

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA LIGADO A SEXUALIDADE DE MENINAS QUE VIVEM NA RUA

Romeu Gomes*

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.

O artigo consiste num recorte de uma pesquisa que aborda a relação entre prostituição infantil, processo saúde-doença ligado à sexualidade, e violência, configurada no ambiente de meninas que vivem na rua. Neste trabalho são apresentados apenas os resultados sobre o processo saúde-doença ligado à sexualidade revelados na fala das meninas. Após considerações básicas sobre a pesquisa e sobre a sexualidade em geral, as meninas estudadas são situadas em seu cenário social. Dentro deste cenário, analisa-se os dados sobre a sexualidade. A partir desta análise, conclui-se que, entre outros aspectos, a interdisciplinaridade é necessária para a Saúde Pública abordar a temática aqui apresentada.

UNITERMOS: processo saúde-doença ligado à sexualidade, meninas que vivem na rua, saúde pública

INTRODUÇÃO

Este trabalho é parte de uma investigação realizada pelo CLAVES⁵, sob minha coordenação, que aborda a relação entre prostituição infantil, processo saúde-doença ligado à sexualidade e violência, configurada em programas do Município do Rio de Janeiro voltados para o atendimento de meninas que vivem na rua. As categorias da pesquisa foram situadas no campo das representações sociais, tendo como recorte neste campo a visão da mulher a partir da perspectiva de gênero.

* Pesquisador Visitante (Convênio FIOCRUZ/FAPERJ)/Coordenador do Curso de Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher do IFF/FIOCRUZ

Essa investigação se situa no âmbito da pesquisa qualitativa. No entanto, dados numéricos são articulados às conclusões desse estudo, nos aspectos passíveis de comparação, no sentido de melhor iluminar a qualidade do problema aqui estudado. No que diz respeito às técnicas, dois conjuntos de procedimentos compõem a pesquisa: (1) análise das organizações com ações específicas voltadas para meninas que vivem na rua, através de entrevista semi-estruturada e documentos, e (2) utilização das técnicas história de vida e observação participante. A aplicação dessas técnicas baseia-se na obra de MINAYO (1992).

Os dados levados em conta na pesquisa (CLAVES⁵), em termos de fonte primária, foram obtidos através de investigação de campo, desenvolvida no Município do Rio de Janeiro, no período de dezembro de 1993 a março de 1994. As informações de fonte secundária consideram três tipos de documentos: documentos específicos sobre as instituições e programas estudados; depoimentos prestados à Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a Prostituição Infanto-Juvenil e estudos sobre o assunto. Neste artigo, procuro focalizar os dados sobre o processo saúde-doença ligados à sexualidade revelados na fala das meninas.

SAÚDE, DOENÇA E SEXUALIDADE

A complexa relação saúde-doença-sexualidade pode ser melhor compreendida a partir do entendimento de sua dimensão sociocultural. BIRMAN¹, observa que é de real importância o reconhecimento das comunidades sociais e das individualidades para se compreender as concepções de saúde e doença, de normal e de anormal, da vida e da morte. Nesse sentido, o conceito de corpo simbólico é fundamental e não se reduz ao conceito de corpo biológico. Para ele, na construção do corpo simbólico, são de fundamental importância as relações sociais e os códigos culturais, trazendo um olhar diferente a saúde e a doença.

Outros autores, a exemplo de MINAYO¹⁰ e RUFFINO-NETO¹⁸, também chamam a atenção para a inter-relação entre aspectos de ordem clínica e sociológica, pontuando a necessidade de se levar em conta - além dos aspectos anatômicos e fisiológicos - valores, atitudes e crenças que se encontram no universo das representações dos atores sociais que vivenciam esse processo.

Em termos de ponto de partida para uma fundamentação teórica para a sexualidade, ressalto três obras de FOUCAULT^{6,7,8}. O autor citado parte do princípio de que a compreensão da sexualidade contemporânea passa pelo entendimento de sua trajetória ocorrida durante séculos. Em sua primeira obra, ele procura reconstituir a história da sexualidade do século XVI até o XIX. Na segunda⁷, fazendo um longo recuo até o século IV a.C., a sua abordagem faz da

sexualidade uma experiência moral. Já na terceira obra⁸, o período abrange os universos grego e latino nos dois primeiros séculos da atual era. O elo entre esse período e o tratado na sua primeira obra foi interrompido devido a sua morte.

Nas obras citadas, a história da sexualidade se configura, de um lado, a partir da análise da articulação entre saberes e poderes em relação aos prazeres sexuais, e, de outro, com base na relação sujeito consigo mesmo frente à sexualidade. Assim, nelas, configura-se um feixe das relações ser-saber, ser-poder e ser-si.

Faço um destaque para o primeiro volume de FOUCAULT⁶ por tratar de uma época mais próxima da atual. Nesse volume, o autor não dá muita ênfase à repressão para reconstituir a história da sexualidade. Ele está mais interessado em interrogar por que uma sociedade fustigada pela sua hipocrisia há mais de um século, **“fala prolixamente de seu próprio silêncio, obstina-se em detalhar o que não diz, denuncia os poderes que exerce e promete liberar-se das leis que afazem funcionar”** (p.14). Sua oposição à hipótese repressiva não tem por finalidade negá-la, mas, sobretudo recolocá-la numa economia geral dos discursos sobre o sexo que surgiram a partir do século XVII.

Para ele, nos três últimos séculos, em relação à sexualidade, os discursos estavam muito mais voltados para a **“maneira de torná-la moralmente aceitável e tecnicamente útil”** (p.24). Através desses discursos, ao invés de se censurar o sexo, procurou-se dizer tudo sobre ele com o objetivo de se obter deslocamentos, reorientação e modificação do desejo. Por outro lado, o silêncio constatado sobre o sexo não deve ser visto como a ausência de discurso. Nesse mutismo, deve-se buscar quem pode falar e qual tipo de discurso está sendo autorizado para ser dito.

A história da sexualidade de FOUCAULT recebe críticas de GIDDENS⁹. Uma delas diz respeito ao fato de haver contrastes entre a sexualidade expressa na literatura médica vitoriana e a revelada por milhares de textos da época. Para esse crítico, a repressão foi, em alguns aspectos, bastante real no período vitoriano e nos posteriores. Outra crítica se refere ao fato de ser o sexo amplamente discutido nesse período. Essa discussão, segundo GIDDENS, estava presente nos textos e nas fontes médicas, mas poucos tinham acesso a esse tipo de literatura e, além do mais, até a última parte do século XIX, a maior parte da população era formada por analfabetos.

Poder-se-ia, por exemplo, responder a GIDDENS que, no período em que poucos liam, talvez mecanismos de poder fossem articulados ao saber desses poucos para que, através da comunicação oral, atingissem a muitos. No entanto, parece que as críticas têm que ser colocadas em outro patamar na medida em que, como mesmo observa GIDDENS, elas estão situadas em estrutura interpretativa diferente de FOUCAULT e porque se voltam para a reivindicação de se analisar outro conteúdo que a história foucaultiana não tratou: as conexões da sexualidade com o amor romântico, enquanto fenômeno ligado às mudanças na família.

Assim como FOUCAULT não interrogou sobre o fato dos discursos analisados serem ou não verdadeiros, parece que aqui não cabe apontar quem diz

a verdade. o mais importante parece ser a compreensão do caminho trilhado por FOUCAULT, com seus deslocamentos e suas inflexões, e partir para outras descobertas no campo da investigação sobre a sexualidade. Isso não exclui a possibilidade de também se entender a ótica interpretativa de GIDDENS, em leituras futuras, para se estabelecer confrontos tanto no nível do método quanto no plano dos conteúdos sobre a temática em questão.

Além da análise foucaultiana, destaco o estudo de PARKER¹⁵ como ponto de partida para uma maior compreensão da sexualidade. O autor, tanto na obra citada como no artigo publicado em outra obra¹⁶ chama a atenção para o fato de que no Brasil, como em outras sociedades complexas, a vida sexual deve ser compreendida muito mais no plural do que no singular, uma vez que apresenta diversos significados analiticamente distintos ou estruturas conceituais culturais que se sobrepõem no curso da vida cotidiana, oferecendo uma variedade de perspectivas diferentes para a moldagem da prática sexual, bem como para a interpretação de seu significado. Várias instituições com seus múltiplos e contraditórios discursos concorrem para a configuração dessa diversidade de perspectiva.

Na introdução de sua obra, PARKER¹⁵ chama a atenção para aspectos que influenciam a vida sexual brasileira, observando que as práticas sexuais possíveis tem como referência ***“os conceitos de gênero na cultura popular, a renúncia à carne na ideologia religiosa e a interrogação dos desejos perigosos no moderno pensamento científico e médico [...]”*** (p.117 -18).

O autor aponta para o fato de que o sistema de gênero afigura-se como uma das possibilidades para a organização da vida sexual e, apesar de algumas modificações ocorridas em setores privilegiados da sociedade brasileira, ainda persiste a opressão que marca a vida da grande maioria das mulheres brasileiras, regida por uma ordem social patriarcal.

Junto à questão de gênero, as divisões de classe e diferenças de situações também condicionam os significados sexuais. Os setores mais privilegiados da sociedade brasileira têm maior acesso a um sistema de significados sexuais do que outros. Assim, o autor, aqui citado, observa que ***“[...] os vocabulários e a gama de oportunidades abertos aos membros da elite, da classe média e superior, para a organização e imaginação da vida sexual, são mais elaboradas do que os oferecidos às classes populares”*** (PARKER¹⁵, p.250).

As diferenças, em termos de significados sexuais, também são analisados pelo autor em termos regionais. Segundo ele, o universo de significados sexuais das pessoas que vivem em áreas rurais e áreas urbanas em regiões menos industrializadas é mais restrito do que o de regiões mais desenvolvidas.

PARKER¹⁵, em sua conclusão, adverte que mesmo nos locais onde as possibilidades oferecidas pelo sistema cultural são mais limitadas não se deve subestimar o trabalho das forças oponentes para minar a rigidez das estruturas. Ele observa que, por exemplo, nas estruturas festivas e populares do carnaval,

“elaborou-se uma completa gama de alternativas na cultura popular, abrindo possibilidades que seriam, elas próprias ‘restritas’ nas moralidades burguesas de setores mais privilegiados”. (p.251-52)

AS MENINAS E O SEU CENÁRIO SOCIAL

Para a melhor definir o campo, a pesquisa (CLAVES⁵) foi utilizado o estudo VALLADARES & IMPELIZERI²⁰ sobre instituições e grupos do Município do Rio de Janeiro com programas específicos voltados para as chamadas "meninas de rua". No conjunto das 36 organizações não governamentais apontadas por esse estudo, ressaltam-se 1 instituição e 1 programa com atendimento específico para meninas, fazendo um recorte de gênero em suas programações. Junto a estas programações específicas, foi localizada 1 instituição do Governo do Estado do Rio de Janeiro também com atividades voltadas para meninas que vivem na rua.

Assim, integraram a mencionada pesquisa do CLAVES a Casa das Meninas do Estácio, a Residência Feminina da Associação Beneficente São Martinho e o Programa Sempre Viva.

Em cada uma dessas organizações, em geral, foram ouvidos dois depoimentos das seguintes categorias de informantes: coordenador de programa, educador e meninas. Na terceira categoria de discurso, além das falas de meninas que se vinculavam a estes programas, foram entrevistadas mais 13 meninas que não eram atendidas por organizações que fazem recorte de gênero. Assim, em termos de conjunto de atores sociais, foram registradas as falas de 4 coordenadores de organizações, 6 educadores de rua, 7 meninas vinculadas a programas específicos (primeiro grupo) e 13 meninas que estavam fora dessas organizações (segundo grupo); perfazendo um total de 30 depoimentos.

Em termos de universo estudado, procuro destacar aspectos da realidade das meninas que vivem na rua, uma vez que a elas que me remeto neste artigo. Assim, deixo de lado a caracterização das instituições estudadas.

As meninas que integram o presente estudo, quando foram entrevistadas, tinham, em média, 15,8 anos de idade. Em geral, são negras, a maioria nasceu na cidade do Rio e nenhuma delas é oriunda de outro estado, confirmando outra pesquisa do CLAVES⁴.

Mais da metade das meninas, na época do trabalho de campo, tinha um filho pequeno ou estava grávida. Muitas delas criavam seus filhos sozinhas. Em geral, o nível de escolaridade delas era baixo e algumas mal sabiam ler. Entre elas, havia uma incidência de casos de internamentos em diferentes instituições. Quase todas participavam de algum tipo de atendimento institucional, realizado

principalmente por organizações não governamentais, sendo que, das 20, apenas 7 participavam de programas específicos para meninas (primeiro grupo).

As meninas entrevistadas, em sua maioria, fazem parte dos segmentos mais pobres da sociedade. São comuns os casos em que as mães têm que doá-las a parentes ou colocá-las em instituições para serem criadas. Associadas às questões econômicas, há as separações entre os casais motivadas por conflitos de relacionamento, fazendo com que a pobreza se agrave. As mulheres ficam sozinhas e a manutenção dos filhos fica mais comprometida do que já era antes.

As condições de pobreza, associadas ou não às separações dos casais, predominam nos dois grupos de meninas estudadas. Em geral, a exclusão destas meninas do âmbito de suas famílias traz em si a exclusão social em que vivem estas últimas. Assim, os atores sociais aqui abordados integram o chamado fenômeno de “meninos e meninas de rua”. MINAYO et al¹², consideram que essa problemática “afigura-se como um fenômeno urbano [...] resultante das contradições geradas pelo modelo econômico social e político [...]” (p. 283).

Nesse sentido, por trás do fato de crianças viverem na rua, há uma complexa problemática que se traduz, principalmente, pela relação pobreza-desigualdade social. Essas crianças integram um segmento da população que vive em condições de pobreza, chegando, em muitos casos, à miséria. No Estado do Rio de Janeiro, segundo o CLAVES⁴, com base nos dados da década de 80 do IBGE, 43,7% de crianças e adolescentes do estado vivem em famílias com renda “per capita” de até ½ salário mínimo.

A partir do confronto com outras pesquisas, o CLAVES conclui que as crianças e os adolescentes de rua do Rio de Janeiro:

“são em sua maioria negros, predominantemente do sexo masculino, com baixa ou nenhuma escolaridade e utilizam a rua como local de trabalho. Suas famílias, em geral, são numerosas e freqüentemente chefladas por mulheres. Vivem em condições de extrema pobreza e são atingidas pela violência” (CLAVES⁴, p.33).

Nesse cenário, há bem menos meninas do que meninos. No Rio, o predomínio do sexo masculino fica em torno de 85% (CLAVES⁴). Do ponto de vista apenas quantitativo, talvez o estudo com meninas não assumisse grau significativo de relevância. No entanto, em termos qualitativos, a vida na rua apresenta diferenças se for levada em consideração a ótica de gênero. Com base neste pressuposto, partilho da idéia de que se deve promover análises sobre a especificidade da menina que vive na rua.

Em defesa dessa opção, cito YANNOULAS²² que justifica o estudo de meninas a partir das seguintes razões:

“a) as meninas de/nas ruas sofrem uma tripla discriminação: por sua

idade, por sua pobreza e por sua condição de gênero; b) em razão de sua condição de gênero, sofrem determinados processos de socialização nas ruas, que lhes são específicos; c) a invisibilidade do fenômeno, no contexto das Ciências Sociais, das estatísticas e das políticas sociais” (p. 7).

Ampliando mais a ótica sobre o cenário social em que vivem as meninas, aponto para a realidade brasileira das crianças e dos adolescentes que, em geral, se explica a partir da violência estrutural. Segundo análise do Ministério da Saúde (BRASIL²), baseada em dados do IBGE, em 1990, no Brasil havia: (a) 53,5% das crianças e adolescentes, entre 0 a 17 anos de idade, em famílias com renda mensal de até ½ salário mínimo; (b) apenas 45,1% da população infanto-juvenil viviam em domicílios considerados adequados; (c) 14,4% dos jovens entre 10 a 14 anos de idade eram analfabetos e apenas 20% dos alunos matriculados na 1ª série do ensino de 1º grau, na década de 80, conseguiram chegar à 8ª série; (d) 7 milhões e meio de crianças e adolescentes, entre 10 a 17 anos de idade, trabalhavam em ocupações de baixa remuneração e qualificação, com carga horária elevada, impossibilitando conciliar estudo e trabalho.

A FALA DAS MENINAS SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA LIGADO À SEXUALIDADE

A categoria analítica ***processo saúde-doença ligado à sexualidade*** se configurou nas histórias de vida na rua das meninas como uma categoria empírica basicamente mais voltada para as doenças do que para a promoção da saúde. Isto não significa que a percepção dos agravos não seja um aspecto importante para a promoção da saúde. Também não significa que não haja nos depoimentos das meninas o desejo de ter saúde, uma vez que algumas mencionam consultas que tiveram com médicos e outras falam de cuidados que devem ter para prevenir a saúde no campo da sexualidade. A predominância da doença neste processo significa, em última análise, que ainda há muito a fazer para o encaminhamento da compreensão destes agravos no sentido de se obter uma vida física e psiquicamente saudável. Este fazer aqui se afigura muito mais no âmbito da coletividade do que no do indivíduo enquanto iniciativa própria, uma vez que em se tratando de exclusão social a questão deve se inserir no âmbito macrossocial.

Em termos de processo saúde-doença ligado à sexualidade, destaco neste artigo as seguintes temáticas: gravidez/maternidade e DST/AIDS. Na fala das meninas, a gravidez e a maternidade, em geral, são vistas de forma positiva. Sobre a gravidez, MONTEIRO & CUNHA¹³ observam que na maioria das vezes essa

questão na adolescência não é planejada, acarretando problemas de difíceis soluções. Citando dados do IBGE, de 1988, os autores mostram que no estrato de renda familiar menor que o salário mínimo, as adolescentes de 15 a 19 anos engravidam mais do que as de renda elevada, num percentual de 26%. contra 2,3%, respectivamente. Além do nível socioeconômico precário, em outro estudo (TAQUETE¹⁹), foram encontradas como pano de fundo de alguns casos de gravidez na adolescência as relações familiares conflituosas.

A elevada incidência de gravidez na adolescência também foi constatada em estudo citado na pesquisa da Casa de Passagem (CBCA³), revelando que na faixa etária de 15 a 19 anos, em 1970, 75 de cada 1000 mulheres, davam à luz. Este número, segundo o mesmo estudo, sobe, em 1986, para 81 por 1000 adolescentes.

O documento mencionado registra o fato de que esta pesquisa foi realizada com adolescentes de todas faixas de renda e, se tivesse se concentrado na faixa de menor poder aquisitivo, o índice encontrado seria maior.

Segundo WAJMANN et al²¹, as jovens de nível socioeconômico precário não têm muitas alternativas de solução frente à gestação, trazendo, para elas, perdas como a interrupção da escolaridade e uma maior dificuldade de integração no mercado de trabalho. Os autores, apoiados em dados, observam que a gravidez para as adolescentes, ocorrida quase sempre de forma acidental, simultaneamente, as remete rapidamente ao mundo adulto e produz dificuldades na real aquisição desta identidade, pelo risco de assumirem de forma estereotipada os papéis que lhes são exigidos. Diante deste fato, as instituições sociais devem construir um olhar específico que possa, concomitantemente, considerar as características gerais da adolescência e trabalhar contra a negação da sexualidade destes sujeitos sociais.

No caso das meninas que vivem na rua, a gravidez assume contornos específicos, acirrando mais o problema. PEREIRA & BENZAQUEN¹⁷ discutem aspectos que emolduram o tema em questão no espaço da rua. As autoras observam que, apesar da menina ver o seu corpo como uma arma que possui, vivencia-o como algo externo a si própria, sobre o qual não tem controle. Assim, no cenário da rua, cuja dinâmica é desconhecida e imprevisível, 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. Entre as meninas estudadas na pesquisa do CLAVES⁵, a gravidez, precoce ou não, é aceita e desejada. Isto não significa que não haja transtornos para a menina-mãe que vive na rua.

Sobre a maternidade, há referências explícitas, nos depoimentos das meninas estudadas (CLAVES⁵), em relação ao desejo real de ser mãe como sinônimo de cuidar de alguém e proporcionar a esse alguém algo que não tiveram. Talvez este desejo de ser mãe remeta à busca de um papel social definido, através de um vínculo saudável com a vida. Ao desejar ser mãe, as meninas estão respondendo de forma positiva às expectativas sociais que esperam da mulher, em geral, o exercício da reprodução e da maternidade. Neste sentido, querer ter filho

faz parte do processo normal -assim definido a partir de critérios socioculturais - da construção de ser mulher.

Segundo PEREIRA & BENZAQUEN¹⁷, a partir do filho que está gerando, a menina-mãe toma consciência de seu próprio corpo e de alguns prazeres, descobrindo um certo poder, conferido pela capacidade de gerar algo. Esta experiência intensa lhe possibilita mudanças em sua vida. Ela ganha um status diferente no seu grupo, recebendo, às vezes, concessões e privilégios.

Em relação a uso de anticoncepcionais, observo que este não é um aspecto de grande relevância na fala das meninas entrevistadas na investigação. Esse dado tem ressonância com estudos citados por TAQUETE¹⁹ que mostram que tal uso por parte de adolescentes é muito baixo.

A questão do aborto, nas falas das meninas dos dois grupos estudados, à primeira vista parece ser ambígua se for relacionada à aceitação da maternidade. Há algumas entrevistadas que justificam e aceitam para si mesmas a prática do aborto. Por outro lado, as meninas vêem a maternidade de forma positiva. No entanto, aprofundando mais a análise, observo que não há nisto uma contradição. O motivo mais freqüente para o aborto, apresentado pelas meninas, não é em relação à gravidez indesejada e sim diz respeito à falta de condições para criar o filho, corroborando, assim, a aceitação da maternidade como algo positivo.

No que tange a conhecimentos sobre DST/AIDS, com base na pesquisa do CLAVES⁵, parece estar mais evidente nas falas das que participavam de programas especificamente voltados para meninas (primeiro grupo) o acúmulo de informações básicas a respeito do assunto. No entanto, mesmo nesse grupo, também as informações não são 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 com relação às informações recebidas.

No meio das meninas que não participam de programas específicos (segundo grupo), também há as que afirmam que sabem sobre o assunto, dando mais ênfase à questão da AIDS do que a DST. Embora elas afirmam ter essa noção, ao descreverem suas práticas, aparecem desencontros e contradições de informações. Há casos em que as informações são discrepantes, como por exemplo, acreditar na transmissão da AIDS através do beijo.

Em geral, em termos de recomendações das depoentes e dos que atuam com as meninas, as propostas de superação das dificuldades vividas por elas com a relação a sua sexualidade, passam, necessariamente, por processos de informação e educação constantes, como se o saber transmitido fosse uma garantia de resultados a serem alcançados na prática social.

Junto a este fato, observo que, no meio das meninas, parece ser patente o fato de que as informações sobre DST/AIDS não garantem a prevenção. Embora afirmem saber sobre contágio, possibilidade de morte e conseqüente necessidade de se recorrer a mecanismos de evitação, ao relatar as suas práticas ligadas à sexualidade, agem como se desconhecem essas informações.

Pode ser que um dos mitos que tenham que ser repensado, em relação ao cuidado com sexualidade, seja a do poder do processo educativo em si, quase que dissociado de transformações mais amplas, de âmbito social, como ofertas de trabalho digno, ou mesmo propostas de escolarização regular que contemplem o saber constituído ao qual têm acesso a classe média e alta, e também informações ligadas à sexualidade e à prevenção da saúde em geral.

A fala das meninas, em geral, ao mencionar situações de seu cotidiano relacionadas às formas de encaminhar questões ligadas ao processo saúde-doença ligado à sexualidade, revela a presença do que denominamos de **crenças populares**. Aqui estou empregando **crenças populares** como expressões que se referem a noções típicas do senso comum. Em outras palavras, são “soluções” apresentadas pelas meninas para situações relacionadas ao aborto, anticoncepção, menstruação e DST.

Em relação ao aborto, por exemplo, foram encontradas referências ao uso de chá de maconha, de buchinha do Norte e de A AS associado à Coca-Cola, chá de jornal e engolir feijão cru, como abortivos eficazes. Há outras menções relacionadas à transmissão de doenças ligadas à sexualidade que se reportam a uma explicação exterior à relação sexual em si. Assim, há um depoimento que atribui o pegar uma doença ao fato de ter ficado com o pé no chão após a relação sexual. Outro depoimento se refere à possibilidade de contagiar o homem caso mantenha relações sexuais durante a menstruação, conotando esta como a saída de coisas ruins de dentro do corpo.

Em alguns depoimentos, há falas sobre a facilidade de acesso ao serviço de saúde, podendo ser interpretadas, com base na realidade atual, de uma certa forma ingênua. Dentro dessas falas, há menções das meninas, tanto para si como para um parceiro eventualmente doente, de facilidades de atendimentos para exames preventivos freqüentes e abertura da possibilidade de levar o parceiro a ser examinado, na rede pública de atendimento, até antes de manter uma relação sexual com ele.

A realidade é bem diferente dessa atitude otimista. O atendimento por parte do serviço público, no mínimo, não consegue dar conta da demanda. As meninas que vivem na rua fazem parte de um grande segmento da sociedade que se encontra praticamente no estado de exclusão social, em conseqüência da violência estrutural. Neste contexto, o acesso ao atendimento no campo da saúde, em geral, fica inviabilizado.

Em termos dos dados relativos aos agravos à sexualidade, há uma certa relação com outros estudos realizados no âmbito de meninas que vivem na rua, assumindo ou não a prostituição. A exemplo disto, a pesquisa realizada (NUCEPEC¹⁴), em Fortaleza, sobre meninas envolvidas com prostituição, destaca um número significativo de meninas que não fazem qualquer prevenção à gravidez, o que pode ser responsável pelo alto índice de abortos relatados (32,1%), mais comumente como sendo espontâneos. Ainda nesta pesquisa, “[...] **a maior parte**

das meninas afirma saber o que é AIDS, pelo menos já ouviram falar a respeito e a maioria delas diz se prevenir contra a doença, utilizando-se principalmente de preservativos” (p.20).

Nas conclusões do estudo do NUCEPEC¹⁴, há referências ao fato de que as meninas procuram serviços ginecológicos e usam preservativos como forma de prevenção contra a AIDS e a concepção. ***“Entretanto é elevado o percentual das que afirmam não utilizarem qualquer método preventivo, tanto em relação à gravidez quanto às doenças sexualmente transmissíveis”*** (p. 25). Estes dados numéricos, em termos de predominância, coincidem com os dados qualitativos (CLAVES⁵) aqui apresentados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso das meninas aqui estudadas parece que ainda se deve fazer muito para que elas consigam cuidar de sua sexualidade. Culturalmente sabe-se que esta tarefa é bastante complexa, uma vez que estas meninas se inserem no status social menina negra pobre, permeado pelas desigualdades. Trabalhar na construção de um movimento contra estas desigualdades é um grande desafio para todos aqueles que atuam com elas. Este trabalho avança qualitativamente à medida que avança a construção do saber que a menina faz no sentido de que não seja apenas uma agente da passiva na gramática hegemônica da sexualidade, no contexto das relações entre as classes sociais e entre as diferentes etnias, mas também exerça uma voz ativa para assegurar o cuidado de si própria.

Outro aspecto que pontuo, a partir dos relatos analisados, se refere à sexualidade ameaçada, como especificidade desta população. Vejo como sexualidade ameaçada, entre outros aspectos, a gestação precoce, o aborto e as doenças sexualmente transmissíveis com comprometimentos à saúde da menina que vive na rua.

Frente a este quadro, comumente, o primeiro rumo sugerido é o de campanhas e mecanismos de informação de um modo geral. Não descartando este caminho, concluo que ele merece uma discussão mais ampla em termos de eficácia. Inicialmente, o ponto de partida deve ser o conhecimento e a compreensão dos valores e crenças da população à qual se destina.

Com relação a campanhas de grande escala, lembro alguns dos depoimentos colhidos na pesquisa, que falam da ineficácia quando a informação que a campanha quer passar não fica clara para a população a quem ela se destina. Penso ser um caminho que além das campanhas gerais sejam feitas algumas para grupos específicos e com consultas e pesquisas prévias para melhor assegurar seu êxito.

Por outro lado, creio firmemente que as alternativas à transmissão de informações devem ser buscadas, seja no âmbito das instituições, seja nos programas de atendimento às meninas que estão na rua. Com base nos depoimentos e apoiado em minha prática pessoal, recomendo que as propostas incluam situações lúdicas, como jogos dramáticos, que, saindo de uma relação pedagógica clássica, contemplem a dimensão sócio-afetiva, necessária para a inserção social destas meninas.

Tornar complexa esta e outras questões é de fundamental importância para que no âmbito da promoção da saúde da sexualidade não se tenha medidas reducionistas. A miopia das ações preventivas revela uma redução da ótica que se tem dos problemas a serem prevenidos. Nesse sentido, se ressalta a necessidade de uma ação voltada para a promoção de articulação com outros setores para que, dentro de uma perspectiva interdisciplinar e multiprofissional, a Saúde Pública possa dar conta desta complexa realidade.

HEALTH-SICKNESS-PROCESS LINKED TO SEXUALITY OF STREET GIRLS

This article is a part of a research focusing on the relationship among child-prostitution, health-sickness-process linked to sexuality and violence; the three categories found in the environment of street girls. This paper, however, only deals with health-sickness-process linked to sexuality revealed by the girls themselves. After the considerations about the research as a whole and about sexuality in general, the street girls are characterized in their social scenery. Within that scenery, data about sexuality are analyzed. Based on this analysis, the author concluded, among other aspects, that the education is necessary to enable Public Health to focus on this matter.

UNITERMS: health-sickness-process linked to sexuality, street girls, public health

EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DE LA SEXUALIDAD DE NIÑAS QUE VIVEN EN LA CALLE

El presente artículo es parte de una pesquisa acerca la relación entre prostitución infantil, proceso salud-enfermedad de la sexualidad y violencia, presentada en el ambiente de niñas que viven en la calle, En este trabajo son presentados solamente los resultados acerca de el proceso salud-enfermedad de la sexualidad revelados en las palabras de las

niñas. Después de las consideraciones esenciales acerca de la investigación y acerca de la sexualidad en general, las niñas son caracterizadas en su escenario social. En este escenario, se hace un análisis de los datos acerca de la sexualidad. Con apoyo en este análisis, se concluye que, entre otros aspectos, que la interdisciplinariedad es imprescindible para que la Salud Pública pueda abordar el tema de este artículo.

UNITERMOS: proceso salud-enfermedad de la sexualidad niñas que viven en la calle, salud pública

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. BIRMAN, J. Apresentação: interpretação e representação na saúde coletiva. In: **Physis.Rev.Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 7-22, 1991.
02. BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência contra a criança e o adolescente:** proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
03. CBCA - Casa de Passagem. **AIDS e sexualidade entre as adolescentes mulheres dos grupos sociais de baixa renda.** Recife: CBCA, 1993. [mimeo]
04. CLAVES - Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde. **Perfil dos meninos e meninas de rua no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: CLAVES/ENSP/FIOCRUZ, 1991. [mimeo]
05. _____ . **Prostituição infantil feminina:** significado e encaminhamento do problema. Rio de Janeiro: CLAVES/ENSP/FIOCRUZ - UERJ - OPS, 1994. [mimeo]
06. FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1:** a vontade do saber. Rio de Janeiro: Graal, 1985a.
07. _____ . **História da sexualidade 2:** o uso do prazer. Rio de Janeiro: Graal, 1985b (Biblioteca de filosofia e história das ciências, v. 15).
08. _____ . **História da sexualidade 3:** o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1985c (Biblioteca de filosofia e história das ciências, v. 16).
09. GIDDENS, A. **A transformação da intimidade:** sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: UNESP, 1993 (Biblioteca básica).
10. MINAYO, M. C. de S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Rev.Saúde Pública**, São Paulo, n. 25, v. 3, p. 233-38, 1991.
11. _____ . O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1992.

12. MINAYO, M. C. de S. et al. O ventre perverso da mãe rua. In: LEAL, M. do C. et al (org.) **Saúde, ambiente e desenvolvimento**. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO, 1992. p. 279-94.
13. MONTEIRO, D. L. M.; CUNHA, A. de A. Avaliação da frequência da gravidez na adolescência. **J.Bras.Ginecol.**, v. 104, n. 1-2, p. 23-5, 1994.
14. NUCEPEC - Núcleo Cearense de Estudos e Pesquisas sobre a Criança. **Perfil da menina envolvida com prostituição em Fortaleza**: relatório de pesquisa. Fortaleza: NUCEPEC-UFC/MNMMR/CBIA, 1993.
15. PARKER, R. **Corpos, prazeres e paixões**: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best Seller, 1991.
16. _____ . Diversidade sexual, análise sexual e a educação sexual sobre a AIDS no Brasil. In: LOYOLA, M.A. (org.) **AIDS e sexualidade**: o ponto de vista das ciências humanas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ, 1994, p. 141-59.
17. PEREIRA, V.; BENZAQUEN, M. Gravidez precoce: mulher em processo de criação. **Rev.CEAP** (As meninas e a Rua), Rio de Janeiro, n. 3, p. 35-6, 1993.
18. RUFFINO-NETO, A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. **Saúde Debate**, n. 35, p. 63- 7, 1992.
19. TAQUETE, S.R. Sexo e gravidez na adolescência: estudo de antecedentes bio-psico-sociais. **J.Pediatr.**, v. 68, n. 314, p. 135-39,1992.
20. VALLADARES, L. do P.; IMPELIZIERI, F. **Ação invisível**: o atendimento a crianças carentes e a meninos de rua no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1991.
21. WAJMANN, M.S.R. et al. Gravidez ria adolescência: aspectos psicossociais. In: **COLETÂNEA sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro**. Brasília, DF, OPAS/OMS, 1988. p. 89-99.
22. YANNOULAS, S. C. A menina sai à rua. **Rev.CEAP**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 7-11, 1993.