÁS, Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde, **Coordenação Estadual de DST/AIDS**. Disponível em: <http://www.spais@saude.go.gov.br>. Capturado em 10 Dez 2003.

GOMES, R. Processo saúde-doença ligado à sexualidade de meninas que vivem na rua. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.4, n. 1, p. 163-76, janeiro, 1996.

GOMES, R. A análise dos dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Vozes, 2000.

GOUVÊA, D. R. **Sexo, sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis**. São Paulo: Moderna, 1995.

GROSSMAN, E.; CARDOSO, M. H. C. de. As bases conceituais dos documentos oficiais de atenção à saúde do adolescente. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, São Paulo, 7(2), 1997.

GUIMARÃES, C. D. Mulheres, sexualidade e AIDS: um projeto de prevenção. In: COSTA, A. D. O.; AMADO, T. (orgs.) **Alternativas escassas: saúde sexualidade e reprodução na América Latina**. São Paulo, Prodir/FCC-Rio de Janeiro, 1994. ed. 34. p. 249-281.

GUIMARÃES, E. M. B. Doenças Sexualmente Transmissíveis: infecção por Chlamydia trachomatis. **Rev. Patologia Tropical**, v. 31, n. 1, p. 1-21, 2002.

GUIMARÃES, E. M. de B.; COLLI, A. S. **Gravidez na adolescência**. Goiânia: Ed. UFG, 1998. 93 p.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3ª ed. Petrópolis – Rio de Janeiro, Vozes, 1992.

HAMANN, E. M. Grau de Informações, Atitudes e Representações sobre o Risco e a Prevenção de AIDS em Adolescentes Pobres do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 11(3): 463-478, jul/set, 1995.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

HERLICH, C. A. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **PHISYS. Rev. Saúde Coletiva**. 1991; 1(2): 23-36.

HOGAN, R. M. **Human sexuality: a nursing perspective**. USA: Appleton-Century – Crofts, 1980.

HUANG, Z., GUAGLIARDO, M. F. & D'ANGELO, L. J. HIV risk behaviors among adolescent girls who have older sexual partners. **Journal of Adolescent Health**, 1999.

JEOLAS, L. S.; FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 8, n. 2, p. 611- 620, 2003.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro (RJ): EdUERJ; 2001.

JORGE, M. H. P. M. Como morrem nossos jovens. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO – CNPD. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998. v. I. p. 209-89.

JOSEPH. J. G.; GUAGLIARDO, M. F. & D'ANGELO L. J. Sexual and drug use behaviors as risk factor for sexually transmitted diseases among urban African American adolescents: A case-control study. **Journal of Adolescent Health**, 24:131, 1999.

KAPLAN, Helen Singer. **Enciclopédia básica da educação sexual: incluindo as novas descobertas científicas sobre a função sexual**. Rio de Janeiro: Record, 1983.

KANN, L.; KINCHEN, S. A.; WILLIAMS, B. I.; ROSS, J. G.; LOWRY, R.; HILL, C. V.; GRUNBAUM, J. A.; BLUMSON, P. S.; COLLINS, J. L. & KOLBE, L. J. Youth risk behavior surveillance – United States, 1997. **Journal of School Health**, 68:355-369, 1998.

KOLLER, S. H.; & HUTZ, C. Meninos e meninas em situação de rua: Dinâmica, diversidade e definição. **Coletânea da ANPEPP**, 1(12), 11-34, 1996.

KU, L.; SONENSTEIN, E. L.; LINDBERG, L. D.; BRADNER, C. H.; BOGGESS, S. & PLECK, J. H. Understanding changes in sexual activity among young metropolitan men: 1979-1995. **Fam Plan Perspect**, 30:256-262, 1998.

KUSHINIR, M. C. C.; CARDOSO, M. H. C. A. Adolescentes: Saúde, Doença e Risco. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, São Paulo, 7(2). 1997.

KUSHICK, M.; Reppold, C.; Dani, D.; Raffaelli, M. & Loller, S. H. **A visão de meninos de rua sobre a situação de vida.** Pôster apresentado na XVI Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia. Ribeirão Preto, S.P. Out. 1996.

LAGA, M.; MANOKA, A.; KIVUVU, M.; MALELE. B.; TULIZA, M.; NZILA, N.; GOEMAN, J.; BEHETS, F.; BATTER, V.; ALARY, M.; HEYWARD, L.; RYDER, W. & PIOT, P. Non – ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV -1 transmission in women: Results from a cohort study. **AIDS**, 7: 95-102, 1993.

LOYOLA, M. A. AIDS e prevenção da AIDS no Rio de Janeiro. In: **Aids e Sexualidade: O Ponto de Vista das Ciências Humanas** (M. A. Loyola, org.), 1995. p.19-72, Rio de Janeiro: Editora Relume- Dumará/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

LUSK, M. Street children programs in Latin América. **Journal of Sociology and Social Welfare**, 16, 55-57, 1989.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. e NETTER, T. “Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS”, In: **AIDS no Mundo**, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, ABIA, IMS – UERJ, 1993.

MANDÚ, E. N. T.; CORRÊA, A. C. d. P.; VIEIRA, M. A. Conhecimentos, valores e vivências de adolescentes acerca das doenças de transmissão sexual e AIDS. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, São Paulo, 10(1), 2000.

MARQUES, A. C. PR.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, p. 32-36, dez. 2000. Suplemento 2.

MARQUES, L.F.; DONEDA, D.; SERAFIN, D. O uso indevido de drogas e aids. In: Ministério da Saúde (org.). **Cadernos Juventude Saúde e desenvolvimento I.** Brasília: Ministério da Saúde; p. 173-183, 1999.

MCKIRNAN, D. J.; & JONHSON, T. **Alcohol and drug use among “street” adolescents.** Addictive behavior, 11, 201-205, 1986.

MEDEIROS, M.; & FERRIANI, M. G. C. Programas de atenção às crianças e aos adolescentes em situação de rua: percepções de seus coordenadores. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.** São Paulo, v. 5 (1/2): 48-59, 1995.

MEDEIROS, M. **Olhando a lua pelo mundo da rua: Representações Sociais da Experiência de Vida de Meninos em Situação de rua.** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 1999. 120p.

MEDEIROS, M.; FERRINI, M. G. C.; MUNARI, D. B.; GOMES, R. A sexualidade para o adolescente em situação de rua em Goiânia. **Rev. Lat. Am. de Enfermagem**, v. 9 (2): 35-41. Março 2001.

MEDEIROS, M.; FERRIANI, M. G.; GOMES, R.; MUNARI, D. B. O significado de casa e rua para meninos com experiência de vida nas ruas: em busca de uma compreensão sobre as implicações para a saúde. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum**, v.12(2), jul/dez 2002.

MENEZES, D. M., BRASIL, K. C. T. Dimensões psíquicas e sociais da criança e do adolescente em situação de rua. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v.11(2): 327-344, 1998.

MINAYO, M. C. **O limite da Exclusão Social: Meninos e meninas de rua do Brasil.** Ed. HUCITEC – ABRASCO. São Paulo/Rio de Janeiro. 1993.

MINAYO, M. S. C. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, 10 (supl.1): p. 07-18, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7 ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996. 269 p.

MINAYO-GOMEZ C. & MEIRELLES, Z. V. Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para saúde coletiva. **Cad. Saúde Públ.** 1977, v. 13 supl. 2, p. 135-140 . ISSN 0102 – 311X.

MINAYO, M. S. C. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 11ª ed.; Petrópolis: Vozes, 2000.

MONTEIRO, L. C. **Conhecimentos e crenças sobre doenças sexualmente transmissíveis/Aids e comportamento sexual em jovens de escolas públicas de Goiânia.** Dissertação [Mestrado]. Instituto de Patologia Tropical e saúde Pública, Universidade federal de Goiás, Goiânia, 1999. 126 p.

MOTA, M. P. da. Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da Aids. **Cad. Saúde Públ.**; Rio de Janeiro, 14(1): 145-155, jan-mar, 1998.

MOVIMENTO NACIONAL DE MENINOS E MENINAS DE RUA. **Contribuições para definição de uma política nacional para infância e juventude.** Brasília: 1998.

MULLER, R. C. L.; VEIGA, M. K. Abuso sexual. In.: FRANÇOSO, L.; GEJER, D.; REATO, L. **Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência.** São Paulo: Atheneu, 2001.

NEME, B. **Obstetrícia básica.** São Paulo: Savier, 1995. 996 p.

OLIVEIRA, M. H. P. et al. O conhecimento sobre a AIDS entre trabalhadores rurais. **Revista Paulista de Enfermagem**, 11(2): 77-80, 1992.

OLIVEIRA, S. **O significado da gravidez para o adolescente**. Disponível em www.sbrh.med.br/boletins/bol04maio-junho/bl010403.htm. Capturado em 15/05/2003

O' LEARY, S.; CHENEY, B. (Org.). **Tripla Ameaça: AIDS e mulheres**. Tradução por Ana Dourado. Rio de Janeiro: **ABIA/ Recife: SOS corpo**, 1993, 128 p. Dossiê Panos.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALÚD. **La salud de los jovenes – um reto y uma esperanza**. Ginebra, 1995.

OTTERBLAD, O.; P. M.; CNATTINGIUS, S. ; GOLDENBERG, R. L. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden. **Obstetrics & Gynecology**, New York, v. 89, n. 3, p. 451-457, 1997.

PAICHELER, G. General populations and HIV prevention strategies: From risk to action. **Cad. Saúde Públ**, 15(Sup. 2): 93-105, 1999.

PAIVA, V. Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In: Barbosa, R.; Parker, R. (org.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder**. Rio de Janeiro: MS/UERJ, 1999. p. 249-269.

PAIVA, V. **Fazendo arte com camisinha. Sexualidades jovens em tempos de Aids**. São Paulo: Summus editorial; 2000.

PAIVA, V.; PERES, C, E BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos de AIDS: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Psicol. USP**, v. 13, n. 1. São Paulo, 2002.

PARKER, R. G. **Corpos, prazeres e paixões. A cultura sexual no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Ed. Best Seller; 1991.

PARKER, R. Diversidade sexual, análise cultural e a prevenção da Aids. In: PARKER, R. (Org). **A construção da solidariedade : Aids, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, p. 117-132.

PARKER, R. & CAMARGO Jr., k. R. Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, 16(Sup. 1): 89-102. 2000.

PASSOS, M. R. **Aids** - “Virada de jogo” (ISTOÉ 1794) em 03/03/2004. In: <http://www.uff.br/saiunaimprensa.htm>> Capturado em 16/9/2004.

PENDER, N. J., MURDAUGH, C. L., PARSONS, M. A. The contribution of Nurses to the Prevention and Health Promotion Team, In: **Health promotion in nursing practice**. New Jersey, 4ª ed. p. 3-10. 2002.

PEREIRA, S. M. Adolescência e consumo de substâncias psicoativas. In: **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Projeto Acolher/Associação Brasileira de Enfermagem – Brasília: ABEn, 2001. 304 p.

PERES, C.; PAIVA, V.; SILVEIRA, F.; PERES, R. A.; HEARST, N. Prevenção da Aids com adolescentes encarcerados em São Paulo, SP. **Rev Saúde Públ.**, v. 36, n. 4 (supl.), p. 76-81. 2002.

PERUGA, A. & CELENTANO, D. D. Correlates of AIDS knowledge in samples of the general population. **Soc. Sci. Méd.**, 36: 509-524, 1993.

PORTO, S. O. B., CARDOSO, D. D. P., QUEIROZ, D. A. O., ROSA, H., ANDRADE, A. L. S. S. ZICKER, M. D., MARTELLI, M. D. Prevalence and risk factors for HBV infection among street youth in Central Brazil. **Journal of Adolescent Health**, 15:577-581, 1994.

PRADO, A. A; GOMES, R. A rua: institucionalização da exclusão social. In: **O limite da exclusão social: meninos e meninas de rua no Brasil**. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec – Abrasco. 1993.

RAFFAELLI, M.; KOLLER, S. H.; REPPOLD, C. T.; KUSCHICK, M. B.; KRUM, F. M. B. & BANDEIRA, D. R.; & SIMÕES, C. **Genders differences in Brazilian street youth's family circumstances and experiences on the street**. Child Abuse & Neglect., 2000.24. 1431-1441.

RAMOS, F. R. S.; PEREIRA, S. M.; ROCHA, C. R. M. Viver e adolescer com qualidade. IN: RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (org.). **Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2001. p.160-167.

RASSIAL, J. J. Entrevista com J. J. Rassial. **Revista Associação Psicanalítica de Porto Alegre**. 5(11):86-100, 1995.

RENA, L. C. **Sexualidade e adolescência: as oficinas como prática pedagógica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, 246 p.

RIBEIRO, M. O.; TRENCH, C.M.H. Homeless children: the lives of a group of Brazilian street children. **J. Adv. Nurs** ., jul; 2001. 35(1): 42-9.

RIBEIRO, A. C. L. ; UHLIG, R. F. S. **A gestação na adolescência e a importância da atenção à saúde do adolescente**. Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n. 26, p. 30-36, abril 2003.

RIBEIRO, M. A. Comunicação familiar e prevenção de DST/Aids entre adolescentes. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 5-9, jan./fev. 1998.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. “Menores” Institucionalizados e meninos de rua: os grandes temas de pesquisas na década de 80. In FAUSTO, A.; CERVINI, R. **O Trabalho e a rua: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80**. São Paulo. Cortez, 1992. Cap. 3 p. 69-90.

RIZZINI, I. Crianças e Menores – do pátrio poder ao pátrio dever: um histórico da legislação para a infância no Brasil (1830 – 1990). In: RIZZINI, I., PILOTTI, F. (org.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Nino/Santa Úrsula/Amais, 1995. p. 99-168.

RIZZINI, I.; BARKER, G.; CASSANICA, N. **Criança não é risco, é oportunidade: fortalecendo as bases de apoio familiares e comunitárias para crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro. Universidade Santa Úrsula, Instituto Promundo, Editora Universitária, 2000.

ROCHA, C. R. M.de. Uma experiência de trabalho com adolescentes em Atenção Primária de Saúde. In: RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (org.). **Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEN/ Governo Federal, 2000. p.160-167.

ROSA de Souza, C. S., & EBRAIM, G. The street children of Recife: a study of their background. **Journal of Tropical Pediatrics**, 1992. 38, 34-40.

ROSEMBERG, F. Estimativa sobre crianças e adolescentes em situação de rua: Procedimentos em uma pesquisa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 9, 21-28. 1996

ROSS, M. W.; ROSSER, B. R. S. – **Education and AIDS: a review**. Health Educ. Reser, V. 4, n. 3, p. 273-284, 1989.

RUDIO, F. V. **Orientação não-diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia**. 8ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1986.

SÁ, CP. **Núcleo central de representações sociais**. Petrópolis (RJ): Vozes; 1996.

SANTELLI, J. S.; BRENER, N. D.; LOWRY, R.; BHATT,A. & ZABIN, I. S. Multiple sexual partners among U.S. adolescents and young adults. **Fam Plan Perspect**, 30:271-275, 1998.

SANTOS, V. L., SANTOS, C. E. Adolescentes, jovens e Aids no Brasil. In: Ministério da Saúde (org.). **Cadernos Juventude Saúde e desenvolvimento I**. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 213-222.

SAYÃO, R. Em: AQUINO, J. G. (Org.), **Sexualidade na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1997.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** Educação e Realidade, 1990, 16 (2): 5-22.

SENA, S. C. **Mapeamento e contagem de crianças e adolescentes em situação de rua na região metropolitana de Goiânia, Go.** 2000. Sociedade Cidadão 2000: CD-ROM “Entre a Casa e a Rua”.

SENA, C. S. Pesquisa realizada em Goiânia pela Secretaria Municipal de Saúde-Cidadão 2000 em convênio com a UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Ministério da Saúde. **Relatório da Pesquisa: “uso de drogas e exposição às DST entre crianças e adolescentes em situação de rua” em Goiânia, Go.** Goiânia, dez. 2002.

SHRIER, L. A.; GOODMAN, E.; EMANS, S. J. Partner use among adolescent girls with sexually transmitted diseases. **J. Adolesc. Health.** May1999. V. 24, n. 5, p. 357-361.

SIGAUD, C. H. de S.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. **Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente.** São Paulo: EPU, 1996.

SPINK, Mary Jane P. The author replies. **Cad. Saúde Públ.**, vol. 17, n. 6, p. 1309-1311. Nov/Dec. 2001.

SPINK, M.J.P.; MEDRADO,B.; MENEGON,V. M.; LYRA, J.; LIMA. H. A construção da AIDS-notícia. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 17(4):851-862, jul/ago, 2001.

TAQUETTE, S. R.; RUZANY, M. H., MEIRELLES, ZILAH. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. **Cad. Saúde Públ.**, v. 19 n.5, p.1437-1444, set/out. 2003.

TAWIL, O.; VESTER, A. & O'REILLY, K. R. Enabling approaches for HIV/AIDS prevention: Can we modify the environment and minimize the risk? **AIDS**, 9:1299-1306, 1995.

TIBA, Içami. **Adolescência: o despertar do sexo – um guia para entender o desenvolvimento sexual e afetivo nas novas gerações.** Içami Tiba. São Paulo: Editora Gente, 1994)

TRAVERSO – YÉPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicologia Social**, 14(2):133-147, dez. 2002

TREICHELER, P. AIDS, homophobia and biomedical discourse: an epidemic of signification. In: CRIMP, D. (Ed.) **AIDS: Cultural analysis, cultural activism**. Cambridge: The MIT Press. 1991. p.31-70.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Impact of HIV and sexual health education on the sexual behavior of young people: a review update**. Geneva; 1997.

UNAIDS. **Report in the global HIV/AIDS epidemic**. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (ISB: 92-9173-000-9) 2000.

UNAIDS. United Nations Programme on HIV/AIDS. **Innovative approaches to HIV prevention: selected case studies**. Geneva: UNAIDS; 2002.

UNESCO. **Pesquisa da UNESCO revela comportamento sexual dos jovens**. Em: <http://www.folha.online.com.br.html> > Capturado em 23/9/04.

VELHO, G. Violência, reciprocidade e desigualdade: Uma perspectiva antropológica. In: **Cidadania e Violência** (G. Velho& M. Alvito, org.), 1996, p. 10-24, Rio de Janeiro: Editora UFRJ/ Editora FGV.

VIEIRA, E. M.; VILLELA, W. V.; RÉA, M. F.; FERNANDES, M. E. L.; FRANCO, E.; RIBEIRO, G. Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do município de São Paulo. **Cad Saúde Públ.**, v. 16, n.4, out/dez., p.997-1009. 2000.

VIGNOLI, J. R. **Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes**. Serie Población y Desarrollo nº 17. Santiago de Chile: CEPAL, 2001.

VITALLE, M. S. S.; AMÂNCIO, O. M. S. Gravidez na adolescência. **Brazilian Pediatric News – UNIFESP**. [edição on-line] 2001; 3 (3) Disponível em < URL <http://www.brazipednew.org.br/set2001/bnpar101.htm> Acesso em jun 2004.

VITIELLO, N. A educação sexual necessária. **Rev. Bras. Sex. Hum.**; v. 6,n. 1, p.15-28, 1995.

VITIELLO, N. **Gravidez na adolescência**. Pais & Teens, v. 2, n.3, p. 23 fev/abr. 1997.

WALTER, H. J. & VAUGHN, R. D. AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students. **JAMA**, 270: 725-730. 1993.

WASSERHEIT, J. N. Epidemiological synergy: Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. In: **AIDS and Women's Reproductive Health** (L. C. Chen, ed.), 1991, p. 47-72, New York: Plenum Press.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. L. **O corpo educado. Pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 37-82.

WHO. Global summary of the HIV/AIDS epidemic, December 2002. Disponível em <http://www.who.int/hiv/facts/global_summary_m.jpg> Acessado em 14/09/2004.

WILSON, T. E. **The relationship of cocaine use and HIV serostatus to incident STD among women.** Sexually Transmitted Diseases, 5:51-56. 1998.

WRIGHT, Lorraine & LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.** São Paulo: Roca, 2002.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada: "Adolescentes com experiência de vida nas ruas de Goiânia: Práticas de risco e significado para as DST/AIDS", sob a responsabilidade da professora Ida Kuroki Borges, residente à rua T 62, nº 1452, setor Bueno, Goiânia-Go, telefone: (62) 2594948.

Trata-se de nossa pesquisa de mestrado desenvolvida sob a orientação do prof. Dr. Marcelos Medeiros, da Faculdade de Enfermagem (FEN) da UFG.

São objetivos do estudo: Identificar e analisar as representações sociais de prevenção das DST/HIV/AIDS por um grupo de adolescentes com experiência de vida nas ruas, abrigados em uma instituição na cidade de Goiânia.

A pesquisa inclui uma entrevista em que você responderá algumas questões que faremos pessoalmente em data, hora e local adequados. A entrevista poderá ser gravada ou não dependendo do seu consentimento.

Garantimos que você não sentirá nenhum desconforto e caso se sinta constrangido ou desconfortável, será liberado imediatamente podendo retirar o seu consentimento sem sofrer qualquer penalidade. O sigilo também será garantido tanto de seu nome como da instituição a qual pertence.

Entre os benefícios esperados, está a possibilidade de executar projetos e programas para prevenção e diminuição de riscos em DST/HIV/AIDS entre os adolescentes.

Se concordar em participar, pedimos o favor de assinar esse documento.

Eu, _____, abaixo assinado concordo em participar da pesquisa.

Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como possíveis riscos e benefícios decorrentes dessa participação. Foi-me garantido que, posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve à qualquer penalidade ou interrupção do meu acompanhamento.

Local e data _____

Nome e assinatura do responsável _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite da direção em participar.

Testemunhas

Nome _____ Assinatura _____

Nome _____ Assinatura _____

Pesquisador _____

Ida Kuroki Borges