

A FORMAÇÃO CULTURAL DE JOVENS PEDIATRAS E O ENFRENTAMENTO DA PROSTITUIÇÃO INFANTIL E ADOLESCENTE NAS CIDADES BRASILEIRAS.

Augusto CACCIA-BAVA¹
Heloisa BETTIOL²

(este ensaio já se encontra em revisão final para publicação, como capítulo de livro de uma obra a ser editada pelo Grupo de Pesquisa Segurança Urbana, Juventude e Prevenção de Delito do CNPq. Por essa razão não pode ser reproduzido em texto de outra autoria, sob qualquer forma. Trata-se de um trabalho voltado à leitura de estudantes e docentes universitários)

Araraquara, agosto de 2010.

¹ Professor junto ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, da Faculdade de Ciências e Letras da Unesp, Campus de Araraquara é coordenador do Grupo Temático Segurança Urbana e Democracia desse Programa e, também, líder do Grupo de Pesquisa do CNPq Segurança Urbana, Juventude Prevenção de Delito. É editor da revista eletrônica Segurança Urbana e Juventude da mesma faculdade. E-mail: augusto@fclar.unesp.br

² Professora e vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Faculdade de Medicina da USP, Campus de Ribeirão Preto.

Formação cultural é um conceito construído no interior da tradição saxônica, trazido ao continente americano, também por Theodor Adorno, em texto datado de meados de 1960. Em alemão corresponde às palavras *kulturbildung* e nos chega, através do inglês, como *culture building*. *Bildung* e *building* expressam a idéia de construção humana ou ato humano construtivo. E, como construção humana, corresponde a um processo de constituição de valores referentes à integridade das pessoas. Nessa medida, o processo de formação cultural é a experiência básica da transmissão de valores éticos e referências culturais, que dizem respeito ao reconhecimento e à proteção da integridade de cada um e de todos.

Adorno (1996, p.388) expõe esse processo apontando para a "crise da formação cultural" que envolve, segundo ele, a Sociologia e a Pedagogia. A crise se evidenciaria por meio da "insuficiência do sistema e dos métodos da educação". Essa insuficiência seria resultado do "poder que a realidade extrapedagógica exerce sobre eles", os que devem ser educados.

A ressalva é fundamental para compreendermos a discussão que ele realiza sobre a capacidade de educar as novas gerações. A possibilidade visualizada por Adorno seria de um semiformação, que indicaria um processo interrompido de desenvolvimento das capacidades de criar os próprios valores, de descobrir o significado das experiências humanas. Isso estaria ocorrendo em todas as sociedades ocidentais, ao longo da segunda metade do século XX e daí em diante.

Mas o conceito *culture building*, com o qual trabalharemos, indica um processo de formação cultural, que diz mais respeito aos conhecimentos decorrentes das experiências vividas, que cada um adquire desde a primeira infância. As experiências são compartilhadas com seu grupo familiar, antes mesmo das partilhadas no processo de educação formal. É esse processo forma que a Psicologia indica como formador do <<repertório das pessoas>> de que traz valores que são referências para o aprendizado metódico científico e sistemático, que estão presentes em todos os níveis de ensino formal, do fundamental ao universitário.

Os jovens médicos pediatras também vivem essa experiência e se formam num processo metódico de integração de conhecimentos tendo, também como referência, as experiências culturais vividas pelas novas gerações. Se os grupos de crianças, adolescentes e jovens vivem situações críticas, como de fato vivem, essas situações podem ser matéria de análise médico-clínica. Daí a importância do estudo do caráter social da infância, da adolescência e da própria juventude, no contexto da formação médica.

Por meio de literatura originária nas Ciências Sociais, em especial na Sociologia, podemos ter conhecimento razoável do que se convencionou denominar categorias sociais, como são crianças, adolescentes e jovens, ultrapassando a compreensão importante, mas insuficiente, encontradas nas ciências que as tratam como seres biopsíquicos, quase que exclusivamente.

O processo de formação cultural de jovens envolve experiências culturais, públicas ou privadas, informais ou institucionais, de maneira diversa dos adultos. Nossa dificuldade em estudá-las deriva do reconhecimento de os jovens se encontrarem pouco presentes na literatura científica e acadêmica brasileira, em especial nas chamadas humanidades, sem ser preciso privilegiar qualquer uma delas. Sociologia, Direito, Psicologia, Ciências Políticas e Antropologia são campos do conhecimento científico que vem se debatendo em torno do marasmo, da monotonia, da rebeldia, da rebelião produzida por jovens, mas sem conceituá-los mais precisamente, nem trabalharem e delinearem muitas alternativas aos seus dramas.

Mas os jovens médicos que entrevistamos são diferentes. Tem idade até 29 anos, como está proposto no Estatuto da Juventude, projeto de lei ainda em tramitação no Congresso Nacional. Alguns tinham completado 30 anos, mas como todos se integram ao mesmo grupo, não os excluimos.

Elegemos a prostituição infantil e adolescente para matéria de interlocução, pela relevância nacional do assunto. Crianças e adolescentes são envolvidas em práticas de prostituição, em quase todas as cidades brasileiras e também em Ribeirão Preto. Sujeitos coletivos de Direito, nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as crianças e as adolescentes vivem o que o filósofo italiano Antonio Gramsci (1975) denominou de *experiências urbanas moleculares*, no interior da família, no bairro e na escola que freqüentam. Nas situações de prostituição vivem todas essas experiências, mas de forma dramática, senão trágica e desfiguradora.

Em depoimento colhido junto a educadores de escolas públicas periféricas de cidades da região de Ribeirão Preto, soubemos que meninas de dez anos, ou um pouco mais, são levadas por suas mães para casa de vizinhos e entregues a homens adultos, para serem exploradas sexualmente, em troca de benefícios que permaneceram ocultos às educadoras. Outras meninas, agora adolescentes de seus 13 anos, assumiram comportamentos discrepantes à sua idade, chegando às aulas em carros conduzidos por pessoas jovens, que não residem no seu bairro, como que um aliciador. Essas meninas maquiam-se logo de manhã, para destacarem seus traços belos, mesmo que infantis.

Num projeto de extensão universitária realizado ao longo de dois anos, em um bairro de Ribeirão Preto, tempos atrás, numa escola pública encontramos meninas das terceiras séries do Ensino Fundamental, indagando por que eram forçadas a terem relações sexuais com adultos em suas casas. Isto com o conhecimento de integrantes de seus grupos de referência primários fossem elas mães, madrastas, avós, irmãs mais velhas, ou jovens e homens adultos. Jovens e adultos, com elas mantinham relações sexuais, numa evidência de que todos haviam perdido, ou estavam por se furtar da capacidade de representar a sua relação afetiva com base em padrões éticos.

Tal como apontou o psicanalista Joel Birman (2006, p.177), tratava-se de uma “[...] neurose atual, na qual o psiquismo não consegue inscrever a excitabilidade sexual numa série simbólica capaz de interpretar o incremento da excitação.” Assim, uma **desordem amorosa** se instalava e permanece se reproduzindo, arrepiando leis e epidermes de quantos buscam operar políticas públicas de proteção da infância e adolescência em situação de risco (BRUCKNER; FINKIELKRAUT, 1981). O cotidiano parece impossibilitar intervenções institucionais, públicas, competentes. Constitui-se o contrasenso e decorrentes impasses.

E nesse cenário ausenta-se a assistência social, as práticas associadas a programas de saúde comunitária, e as comunidades de moradores dos bairros vulneráveis se desfazem no ilícito. E por que os riscos se encontram no interior da própria casa, que abrigam meninas crianças e adolescentes, as famílias, que são instituições insubstituíveis vivem em situação de flagelo e indignação. Seus integrantes envolvem-se em práticas de consumo autodestrutivas e contribuem para produzir as chamadas cifras obscuras, metáfora para designar quantificações metódicas, produzidas em âmbito acadêmico, mas que nos revela só parte de um grande drama (CACCIA-BAVA; PENTEADO, 2007).

Seria melhor enfrentar o significado dessas cifras obscuras, pois sua aceitação traz apenas comodidade intelectual a nós pesquisadores, cientistas e profissionais universitários em formação. Talvez deveríamos trabalhá-las a partir da configuração dos riscos urbanos vividos por crianças, adolescentes e jovens e correspondentes a práticas de prevenção, envolvendo a sexualidade, antes que situar as experiências mais traumáticas, como é o caso da prostituição infantil e adolescente, no contexto das cifras obscuras, como dados de uma suposta realidade objetiva indecifrável.

Em *Adolescência: prevenção e risco*, livro organizado por três pediatras da Universidade de São Paulo, há muitas referências para se compreender aspectos que podem se tornar traumáticos perante a sexualidade adolescente. Maria Ignez Saito, uma das organizadoras dessa obra, afirma que:

A adolescência aparece como resultante da interação constante entre os processos de desenvolvimento biológico e psicoemocional, intimamente relacionados às tendências socioeconômicas e subordinados à evolução de normas e valores dentro de culturas específicas. (SAITO et alli, 2008, p.41).

A médica completa sua referência com o conceito de risco, que para ela ultrapassa os limites conceituais e acadêmicos antes estabelecidos. Para ela os riscos devem ser considerados para além de referências biomédicas: “[...] o risco é uma proposição técnica que associa o conceito de vulnerabilidade à probabilidade de dano ou resultado indesejado.” (SAITO& SILVA& LEAL, 2008, p. 43).

Família pode ser então, referência de proteção, mas também de riscos, em especial quando desestruturada. Deve ser considerada “grupo social” que “tem um tipo qualquer de produção cultural”, uma vez que é impensável a existência de grupo na ausência de experiências culturais. Dessa maneira e com certeza, a autora nos acompanharia no reconhecimento de que são as experiências culturais dos grupos familiares urbanos que produzem os riscos que envolvem a prostituição infantil e adolescente, ou as medidas de proteção para a sua prevenção (SAITO& SILVA& LEAL, 2008, p.44).

Como Maria Ignez Saito, também Maria Regina Domingues de Azevedo, autora presente nessa mesma obra, considera o contexto da sexualidade como referência de formação cultural das novas gerações:

A educação sexual visa a contribuir que crianças, adolescentes e adultos tenham uma visão positiva da sexualidade, desenvolvendo uma comunicação clara nas relações interpessoais, elaborando seus próprios valores a partir de um pensamento crítico, compreendendo melhor seu comportamento e do outro, bem como tomando decisões responsáveis a respeito de sua vida sexual, agora e no futuro. (AZEVEDO, 2008, p.107)

Ela traz a convicção de que “[...] não se separa o sujeito do ambiente e da cultura... A cultura impõe sua marca, a começar pelo corpo do indivíduo. O corpo é um agente de cultura, um texto que a cultura ajuda a escrever.” (AZEVEDO, 2008, p. 119). E aqui estamos nós diante da constatação rigorosa de que é a família, antes que a escola, a maior referência dos primeiros valores culturais sobre sexualidade, integrados a todas as idades.

Ao buscarmos as referências públicas nacionais sobre o tema encontramos referências à urgência de se definir limites perante a exploração sexual de crianças e adolescentes. E a construção dos limites exige, em nossos dias, o reconhecimento de fronteiras, de novos

territórios de abordagem de questões sociais, além das capacidades de preservação da vida, sob todos os seus aspectos. E, junto com a vida, a proteção de cada pessoa.

Refletir sobre os limites implica, também, identificar as práticas metódicas presentes nos processos de formação científica e acadêmica das jovens gerações de profissionais e especialistas, em distintas áreas do conhecimento. Por isso, nossa pesquisa teve por objetivo o estudo do processo de formação de jovens médicos pediatras e sua compreensão teórica sobre questões sociais que envolvem infância e adolescência. Quisemos tomar como referência as experiências de atendimento de crianças e adolescentes, talvez vítimas da prostituição, nas instituições hospitalares, dentro das quais realizam sua residência voltada à especialização. Trata-se de uma proposta de pesquisa, associada a um projeto maior em desenvolvimento e denominado *A responsabilidade pública dos jovens nas cidades brasileiras*, iniciado no ano de 2007. Também vinculada a um projeto de formação de estudantes envolvidos em práticas de estágios para o enfrentamento da exploração sexual de meninas de todas as idades.

Há uma pauta apresentada à sociedade civil, por inúmeras conferências internacionais e nacionais, em especial de Direitos Humanos, que pede compromisso acadêmico e responsabilidade mesma, no âmbito do ensino como da pesquisa. A pauta chegou a nós por meio do Protocolo adotado pelas Nações Unidas (2000), que entrou em vigor no ano de 2002 e motivou o debate sobre prostituição infantil na Conferência Nacional de Direitos Humanos, em especial a que ocorreu naquele mesmo ano e divulgada logo em janeiro de 2003. Foi quando a sociedade civil brasileira tomou conhecimento da extensão do crime de prostituição infantil e adolescente que se enraizou no País, do Norte a Sul.

O primeiro documento da ONU afirma, com clareza:

Para os efeitos do presente Protocolo:

- a) Venda de crianças designa qualquer ato ou transação pelo qual uma criança é transferida por qualquer pessoa ou grupo de pessoas, para outra pessoa ou grupo, contra remuneração ou qualquer outra retribuição;
- b) Prostituição infantil designa a utilização de uma criança em atividades sexuais contra remuneração ou qualquer outra retribuição;
- c) Pornografia infantil designa qualquer representação, por qualquer meio, de uma criança no desempenho de atividades sexuais explícitas reais ou simuladas ou qualquer representação dos órgãos sexuais de uma criança para fins predominantemente sexuais. (ORGANIZAÇÃO... 2000, Art. 2º).

No Art. 3.º dessa mesma Convenção busca-se o compromisso das autoridades públicas, vinculadas à repressão dessas práticas, por meio da aplicação do Direito Penal correspondente. Assim:

1. Todo o Estado-Parte deverá garantir que, no mínimo, os seguintes atos e atividades sejam plenamente abrangidos pelo seu direito penal, quer sejam cometidos dentro ou fora das suas fronteiras, ou numa base individual ou organizada:

a) No contexto da venda de crianças, conforme definida na alínea a) do artigo 2.º:

i) A oferta entrega ou aceitação de uma criança, por qualquer meio, para fins de:

a. Exploração sexual da criança;

b. Transferência dos órgãos da criança com intenção lucrativa;

c. Submissão da criança a trabalho forçado. (ORGANIZAÇÃO... 2000, Art. 2º).

Uma pesquisa acadêmica trouxe indicações do processo de expansão da prostituição infantil, como dos limites para configurá-lo, dado o contexto de violência que o envolve, sob o título *Trilhas do tráfico*:

O Brasil não possui uma pesquisa nacional sobre o número de crianças e adolescentes explorados sexualmente. E talvez nunca tenha dados precisos sobre a questão, porque se trata de uma forma de violência silenciosa, pouco denunciada e, por vezes, até socialmente aceita. Mas o enfrentamento do problema exige diagnósticos que tracem perfis das ocorrências no país, algo como uma geografia da exploração sexual.

[e mais]

O relatório final permitiu mapear 110 itinerários nacionais e 131 internacionais, o que mostra, em números, que o tráfico interno é tão representativo quanto o internacional. Dentro do país, crianças e adolescentes são as maiores vítimas, enquanto para o exterior vão mais mulheres adultas. (MILANI, 2003).

O Centro de Referência, Estudos e Ações sobre a Criança e o Adolescente (CECRIA) é outra instituição de pesquisa, em âmbito nacional, que reúne um valioso banco de dados sobre o tema, cujos limites analíticos só decorrem do ritmo desenfreado da expansão dessa prática criminosa, que necessita novas forças para contê-la, para além da repressão policial.

Numa das pesquisas realizadas ao seu abrigo, afirma-se:

A violência intrafamiliar não é, em si, determinante do ingresso da criança e da adolescente na rede de prostituição, mas é uma das mais importantes dimensões de vulnerabilização. A rede de exploração comercial está articulada à rede familiar fragilizada pela pobreza e pela violência e por outras formas diferentes de ruptura da trajetória familiar e social como desemprego, separação, migração, mortes, disputas. A exploração sexual é uma violência sistemática que se apropria comercialmente do corpo como mercadoria para auferir lucro. Mesmo inscrito como “autônomo” sem intermediários, o uso (abuso) do corpo em troca de dinheiro configura uma

mercantilização do sexo e reforço dos processos simbólicos, imaginários e culturais machistas, patriarcais, discriminatórios, autoritários aqui analisados. Essa “imagem de marca”, parafraseando o moderno marketing, não é só característica das zonas de garimpo, mas de modernas redes que oferecem nos anúncios “corpinho de adolescente”, “cara de criança”, “loirinha”, “moreninha”. (FALEIROS³, 1997, p. 9).

Por esse motivo seria até arrogante exigir atualização dos dados sobre exploração sexual infantil e adolescente. Trata-se de preparar, antes de tudo, uma nova geração de profissionais que se capacite para o acolhimento dessas crianças e adolescentes, para o diagnóstico dos processos sociais e para a intervenção conseqüente, em cidades que reúnem muitas universidades, como Ribeirão Preto. Também, de mobilizar essa nova geração para a disposição de compartilhar da responsabilidade pública para o seu enfrentamento.

Temos, ainda, uma base bibliográfica inicial para a aproximação do tema mais amplo, como a formação do médico pediatra, nessa instituição. Identificamos o trabalho de Romeu Gomes e Maria Cecília Minayo (1999, p.172), que traz uma importante reflexão quando afirmam que “[...] a prostituição infantil feminina cada vez mais se configura como uma cruel realidade no seio da infância brasileira, demandando, pelos comprometimentos mentais e físicos que acarreta atenção por parte da saúde pública.”

A prostituição infantil se relaciona, direta ou indiretamente, com outras manifestações que exigem atenção pediátrica, como é a gravidez precoce, a expulsão e a perda da proteção familiar de meninas, num contexto dentro do qual os pais acabam por participar, direta ou indiretamente, da configuração desse crime (GOMES; MINAYO, 1999).

Esses autores, como tantos outros intelectuais que participam de debates públicos sobre direitos das crianças e adolescentes alertam que “[...] não se pode, em hipótese alguma, desconhecer o *status de sujeito de direitos* que qualquer criança e adolescente possui.” (GOMES; MINAYO, 1999, p.176). Vale para sociólogos, antropólogos, como para médicos pediatras, entre tantos outros.

Uma vasta literatura se estende da Psicologia e da Psicanálise, das teorias de Educação até a Sociologia, a Saúde Pública, que alerta para a existência de sofrimento dessas crianças e adolescentes, em decorrência de seu desenvolvimento, da formação de sua fertilidade, dos impactos que decorrem desses processos. Krauskopf (2002) e Birman (2007) indicam as fragilidades da atenção pública em todos os terrenos institucionais, compartilhados por médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, sociólogos em menor número, entre

³ Professor Titular aposentado da UnB. PhD em Sociologia. Coordenador do Centro de Referência, Estudos e Ações sobre a Criança e o Adolescente (CECRIA).

outros. Mas, acima de tudo, vale o registro da responsabilidade já estabelecida, no âmbito da ciência, nos termos que seguem:

Do ponto de vista da saúde... o eixo da ação deveria ser norteado pelas necessidades de crescimento e desenvolvimento dessas meninas. Dentro de uma visão ampliada de saúde, também devem existir o comprometimento com ações intersetoriais que possam atingir as causas macrossociais e promover a proteção do Estado e da sociedade sobre essas crianças e adolescentes. (GOMES; MINAYO, 1999, p.178).

Assim, é urgente potencializar capacidades de intervenção junto a crianças e adolescentes considerados em situação de risco, em especial as meninas desde o início de sua idade fértil, como já apontado em Caccia-Bava, A. e Caccia-Bava, M.C. (2007).

Passo a passo de um projeto realizado

Buscamos a compreensão do processo de formação cultural e teórica de jovens médicos pediatras, e seu entendimento sobre questões sociais que envolvem práticas de prostituição na infância e na adolescência. Esses jovens integravam os grupos de médicos residentes – R3 e R4 - nas unidades de atendimento do Hospital das Clínicas da USP, Campus de Ribeirão Preto.

Voltamos-nos à identificação de aspectos específicos, como a configuração do processo de formação de médicos pediatras, com vistas à atenção de crianças e adolescentes, em situação de prostituição na cidade de Ribeirão Preto e a práticas que potencializem o comprometimento de grupos de jovens estudantes universitários no enfrentamento da prostituição infantil e adolescente nessa, como em outras cidades de referência dos próprios jovens pediatras.

Aplicamos os parâmetros metodológicos de Caria (2002), ao considerarmos qualquer pesquisa como uma relação social de conhecimentos, decorrente da interação de sujeitos constituídos, com capacidade de reflexão sobre questões sociais presentes. Para Telmo Caria (2002, p.17) “[...] a construção sócio-cognitiva está enfatizada [pela] reflexividade interativa dos investigadores na sua <<comunidade>> científica.” E, por isso, dos parâmetros que delimita para o trabalho de campo destaca-se o estudo da territorialidade urbana (no caso em pauta, da prostituição infantil e adolescente) em moldes etnográficos, como ele mesmo o define. (CARIA, 2002).

Também nos aproximamos do trabalho de Deslandes (2002). Para Suely Ferreira Deslandes (2002, p.30) destaca-se, em nossos dias, a possibilidade de compreensão científica das relações sociais cotidianas, do que denominou “[...] pequenas sociedades ou grupos relativamente pequenos.”

De um ponto de vista técnico, realizamos um estudo etnográfico sobre as práticas cotidianas dos jovens médicos pediatras residentes. Num segundo momento, realizamos entrevistas semi-estruturadas, com cerca de 20 jovens médicos pediatras, já integrados a atividades de residência médica – R3 e R4. A entrevista envolveu o registro de um termo de consentimento escrito, por parte dos residentes, a possibilidade de não responderem a questões que implicassem na sensação de alguma forma de constrangimento e o sigilo de seu nome, como de qualquer outro aspecto que pudesse permitir sua identificação. Definimos o local para realização das entrevistas, tomando-se como referência inicial o próprio lugar em que se encontravam nas primeiras horas de trabalho.

Quem são as jovens médicas e os jovens médicos pediatras?

São integrantes de um grupo selecionado, todos os anos, originários de todos os estados da Federação, formados em inúmeras faculdades de medicina do País. Eles e elas são expressão dos programas e projetos institucionais de formação médica em Pediatria e Hebiatria, este último, campo teórico voltado à atenção de adolescentes. Os jovens entrevistados tinham em torno de 27 a 30 anos, seis anos de graduação e transcorridos dois outros primeiros anos de residência médica. Agora se encontram no 9º e 10º anos de sua formação. Não é pouco!

A Residência Médica (RM), instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Realiza-se em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerado o “padrão ouro” da especialização médica. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Esse Programa de Residência Médica é cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade e confere ao médico residente o título de especialista, apenas para programas que sejam credenciados pelo Conselho Nacional de Residência Médica, CNRM⁴.

⁴ Cf. RESOLUÇÃO CNRM Nº 02 /2006, de 17 de maio de 2006, que dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências.

No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, a residência em Medicina é caracterizada por treinamento em serviço, sob a orientação dos Departamentos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP (FMRP-USP), por meio de seus docentes e/ou dos médicos contratados pelo Hospital, investidos pelos Departamentos da condição de preceptores. As programações anuais de atividades e de estudos dos residentes cabem aos respectivos departamentos da FMRP-USP, desenvolvendo-se do primeiro dia útil do mês de fevereiro, ao último dia útil do mês de janeiro do ano seguinte. Os programas têm duração, carga horária e distribuição de atividades coerentes com as normas aprovadas pela CNRM. As vagas são oferecidas através de edital, a candidatos formados ou formandos por escolas médicas reconhecidas do país. Os médicos residentes são subordinados administrativa e profissionalmente, à Superintendência do Hospital e, academicamente, aos departamentos da FMRP-USP. A progressão para os anos subsequentes dá-se em decorrência das avaliações realizadas pelos departamentos⁵.

O Departamento de Puericultura e Pediatria da FMRP-USP é responsável pela residência médica, na área de Pediatria do HCFMRP-USP. Ela consiste de dois anos de Pediatria Geral, ao final dos quais o residente recebe o título de especialista em Pediatria pelo Hospital e pode se candidatar à obtenção do Título de Especialista em Pediatria, outorgado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), mediante aprovação em exame específico realizado em nível nacional. Opcionalmente o residente pode se candidatar a realizar o terceiro ano de residência, em outras áreas de atuação pediátrica específica, mediante aprovação em concurso público e pleitear o título de especialista nessas subáreas junto à Sociedade Brasileira de Pediatria, também mediante aprovação em exame específico. Essas áreas são: Gastroenterologia e Hepatologia, Nefrologia, Cardiologia, Hematologia e Hemoterapia, Neonatologia, Alergia e Imunologia, Infectologia, Endocrinologia, Pneumologia, Medicina Intensiva, Reumatologia, Pediatria Comunitária. Para algumas áreas de atuação, como Endocrinologia e Hematologia e Hemoterapia, a SBP exige a realização do quarto ano de residência para a obtenção do título de especialista, mediante aprovação em exame específico. Deixamos aqui o perfil institucional dos médicos entrevistados.

Os conceitos às mãos das jovens e dos jovens médicos pediatras R3

⁵Cf. www.fmrp.usp.br.

Qualquer pessoa sabe que pediatra é a pessoa que atende criança, com base em sua formação médica. Nem todos sabem que atendem adolescentes também. Hoje, essa especialização, que emergiu da Pediatria se chama Hebiatria, como referida acima. E é, também, de responsabilidade desses médicos, pois decorre do reconhecimento do desenvolvimento de crianças para a adolescência, como um processo contínuo e integrado à mesma experiência individual, de crianças que se sentem ainda crianças aos 14 anos, ou de crianças que já se declararam envolvidas em experiências, que não seriam propriamente adequadas à sua idade, como a iniciação sexual aos 10 anos, por exemplo. E, dado que poucas especialidades médicas cuidam desse período de formação intrincada da puberdade individual, cabe aos pediatras, em especial estudarem as transformações que trazem a virilidade aos meninos e a fertilidade às meninas, que se iniciam desde os nove, dez anos e se completam até os dezesseis, dezessete anos de idade.

A atenção pediátrica é voltada para o desenvolvimento orgânico interior das adolescentes e as manifestações psíquicas são referências importantes para chamarem sua atenção, para aspectos relacionados a indisposições, desconfortos, sofrimentos, inquietações, dores e mesmo silêncios sobre acontecimentos inesperados, ou não desejados pelas adolescentes e pelos adolescentes, dentre eles abuso sexual, agressão sexual, violência sexual ou perversão sexual.

Dos vinte e cinco médicos integrados ao programa do terceiro e quarto anos de residência, junto ao HCFMRP-USP entrevistamos dez. Suas rotinas e seus compromissos no atendimento diário de crianças e adolescentes hospitalizados impossibilitaram que um maior número deles e delas prestasse depoimento. Até queriam, mas aparecia um acompanhamento de um parto prematuro, ou um número maior de solicitação de atenção médica, por parte de crianças e adolescentes, que chegavam aos corredores coloridos do andar térreo do Hospital, que indicavam as especialidades clínicas. E a resposta dos jovens médicos ou das jovens médicas era: “__ Agora não posso, procure-me daqui a uns dias, nesse ou nos outros andares em que atendemos. É fácil saber onde estamos; as enfermeiras podem dizer a vocês”. Mas também chegava a hora das entrevistas, que se realizaram nas salas laterais dos corredores hospitalares, dos andares de atendimento, nos meses de novembro e dezembro de 2008.

E aí, elas e eles se postavam como interlocutores do cientista social, ou da estudante de Ciências Sociais que indicava ter em mãos um roteiro de entrevistas com 15 questões.⁶ As

⁶ Participou de grande parte das entrevistas a estudante de Ciências Sociais, Fernanda Feijó, que integra o Grupo de Pesquisa Segurança Urbana, Juventude e Prevenção de Delito, do CNPq, coordenado pelo primeiro autor. A

três primeiras referiam-se a conceitos: de criança, de adolescente, de jovem, seguidas de uma intermediária, sobre a responsabilidade dos médicos pediatras perante a infância e a adolescência. E mais perguntas conceituais: sobre prostituição, sobre prostituição infantil, sobre prostituição adolescente. E sobre relações sociais que emergem no processo de consulta médica: da capacidade de identificar crianças e adolescentes em situações de risco de prostituição; da capacidade de dialogar com meninas, crianças e adolescentes sobre prostituição e seus riscos; se há capacidade de dialogar com os familiares sobre esses temas. Por fim, sobre a responsabilidade das jovens médicas e dos jovens médicos perante a prática de prostituição infantil e adolescente na cidade em que recebem sua formação acadêmica e profissional. Como também, se elas e eles tinham conhecimento de documentos relativos à experiência de enfrentamento da prostituição infantil e adolescente, publicados no País. E se conheciam alguma experiência de intervenção de qualquer autoridade pública local para o enfrentamento da prostituição infantil e adolescente. Por fim, qual a importância do entendimento metódico deste tema para o exercício da pediatria.

Por tão diretas perguntas, alguns entrevistados indagavam de saída: “__ São todas assim, dessa maneira?!”. Eram jovens sendo entrevistados.

Os conceitos pediátricos de criança e adolescente

Criança é concebida sob alguns aspectos que permitem evidenciar as características de sua vida. É “o início de todo o processo de desenvolvimento”; “compreende do nascimento até 12 anos e aí já se fala em adolescente”. Ou, “criança é criança antes da puberdade... sem o desenvolvimento puberal”; “[...] ser humano que não atingiu a idade adulta, não tem maturidade suficiente para decidir igual a um adulto e nem as dúvidas e incertezas de um jovem.”

Sem se ouvirem, pois eram entrevistados individualmente, revelavam compreensão compartilhada entre si: “[...] é um ser desprotegido que deve ter alguém que zele por ela... se for pela legislação até 12 anos, mas pelos médicos a gente considera até 10 anos e daí em diante como pré-adolescente.” Dessa maneira as médicas e os médicos abstraem, em alguns momentos, as referências jurídicas e formais da condição da infância no País. Deixam de levar em conta, na prática médica, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, vigente há mais de duas décadas. Tanto é que alguns entrevistados afirmaram: “__ Criança vai desde o

ela registramos o nosso reconhecimento pelo trabalho sensível e pelo esforço na transcrição das entrevistas gravadas.

recém-nascido até o final da adolescência, considerando que o adolescente também seja uma criança”. E o fim da adolescência seria “em torno de 18 anos até 20 anos, dependendo...”. Para algumas e alguns criança é “menor de idade, até 12 anos, 14 anos”.

E adolescente? Bem, essa questão fez algumas entrevistadas e alguns entrevistados reverem suas respostas anteriores: “[...] uma fase extremamente difícil do desenvolvimento psicossocial da criança bem consolidada, bem difícil de lidar”; ou, “[...] vai dessa faixa etária dos 12, daí tem literatura que fala até os 18 anos, tem outras que vão falar até os 21 anos.” Alguns indicam aspectos que transcendem a formação médica “[...] já quando as tensões mentais pedem mais decisão, ou até [provocam] insegurança [que] tem a ver com isso, a sexualidade.” Dito por outras e outros: “é uma criança que não é um adulto”, “vai dos 12 aos 18 anos, numa faixa de transição da vida, começando a assumir as responsabilidades da vida adulta”. Ou, como expressão de síntese das definições anteriores, seria: “[...] uma faixa que tem transformações físicas que a gente considera em torno do início da puberdade, entre 10 ou 12 anos de vida, até o final desse período... que seria em torno de 18 ou 20 anos para frente.”

E agora os jovens?

O que seriam os jovens para os jovens e as jovens pediatras? Considerando que o Estatuto da Juventude ainda tramita como projeto de lei no Congresso Nacional, assistimos à manifestação da consciência médica associada a referências autobiográficas. “__ Eu, jovem... não sei se já atingiram todas as suas, como é que eu vou dizer, já tem tudo na sua vida, teoricamente, bem resolvido, já sabe o que vai fazer, já fez, já está na faculdade, já está resolvido”. Ou: “[...] já teria um desenvolvimento do corpo pleno e com uma maturidade emocional e social e poder de decisão, como se tivesse completado um processo”. Um terceiro, ou terceira argumenta com certo humor: “__ Se for mais espirituoso, jovem pode ser adulto. Na minha opinião, não tem um conceito, um adulto pode ser jovem, independente da idade. Para mim, jovem não tem idade”. Para além dessa compreensão, recorrem a um difuso marco cognitivo: “jovem é qualquer pessoa que possa aprender coisas novas, independente da faixa etária”. As demais respostas vieram ao encontro de justificativas da imprecisão conceitual: “jovem é um conceito mais complicado”; “[...] durante a residência médica a gente não aplica muito esse conceito... seria uma fase de adolescentes e uma fase de adultos jovens.” Ou indicam outra fronteira de conhecimento: “[...] jovem já acho que é um termo não médico... é um termo mais genérico, assim, mais em termos interpessoal.”

Os R4 e seus conceitos

Poucas respostas distintas são registradas nesse último nível da formação médica-pediátrica. Criança “[...] é a faixa etária que [se estende] do pós-natal (1 a 2 anos) até começar a desenvolver os caracteres sexuais secundários, quando já passa para a adolescência.. de um a oito para menina, de um a nove anos para menino.” Ou: “[...] criança envolve uma faixa etária... É um indivíduo que não é um adulto em miniatura, tem todas as suas peculiaridades, tanto de sistema orgânico, quanto de social.” Um terceiro já esclarece: “meu conceito de criança... Eu acho que é um ser frágil, que não tem nenhum domínio de suas vontades e dos seus anseios”. Nesse sentido essa resposta complementa-se com outra: “criança é quem precisa de cuidados e é relativamente dependente de um protetor... Não necessariamente são seus pais”. Como também o conceito vincula-se a escolhas pessoais: “[...] como eu escolhi pediatria, criança para mim abrange muito mais; é um ser que requer cuidados e que não consegue se cuidar sozinho... Por isso que eu escolhi pediatria. É um ser que está sempre necessitando de cuidados e tudo o que acontece nessa fase vai repercutir lá na frente; então tem essa importância.”

Já os adolescentes são os que “...desenvolvem os caracteres sexuais secundários, mudança no jeito de pensar, no jeito de agir, ambientais, tanto dentro de casa quanto no meio interno deles... Vai até os 21 anos, pela OMS [Organização Mundial da Saúde]”. Ou, “[...] é o período da puberdade, tem alteração de hormônio, já tem um comportamento diferente... Mais agressivo, de rebeldia com relação a tudo.” Além de ser considerado “[...] aquele indivíduo que está na fase de transição, entre a infância e a vida adulta.”

Um ou uma residente R4, depois de expressar um primeiro sentimento pessoal avançou: “eu não gosto de adolescentes” (risos). Mas, mesmo assim, veio a definição, uma das mais completas registradas: “... o adolescente, ele já tem um certo conhecimento, discernimento de algumas coisas. O adolescente ele tem todas aquelas características... Se a gente fosse estabelecer uma diferença entre a criança e o adolescente, o adolescente é um pouco mais autônomo, na minha visão”. E “[...] eu acho que, a ele, tem que ser delegadas algumas responsabilidades, que a maioria dos pais não fazem.” Como para outro, ou outra médica: “[...] é uma fase bastante complicada, com várias alterações no corpo, hormonais... O ambiente vai determinar muito a formação dele como ser humano e seu caráter. É fundamental [ao adolescente] ter uma estrutura familiar adequada.”

E os jovens, indefinidos jovens: “é depois dos 21 anos”; “eu acho que... Porque eu me considero jovem e tenho trinta anos”: “é uma palavra, ou dado nessa reflexão: “Jovem?”

Jovem, não sei; eu considero a gente... “É duro pensar num conceito...”; ou ainda: “o adulto jovem que a gente emprega esse termo... Seria por volta, de, sei lá, 30 anos”. Até que uma entrevistada, ou um entrevistado realiza uma síntese: “jovem é aquela fase em que você já passou da identificação das responsabilidades que viriam a acontecer. Então, é a fase em que você vai por em prática tudo aquilo que você passou [quando] criança, na adolescência, que já experimentou e já tem condições de exercer, assim, as responsabilidades”.

Chegamos ao final das manifestações carregadas de leveza juvenil, mas também confirmando a abertura inicial, na qual trouxemos o horizonte da imprecisão sobre o significado histórico da categoria social jovem. A partir de agora, ouviremos médicas e médicos enfrentando questões das mais densas, preocupantes e inquietantes, para eles e para todos, que se envolvem com esse desafio presente: combater a prostituição infantil, adolescente e juvenil em nosso País.

Silêncio! As jovens pediatras e os jovens pediatras falam de suas experiências de identificação de abuso sexual e de suas responsabilidades.

Elas e eles foram perguntados sobre sua responsabilidade médica e profissional perante a infância e a adolescência. E por quê? Porque são responsáveis todos os que têm capacidade de intervenção junto a desafios políticos e sociais nas cidades em que vivem e se formam em distintas profissões, aqui a médica. E são também responsáveis por terem capacidade de reflexão, de pensamento reflexivo como consideram alguns acadêmicos, de exercício do senso crítico ou bom senso, como afirmava Antonio Gramsci. Porque são jovens que se afirmam muito através das singularidades das situações que vivenciam: elas e eles gostam de ser <<mais elas>> e <<mais eles>>.

São bons, são reconhecidos como estudiosos, foram selecionados para uma experiência de residência hospitalar destacada, dentro de um hospital escola também valorizado nacionalmente, sob a supervisão de professores médicos de uma das mais reconhecidas universidades do país.

A linguagem das médicas e dos médicos se diferencia por ser fala de jovens, mais do que por serem homens e mulheres em desenvolvimento. Linguagem que é expressão do processo de formação da consciência prática individual (SCHAFF, 1967), que expõe, por isso, o que cada um pensa. Daí se distinguem da fala dos docentes adultos, sempre mais ponderadas, sempre mais conciliadoras com a própria biografia e a história da instituição que integram e, de alguma maneira, representam. Como também da linguagem dos adolescentes

por ser mais articulada, já conceitual. Aqui destacamos manifestações expressivas de afeto e inquietação, que mais indicam limites, fronteiras e obstáculos para exercício de saberes já bem elaborados. Sobre a responsabilidade falaram os R3. As entrevistas foram realizadas nos meses de novembro de 2008 a fevereiro de 2009, nos locais em que eles realizavam sua residência médica, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Campus de Ribeirão Preto. Algumas poucas, na Unidade de Emergência do mesmo hospital, sediada no centro da cidade. Em alguns momentos das entrevistas interrompemos as falas das médicas e dos médicos, desta vez para buscarmos maior esclarecimento sobre aspectos que nos causavam impacto. Essas interrupções encontram-se registradas em negrito e demos a forma de diálogo, reconstituindo o contexto desses encontros esclarecedores com esses residentes. De todas as entrevistadas e entrevistados registramos aqui as passagens mais significativas que expressam sintonia e complementaridade entre si. A nós faz mais sentido do que reproduzir algumas poucas palavras de todos truncar raciocínios e excluir argumentos. Ao longo desta exposição nos esforçamos para registrar manifestações de todos, em algum momento de suas entrevistas.

E a primeira questão dizia respeito à compreensão da responsabilidade médica perante crianças e adolescentes. Primeiro se expressaram os R3, que indicamos cada um separados por um espaço maior:

São muitas responsabilidades... Não é só cuidar do corpo não. Até a gente se envolve muito com as outras coisas da criança, no geral.

Com a formação médica, garantir a saúde e o bem estar de modo geral, vendo as condições da criança com a família, a segurança, se não está correndo nenhum risco.

É grande. A infância e a adolescência... Eu não posso encarar isso do ponto de vista físico só, chegar e examinar. A responsabilidade vai muito além, por que... A gente vê direto, crianças com problemas sociais; vira e mexe a gente está indo chamar o conselho tutelar... E aí tem muita criança emocionalmente abusada, fisicamente abusada e eu não vou colocar lá e deixar essa ficha normal. [refere-se ao histórico clínico que registra no momento de atendimento das crianças e adolescentes]. Então tem responsabilidade social, sim, da formação de criança, acho que é fundamental muda muito.

A partir do momento em que você se dispõe a cuidar de crianças, você se dispõe a cuidar não só da criança doente, mas prevenir para que essa criança não tenha um agravo... Tem essa responsabilidade, você acaba se envolvendo com as questões sociais, não tem como fugir, tanto que você está atendendo uma criança no seu consultório... E você sabe que [existem] relações familiares inadequadas e a situação econômica, está difícil, tem

falta de alimentos, cortou a luz... Tudo está interferindo na saúde da criança...

Tem a questão da saúde que é mais óbvia, mas a gente tem certa responsabilidade em outras questões também. Com relação às questões de segurança da criança... A gente sempre avalia também a condição social... Fatores de risco que a criança sofre... A gente acaba se envolvendo com questões de política de saúde... Porque às vezes o pessoal formula alguma coisa, pensando mais em adulto e às vezes esquece que tem as crianças também que acabam se enquadrando junto de uma forma um pouco diferente do que os adultos.

A responsabilidade... Da parte da adolescência... Já entra a questão das orientações: orientação de anticoncepção, de transmissão de doença sexualmente transmissível, drogas, se dispor a tirar dúvidas... Desvendando alguma dúvida que ele tenha, mas não teve coragem de perguntar para os pais...

E falam os residentes R4, sobre a responsabilidade que trazem. Um deles, que destacamos no início trouxe uma referência excepcional, no contexto do Estatuto da Criança e do Adolescente:

É uma responsabilidade grande. Tanto de saber identificar problemas pelos quais a criança está passando, quanto de denunciar situações que não estejam de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, casos de abuso, de maus tratos.

Protegê-los, eu acho que é principalmente isso... Com relação a essas questões que vocês tratam na pesquisa, com relação à prostituição, ao abuso infantil dentro de casa... Como é proteger? Bom, na verdade a gente sente um pouco [que] os maiores zeladores das crianças são os pais ou aquele parente que é o responsável mais próximo. Se o pai ou a mãe é o agressor... Na consulta a gente já consegue perceber isso... Se você percebe que isso não está ocorrendo de forma mais adequada, a gente tenta apelar para os órgãos que são responsáveis para cuidar disso, tipo, o conselho tutelar... Por lá [cidade de origem da residente] e por aqui, acontecem casos. Eu trabalhava na Prefeitura, eu atendi uma criança de quatro anos, acho que foi na semana passada, uma criança que você via que não estava bem, assim, bem cuidada... Era uma menina que estava cansada e meio pálida... Eu pensei que pudesse ter uma pneumonia... Fiz um raio X, confirmei a pneumonia, era uma pneumonia extensa. Disse à mãe... [segue a reprodução daquele diálogo, nas palavras da residente]:

__ Sua criança tem que ser internada!

__ Ah, mas eu não posso.

__ Mas, por quê?

__ Ah, tenho outro menor que ficou com a vizinha.

__ A vizinha não pode tomar conta? É essa que está precisando de cuidado, agora!

__ Ah, não, ela não fica... Eu tenho uma irmã...

__ Então deixa com a irmã!

__ Ah não, mas ele não fica com a minha irmã.

__ Mãe, quem está precisando de cuidado agora é ela!...

E entrou em cena a personagem da enfermeira, neste mesmo depoimento. E entrou em cena o Conselho Tutelar, contatado por telefone pela enfermeira e pela médica residente. Mas o representante deste Conselho chega ao endereço dado pela mãe e registrado pela médica e não encontra ninguém referido na entrevista da mãe:

E ficou por isso mesmo, e eu não sei o que aconteceu com a criança, entendeu? Então é assim. Outras coisas mais que já aconteceram que você vê... Deixa-meu explicar: tudo da criança e do adolescente é muito bonito no papel, mas muito pouco daquilo ali é cumprido.

Outros residentes se manifestaram em outro tom, cada um a seu estilo, trazendo já cores a esse cenário delicado e preocupante que se desenhava, ao aproximar-nos do tema da prostituição infantil e adolescente.

É complicado... No sentido de assegurar... A gente tem que assegurar que ela esteja num ambiente adequado, mas a gente tem que garantir vários direitos para ela, ver se ela está em ambientes... para o crescimento dela. Mas é muito difícil de a gente conseguir. É uma coisa muito bonita na teoria, mas que na prática a gente fica muito limitada, a gente tenta fazer o que a gente pode. Nem sempre a gente consegue.

No calor do diálogo, porque jovens são inquietos, chegam à temática da prostituição. Apresentam suas definições, embora pouco tratada pela literatura acadêmica, como se verá, porque ela é crime quando se trata de envolvimento de crianças, e é crime quando se trata de envolvimento de adolescentes, mesmo que os jovens e adultos não a considerem assim, quando se manifestam com base no senso comum. Seguiram falando, quando pedimos aos residentes R3 a sua definição de prostituição, em geral:

No geral é uma pessoa, homem ou mulher, que usa o seu corpo para ter uma forma de ganhar dinheiro, de ter uma... alguma... de ter o que comer.

Prostituição é uma entrega para o ato sexual, seja ele em benefícios monetários para uma mulher ou uma adolescente e em alguns casos, infelizmente, para uma menina, que mantém uma relação sexual com um indivíduo para receber um dinheiro em troca. Às vezes não é um dinheiro. Em estados no Norte e Nordeste, infelizmente até no nosso Estado, tem situações em que é por um prato de comida, uma moradia, mas não deixa de ser prostituição.

É uma profissão ilegal, a meu ver. Algumas mulheres optam por realizar esse tipo de trabalho e, em alguns casos, algumas são obrigadas. E é uma coisa, é uma profissão; é uma atividade totalmente inadequada, por diversas

razões: por transmissão de doenças, e o risco de engravidar, mesmo e sofrer violências decorrentes disso. O trabalho sempre está associado à criminalidade, ou algum local de alto risco de crimes. Essa é minha opinião a respeito.

É a criança que faz isso... Normalmente por ordem de outra pessoa. Alguém usa da criança para ter um benefício próprio.

É colocar alguma criança para outra pessoa ou criança que não tem como se sustentar de outra maneira... de ter ganho secundário.

Qualquer ato que seja aliciando crianças sexualmente, para mim é prostituição infantil.

Eu acho que deve começar como um estupro, ou abuso por parte de conhecidos de vizinhos. Eu imagino que seja de classe social inferior, na grande parte das vezes e elas acabam vendo isso como uma fonte econômica e passam a fazer a atividade para poder conseguir dinheiro, ou então, outras pessoas maiores de idade as obrigam a fazer isso.

Avançamos sobre o tema da prostituição, pedindo o conceito genérico aos residentes

R4. Nas falas emergem o seu caráter mercantil:

Eu acho que é quando a gente usa o corpo (é um conceito tão vago), para se beneficiar de algumas outras coisas. Para se beneficiar tanto em recursos financeiros...

Para mim é a pessoa que vende o corpo, ou faz alguma coisa que não quer, em troca de algo. Pode ser dinheiro ou comida ou qualquer coisa.

É quando o indivíduo se submete a qualquer tipo de ato sexual para conseguir dinheiro ou favor.

São meninas que vendem o corpo. Acho que muitas vezes, muitas delas para poder comer para poder se vestir, entendeu? E tem pessoas que querem sair disso, outras não. Assim acontece que eu atendi poucas, nesses dois anos aqui... Pelo menos que se intitulassem como, ou que o pessoal do posto sabia. Poucas mães prostitutas, que a gente tem muita mãe adolescente.

Um ato que nem sempre é consentido, às vezes é forçado e que é feito para ter benefícios lucrativos. Mas não necessariamente a pessoa que se prostitui [o faz] de vontade própria. Às vezes ela é forçada e às vezes faz por necessidade mesmo.

É quando a pessoa, tanto do sexo masculino como do feminino acaba vendendo o corpo em troca de dinheiro, em troca de algum bem material, ou mesmo qualquer bem...

Nas falas que seguem a situação torna-se dramática, ao definirem prostituição infantil, como o fizeram alguns jovens R4:

Seria tudo isso que eu te falei, o uso do corpo, do sexo para conseguir o que ela quer, no caso (ele ou ela) com crianças, na faixa etária geralmente de menores de 18 anos... Maior de 18 anos já não é considerado pedofilia, então é isso que tenho na minha cabeça, menos de 18 anos é prostituição infantil.

Pela lei, até os 18 anos a pessoa não tem responsabilidade sobre si. Ela tem um responsável legal por ela. Não saberia dizer ao certo. Mas eu encararia da mesma forma, assim, uma adolescente de 15, 16 anos, que está se prostituindo eu considero que seja tão grave quanto uma pessoa que ainda não tem nem responsabilidade legal.

Prostituição infantil, acho que seriam as crianças que são, não sei, de repente coagidas a se prostituírem por pais ou por algum responsável... Hoje, principalmente a menina, às vezes até por curiosidade, às vezes nem tanto por que é coagida, mas às vezes, assim, por curiosidade, ela trilha esse caminho e acaba se envolvendo nessa teia.

Prostituição infantil, ela acaba ou por alguma questão de alguns amigos ou da família, acaba também vendendo o corpo... usando [de] atos sexuais em troca de dinheiro... Agora, eu não sei se criança de fato... De criança eu não sei o que falar. Assim, pequena idade que ela ainda não tem consciência. Mas hoje em dia, você já vê 10, 11 anos se prostituindo com consciência; não sei se é consciência, mas pelo menos a garota vai atrás, vai aos pontos de prostituição... Vi na televisão, pessoalmente nunca vi.

As pediatras e os pediatras R3 refletiram sobre a questão, nos termos que seguem:

Criança que faz isso, normalmente por ordem de outra pessoa. Alguém usa da criança para ter um benefício próprio.

É qualquer ato... Aliciando crianças sexualmente...

Criança que vende seu corpo, seja de espontânea vontade para conseguir comida ou por causa de adultos que... Exploram o trabalho infantil.

Eu acho que deve, inicialmente, começar, com um estupro, ou abuso por parte de conhecidos, de vizinhos; isso geralmente, eu imagino que seja de classe social inferior na grande parte das vezes e elas acabam vendo isso como uma fonte econômica e passam a fazer a atividade para poder conseguir dinheiro...

É a criança que é exposta, ou por vontade própria – daí no caso uma adolescente e não uma criança –... Obrigadas por algum terceiro a obter lucro, a obter algum favor, algum dinheiro à custa do sexo.

A lei brasileira distingue criança de adolescente. A sociedade brasileira não distingue prostituição infantil de prostituição adolescente. A referência da experiência da prostituição parece ser mais forte do que do desenvolvimento das idades. Ou, a prostituição, vista sob

ângulo do senso comum indiferencia crianças de adolescentes. Por isso, a pergunta sobre a definição de prostituição adolescente surpreendeu os R4:

Então, prostituição infantil seria até os 8 ou 9 anos e adolescente a partir dos 8 ou 9 anos, quando começa a se desenvolver os caracteres sexuais secundários e a mudança do jeito de pensar, de agir.

É que a infantil, a gente acaba falando criança e adolescente.

Eu não sabia que tinha essa divisão, infantil e adolescente!.

Eu acho que vai no mesmo caminho da criança, coação de algum adulto, ou por curiosidade mesmo.

Os residentes R3 também se debatem diante da questão:

É um pouquinho mais complicado, porque a prostituição adolescente... A criança, com certeza vem de um adulto, uma criança dificilmente tem essa vida. Mas o adolescente, acho que é meio termo. Meio a meio; meio vontade própria.

Prostituição adolescente, mais ou menos a mesma coisa [da infantil] com a diferença de que o adolescente tem um pouquinho mais de consciência do que a criança. A criança, às vezes porque foi colocada para fazer e não tem noção; o adolescente ele já tem mais um pouco de noção, às vezes eles usufruem desses ganhos secundários materiais, mas também ele não tem consciência plena, como um adulto.

Atuamos como pesquisadores, nessa relação social de conhecimento em construção, nos termos expressos por Telmo Caria, como dissemos. Daí termos feito perguntas intermediárias, diante de algumas respostas:

__Se você define criança até 12 anos de idade, qual o nível de consciência de uma criança de 12 anos de idade? O que a leva a optar pela prostituição?

Eu acho assim: que ela não tem consciência para optar por isso, normalmente ela vai ser induzida por alguém a fazer isso e se ela estiver fazendo, ela não sabe o que ela está, na verdade, fazendo; acho que ele não tem essa consciência. Mas também não vai mudar muito dos 11 para os 13 anos, então não fecha com a faixa de idade. Acho que vai mais da maturidade também. Mas, com 11 anos tem algumas meninas que vão ter mais consciência do que outras meninas, do que está acontecendo. Mas, eu acho que elas não tem a noção real do que é... Talvez o meio faça com que para elas pareça natural. Não que elas saibam o que estão fazendo. Mesmo para adolescentes e mesmo a mulher, não tem às vezes tanta consciência do que está fazendo.

Os outros fluíram nas respostas, a partir do roteiro de entrevista:

De qualquer forma eu acho que nenhum ser humano foi criado para ter múltiplos prazeres ao mesmo tempo, emocionalmente eu acho que isso é complicado. O adolescente que não tem uma boa base, e tem uma conduta nesse sentido, que não consegue estabelecer vínculo com uma única pessoa, para mim já seria prostituição, ou seja, múltiplos parceiros, independente de ganhos financeiros com isso. Não conseguir estabelecer um vínculo afetivo com uma única pessoa, para mim isso seria suficiente. Aí, dentro disso, eu vejo duas coisas: uma é aquela em que isso é explorado por terceiros, ou a própria pessoa utilizando isso; e a outra, que é voluntário... [decorrente da] falta de apoio, de alguém para orientar.

O adulto tem o hábito do prazer. O adolescente não. Ou está se vendendo por causa de comida, ou influenciado por terceiros também.

Eu acho que o infantil não sendo adolescente, sendo mais jovem, em idade escolar, seria realmente abuso, estupro. Abaixo da adolescência, abaixo dos 14 anos já seria com certeza estupro, além de ser essa atividade, na verdade é uma violência.

A dúvida se dissolve quando se colocam diante da pergunta se é possível identificar o envolvimento de crianças e adolescentes em experiências de prostituição. Os R3 se posicionaram:

Se você perguntar direcionado e sem a mãe estar perto, assim, você sozinho com a criança, às vezes consegue. Adolescente eu acho que é mais complicado, criança é mais fácil.

A gente vê muito, mas a gente acaba vendo mais, nos nossos pacientes, mais abuso do que prostituição. Pelo menos assim, dentro da Pediatria como agora, dentro da Infecto [área de tratamento de doenças infecto-contagiosas], a gente acaba lidando mais com abuso mesmo, então elas acabam não tendo ganho material em relação a isso.

A experiência médica juvenil entrecorta o raciocínio de uma entrevistada, na identificação de traços marcantes de comportamento infantil:

Quando chega, sei lá, 7 ou 8 anos, com uma roupa que eu falo que é <<vestida para matar>>... Ela entra no consultório vestido para matar, se maquiando muito cedo. Dá para a gente perceber que ela está tendo algum estímulo exagerado. Daí, às vezes, a gente tenta, pelo menos eu tento, ir atrás, ver alguma coisa da família; às vezes quando vamos tentar examinar a menina, ela não deixa, ela briga, ela reclama... E adolescente, elas costumam, conforme vai estabelecendo o vínculo, elas costumam falar mais. No começo as adolescentes que a gente tem, tem bastante adolescente, aí no começo do ano, elas falavam pouco sobre os relacionamentos afetivos delas, sexuais. Agora mais para o final do ano, elas começam a falar, que querem casar, nem que tenham que fugir de casa. Então acho que dá para identificar,

mas não é sempre. E se não tiver um vínculo, alguém que você veja todo mês, eu acho quase impossível identificar.

Ou:

Criança que eu peguei clinicamente, de abuso; a criança é mais inibida, a criança geralmente não fala, ela é mais retraída. Agora a [envolvida na] prostituição já é aquela criança mais, vamos dizer assim, mais para frente, ela é mais evoluída na parte sexual. E não tem vergonha. A criança que já sofreu o abuso não, ela é mais retraída.

Outro esclarece sobre a possibilidade de identificação numa consulta hospitalar:

Numa consulta? É difícil. Por exemplo, numa consulta para quem faz puericultura... No meu caso na UTI, eu só vou identificar uma criança vítima de violência sexual, ou uma criança que foi agredida, espancada... É o que vai chegar para mim. Mas, para quem está no ambulatório, na puericultura é difícil por duas coisas: primeiro a criança que vai até o ambulatório, que chega ao ambulatório tenta esconder a situação; porque é uma situação vergonhosa, que não é admitida na sociedade. Em segundo lugar, a maior parte das meninas não chega não faz acompanhamento de rotina. Elas não tem, ou quando tem um familiar responsável é alguém que agencia, para que ela chegue nessa situação. Então, muitas vezes elas não procuram serviço médico, só procuram em casos extremos, quando foi agredida ou quando tem uma infecção aguda e, aí, o pronto-atendimento geralmente está superlotado e você não dá atenção para isso. O local ideal seriam os consultórios, o lugar no qual a maior parte das meninas não chega.

Novos entrevistados discorrem:

Eu acho que é possível, sim, mas eu não diria que é fácil, não. Geralmente a gente acaba aprendendo a identificar aquelas coisas, tipo, agressão à criança, às vezes marcas que a gente encontra na criança, que pode ser algum tipo de agressão, mais física. Agora, em relação à agressão psicológica, a gente até acaba identificando também. Mas em relação à prostituição infantil, principalmente no caso de adolescente, eu acho que é um pouco mais complicado da gente encontrar coisas, assim no que a criança, às vezes no que a família fala, ou no comportamento do paciente, que chame a atenção para isso. Eu acho que é uma coisa que a gente pensa pouco, na verdade. Eu acho que devem existir mesmo... Mas quando é uma coisa mais sutil, muitas vezes deve passar batido.

De elas estarem relatando isso eu acho muito difícil, principalmente porque criança geralmente tem um acompanhante junto. Mas quando a criança é mais nova, você observa alguns sinais indiretos, vai ser aquela criança que, como toda criança vitimizada de violência tem alguns sinais que a gente consegue identificar de comportamento, que sugeriram; que tem alguma coisa errada no relacionamento seja com os pais, ou interpessoal.

__ E aí, então, aquela privacidade da criança em conversar com o médico desaparece? Você falou que elas falam mais com o médico do que com os familiares?

Então, a gente acaba abrindo, quando é adolescente, por exemplo... A gente pede, no horário da consulta, para os pais esperarem do lado de fora. Enquanto os pais esperam a gente tira a dúvida. Isso não acontece com criança, mas acontece com adolescente. E aí a gente abre as opções para eles estarem perguntando e tirando dúvidas. Mas elas estarem relatando que usam drogas ou que exercem atividades de prostituição, eu acredito que seja difícil, mesmo assim, comigo nunca aconteceu. Mesmo com o médico ficam acanhadas de tirar alguma dúvida.

Mais outro residente esclarecia:

Durante a pediatria era semanal, assim, era bem evidente. Geralmente, a gente atendia muitos casos, muita gente vinha por conta de anticoncepção de emergência, queria fazer anticoncepção de emergência, mas aí já eram mocinhas, 15 anos para cima, 16, 17, já tinha tido a primeira menstruação, a menarca... Abusos também, às vezes, uma relação resultava numa certa agressão por parte de quem pagou, do parceiro; daí elas vinham com uma fratura, ou maus tratos, e daí você acabava descobrindo que houve uma relação no meio. Mas, que eu me lembre, a maioria vinha para conseguir anticoncepção mesmo, para fazer anticoncepção.

__Anticoncepção de emergência?

É, eu vi muito isso. Elas não sabiam exatamente o que era uma contracepção de emergência, mas elas queriam de alguma forma não engravidar. E, mesmo nesse assunto [aborto] foram bem menos vezes.

__Abortos provocados pelas próprias meninas?

Não, elas queriam abortar e não sabiam por onde.

__ E contracepção de emergência o que é?

É o que elas queriam? Porque, geralmente algumas têm essa consciência de que você pode fazer a contracepção de emergência, o médico está autorizado a fazer se comprovadamente foi estuprada, ou alguma coisa assim, o médico pode fazer. Então, às vezes vinham com uns lances: << aconteceu isso, aconteceu aquilo>>, porque elas sabiam que poderiam adquirir esse benefício. E aí você faz o antiretroviral, faz bloqueio hormonal. Mas aí começavam muitas queixas: << ah, aconteceu isso,>>. Daí a gente falava: << Olha, tem que passar pela assistente social, pela psicologia>>. “<<Ah não, não>>”. Daí quando falam “Ah, não!”, a gente já achava meio estranha a história. Porque, geralmente quando a pessoa procura, ela não sabe que vai ter que passar por tudo isso, ela descobre na hora. Você vai falar que tem que passar, aí ela fala “Ah, não, isso não precisa...>>, já está <<manjando>> o esquema, já. É mais isso, assim no caso da prostituição, daí no caso do abuso já é outra história já.

Os residentes e as residentes do quarto ano (R4) expõem também sua compreensão:

Eu acho que depende muito da relação médico-paciente. Depende muito de qual é a frequência que você tem qual o contato que você tem com esse paciente. Então, assim: em Pronto-Socorro é muito difícil, a não ser que o paciente chegue com uma queixa ou alguma coisa que te leve a pensar, como por exemplo, algum sinal de abuso sexual. Agora, numa consulta de rotina é muito difícil você conseguir identificar. Agora, é diferente que um paciente que você acompanha no ambulatório, que você faz uma puericultura, que você vê o desenvolvimento e o crescimento da criança. Em consulta de emergência, que é o que a gente mais está acostumado é muito difícil, a não ser que o paciente traga, a criança traga para a gente uma queixa; normalmente não é nem a criança que traz a queixa, no exame físico, porque normalmente, isso é encoberto pelos pais. Então no exame físico a gente percebe que pode ser alguma coisa que leve a gente a pensar em algum tipo de abuso ou prostituição mesmo, alguma coisa diferente daquilo que a gente está acostumado a ver e aí leva a gente a pensar. Mas, possível é. É difícil, como eu falei, depende muito da relação médico-paciente.

__ E no exame clínico você tem a possibilidade de identificar mais abuso?

Mais abuso. Abuso porque; porque o abuso é algo contra a vontade. Se for contra a vontade, geralmente tem lesões. Pode ter tido uma briga, coisas assim. Então geralmente tem algum machucado, que pode demonstrar para a gente que teve o abuso. Agora, prostituição que, vamos dizer assim, não é uma coisa obrigada (apesar de que pode até ser), aí fica mais difícil. A não ser que você tenha uma conversa ou uma relação muito boa com o paciente, de longa data. Mas, numa consulta de emergência é muito difícil.

__ E sobre os riscos que envolvem a prostituição?

As médicas e os médicos também sabem se posicionar. Os R3 esclarecem:

Abuso sexual, a gente aborda com muita frequência sobre esse risco. Agora, como chegar a falar de prostituição, eu acho que não tem nem como chegar, sem causar constrangimento, sem acusar a família, por uma suspeita minha. Essa é a maior dúvida, sempre na hora da consulta. É saber : <<nossa será que eu estou louca?>>, ou << está acontecendo isso?>>. É a coisa mais difícil que tem, é você tentar definir.

__ E aí você não se esclarece durante a consulta?

Às vezes não consegue se esclarecer durante a consulta, às vezes você fica com essa dúvida. Muitas vezes você fica com essa dúvida.

__ Você nunca procurou mostrar os riscos?

Da prostituição, não.

Mas outro afirmava:

É possível, é mais difícil; a mesma coisa do abuso. Aí é difícil, tem que ter uma equipe interdisciplinar. Criança com suspeita de abuso tem que ter psicólogo, tem que ter psiquiatra, tem que ter um assistente social e a gente - os médicos - para poder diferenciar e identificar alguma coisa. E a mesma coisa da prostituição.

__ E aí você tem essa equipe aqui...?

Tem. Qualquer coisa a gente chama a psicólogo, assistente social e psiquiatra.

__ Aí atendem em conjunto?

Atende em conjunto. Até mesmo antes, escrevendo prontuário, alguma coisa, em conjunto. A gente não pode acusar ou suspeitar de alguma coisa sem ter todas as provas.

Ou:

Eu acho que é. Eu acho que isso não é tão difícil assim, acho que já não é tão difícil. Às vezes em alguns casos a gente até acaba conversando com a família, com a mãe, com o pai, quando a gente nota que tem algum fator de risco; criança que fica muito tempo na rua, que às vezes o pai e a mãe não sabem por onde anda, mais os jovens de 12 ou 13 anos que somem; ficam dois, três dias fora de casa, aí voltam para casa. Aí a mãe, às vezes acha normal, ou acaba se habituando à situação. Não é tão difícil conversar com a família sobre isso. Mas agora, assim... Se a família nunca falou nada, nunca interveio nunca se mobilizou é difícil você abordar o assunto com a família. É complicado.

Uma nova experiência também foi narrada por uma residente:

Quando você sai do seu meio e vai até o meio deles, eu acho que é mais fácil... Eu já fui várias vezes, à época de faculdade, época de residência, já tive várias incursões aí. Eu nunca fui num ponto, tinha gente que ia em ponto. Eu, quando comecei, a gente ia à comunidade mesmo. E assim, a mãe falava que a filha saía à noite e queria que a gente conversasse com a filha, entendeu? Agora, tinha gente que ia até o ponto mesmo, onde elas faziam programa.... Mas essa experiência eu nunca tive, tive experiência de conversar com meninas...

Já os R4 esclarecem:

Aí a gente tem como explicar, principalmente em nível primário, atendimento básico de saúde, conversar, alertar, mais adolescente do que criança, criança seria mais os pais; que nem sempre é possível, porque às vezes os pais são um pouco coniventes com a situação. Eu acredito que tem pais que deixam as filhas se prostituírem para ganhar dinheiro e receber algo em troca.

Principalmente quando elas são vítimas de alguma situação de risco. Por exemplo, a gente teve várias oportunidades de atender as crianças e as adolescentes que sofreram algum tipo de violência física, durante um ato de prostituição. E às vezes ela chega com cortes e hematomas e elas precisavam do nosso cuidado e a gente tentava abordar. A gente chama o conselho tutelar, faz boletim de ocorrência. Mas é uma coisa que se perde, porque nem sempre eles têm todo o amparo, toda uma estrutura para conseguir mudar isso na vida deles, porque eles não têm perspectiva de nada. A família muitas vezes abandonou... Que nem tem tantos filhos; que às vezes aprendeu com a mãe. Então, assim, a gente fala o que acha que seria interessante, o que seria melhor para eles, mas não necessariamente eles vão

acatar e isso vai fazer com que não mude em nada, às vezes eles até deboçam do que a gente fala.

__ Já ocorreu isso?

__ Já, já.

__ Com criança ou com adolescente?

__ Com adolescente. Ano passado.

__ E aí, como é que resolveu?

E aí, acabei encaminhando aqui para U. E. (Unidade de Emergência), porque era uma adolescente e tinha o que fazer colher sorologias, porque embora ela se prostituísse há algum tempo, ela tinha sido forçada a uma relação. Foi praticamente um estupro, porque ela não queria, e o cara forçou e bateu nela e ela acabou vindo para cá. E eu perdi o contato, porque a gente encaminha e nem sempre tem um retorno do que aconteceu. Aí chama Conselho Tutelar, chama a família e, provavelmente, não deve ter virado em nada.

__ Mas o Conselho Tutelar tem o registro, não tem?

__ Tem, a gente faz até uma notificação.

__ E o Conselho Tutelar não dá um retorno para os médicos?

Não, nessa situação eu atendi no pronto-atendimento e fica lá arquivado; mas a gente não tem nenhum *feedback* do que aconteceu. Isso é uma coisa que eu acho que é importante, sabe: do médico saber se foi tomada alguma providência concreta do que aconteceu. É difícil entrar com atendimento, porque são muitos pacientes e você não tem... O próprio nome diz, você vai resolver o problema naquela hora e depois, teoricamente, essa criança depois de atendida, esse adolescente depois de atendido num centro, de preferência mais especializado (nem precisa ser muito especializado) deveria ter que encaminhar, para seguir em longo prazo... Deveria ter esse seguimento, mas o médico que é contratado para fazer pronto-atendimento, embora no Estatuto [da criança e do adolescente] esteja escrito tudo lá direitinho, que você é responsável, o que você tem que assegurar para o adolescente e para a criança, na prática isso não acontece, principalmente quando você faz o pronto-atendimento.

E as famílias dialogam com as pediatras e os pediatras?

Eles e elas dizem que sim. Os R3 esclarecem:

É possível, mas é um assunto delicado, tem que ter um jeitinho para falar... Porque, assim, se você suspeita que a família faça esse tipo de coisa, muitas vezes você não vai conseguir dialogar sobre isso, porque a família vai ser evasiva, vai querer sair do consultório, não vai querer conversar com você sobre esse assunto. E se a família não faz isso de jeito nenhum, pode parecer agressivo. Então tem que ter um jeito delicado de dizer.

A gente tem que desenvolver uma linguagem que não seja agressiva e que trate do tema...

Uma entrevistada elaborou a dúvida de forma metódica.

É, agora, como fazer isso? Por que isso não é debatido, a gente sabe o que acontece, mas no meio pediátrico, no consultório, quase não é tocado, quase nunca. A gente trabalha na unidade de emergência e a gente recebe muitas crianças com suspeita de abuso. Mas é assim: suspeita de abuso, sempre a família como vítima da situação, alguém de fora abusou da criança. Nunca a gente suspeitou que a mãe pudesse ter levado a própria criança, ou que a mãe tenha colocado seu filho nessa... É muito difícil a gente pensar nisso”.

Mas um caminho se apresenta:

“Eu acho que, se a gente tem um vínculo com a família, porque são pacientes próprios, que a gente vê todo o mês, é mais fácil. Numa consulta rápida você não consegue isso, mas no seguimento... Até porque a gente pode ver e notar a diferença no comportamento, mês a mês. Teve um caso que eu peguei de uma menina de dez anos que está grávida e, dizendo que estava sabendo e queria ter relações sexuais com o namorado dela na escola. Ela de 10 anos, o namorado de 10 anos. Era um fato que ela estava contando. Então deu para conversar com ela sobre isso. Então quando a família traz, eu acho que é mais fácil. Quando a família não traz, não é fácil.

Há casos de diálogo?

Tem. Diálogos, assim, difíceis. Até você descobrir, geralmente, o familiar nega. Aqui eu não peguei suspeita de prostituição, peguei no meu serviço que eu fiz, na R1 e R2 de Pediatria. Aqui eu já peguei suspeita de abuso. No meu serviço, eu peguei abuso e prostituição. E aqui eu peguei abuso.

E outra, ao responder, esclareceu:

É, mas eu acho assim: o consultório não é o melhor lugar para abordar. Acho que o lugar mais efetivo para você atingir essas pessoas é na comunidade. Promovendo eventos nas comunidades para discussão, na creche, na escola... Porque a maior parte dessas meninas elas não deixam de frequentar a escola. Eu acho que na creche já com as mães, mães adolescentes ou mães que têm uma vizinha... Difundindo essa idéia na comunidade para que isso melhore. Eu acredito que esse seja o único caminho que se sustente.

Houve um momento de tomada de consciência, seguido de outros:

Eu nunca imaginei essa situação porque nunca aconteceu comigo: menores de idade que estejam envolvidos em prostituição e que relatem isso para a gente, ou que a gente observe. A maior parte dos casos é de vitimização mesmo. São crianças que foram abusadas sexualmente, mas que não estavam envolvidas em prostituição, que não faziam isso para ter um ganho financeiro, para elas ou para a família. Então, todos os casos que eu peguei eram mães de paciente e não pacientes realmente. Mas deve ser uma situação extremamente difícil, estar conversando com os pais, com os acompanhantes. Nunca aconteceu comigo.

Os R4 também se associam, de forma solidária, às colocações dos R3:

É, mas é mais difícil também. É possível, porque a partir do momento que você pensa nisso, que você está suspeitando, você vai ter que conversar com a criança e, principalmente se for criança, tem que conversar com os pais. Porque, teoricamente, ela, a criança, não é responsável por ela, ainda. Então você tem que conversar com algum responsável. Já a adolescente, nem sempre você conversa com os pais, justamente por medo da adolescente se retrair mais ainda e não querer conversar mais com você sobre isso. Dependendo da idade, é mais fácil se for mais criança, a facilidade para falar com os familiares é muito maior e a nossa responsabilidade também. Agora, quando é adolescente, a gente já conversa direto com a adolescente e aí às vezes, se ela permitir, dependendo da situação também, se envolver risco de vida ou morte, a gente conversa com os familiares.

Já aconteceu com você?

Aqui a gente não tem muito isso. O que a gente tem muito é na Vila Lobato⁷, que a gente acompanha... Os alunos fazem a ficha toda de puericultura. E tem adolescentes lá, a quem você faz umas perguntas: << você já usou drogas? Você tem vida sexual ativa?>>. E a gente geralmente pede que os pais saiam (ou o acompanhante). Então às vezes, dependendo da adolescente, ela vai falando, se você for puxando, se você tiver certa habilidade, você consegue tirar alguma coisa dela. Mas tem umas que são realmente difíceis. Aconteceu, inclusive... A gente já teve até casos de, não tanto prostituição, mas que usavam drogas, de homossexualismo, e que falaram para a gente, aqui no nosso ambulatório, inclusive diabetes; não prostituição. Mas um menino, ele é homossexual, mas a mãe não sabe e acaba interferindo no controle da diabetes dele, porque ele não podia contar para mãe e ele ficava estressado, e a gente foi percebendo que tinha alguma coisa estranha que o agoniava. Aí eu pedi para a mãe sair e comecei a conversar. Mas, isso, porque há muito tempo eu o acompanhava; então eu fui percebendo com o tempo. Foi o que eu te disse, depende muito da relação médico-paciente. E aí eu percebi que tinha alguma coisa estranha, comecei a conversar e ele me falou: << doutora, eu sou homossexual, mas não posso contar para minha mãe, então eu fico estressado, nervoso e isso atrapalha até a minha doença>>. Isso aí a gente vê direto. Aqui no ambulatório de diabetes a gente vê muito, porque a gente tem muito adolescente. Mas a criança já é diferente porque, normalmente, o responsável não vai deixar a criança sozinha. Até porque nem sempre a criança consegue falar, ela nem tem entendimento para isso.

Há um aspecto da formação acadêmica dos médicos pediatras que já devemos antecipar. Vista no horizonte da reflexão sociológica, há uma compreensão junto aos pediatras residentes sobre a formação cultural das novas gerações, muito próxima do senso comum, vale dizer, dos preconceitos que cercam nosso cotidiano. A cultura é vista por muitos como se

⁷ Cf. Centro Medico Social e Comunitário da Vila Lobato, considerado, dentro do Sistema Único de Saúde, como uma Unidade Básica de Saúde (UBS), sob a responsabilidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), em convênio com o Hospital das Clínicas da FMRP-USP e Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto- São Paulo

constituindo de distintos níveis: mais baixos, mais elevados, o que dificulta ou os distancia das raízes culturais que alicerçam a vida dos grupos familiares que chegam aos seus consultórios, ou salas de atendimento. Por exemplo, na expressão de uma pediatra que afirmou existir diálogos com as famílias, mas:

Você não sabe se eles fazem, ou assimilam, o que a gente fala. Porque a gente trabalha com uma população que tem um nível sócio-cultural muito baixo. E é complicado, às vezes. Você fala, fala, fala as coisas, mas você não sabe o quanto a pessoa conseguiu absorver daquilo ali. Mas, assim, algumas eu acho que conseguem entender e assimilar e levar isso para vida dela. Mas, a gente tenta sempre orientar. Eu acho que o papel do médico, não só do pediatra, entendeu, acima de tudo é cuidar da saúde, do orgânico da pessoa, mas principalmente falar alguma coisa que possa ajudar a cuidar do psicológico mesmo. Porque às vezes ele está ali só para escutar aquilo que você sabe, que ele quer escutar. Então acho que o papel do médico é isso também.

Não seria esse, um diálogo no escuro? Qual reflexão poderia trazer mais certeza sobre a compreensão das práticas e orientações médicas junto aos familiares dessas crianças e adolescentes? Seriam as que se relacionam com o poder de intervir sobre a família, como a isso se refere o entrevistado, ou a entrevistada?:

É, é possível. E o maior medo que eles têm é com relação a apelos legais, mesmo, falando juridicamente. Porque aí, na hora, a família toda se comove: <<ah, eu já falei para ela que ela não pode, eu já pedi, eu já bati, eu já falei que ia dar um castigo se ela fizesse isso...>>. Eles na verdade se fazem de vítima e muitas vezes culpam o filho, a pessoa mais envolvida, porque eles temem que possa acontecer algo com eles. Do tipo, eles serem presos... Nessa situação mesmo, a menina foi adotada por uma família e a avó não tinha controle sobre essa adolescente. E ela estava com muito medo de ser preso, muito medo de, de repente, bandidos ali da favela tentarem alguma coisa contra a família. Então é muita coisa em jogo.

__O pediatra por si só não resolve?

Não, com certeza, com certeza não resolve. Só que muitas vezes em que a gente aciona o Conselho Tutelar, nem sempre eles estão prontos para denunciar, não parecem ser muito efetivos.

Deixamos no ar essas questões e avançamos para o final das entrevistas, quando indagamos aos residentes sobre a formação que receberam nas suas universidades de origem, em todo o País, para enfrentarem as situações de risco das crianças e adolescentes. Pois eles e elas foram selecionados de Norte a Sul do Brasil:

O tema ausente na formação médica pediatra e hebiatra: as situações de risco das crianças e adolescentes, em especial a prostituição.

Poderíamos buscar saber das jovens médicas e jovens médicos qual teria sido a sua formação, anos atrás, quando as conferências regionais e nacionais de direitos humanos começaram a denunciar a presença maciça da exploração sexual infantil e adolescente, até o presente; quando a prostituição foi anunciada como um dos poucos direitos fundamentais da infância e adolescência agredidos por redes sociais de ilegalidades, criminosas, organizadas, em nível nacional e internacional. Isso, de mãos dadas com o trabalho infantil, e o narcotráfico, que buscam o envolvimento dessas primeiras idades. Mas ficamos com a prostituição, nosso tema previamente eleito, para mantermos um consistente foco nas questões.

Encontramos em *A nova desordem amorosa* de Pascal Bruckner e Alain Finkielkraut densas referências sobre a configuração da prostituição na modernidade contemporânea. Editado na França em 1977, o livro chega-nos em 1981, em sua tradução portuguesa. Traz dois capítulos intitulados Prostituição I e Prostituição II, que bem podem ser considerados antológicos, no tratamento do tema. Ásperos, mas humanos, históricos, mas de narrativa cotidiana, apresentam depoimentos de líderes das prostitutas francesas. E uma síntese do que é uma prostituta:

O que é uma prostituta? A mesma coisa que uma operária, que um caixa de banco, que uma funcionária do correio, apenas com a seguinte nuance: ela ganha a vida muito mais facilmente e seu cinismo radical a impede de acreditar na divindade do genital. O psiquiatra gostaria que ela fosse ninfômana ou psicopata, o tartufo gostaria que ela tivesse isso na pele, a irmã caridosa desejaria preencher a carência afetiva que a jogou na degradação; o maoísta, a fim de curá-la, a mandaria trabalhar no campo, e o trotskista a mandaria para a fábrica, quando na verdade sua única doença é o ateísmo: ela perdeu a fê no genital. (BRUCKNER; FINKIELKRAUT, 1981, p.159).

Buscando ultrapassar o horizonte hipócrita dos que operam dentro da ordem para sanear-la, seguem trazendo referências históricas ao tema:

Sim, é possível pensar no fim da prostituição: mas ao mesmo tempo seria preciso pensar no fim do mercado de trabalho. O que faz a puta, aquilo que faz de mim um professor ou um datilógrafo, é a subordinação da renda ao tempo de trabalho. Somente uma sociedade que desligasse a garantia de uma renda da exigência de 20, 30, ou 40 horas semanais, que não mais obrigasse as pessoas a ganhar o direito à vida, poderia abolir a relação de prostituição, sob a forma em que a conhecemos hoje. (BRUCKNER; FINKIELKRAUT, 1981, p.159).

A prostituição como trabalho se inscreve na chamada esfera da venda da força de trabalho, que se realiza no mercado e seria impensável para a vida infantil e adolescente, por uma simples razão: criança e adolescente são pessoas em formação, que não discernem razões, motivações e poderes presentes nas relações contratuais mercantis. Por isso, não podem e não devem trabalhar. Crianças e adolescentes não tem poderes para deliberar sobre a venda de sua força de trabalho, em especial de seu corpo. Elas não sabem que:

[...] o ritual prostitutivo é a conjunção de duas vontades antagônicas, um desejo de gozo e um desejo de enriquecimento, um não cederá diante do outro a não ser como contrapartida de uma retribuição financeira, ou melhor: é o dinheiro como fraternidade dos incompatíveis, que irá cimentar o acordo desses dois desacordos, que irá selar o contrato e anular as mútuas dívidas deixando ambos quites um com o outro. (BRUCKNER; FINKIELKRAUT, 1981, p.85).

Não há como crianças e adolescentes sentirem-se quitados numa relação prostitutiva. Elas não sabem o que significam “desejo de gozo”, “desejo de enriquecimento”, “retribuição financeira”, “contrato”, a um só tempo e, por isso, os agentes que promovem seu envolvimento em situações prostitutivas, são agentes do crime. Mães que levam suas filhas, ainda crianças, antes dos 12 anos, para vizinhos seus, no mesmo bairro de moradia a servirem, como mercadoria, em troca da proteção, da simpatia, de algum outro benefício material ou financeiro e as devolvem agradecidos; homens que abusam sexualmente de suas filhas são agentes criminosos. Irmãos mais velhos que envolvem suas irmãs mais novas com o mercado da prostituição, oferecendo-as à vizinhança, levando-as a pontos de comércio já estabelecidos pelas redes sociais da ilegalidade são criminosos.

Os agentes públicos de defesa da cidadania, que trabalham em instituições de saúde, de assistência social, em escolas onde estudam essas meninas crianças, se veem impotentes diante dos relatos de abusos, trazidos pelas próprias crianças e adolescentes. As autoridades públicas não sabem por onde iniciar o enfrentamento dessas redes sociais da criminalidade, que se transformam, a cada dia, em agências de entretenimento, ou promotora de companhias, ditas jovens, para adultos passageiros pelas cidades brasileiras, de Norte a Sul do País.

Um crime maiúsculo ganha atenção mínima de representantes do Estado, das organizações não-governamentais, das entidades filantrópicas, do chamado terceiro setor. Mínima, porque enfrentar a prostituição infantil é uma atividade pedagógica de formação das novas gerações, nos ambientes educacionais, nas creches e escolas como bem colocaram as

médicas e médicos residentes, nos estágios profissionalizantes, nas residências médicas ou de outras qualificações.

Estudantes de Psicologia, de Direito, de Ciências da Educação, de Administração Pública, de Enfermagem, de Serviço Social, e de algumas áreas da Medicina, não tem obrigatoriedade dessa permanência cotidiana a que se submetem as jovens e os jovens médicos pediatras, que envolve responsabilidade individual na compreensão e no encaminhamento de pacientes ou crianças e adolescentes em situação de risco e abandono. Mas são tão corresponsáveis quanto eles.

Muitos desses médicos residentes se encontravam em seus estados, onde cursaram suas respectivas faculdades. Mas não estudaram essa prática violenta da prostituição.

E elas e eles falaram:

Nas aulas de pediatria a gente tem aulas sobre acidentes na infância, proteção da criança e do adolescente. Mas físico, social e psíquico também; aquelas crianças que sofrem negligência, tudo isso a gente trabalha e estuda. Especificamente sobre prostituição, eu acho que nunca recebi orientação.

Só vi Medicina Social na universidade e ainda assim, nos primeiros períodos. No hospital eu vi, assim, palestras, vi peças teatrais, mas na universidade, na residência não.

Eu, sinceramente, não recebi formação nenhuma. A formação é preparar para a situação e daí, a partir de agora o que nós temos de fazer. Mas formação específica, nenhuma.

Muito pequena. Na graduação eu acho que falta muito, assim...Você se envolve menos com o paciente na graduação, porque você está transitoriamente passando por aquela área, então acaba não vendo muito isso; ou falta de preparação, até dos próprios profissionais que, às vezes, na teoria é uma coisa, na prática é outra. Eu acho que faz falta. Não existe uma boa base. Pelo menos eu não tive uma boa base na graduação quanto a isso. Na pediatria que tem aqui, a gente acaba tendo um pouco mais, até porque pega muito, por exemplo, na emergência. Você pega muito abuso sexual; então acaba tendo que ir atrás.

Eu tinha, na residência de Pediatria, e na faculdade, a parte de Hebiatria. Agora não sei se eles tem aqui. Assim, formação geral, de conceitos, de como que você tem que agir... Na suspeita de abuso você deve comunicar ao Conselho Tutelar.

Bom, eu vou falar para você de uma formação básica de outro local. No local de onde eu venho a puericultura é muito, muito visada e é bastante fundamentada. Então, a minha formação, desde o primeiro ano da faculdade sempre foi muito voltada para o social, muito voltada pra trabalhos junto à comunidade e criança sempre acaba sendo a população mais atingida por esses trabalhos.... Então, eu considero a minha formação adequada.

A gente acaba recebendo algumas orientações, porque a gente acaba tendo a referência regional, aqui, para abuso de crianças... Mas, principalmente, assim, agressões à criança de maneira geral, ou seja, física, psicológica, sexual, que seja. Mas voltada especificamente para prostituição infantil, eu acho que é uma coisa mais complicada, acho que hoje em dia é um assunto que se fala mais, mas do ponto de vista acadêmico mesmo, de investigação, de quais coisas devem chamar a atenção ou no ambiente familiar, ou no comportamento da criança, que você deve ficar atento, em especial... Isso eu acho que é um pouco mais complicado, esse tipo de orientação é um pouco menor. A gente recebe uma orientação mais voltada à agressão à criança, ou física ou sexual, ou de qualquer maneira de uma forma geral.

A gente é orientado, recebe um treinamento para identificar sinais de vitimização, quando a gente precisa acionar meios legais, fazer boletim de ocorrência, também e do próprio exame físico: identificar alterações físicas, lesões, ou alterações da genitália, que sugiram também esse tipo de violência. E por outro lado essa orientação, já de tirar os pais da sala e de estar conversando com o paciente, perguntando ou se prontificando a tirar dúvidas a respeito de temas de risco, drogas, violência, como que é na escola; perguntar sobre relacionamento, se tem alguma dúvida de contracepção, de doenças sexualmente transmissíveis, de uso de drogas. Eu acho que é mais isso.

Uma das entrevistadas – R3 – falou de sua formação, revelando conhecimento de disciplinas das Ciências Humanas, que ampliaram sua compreensão, momento a momento:

Na faculdade eu acho que esse processo é mais didático, é um processo mais de formação de conceitos. A gente forma conceitos. Daí você forma o conceito primeiro de prostituição, depois você forma o conceito da criança, depois você forma o conceito da prostituição infantil e isso é um caminhar, você vê isso na Psicologia, vê isso na Sociologia.

Outro entrevistado se refere aos momentos do atendimento de crianças e adolescentes:

Eu vi isso. A gente tinha aula de Sociologia, tinha aula de Filosofia e tinha aula de Psicologia. Daí a gente viu nas três esferas. E na Medicina Social, principalmente na Medicina Social, que daí é onde entra a parte médica. Contracepção, o lidar com a criança, no primeiro momento. Existe, muito, o primeiro e o segundo momento. O primeiro momento é quando você recebe a criança, intimidada, e quando você vê a criança, que, de alguma maneira caiu nesse meio. Geralmente a criança cai mesmo. A adolescente eu já acho que é... Muitas buscam, eu vi muito... As adolescentes, muitas vezes elas buscam mesmo. Porque é o mesmo jeito que o menino sobe o morro, para falar que o policial está subindo, é a menina que se prostitui, é um jeito de ganhar dinheiro. Sabe, a menina ganha, uma menina de 16 anos ganha o que a família inteira não ganha, às vezes, entendeu. Se prostitui mesmo. Agora a criança, não. A criança geralmente ela está no quarto e alguém está na porta; é alguma coisa mais vigiada. Tanto é que o dinheiro nunca vai para a criança. A adolescente ainda fica com o dinheiro, a criança nem isso, vai para alguém esse dinheiro, menos para ela. Eu acho que é uma coisa mais agressiva, eu sempre achei. Tanto é que no meu grupo, principalmente, eu lembro que ficava com as crianças... Das adolescentes eu nem participei

muito, não, porque eu achei que tinha muitas variáveis aí, nesse meio, sabe? Não dava para achar cem por cento <<fizeram isso com elas>>. Não, acho que teve a parte dela, teve a parte de quem levou. Agora, as crianças, eu acho que é cem por cento <<fizeram isso com ela>>, entendeu... No meu ponto de vista é bem diferente a prostituição infantil da criança e a prostituição do adolescente, eu acho que são duas coisas bem diferentes. Acaba que cai tudo no mesmo mundo, porque quem cuida... Mas eu acho que são duas coisas bem diferentes e o jeito de abordar, eu também acho que deve ser bem diferente. A criança é muito difícil de abordar, porque mesmo ela se prostituindo, ela não tem esse conceito, o que eu via era isso, a criança não tem esse conceito de <<eu estou me prostituindo, eu estou fazendo isso e tendo algum benefício>>. Não, ela está fazendo isso e não está tendo nenhum benefício, entendeu? Nem um carinho ela está ganhando. A adolescente, não, fala assim: <<estou tendo isso, mas eu vou ter o benefício do dinheiro ou eu não vou apanhar em casa ou eu...>>; ela tem o conceito de benefício por trás. A criança não, acho que é cem por cento crime: <<só estou me dando mal>>. Mas acaba que a lei é a mesma, quem cuida são as mesmas pessoas, a abordagem, às vezes, acaba sendo a mesma. A mãe, assim falava: <<__ ah, essa menina sai muito de casa...>>. Agora, eles não procuram, não, dificilmente. Ainda mais contraceptivo, eu lembro que tinha, porque o SUS Sistema Único de Saúde - fornece camisinha. Tinha uma época que o SUS estava fornecendo camisinha feminina também (não sei se continua ainda) mas elas não procuravam, não, as meninas não procuravam. Quem procurava era quem tinha namoradinho, sabe, meninas de 16 anos, que já tinham um namoradinho. Mas, assim, quem se prostituía mesmo, não lembro de se cuidarem não.

Que outro depoimento poderíamos colher, relatado de forma espontânea e dramática, por uma jovem médica? Pois colhemos, junto aos residentes R4, sobre sua formação acadêmica no enfrentamento da prostituição infantil:

A formação que eu recebi é que a gente tem que acionar o Conselho Tutelar. Quando a gente suspeita de algum tipo de envolvimento sexual, abuso, até mesmo prostituição, a gente... aciona, normalmente, o Conselho Tutelar.

__ **Aciona, e para?**

Não, aciona e... Assim, eu não fiz residência aqui. Fiz em Brasília. Na minha residência, a gente, quando tinha alguma suspeita em relação a isso, a gente entrava em contato com o serviço social, o serviço social chamava o Conselho Tutelar e junto com o Conselho Tutelar a gente tentava descobrir. Mas, normalmente, a gente não acompanha o caso.

__ **Mas como R4, você encaminharia dessa forma?**

Como R4 eu encaminharia dessa forma. Só que, com a experiência que eu tenho hoje, como eu te falei, se for uma criança, geralmente a gente aciona o Conselho Tutelar. Porque é muito difícil você conversar com uma criança sobre isso, às vezes porque mesmo ela não tem entendimento. Agora com a adolescente já é diferente. A adolescente, você pode conversar com ela sem

chamar o Conselho Tutelar. Mesmo porque, às vezes, não é questão só de abuso, é questão de prostituição e é uma questão que ela quer aquilo para ela, entendeu?... A gente já teve aqui, então não tem porque chamar o Conselho Tutelar. Você pode conversar com a adolescente. Conselho tutelar a gente usa para criança mesmo. Porque a gente não tem acesso direto a ela.

Seguimos nas entrevistas e outra residente esclareceu:

É mais orientação. A gente recebe, na verdade, uma formação melhor de como agir, em caso de abuso de criança e adolescente. Prostituição, assim, a gente não... Não chega tanto caso até a gente, chega mais é por abuso de criança e adolescente. Então, assim, prática mesmo no dia-a-dia a gente não tem tanta, sabe? Talvez uma orientação mais na teoria, do que se deve fazer.

__ No caso de abuso?

De abuso, é.

__ E prostituição?

Não, de abuso. A gente atende vários casos de abuso, na Unidade de Emergência, no setor básico, que a gente vai um período, fazer a profilaxia, aí conversa, faz acompanhamento com psicóloga.

Ela tinha razão. O que chega às médicas e médicos no hospital é a experiência de abuso. Além do que, há violências sexuais que não se encontram subordinadas a relações mercantis. Por isso uma terceira entrevistada relatou:

Eu não sei, nos outros locais. Aqui na nossa residência médica a gente tem aulas sobre abuso, não prostituição especificamente, mas aulas sobre abuso e inclusive a unidade de emergência é um local de referência para todos os casos da região. É nesse sentido que eu tive algum contato com essas situações. Não sei como é em outros os locais.

Uma formada em universidade de outra cidade no Estado de São Paulo também se manifestou:

Eu acho que nenhuma. A gente sabe que existe o estatuto, a gente tem algumas disciplinas que abordam os problemas aí, mas na prática mesmo, se você não vivencia o problema, por mais [aprendizado] teórico que você venha a ter, dificilmente você consegue lidar com... Ah, durante a faculdade, eu acabei tendo um pouquinho mais de contato com esses problemas, porque eu fiz iniciação científica em Saúde da Família, Medicina Social. E eu tive um projeto em que a gente estava na parte de implantação do programa de saúde família e eu abordei uma comunidade, para ver o que a saúde da família tinha com relação à influência sobre a saúde da criança, mas em termos de violência contra a criança e o adolescente e também trabalho infantil... Teve alguns casos em que eu vivenciei situações de abusos sexuais

e tudo. Não foi bem a prostituição por si, mas foi abuso sexual. E aí, por isso que eu tive mais contato.

Ao final, também registramos o desconhecimento da dinâmica de atendimento de vítimas de prostituição infantil ou adolescente. E chegamos ao núcleo de nosso estudo, da formação de médicos pediatras e hebiatras, perante a responsabilidade de enfrentamento da prostituição infantil e adolescente em cidades brasileiras. Os esclarecimentos foram prestados diante de três questões: sobre sua compreensão da responsabilidade médica, nesse contexto; sobre o conhecimento de alguma intervenção pública na cidade na qual recebem sua formação acadêmica, seja como graduandos ou residentes e sobre o seu conhecimento referente de estudos da prostituição infantil e adolescente no País.

Sobre a responsabilidade pessoal e profissional dos residentes falaram os R3:

Esse trabalho vai ser bom para isso, para manter esse alerta que agora nós temos. Então sempre que for atender uma criança a gente tem que manter essa... Se houver, se essa criança estiver em situação de risco, até outros riscos, que não pareçam ser abuso ou prostituição, mas a gente tem que manter esse alerta agora, tem que lembrar e tentar procurar sinais de que alguma coisa está indo errado. Se identificar algo de errado, eu acho que a gente tem que lutar pela proteção da criança, procurar Assistente Social, procurar Conselho Tutelar, se necessário internar a criança sob situação de risco, mesmo que não tenha nada.

___ Vocês têm autoridade para internar?

Temos.

___ Se chega uma criança, no consultório, em qualquer lugar aí, no ambulatório, você vê que ela corre risco, você tem condições de imediatamente intervir?

Sim, tenho. Agora isso é muito mais fácil de acontecer num serviço público, do que num consultório particular.

___ No consultório particular também tem autoridade?

Também tem. O pediatra, se ele suspeitou que a criança está em risco em casa, ele tem o dever de internar a criança para proteger. Por exemplo, se ele acha que na casa da criança, ela está apanhando, ela está sofrendo, ela é indefesa. Ele [o médico] fala: <<ela fica aqui internada, nós vamos investigar>>. Ele pode dar alguma outra razão. Ele não precisa declarar para o pai e para a mãe que ele está internando porque acha que os pais estão fazendo alguma coisa, ele não precisa. Mas ele pode internar com essa finalidade, de proteger a vida da criança. E, aí, você pode acionar o Conselho

Tutelar, aciona a assistente social, o Juizado da Infância, tudo. A gente aciona, muitas vezes aqui no serviço público, a gente aciona. No serviço particular eu acho isso meio complicado, muito raro. Aqui, acho que pela proteção que a instituição dá para a gente, a gente faz isso direto. Muito comum a gente tomar essas atitudes.

Uma residente de outra região do País afirmou:

A minha formação da universidade e da residência de pediatria não foi aqui em Ribeirão, só a residência de Endocrinologia Pediátrica; que esse é o primeiro ano, que é em Ribeirão Preto. Mas a minha cidade, como é uma cidade do Nordeste, os tabus e os preconceitos são bem maiores, e aí se fôssemos treinados para isso, acho que teríamos uma boa resposta.

De volta ao Sudeste, ouvimos mais um depoimento:

A partir do momento que se identifica isso numa paciente nossa, a minha conduta número um é tirar essa criança dessa situação. Então, às vezes, nem que seja necessário fazer uma internação social, chamar um conselheiro para tirar essa menina da rua ou mesmo que ela esteja na prostituição, junto à família – quer dizer, a família põe a criança... – é justamente tirar, a primeira atitude é essa, em relação à proteção... E aí, claro vai toda uma investigação junto a essa criança, de outras doenças que ela pode ter adquirido, tudo. Mas, depois deve chegar à assessoria psicológica, tudo, e Conselho Tutelar na questão de proteção. Mas, a médica, acho que é isso: primeiro é afastar e fazer o atendimento médico.

Não importa o estado ou a região em que se formaram as médicas e os médicos residentes. A prontidão nas respostas é uma de suas características comuns.

A responsabilidade, como eu falei, é grande porque se eu não assumo, se eu fecho o olho, finjo que eu não vi isso, a adolescente está sem AIDS, está sem outras doenças, mas tem uma mãe sem condições físicas e emocionais de ser uma mãe. E isso vai prejudicar a vida dela, e não só dela, a vida dela e de um monte de gente que virá depois... Então, eu vejo que está na cara que a gente não vai ficar lá, assim. Uma das coisas que a gente faz é conversar com o Conselho Tutelar, chamar a família se ela é menor de idade, tentar conversar com a própria adolescente. Não tem como achar que não aconteceu nada.

Outra se surpreende com os termos da pergunta:

A responsabilidade? De identificar e denunciar? Já que é um ato, uma prática ilegal, se você identifica ou suspeita no primeiro indício, de suspeita de abuso ou de prostituição você tem que denunciar. É lógico, averiguando o caso, você não vai sair falando: <<ah, é abuso>>, sem você ter certeza.

“__ Tem diferenciação dessa denúncia da criança para o adolescente?”

Não, pelo menos as que eu fiz são sempre criança e adolescente, sempre passando pelo Conselho Tutelar, sempre, não teve diferença, não.

Outro residente traz uma característica militante, no sentido lato do termo, dos médicos pediatras:

Olha, nós somos modificadores dessa situação. Então, a nossa grande responsabilidade é principalmente em casos nos quais a gente conseguiu identificar, seja numa consulta de ambulatório, seja num atendimento de pronto-socorro, no pronto-atendimento. Um caso identificado nunca deve ser negligenciado. Que às vezes você pensa: <<__ poxa, mas eu não tenho certeza se é ou não é>>. A sua responsabilidade é acionar um órgão social para que isso seja investigado. É uma coisa que, ainda essa semana eu comentei com o pessoal aqui. Infelizmente, por ser uma cidade maior, nem sempre a criança consegue ser afastada da família, quando é uma situação de risco. Só quando ela não tem outro *cuidador*. O ideal seria que as crianças que estão em situação de risco ficassem numa casa transitória ou num abrigo, algum local, até que essa situação se defina: realmente tem uma pessoa que está abusando dessa menina, ou uma pessoa que está usando dessa menina para ganhar dinheiro com o trabalho sexual dela. Ou não, não tem, foi uma denuncia de alguém que foi prejudicado pela família? Até que isso se defina, o ideal seria que a criança pudesse ficar afastada. Mas para isso, deve ter uma solução que comporte para você mandar essa criança para um abrigo onde as condições na qual ela vai estar também favoreçam, que não seja desregrado, que tenha um acompanhamento psicológico...

__ O abrigo deveria ter psiquiatra, pediatra, pedagogo?

Teria que ter pediatras, psicólogos muitos, muitos psicólogos para fazerem terapia de grupo. Infelizmente, a nossa realidade não é essa. A realidade de Ribeirão Preto não comporta.

E registramos depoimentos de quem fala de suspeitas sem, no entanto ter registro de uma experiência desse porte, no período de sua residência:

__ Você já teve essa experiência?

Não, eu particularmente, não. Mas eu acho que tem sim. O médico tem essa responsabilidade, porque é aquela história: a criança não tem como se defender sozinha, se a família não protege a criança, às vezes você acaba sendo a única outra opção que a criança tem de alguém, que pode atentar para o fato, ou procurar tomar uma atitude em relação ao fato. E aí, pelo menos começar a disparar os mecanismos que você tem para fazer alguma coisa. Um suporte psicológico, para essa família, um suporte também de Justiça, para o pessoal ir atrás, também, de quem está por trás, de quem está movimentando toda a coisa, de quem está chefiando toda a coisa. Geralmente quando chega algum caso mais assim, a gente aciona o nosso Serviço Social e aí, no caso de vitimização, a gente acaba também acionando a Justiça também, aciona a Polícia. Aí, no caso, o perito vai, vê, examina e aí o processo se desenrola; faz o boletim de ocorrência, às vezes faz lá no hospital mesmo. E a parte da assistente social também, que vai atrás do conselho tutelar, tudo, para poder ter um andamento.

Não importa o contexto, esses jovens médicos se dispõem a enfrentar solidariamente o sofrimento dessas crianças e adolescentes:

Eu acho que a responsabilidade é tentar identificar, como qualquer outro tipo de violência que a criança pode estar sofrendo, seja o jovem, seja o adolescente, o pré-escolar ou o escolar, identificar e denunciar. Eu acho que acaba sendo essa a responsabilidade. Isso não é trazido pelo paciente ou pela família, mas é uma coisa que a gente identifica ao acaso, no exame ou conversando e denuncia. Acho que a responsabilidade principal é denunciar. Como qualquer outro tipo de violência colocando a prostituição nesse bolo aí da violência contra a criança.

Eles e elas identificam a responsabilidade médica, antes que de jovens médicos. E acima de tudo com a saúde de seus pacientes:

Eu acho que a responsabilidade, independente de ser jovem ou não, é a responsabilidade do médico. Eu acho que evitar a prostituição, eu acho que não é nossa esfera, eu pelo menos nunca vi como sendo minha esfera tentar acabar com a prostituição, entendeu? Eu acho que, então, seria mais interessante um trabalho conjunto, no qual a minha parte, enquanto não se acaba com a prostituição infantil, tentar zelar ao máximo possível para ela evitar os riscos de doenças; evitar riscos de exposições e tentar se afastar dessa esfera. Mas eu acho que é difícil, por que... Eu lembro que à época em que a gente ficava no Morro, porque a gente tinha um Posto de Saúde que a gente rodava que era num morro, no Rio [de Janeiro] tudo é morro.

“__Qual morro? Você se lembra?”

Não lembro, não lembro mesmo. Foram dois meses, no penúltimo ano de faculdade, no quinto ano. Mas não é assim: você chega e não pode! Ninguém vai falar que não pode, é difícil você falar: <<olha, você não pode se prostituir mais, porque o tio falou que você não pode mais>>. Não, eles tem toda uma regra, eles tem conceitos deles, eles são organizados, entendeu? É difícil. Tinha que ser uma força maior, como a Promotoria, uma força policial, acho que o médico querer subir lá e forçar, <<a partir de hoje ninguém mais se prostitui>>, não dura 30 segundos lá. Porque é um vínculo, é dinheiro, é benefício para quem for pagar, entendeu. É difícil, eu acho que se a gente se limitar a fazer a nossa parte e ajudar as outras entidades policiais, acho que já seria de bom proveito. Acho que esse negócio de querer resolver tudo, acaba que não resolve nada. Eu acho que se a gente conseguisse, pelo menos que todo mundo, usasse... Porque a prostituição de hoje é a AIDS de amanhã. Não tem muito por onde fugir. Isso, quando pega AIDS, quando não pega dezenas de outras coisas. Então, acho que evitar a piora, não sei se é a piora, a piora é maldade. Mas, outra coisa também, todas acabam grávidas, é a festa da gravidez de menina que se prostituiu e terminou grávida, isso daí é uma criança que nasce numa família desestruturada, não sabe nem quem é o pai, entendeu? Eu acho que, se a gente evitar essas mazelas, a outra esfera que faça a parte dela, eu acho que

já seria bom. Eu focaria, se eu tivesse um trabalho numa comunidade de novo, eu faria a mesma coisa. Tentar evitar doenças, tentar evitar a gravidez e tentar conscientizar, se ela está tendo algum benefício mesmo. Agora, no caso da criança não adianta você tentar conscientizar a criança da doença, da gravidez, tem que denunciar. Por isso que eu falei que muda, entendeu? A minha abordagem como médico seria diferente. Se eu tivesse uma criança sabidamente se prostituindo, e se eu tivesse um adolescente. Não adianta você chegar pra criança e falar: <<Olha, você tem que usar camisinha>>. Não dá, é inviável. Eu acho que é passível de denúncia mesmo. Não tem outro meio. Agora, adolescente ainda dá para você tentar conversar. Você pega no pé, ela vai fugir, não volta mais para você e acabou o que eu acho que é a coisa mais importante da medicina, que é o vínculo. Para mim, se acabar o vínculo, você pode ser qualquer médico, pediatra, obstetra, acabou o vínculo, acabou o vínculo, acabou o básico da medicina, não tem por onde. Sem vínculo você não faz nada na medicina, você prescreve só. Acho que não quebrar o vínculo já é um grande início. E isso talvez seja a única coisa útil... Assim, seria uma das poucas vantagens que o médico jovem tem, eu acho que eu vejo, como jovem, que é muito mais fácil, o linguajar é mais corrente, as conversas fluem, entendeu? Geralmente você vê as meninas com médicas, assim médicas jovens, acaba se entendendo, conversam mais, a nossa geração não tem aquela coisa de condenar. Eu, particularmente, nunca condenei ninguém, sabe? Então, de estereotipar... Então acho que acaba fluindo uma conversa; flui um vínculo, talvez o médico jovem tenha essa vantagem, de criar um vínculo mais facilmente.

Ao perguntarmos se esses médicos conheciam estudos ou documentos relativos à experiência da prostituição infantil e adolescente, publicados no País, registramos quinze respostas. Aqui a experiência da prostituição implicaria em conhecimento de estudos em algum campo disciplinar acadêmico sobre a rede social delituosa que envolve essa prática mercantil. De todas as quinze respostas, doze eram negativas. Não conhecem estudos sobre essa experiência. Uma reportagem aqui, um trabalho acadêmico aproximativo, sobre sexualidade, uma campanha num Estado do Nordeste. Alguém recordou sua iniciação científica, no período de Graduação. Mas um residente - R4 – que também declarara desconhecimento afirmou que a partir daquela entrevista iria buscar base bibliográfica sobre o tema.

Também buscamos saber se conheciam alguma experiência de intervenção de alguma autoridade pública local para o enfrentamento da prostituição infantil e adolescente. A negativa se fez presente, outra vez, acrescida de indagações sobre a relação das intervenções públicas associadas a alternativas profissionalizantes de jovens envolvidas na prostituição.

Chegávamos ao final do diálogo, também definido como relação social de conhecimento, também entrevista diretiva, perguntando sobre a importância do entendimento metódico deste tema para o exercício da pediatria. As falas dos residentes voltaram a enriquecer nossa pesquisa. Inicialmente dos R3:

Disse-nos um:

Ah,... a Pediatria já está dividida em Pediatria e Hebiatria. Hoje já está abrindo residência, já tem pós-graduação, porque a tendência é ter um grupo de médicos só pra atender adolescentes. Porque o adolescente era assim: não é nem filho da Clínica Médica, nem filho da pediatria, ele era um alguém no meio do caminho. Não tem pai nem mãe. Daí o pessoal começou a ver que era mais interessante a Pediatria ficar, porque queira ou não a Pediatria acompanhou até o momento em que ele virou adolescente. Acabou que Hebiatria virou alguma coisa da Pediatria. Então, hoje você tem a Oncologia pediátrica como residência; e você tem a Hebiatria, alguém que faz residência para estudar adolescente. Já tem essa importância o adolescente. Você ver a prostituição no contexto, primeiramente, do adolescente... Eu garanto para você que se pegar qualquer curso de prevenção, vai ser um dos mais importantes. Porque é evidente que existe, e existe muito, você não precisa correr muito para ver. Eu acho que não demora um minuto na internet você acha um milhão de coisas sobre o assunto. Uma coisa aqui no Brasil... Eu acho que não tem para onde fugir, sabe? Isso aí já é um conhecimento obrigatório do médico, não digo nem do pediatra, eu acho que alguém que se forma no sexto ano, já tem a obrigação de saber lidar com isso. De o pediatra saber, não só cuidar, como conduzir a situação. Porque vai e volta, vai e volta, eu acho que... Eu acho que não tem qualquer currículo médico que não aborde a prostituição infantil, drogas na infância, alcoolismo na infância, acho que essas violências, prostituição e drogas acho que são tópicos já bem consolidados, já no currículo médico, não é no pediátrico, não. No médico geral, isso aí qualquer faculdade... Eu duvido que alguma faculdade não aborde isso. Porque eu participei muito tempo de discussões e já é questão batida a gente nem discutia mais, porque já tinha como sabido que compunha um contexto. Acho que, por méritos virou uma questão de Saúde Pública. Porque a prostituição traz outras conseqüências médicas: gravidez precoce, a droga, doenças sexualmente transmissíveis... Então, não tem por onde discutir, é doença de Saúde Pública, vira um contexto médico. “É uma pena, mas é uma coisa bem notada, não digo que é errado não; a coisa está complicada, infelizmente.

__ Me deixaeu perguntar uma coisa: você falou “o abuso é outra coisa”. O que é essa outra coisa do abuso em relação à infância e à adolescência?

Então, eu acho, que a prostituição adolescente - eu vejo como um ser, eu não a vejo como cem por cento passiva; a mocinha que vai se prostituir, alguma coisa de ativa ela tem. A criança, eu acho que ela não tem nada ativo, ela é cem por cento passiva, ela foi colocada ali. Então para mim não é um abuso total...

__ Então nesse sentido seria equivocado falar em prostituição infanto-juvenil?

O meu conceito, uma coisa minha, eu não vejo assim... Porque a mocinha ela vira e fala : <<não quero, não posso, não sei o que, estou sendo obrigada>>. Tudo bem, ela está sofrendo uma violência. Mas eu garanto que não é cem por cento das adolescentes que tem isso. Ela pode não gostar, mas ela faz, porque ela tem o conceito do benefício. A criança não tem. Você chega e dá

cem reais na mão de uma criança e fala assim: << você quer trocar por duas de um real?>>. Ela troca, ela tem o valor de duas notas passeando por aí. Não tem valor monetário, não tem nenhum valor. Então, pra mim, alguém de 7, 8, 9, 10 anos é cem por cento de abuso. Em nenhum momento ela vislumbrou nada...

“__ Aí você deveria qualificar como crime hediondo, não é?”

Eu acho que é isso aí, para mim é crime hediondo. Se você pegar a adolescente, você acaba que ela [é] alguém que faz acontecer... Então você pega, dá alguma coisa pra ela; ela faz, foge, entendeu. Então quer dizer, ela está indo, ela está chiando, mas está indo. Se ela não quiser mesmo, não vai. Prostituição infantil é... A criança eu não vejo, nunca vi uma criança falando assim: << ah, mas, ah tio é mais legal...>>. Não tem, sabe é cem por cento violência. Tanto é que você pega, leva, ela nem sabe para onde está indo. Ela descobre na hora que já está sem roupa dentro do quarto. A adolescente, ela já sabe para onde está indo, já sabe as <<bocadas>>. Criança não, ela cai lá, caiu lá, aconteceu. Então, eu acho que é cem por cento violência.

Outros associam o conhecimento metódico que deve ser apreendido na universidade à capacidade de enfrentamento de riscos vividos pelas crianças e adolescentes:

Eu acho que é importante, porque o estudo do tema ajuda primeiro você a identificar os fatores de risco, porque tem aqueles fatores de risco que são óbvios, mas às vezes podem existir vários outros, de risco, que não são tão óbvios, são mais sutis e que, às vezes, a maioria das pessoas pode não estar atentando...

Ou ainda:

Ele é importante porque você pode estar tirando um paciente de uma situação de extremo risco... Para prevenir uma gravidez na adolescência, para transmissão de doenças, para violência física, uso de drogas, seria importante, no sentido de estar tirando a criança desse meio... Mas se eu tiver um documento, um texto científico na mão, eu leio e aprendo os sinais e os sintomas mais específicos para esse tipo de caso e, assim, como abordar a situação; a quem procurar se por um acaso suspeitar disso. E se suspeitar, qual a proteção do profissional, até onde eu devo ir? E se eu fizer o diagnóstico de prostituição, o que eu faço com a criança, eu mando para onde? Eu acho que, tudo isso deve ser estudado, avaliado e aplicado.

Outro, que foi entrevistado num espaço de atendimento localizado no subsolo do Hospital das Clínicas destacou a importância de se constituir um protocolo para configurar suspeita de envolvimento de crianças e adolescentes nas práticas de prostituição:

Pelo menos aqui em baixo... tem muito protocolo para tudo. Então, se você suspeita de uma coisa orgânica, vamos dizer aumento do fígado, você tem um protocolo para investigar isso. E, isso, eu acho importante para você não

esquecer etapas fundamentais para aquilo ser resolvido. Então é sim importante ter isso para que, tendo sinais identificar esses sinais de prostituição, vamos dizer. A partir desses sinais, o que fazer ou como fazer, quando fazer, a quem recorrer, essas questões são fundamentais, porque senão...

__ E tem um protocolo sobre isso?

A gente tem, quando é abuso sexual sim, tem um protocolo.

__ E no caso de prostituição...?

No caso de suspeita de prostituição ou envolvimento com... Aí vem para nós, a equipe pediátrica reúne e conversa: <<fulano está tendo tal situação>>. Mas é aquele esquema de estrutura de seguimento de longo prazo, que eu falei. Eu trabalho na Prefeitura de Ribeirão Preto como pediatra, e aí quando eu tenho uma suspeita de uma criança, no Posto é muito difícil; porque não existe regulamento/instrumento, não só na Prefeitura. Eu acho que dentro do próprio curso de Pediatria seria interessante, você ter o raciocínio de sinais, sintomas, identificação, pronto. A partir disso qual é o próximo passo, como seguir? Uma coisa lógica, mas que tenha mais uma utilidade. Porque às vezes, a gente chega no final... e desanima. Para que vou me dedicar, se não vou conseguir resolver?

Outra destaca a importância do conhecimento metódico para identificação de prática ilegal:

É mais para identificar e denunciar, eu acho. Prática ilegal prejudica a saúde e o bem estar da criança e adolescente e, como pediatra, o principal é visar o desenvolvimento adequado para um adulto saudável. Então é isso aí. Criança que tem, adolescente que tem a infância e a adolescência roubadas por causa disso, não vai ficar nada saudável.

Por fim, emerge o valor da cidadania na formação dos médicos pediatras:

Bom, acho que a gente tem que pensar no exercício da Pediatria e da cidadania. Com as crianças, a gente pode mudar esse quadro, porque depois que a moça, a adolescente entrou nessa forma de ganhar a vida, para mudar, depois que já está lá dentro é muito mais difícil do que no início. Eu acho que condições, como educação boa, esporte, de oferecer outras oportunidades para essas pessoas não deixarem que isso seja uma única coisa que elas façam... Criar alternativas, isso é o que efetivamente pode mudar. O resto é tudo paliativo e acaba.

E com os R4 encerrávamos também esses primeiros encontros, sobre conhecimento metódico da presença da prostituição na vida de crianças e adolescentes, através das

entrevistas. Destacamos, entre elas, algumas afirmações significativas, como a de uma médica:

Para que a gente possa fazer diagnóstico e consiga, talvez enxergar de uma outra forma, orientar da forma correta; porque como é um assunto que a gente não tem a prática, às vezes a gente mesmo não sabe o que dizer. Aí, às vezes, a gente acaba se assustando, quando chega diante da gente e, às vezes, não sabe o que dizer, o que falar. Porque essas meninas e esses meninos, eles vem com uma história de vida completamente diferente da nossa. Então, às vezes você se assusta com o que eles dizem e, como a gente não tem essa experiência de vida, a gente não sabe nem o que passar.

__Mas você não tem experiência de vida de pneumonia, por exemplo?

Mas a gente estuda; é por isso que estou te falando, a gente precisa estudar isso. Eu não tenho experiência de vida de pneumonia, mas eu vejo crianças com pneumonia, entendeu? Então, isso é da prática, a prática de você ver uma criança com pneumonia, você aprende a fazer o diagnóstico. Exatamente isso, você começa a ter prática, sempre trabalha com meninas que estão tendendo à prostituição, ou que realmente estão nesse meio, com certeza você consegue fazer um diagnóstico mais fácil, você consegue enxergar coisas que talvez a gente, nessa nossa prática, não veja. E estudando, sabendo o que deve falar e o que não deve, a gente consiga orientar. Eu acho que isso é o importante no estudo, no entendimento. Que é o que a gente não tem.

Ao finalizar a apresentação de uma pesquisa sobre um dos temas mais inquietantes, do ponto de vista da urgência em busca de soluções, como também do drama que supomos viverem essas crianças e adolescentes em situação de abandono em nosso País, queremos dizer que sua forma e seu estilo emergiram de uma experiência ímpar. Que nos trouxe maior precisão conceitual para a discussão dessa violência contra a infância e adolescência; que a violência sexual, o abuso sexual e a exploração sexual são distintas, quando se trata de crianças e quando se trata de adolescentes; que é impensável a omissão profissional, que é necessário o estudo metódico desse fenômeno que se dissemina por todas as cidades brasileira. Por fim, que é urgente a implantação de um protocolo voltado ao registro dessas ocorrências, como da definição de todos os passos para o seu enfrentamento, desde o atendimento médico até a intervenção pública qualificada para a extinção dessa prática condenável por todos os seus aspectos.

Pelo significado que teve a disposição presente das médicas e médicos residentes em Pediatria e Hebiatria e suas falas, só podemos encerrar esta narrativa reconhecendo o grande

valor da nova geração de estudantes universitários em Medicina. A eles e elas dedicamos o presente trabalho.

REFÊRENCIAS

ADORNO, T. Teoria da semicultura. **Educação & Sociedade**, São Paulo, ano XVII, n. 56, p.388- 411, 1996.

AZEVEDO, M.R.D. Educação Sexual: uma questão em aberto. In: SAITO, M.I. (org) Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2008, p.107-123.

BIRMAN, J. Arquivos do mal estar e da resistência. São Paulo: Civilização Brasileira, 2006.

BRASIL. Lei Nº 8.069, de 13 DE julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Cidade: editora, 16 de julho de 1990. Disponível em: ? http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em 19 de agosto de 2010.

BRUCKNER, P.; FINKIELKRAUT, A. **A nova desordem amorosa**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

CACCIA-BAVA, A.; PENTEADO, R. Notas metodológicas para a superação de cifras obscuras sobre segurança dos jovens. In: FELIX, S. A. (Org.). **Violência e segurança**: entre as percepções, um convite ao debate. Marília: Instituto GUTO/FAPESP, 2007. p.45-57.

CACCIA-BAVA, A.; CACCIA-BAVA, M. do C. G. G. As meninas na idade da Menarca e a desassistência pública continuada. **Cadernos de formação cultural**, Ribeirão Preto, n.1, p.7-66, 2007.

CARIA, T. (Org.). **Experiências etnográficas em Ciências Sociais**. Porto: Afrontamento, 2002.

DESLANDES, S. F. **Frágeis Deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FALEIROS, Vicente de Paula (Coord.) Fundamentos e Políticas contra a Exploração e Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes. Brasília, **CECRJA/MJ**, 1997

GOMES, Romeu, MINAYO, Maria Cecília de Souza e FONTOURA, Helena Amaral da. A prostituição infantil sob a ótica da sociedade e da saúde. In: Rev. Saúde Pública, Rio de Janeiro, abr. 1999, vol.33, no. 2, p.171-179. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.abmp.org.br/textos/343.htm> .Acesso em 15 setembro de 2009.

GRAMSCI, A. **Quaderni del carcere**. Torino: Einaudi, 1975. v.I-IV.

KRAUSKOPF, D. **Adolescencia y educación**. San Jose: Edudec, 2002.

MEDICINA COMUNITÀRIA. Disponível em;
<http://www.fmrp.usp.br/rgo/med_comunitaria.htm>. Acesso em: 24 de março de 2008.

MILANI, A. Exploração e abuso sexual de menores desafiam políticas públicas. **Revista problemas brasileiros**, n.359, set. 2003. Disponível em:
http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=167&breadcrumb=1&Artigo_ID=2439&IDCategoria=2489&reftype=1>. Acesso em: 24 de março de 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativo à Venda de Crianças, Prostituição Infantil e Pornografia Infantil**. Adotado e aberto à assinatura, ratificação e adesão pela resolução A/RES/54/263 da Assembléia Geral das Nações Unidas, de 25 de Maio de 2000. Entrada em vigor na ordem internacional: 18 de Janeiro de 2002. Disponível em: <<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/protocolo-crian%E7as2.html>>. Acesso em: 24 de março de 2008.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. RESOLUÇÃO CNRM Nº 02 /2006, de 17 de maio de 2006, que dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências.
<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&ativo=507&Itemid=506>. Acesso em: 24 de março de 2010.

SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. (Coord.). **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2008.

SCHAFF, A. **Langage et connaissance**: essair sur la philosophie du langage. Paris: Anthropos, 1967.

Bibliografia consultada

CACCIA-BAVA, A. **A responsabilidade pública dos jovens nas cidades brasileiras**. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE SOCIOLOGIA, XIII., 2007, Recife. Desigualdade, Diferença, Reconhecimento. Resumos. Recife: 2007, p.56.

_____. Los jóvenes y los derechos juveniles. **Cadernos de formação cultural: experiências e teorias**, Ribeirão Preto, n. 2, p.03-29, 2007.

_____. Sobre as políticas locais de segurança para os jovens. **Política & Sociedade**: revista de sociologia política, Florianópolis, v.5, n.8, p.59-87, 2006.

_____. Direito civil dos jovens e insegurança urbana. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, n.17, p. 41-64, 2004.

_____. A crítica reformista da exclusão social. **Revista Brasileira de Ciências Crimiais**, São Paulo, ano 7, n.25. p.240-245, 1999.

CASANOVA, R. De la cultura de los estudiantes de los años sesenta a las resistencias juveniles en el tiempo actual del alzamiento contra la globalización. Comunicação

apresentada na reunião de pesquisadores latino-americanos do Grupo de Trabalho de Juventude do Clacso, Lleida/Espanha, 2002, fls. 23. (mimeografado).

LA MENDOLA, S. O sentido do risco. **Tempo Social**, revista de sociologia da USP, São Paulo, v.17, n.2, p.59-91, 2005.

LECCARDI, C. Por um novo significado de futuro: mudança social, jovens e tempo. **Tempo Social**, revista de sociologia da USP, São Paulo, v.17, n. 2, p.35-57, 2005.

MARCUS, M.; VOUREC'H, C. La sécurité comme bien commun. **ESPRIT**: revue Internationale, Paris, n.248, p.77-100, déc.1998.

MAZZIEIRO, J. B. Sexualidade criminalizada: prostituição, lenocínio e outros delitos – São Paulo, 1870-1920. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 18, n. 35,1998.