

UM ESTUDO SOBRE A SAÚDE DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA: O
PONTO DE VISTA DE ADOLESCENTES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E
EDUCADORES

Normanda Araujo de Moraes

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia sob orientação da
Profa. Dra. Sílvia Helena Koller

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento

Porto Alegre, Fevereiro de 2005

A Deus...

Fonte de todo Amor, Esperança e Vida!

Ao meu "Sempre" e "Para Sempre"

Amado Pai

Hoje, na Eternidade

E vivo dentro de mim!

À minha "Sempre" Amada Mãe

Expressão de Amor, Fortaleza e Ternura!

AGRADECIMENTOS

Ao começar a escrever meus agradecimentos, dou-me conta do quão especial é o lugar que ele ocupa nessa dissertação... Entre tantas folhas, seu lugar está bem aqui... no início de tudo e antes de tudo! Apesar de muitas pessoas passarem os olhos por cima e irem diretamente ao "conteúdo" que lhes interessa, já vi muita gente dizendo que "adora" ler a seção de agradecimentos. E eu sou uma dessas pessoas, com certeza!

Penso que os agradecimentos dizem de quem escreve, tanto quanto as várias frases, parágrafos e capítulos nos quais organizamos a nossa dissertação, dizem de nós mesmos. São como que um espelho, a refletir o processo através do qual o produto de tantos anos de trabalho, por hora apresentado, foi feito. Ao mesmo tempo, tem um "doce" sabor de ritual... "Hum... acho que essa fase de mestrado está acabando. Já estou até escrevendo os agradecimentos!!!" .

E aí, ao passar essa frase por nossa memória, imediatamente vêm a mente um sem número de pessoas, as quais são também protagonistas nessa história que daqui a pouco será contada... Já vou te contando que elas são bem diferentes umas das outras. A começar pelo sotaque e grau de formação acadêmica. Nossa, tem gente de todo tipo! Norte-riograndense, gaúcho, sergipano, brasiliense, baiano, paranaense, capixaba, piauiense e até equatoriano! Tem gente que mal sabe escrever o nome, mas que tem uma sabedoria... Sabem de roça, se vai chover, mesmo sem ler a previsão do tempo, e têm tantas memórias de histórias e "causos" que dariam livros... E tem gente mais do que titulada!! Graduando, doutor, doutora, doutorando, gente "sabida" e estudada. Tem professores de criança, de adolescentes, diretores de escolas, representantes, dentistas, aposentados e (muitos) psicólogos, como não poderia deixar de ser. Gente que tem parentesco de sangue comigo e outros tantos que, de tão próximos, nos adotamos como pai, mãe e irmãos.

Pois bem, não temos todo espaço do mundo, não é? Acho que está na hora de começar a agradecer um a um pessoalmente!! E aí, queria começar pelos meus, mais meus...

Ao meu pai e à minha mãe, que viveram esse sonho comigo e partilharam de cada momento ao longo de todos os anos da minha vida. Comecei o mestrado com o choro de alegria dos meus pais (e o meu também!), meio que misturados com a dor da minha partida para Porto Alegre, a qual era inevitável. Termino com a doce saudade do meu pai, que também partiu... Oferto a ele e à minha mãe, tudo o que tenho de melhor. Toda a minha gratidão e Amor! E a alegria de ser sua filha!

Agradeço aos meus irmãos (Wolman e Hécio), presenças alegres e incentivos constantes. Também ao meu sobrinho lindo e cunhada. Tenho certeza de que a minha alegria os faz alegres também.

Agradeço ao meu avô Severino, tios, tias e primos. Tão únicos para mim...

E ao meu avô (Manoel Ricardo) e avós (Maria Júlia e Florentina), que tanto me ensinaram.

Aos meus amigos de longe... Mas, cuja distância física não nos separou. A Pollyanna, Pablo, Danielle, Francisco, Emanuelle e Waldylécio. Também a Rosânia, Noezila e Anésia e suas famílias.

À minha professora, primeira orientadora de pesquisa e amiga, Martha Traverso-Yépez.

Às amigadas em Porto Alegre conquistadas... Vitor, Nádia, Aline Bof, Eliânia e Aline Tonetto.

Aos amigos, parceiros e família CEP-Rua... Em especial, ao Elder, Lucas, Fernanda, Martha, Airi, Vicente, Jan, Lene e Geraldine. Vocês foram, verdadeiramente, "presença" em minha vida. Pelas parcerias acadêmicas, horas e horas de trabalho e outros tantos momentos de lazer e partilha de vida, obrigada!

À equipe de pesquisa que foi um grande diferencial durante o Mestrado. Oportunidade única e privilegiada para a troca, principalmente devido ao espírito questionador, seu comprometimento e carinho. Obrigada por suas presenças... Sílvia, Mariana, Juliana, Joana e Maurício.

À minha orientadora, Sílvia H. Koller... Parece que foi ontem que tudo isso começou. *Site* do CEP-Rua, revistas, encontro no congresso... Sou imensamente grata por sua presença sempre tão afetuosa e incentivadora. É mais do que um privilégio te escutar falar, ter textos lidos e corrigidos por ti, ver o teu entusiasmo e amor pelo que fazes. Enfim, é muito bom ser CEP-Rua!

Às professoras que compõem a banca examinadora dessa dissertação: Cleonice Bosa, Maria Angela Mattar Yunes, Lígia Schermann e Blanca Werlang. Agradeço as valiosas contribuições dadas durante a defesa do projeto, sua disponibilidade e abertura à troca de conhecimentos.

Ao CNPq e ao privilégio por mim recebido de poder me sustentar fazendo o que tanto gosto e que, infelizmente, há tão poucos é possível e permitido.

Aos profissionais participantes dessa pesquisa, que abriram as portas das instituições em que trabalham com tanta generosidade. Foi uma alegria e um aprendizado diário estar com vocês. A vocês todo o meu carinho, admiração e respeito.

Por fim, aos adolescentes participantes desse estudo e a todos aqueles com quem pude estar durante o processo de pesquisa, mas que dela não participaram "formalmente". A minha sorte é que tenho um diário de campo, onde poderei, vez por outra, reencontrá-los e reviver as tantas histórias que passamos juntos. Os momentos de esporte, de terapia comunitária, o grupo de meninas, "o salão de beleza", o par de brincos recebidos, o *origami*, os abraços afetuosos, as "tantas" músicas gravadas, os *haps*, pura expressão de criatividade e superação, a reciprocidade da empatia, os encontros pelas ruas, as paradas para conversa... Ah, se todos parassem para olhá-los além da sua aparência, como iriam se surpreender com o que viriam... A vocês, dedico esse trabalho, onde quer que estejam... Concretamente, esforço-me e continuarei a esforçar-me para que, de alguma forma, o conteúdo dessa dissertação possa ter algum impacto na melhoria da qualidade de vida de vocês. Porém, posso dizer com toda certeza que em nossos encontros tentei de todas as formas dizer-lhes que "Vocês valem à pena!" e que "Alguém se preocupa e se importa com vocês." Tentei..., ao menos!

*Pequeno, sê sempre pequeno... sempre pobre,
como um menino.
Faz as coisas pequenas extremamente bem...
Ama, ama, ama, sem jamais calcular o preço.
Anda nas praças e permanece comigo...
Sê uma luz para os pés do teu irmão.
Anda sem medo no profundo dos corações
dos homens...*

(Catherine de Hueck)

SUMÁRIO GERAL

Sumário de Tabelas		8
Sumário de Figuras		10
Resumo		11
Abstract		12
Capítulo I	Introdução	13
	1. O Processo Saúde-Doença	15
	2. A Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano (AEDH) e o Estudo do Processo Saúde-Doença	22
	3. Psicologia Positiva, Resiliência e AEDH: O Foco sobre a Saúde	28
	4. Crianças e Adolescentes em Situação de Rua	32
	5. Questões Relacionadas ao Processo Saúde-Doença entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua	35
	6. Considerações Éticas	44
Capítulo II	Estudo 1	49
	Método	49
	1. Participantes	49
	2. Instrumentos	50
	3. Procedimentos	51
	Resultados e Discussão	55
Capítulo III	Estudo 2	109
	Método	109
	1. Participantes	109
	2. Instrumentos	110
	3. Procedimentos	110
	Resultados e Discussão	111
Capítulo IV	Considerações Finais	125
Referências		130

Anexos	A. Consentimento Livre e Esclarecido (Dirigentes das instituições)	139
	B. Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais)	141
	C. Entrevista Estruturada (Adolescentes)	143
	D. Relato de Experiência (Equipe de Pesquisa)	150
	E. Entrevista Semi-Estruturada (Profissionais)	153

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 1	Microssistemas Frequentados pelos Adolescentes Entrevistados	56
Tabela 2	Frequências e Percentagens dos Principais Motivos para a Migração de Casa para as Ruas na Opinião dos Adolescentes Entrevistados	58
Tabela 3	Frequências e Percentagens das Estratégias Utilizadas pelos Adolescentes Entrevistados para se Alimentar	62
Tabela 4	Frequência e Percentagens dos Locais Onde os Adolescentes Entrevistados Informaram Dormir	64
Tabela 5	Frequências e Percentagens dos Locais Onde os Adolescentes Entrevistados Informaram Tomar Banho	65
Tabela 6	Frequência e Percentagens do Envolvimento dos Adolescentes Entrevistados em Atropelamentos, Queimaduras, Tiroteios e Facadas	67
Tabela 7	Frequência e Percentuais de Uso de Drogas Lícitas e Ilícitas pelos Adolescentes Entrevistados	68
Tabela 8	Frequências e Percentagens de Drogas Ilícitas Utilizadas pelos Adolescentes Entrevistados	69
Tabela 9	Frequência e Percentagens dos Efeitos da Droga sobre a Saúde na Opinião dos Adolescentes Entrevistados	70
Tabela 10	Frequências e Percentagens de Eventos Violentos Vivenciados pelos Adolescentes Entrevistados no Ambiente Familiar e nos Locais por Onde Andam	76
Tabela 11	Frequência e Percentagens dos Tipos de Violência Cometidos Contra outras Pessoas pelos Adolescentes Entrevistados	77
Tabela 12	Frequências e Percentagens sobre o que é AIDS na Opinião dos Adolescentes Entrevistados	82
Tabela 13	Frequência e Percentagens das Atividades de Lazer Preferidas dos Adolescentes Entrevistados	84
Tabela 14	Frequências e Percentagens das Concepções dos Adolescentes Entrevistados sobre Saúde	88

Tabela 15	Freqüências e Percentagens das Concepções dos Adolescentes Entrevistados sobre Doença	88
Tabela 16	Freqüências e Percentuais dos Principais Sintomas e Patologias que os Adolescentes Entrevistados já Tiveram	90
Tabela 17	Freqüências e Percentagens dos Principais Sintomas e Patologias que os Adolescentes Entrevistados Relataram em Seus Amigos	92
Tabela 18	Freqüência e Percentagens sobre o que Faz a Pessoa ter Saúde na Opinião dos Adolescentes Entrevistados	93
Tabela 19	Freqüência e Percentagens sobre o que Faz a Pessoa Ficar Doente na Opinião dos Adolescentes Entrevistados	94
Tabela 20	Freqüências e Percentagens do Grau de Concordância dos Adolescentes Entrevistados com a Satisfação com a sua Saúde, Cuidados com a Saúde e a Influência da Vida na Rua sobre a sua Saúde	97
Tabela 21	Freqüências e Porcentagens do Grau de Concordância dos Adolescentes Entrevistados com Aspectos Relacionados à sua Auto-Estima, Auto-Eficácia, Humor, Expectativas Futuras e Satisfação com a Vida	101
Tabela 22	Fatores de Risco Identificados na Vida dos Adolescentes Entrevistados	105
Tabela 23	Freqüência e Percentagens das Concepções das Profissionais Entrevistadas sobre Saúde	117
Tabela 24	Freqüência e Percentagens das Concepções das Profissionais Entrevistadas sobre Doença	118
Tabela 25	Freqüências e Percentagens das Doenças Físicas Mais Comuns Entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua na Opinião das Profissionais Entrevistadas	119
Tabela 26	Freqüências e Percentagens dos Transtornos Mentais Mais Comuns Entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua na Opinião das Profissionais Entrevistadas	120

SUMÁRIO DE FIGURAS

Figura 1	Aspectos positivos da vida na rua	60
Figura 2	Aspectos negativos da vida na rua	60
Figura 3	Quem ensinou os adolescentes a cuidarem da sua higiene	66

RESUMO

O presente estudo visou a investigar a percepção de adolescentes em situação de rua, de profissionais de saúde e educadores acerca da condição de saúde dos primeiros. A pesquisa foi realizada em duas instituições destinadas a crianças e adolescentes em situação de rua (serviço de atendimento à saúde e abrigo diurno) e teve como participantes doze adolescentes, cinco profissionais de saúde e quatro educadoras. Dois estudos foram delineados para analisar as concepções de saúde e doença de cada grupo de participantes, a sua percepção acerca da influência da rua sobre a saúde dos adolescentes, as principais doenças enfrentadas, as estratégias utilizadas para cuidar da saúde e a rede de apoio. Os resultados sugerem que é necessária uma análise dinâmica entre os diversos fatores de risco e proteção relacionados ao contexto, às características individuais dos adolescentes e à rede de apoio existente. Entre os fatores de risco, destacam-se: as condições inadequadas de vida (falta de proteção às variações ambientais, condições inadequadas de higiene etc.), o uso de drogas e a violência. Já os fatores de proteção citados foram: a busca da rua como uma "estratégia saudável" diante do ambiente familiar violento, a existência de uma rede de assistência a essa população, assim como da "resistência" criada pelos adolescentes ao contágio de algumas doenças. A análise do binômio risco/proteção permite uma visão mais realística da influência da situação de rua sobre a saúde e, ainda, a superação de uma visão de saúde e doença como uma questão estática, a-histórica e unidimensional. Por fim, ressalta-se a validade da Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano e da sua relação com os enfoques da Resiliência e da Psicologia Positiva para o estudo do desenvolvimento humano em contexto, assim como dos processos desenvolvimentais relacionados à formação de comportamentos saudáveis, mesmo diante das situações adversas oferecidas pelo contexto da rua.

ABSTRACT

The present study aimed at the investigation of homeless adolescents, health professionals and educators perception about the health conditions of the first ones. The research took place in two institutions planned to homeless children and adolescents (health attendance service and daytime shelter) and the participants were twelve adolescents, five health professionals and four educators. Two studies were designed to analyze each participant's group about their health and illness concepts, their perception concerning the street influence upon the adolescent's health, the main illness faced, the strategies of caring for health and the support network. The results suggested that it is necessary a dynamical analysis between the several risk and protection factors related to the context, to the adolescents individual characteristics and to the existent support network. Some risk factors are emphasized: the inappropriate life conditions (lack of protection of the climate and environmental variations, inappropriate hygiene conditions etc.), the use of drugs and the violence. The protection factors mentioned were: the search for the street as a "healthy strategy" against the violent family environment, the existence of an assistance network designed to this population, as well as the "resistance" created by the adolescents to some illness infections. The analysis of the binomial risk/protection allows a more realistic view of the homelessness situation upon health and, moreover, the overcoming of an static, a-historical, and one-dimensioned health and illness view. Finally, the validity of the Ecological Approach of the Human Development is emphasized and its relation to the Resiliency and the Positive Psychology focuses to the study of the human development in context, as well as the developmental processes related to the formation of healthy behavior, even in the face of adverse situations offered by the street context.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O processo saúde/doença é inerente à existência humana, fazendo parte do cotidiano de todos os indivíduos nas mais diferentes sociedades. No entanto, o entendimento do que venha a ser saúde, doença, cuidados com a saúde (prevenção e recuperação), hábitos saudáveis e qualidade de vida é fortemente influenciado pelo contexto sociocultural em que ocorre, podendo variar de uma cultura para outra e mesmo entre indivíduos de uma mesma cultura (Boruchovitch & Mednick, 2002; Capra, 1982; Minayo, 1998; Minayo & Souza, 1989; Rezende, 1989).

As concepções dos indivíduos acerca de saúde e doença tendem a influenciar a forma como estes lidam com o seu estado de saúde e doença, decorrendo daí a necessidade de que estas concepções e a experiência do processo saúde-doença possam ser estudados (Boruchovitch & Mednick, 2002; Capra, 1982; Minayo, 1998). Além disso, o interesse pela investigação acerca do conceito e da experiência de saúde deriva da necessidade apontada por alguns estudos da emergência de novas construções sobre este conceito que considerem, sobretudo, a sua historicidade, multidimensionalidade e a processualidade. (Paim & Almeida Filho, 1998; Sarriera e cols., 2003).

No caso específico das crianças e adolescentes em situação de rua, alguns aspectos despertam a atenção. Inicialmente, um rápido olhar sobre o cotidiano dessa população revela as péssimas condições de vida a que estão submetidas, expressa pela falta de condições físicas, estruturais e sociais (moradia, alimentação, higiene, segurança, apoio familiar, escolarização etc.) que contribuem para um desenvolvimento saudável. Além disso, "sobram" situações de risco, em decorrência, muitas vezes, da ausência dos aspectos citados acima. São eles: a violência, o uso de drogas, o envolvimento em atividades ilícitas (furtos, assaltos, tráfico), a falta de prevenção às doenças (incluindo as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS), assim como de campanhas preventivas e de uma rede de atendimento à saúde para essa população (Hutz & Forster, 1996; Hutz & Koller, 1997, 1999). Contrapondo-se, portanto, uma visão de saúde que está diretamente relacionada às condições de vida, com a constatação da grave situação de marginalização social a qual as crianças e adolescentes em situação de

rua estão submetidas, parece algo irreal e sem sentido propor-se um estudo sobre a saúde dessa população.

Na Psicologia, por sua vez, a tendência tem sido enfatizar a psicopatologia, a doença e o desvio, ao invés dos fatores e processos que promovem o desenvolvimento psicológico sadio (Giacomoni, 2002; Hutz, Koller & Bandeira, 1996; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Somente nas últimas décadas vem se verificando na Psicologia uma preocupação pelos aspectos saudáveis do desenvolvimento, preocupação ilustrada nos estudos da Psicologia Positiva e da Resiliência. Estas, ao enfatizarem o estudo dos aspectos saudáveis do desenvolvimento, assim como a permanente interação existente entre fatores de risco e proteção propõem uma nova forma de conceber o desenvolvimento humano e a saúde (Cecconello, 2003; Hutz, Koller, & Bandeira, 1996; Junqueira & Deslandes, 2003; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Yunes & Szymansky, 2001).

No entanto, embora no plano teórico já seja visualizada uma mudança paradigmática quanto à forma de conceber saúde e doença, no plano prático, quando observadas as ações de saúde voltadas para as crianças e adolescentes de uma forma geral e, por conseguinte, para as crianças e adolescentes em situação de rua, o que aparece é uma profunda descontextualização. Por um lado, o sistema de atendimento tende a continuar centrado na doença e na proposta curativa, desconsiderando a diversidade de patologias "não orgânicas" (acidentes, homicídios, suicídios, DSTs, alcoolismo e demais dependências químicas) e a situação de vulnerabilidade gerada pela falta de oportunidades de educação, trabalho, lazer e cultura, decorrentes das desigualdades estruturais existentes em contextos de precariedade como o da rua. Por outro lado, quando desenvolvidos, os denominados programas de prevenção e promoção de saúde destinados, sobretudo, à adolescência, tendem a funcionar através de intervenções assistemáticas e verticalizadas e a focalizar sua atenção apenas para a saúde reprodutiva, negligenciando a preocupação pelo caráter multifacetado da saúde humana (Costa, Duarte, Motta, Martins, & Gomes, 1986; Minayo, 1986; Muza & Costa, 2002; Traverso-Yépez, 2001; Traverso-Yépez & Pinheiro, 2002).

Com base nas considerações acima, a respeito das características de historicidade, multidimensionalidade e processualidade da saúde, da consideração das particularidades de vida nas quais crianças e adolescentes em situação de rua vivem, assim como de um movimento na Psicologia de focar os aspectos saudáveis do desenvolvimento, esse estudo

tem como objetivo compreender qual a visão de adolescentes em situação de rua acerca da sua condição de saúde. Assim, serão investigadas as concepções de saúde e doença dos adolescentes, a definição do seu próprio estado de saúde, as principais doenças enfrentadas, as estratégias utilizadas para cuidar da saúde e, as instituições ou pessoas as quais eles costumam recorrer quando estão doentes.

Além disso, visando a oferecer uma perspectiva de análise mais ampla sobre o assunto, serão investigadas, também, a opinião dos profissionais de duas instituições de atendimento à crianças e adolescentes em situação de rua acerca da condição de saúde destes. Para isso, serão analisados: as concepções de saúde e doença dos profissionais, a sua percepção acerca da influência da rua sobre a saúde das crianças e adolescentes que vivem nessa condição, qual a sua avaliação sobre a adesão ao tratamento por parte das crianças e adolescentes atendidos; e, qual a avaliação sobre o papel das instituições na vida e saúde da clientela atendida. Acredita-se que o levantamento destes aspectos, a partir do discurso dos adolescentes e dos profissionais das instituições, poderá contribuir para a elaboração, implementação e/ou avaliação de programas de atenção à saúde dessa população.

A seguir, serão apresentados alguns eixos teóricos dessa pesquisa, a saber: o processo saúde e doença e a forma como este vem sendo descrito ao longo da história, a Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano (AEDH), eixo teórico-metodológico no qual esta pesquisa está embasada e a Psicologia Positiva, Resiliência e AEDH como propostas que enfocam o estudo do desenvolvimento humano saudável. Por fim, são expostas algumas reflexões acerca das características da população participante desse estudo (adolescentes em situação de rua), assim como descritos alguns resultados de pesquisas sobre a condição de saúde dessa população.

O Processo Saúde-Doença

Diferentes formas de conceber a saúde e a doença emergiram em diferentes épocas e deram origem, por sua vez, a modelos específicos de atendimento à saúde. Boruchovitch e Mednick (2002), por exemplo, destacam três visões principais de saúde que teriam emergido a partir do século XX: o tradicional conceito médico, o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o conceito ecológico. No entanto, é importante que não se limite a

compreensão do desenvolvimento dessa concepção a um período de tempo relativamente recente. Afinal, a palavra saúde apareceu há bastante tempo atrás, aproximadamente no ano 1000 d.C. A palavra originalmente teria vindo do inglês antigo e estaria associada não apenas com o funcionamento fisiológico, mas com solidez (*soundness*) mental e moral e com salvação espiritual. Embora a palavra saúde tenha sido freqüentemente precedida por qualificadores positivos e negativos, tais como bom, mau ou pobre, ela tem sido sempre considerada como uma entidade positiva (Boruchovitch & Mednick, 2002).

Para os antigos gregos, por exemplo, a saúde foi sempre um atributo importante. A idéia inicial de saúde como uma responsabilidade divina e da doença como um fenômeno sobrenatural foram substituídas pelo reconhecimento da relevância dos hábitos de vida e fatores ambientais sobre a saúde dos indivíduos. De acordo com os escritos hipocráticos, portanto, a saúde requeria um estado de equilíbrio entre influências ambientais, estilos de vida e diferentes expressões da natureza humana (descritas em termos de humores, paixões e da interdependência da mente e do corpo). Além disso, tais escritos destacavam o papel das forças curativas inerentes aos organismos vivos, consideradas como o "poder curativo da natureza", limitando o papel do médico a ajudar essas forças naturais mediante a condições mais favoráveis para o processo de cura (Capra, 1982).

Na primeira metade do século XX, porém, através do acelerado desenvolvimento das áreas de anatomia, bacteriologia e fisiologia, uma nova concepção de saúde emergiu. Ela estava baseada no modelo biomédico tradicional, o qual herdava influência do paradigma cartesiano, que propunha a rigorosa divisão entre corpo e mente. Segundo o modelo biomédico, o corpo é considerado como uma máquina que pode ser entendida em termos do funcionamento de suas peças. A saúde é definida como ausência de doença, ou seja, não pela presença de atributos, mas em termos de falta (ausência de sintomas, sinais ou problemas). Já a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular.

O papel dos médicos, a partir desse modelo, consiste em intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um determinado mecanismo "enguiçado". Ao concentrar-se em partes cada vez menores e mais específicas do corpo, a medicina perde de vista o paciente e todo o seu contexto psicossocial, além de gerar práticas de saúde concentradas exclusivamente numa biotecnologia aplicada. Esta prática, por sua vez,

ao supervalorizar o orgânico, negligencia fatores comportamentais, ambientais e sociais que são determinantes na origem, manutenção, evolução e prognóstico do processo de adoecer. Considerando o fenômeno da doença como decorrente de uma causa única, é afastada a possibilidade de estabelecer relações entre as influências do meio social na patogenia, ao mesmo tempo em que se atende aos interesses capitalistas, sobretudo àqueles das empresas de medicamentos e equipamentos, ligadas à área de saúde (Capra, 1982; Traverso-Yépez, 2001).

De fato, o modelo biomédico, através do uso da alta tecnologia, tem mostrado sua validade e aplicabilidade nos diagnósticos e terapêuticas. Porém, os trabalhos de Freud no início do século XX, e as mudanças no processo de adoecer observadas nas últimas décadas (diminuição de doenças infecciosas decorrente de medidas preventivas e da melhoria nas condições de vida, além do aumento das doenças crônicas) deixaram mais claro o papel do psicológico e do social, expressos nos aspectos de personalidade e de estilos de vida com relação às práticas de saúde. Outros fatores, tais como, a insatisfação do público em relação ao sistema de assistência médica, o qual gerou custos exorbitantes sem melhorar de modo significativo a saúde da população, a desigualdade observada no acesso aos bens e serviços sanitários e o tipo de atendimento oferecido, que ao se concentrar na doença, perde de vista o paciente como ser humano, também vieram pôr em xeque a hegemonia do modelo biomédico (Traverso-Yépez, 2001).

Atualmente, a antropologia do corpo e da saúde coloca o modelo biomédico como mais um dos muitos caminhos para a explicação do processo saúde/doença. Como aponta Rogers (1991), essa visão "desafia a premissa de que a biomedicina seja o único sistema médico válido, de que tem uma superioridade natural, ou que é universalmente benigno, moralmente neutro e que espelha a realidade sem distorções" (p.21). Dada a crise desse paradigma, a emergência de um modelo de saúde que se baseie numa visão mais totalizadora (holística) do ser humano se colocava como necessária.

Foi buscando atender à essa necessidade, que a Organização Mundial de Saúde em 1948, propôs um conceito de saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade" (OMS, 1987). Esta definição representa uma visão mais holística de saúde e amplia a visão médica tradicional, por conceber a saúde como um estado positivo de bem-estar, no qual a saúde física é apenas um dos aspectos envolvidos. São incorporados, assim, os aspectos psicológicos e sociais.

No entanto, apesar do avanço que representa, críticas sobre o caráter estático e subjetivo dessa definição são possíveis de serem feitas (Dejours, 1986; Rezende, 1989; Segre & Ferraz, 1997). A definição implica uma idéia de um estado perfeito e completo que é não realístico e inalcançável. De acordo com Rezende (1989), essa visão negligencia o intercâmbio - na maioria das vezes, conflituoso - existente entre o homem e o seu meio ambiente, além da postura humana ativa e dialética frente aos antagonismos sociais. Além disso, a definição é ampla e vaga, perdendo especificidade para ser definida operacionalmente e aplicada em situações práticas. Faltam, portanto, qualidades que definam o que seja bem-estar. Ao mesmo tempo, Segre e Ferraz (1997) reconhecem e destacam o fato de que as expressões "perfeição" e "bem-estar" não existem por si mesmas, estando sujeitas a uma descrição dentro de um contexto que lhe empreste sentido, a partir da linguagem e da experiência íntima de cada indivíduo. A partir dessa posição, portanto, fica claro que bem-estar, felicidade ou perfeição ocorrem para um sujeito que, dentro de suas crenças e valores, dá sentido de tal uso semântico e, portanto, o legítima.

Na década de 60 e 70, surge o que Boruchovitch e Mednick (2002), chama de "visão ecológica de saúde". Segundo as autoras, essa perspectiva difere das concepções médicas e da OMS, principalmente por dois aspectos: primeiro, por conceber saúde como um conceito mais relativo e, segundo, por atribuir uma grande ênfase às inter-relações do ambiente com a qualidade de vida dos indivíduos. Essa definição ecológica e relativa de saúde tende a ser baseada na avaliação do nível de funcionamento da pessoa e de adaptação ao ambiente. A saúde é entendida, portanto, como a "capacidade funcional adequada que permite ao indivíduo realizar suas obrigações e responsabilidades, ou em termos de uma certa qualidade de vida que o permite viver feliz, com sucesso, de forma frutífera e criativa" (p. 176).

No entanto, assim como a concepção de saúde proposta pelo Modelo Biomédico e pela OMS, esta nova concepção também apresenta algumas limitações. A principal problemática consiste na falta de clareza e precisão acerca do que constitui uma adaptação saudável ou não saudável. Indivíduos podem de fato adaptar-se à doença e, podem ser doentes, embora capazes de cumprir com as suas responsabilidades. Além disso, normalidade, funcionamento adequado e adaptação são conceitos construídos socialmente e culturalmente. Portanto, como construtos que envolvem julgamento de valor, torna-se fácil concluir que o que é considerado saudável em um contexto social pode não ser em outro.

É possível afirmar que essa visão está baseada numa concepção holística do ser humano, que o concebe como um sistema integrado, cujas partes estão essencialmente interligadas e em constante relação umas com as outras. Esse sistema é parte integrante de sistemas maiores, estando, portanto, em contínua interação com o seu meio ambiente. Além disso, possui forças curativas que lhe são inerentes e uma capacidade inata de restabelecer o equilíbrio, através dos processos de homeostase, adaptação, regeneração, autotransformação e autotranscendência. A partir dessas pressuposições, Capra (1982) propõe uma definição de saúde como uma experiência de bem-estar, resultado de um equilíbrio dinâmico entre os aspectos físicos e psicológicos do organismo, assim como das suas interações com o meio ambiente natural e social.

Na contínua interação entre homem e meio, perdas temporárias da flexibilidade e equilíbrio do organismo ocasionam estágios de crise e transição, descritos por Capra (1982), como períodos de *saúde precária*. Nesse sentido, o que se constata é que traçar uma linha divisória entre saúde e doença é, muitas vezes, impossível, já que estes são vistos como estágios naturais e partes de uma seqüência contínua, assim como as constantes flutuações entre equilíbrio e desequilíbrio ocorridas durante todo o ciclo vital. Os momentos de doença propiciariam ao sujeito oportunidade para a introspecção e à reflexão acerca de seu estilo de vida, podendo levá-lo, inclusive, à elaboração de respostas criativas que lhe garantiriam um nível de saúde superior àquele de que usufruía antes de adoecer.

Ao contrário do modelo biomédico, um sistema de atendimento à saúde, segundo esse novo paradigma, teria como características principais: a ênfase na responsabilidade do indivíduo para desenvolver disposições e práticas que promovam o seu bem-estar; a ênfase às atividades preventivas e de educação para a saúde, assim como no papel do Estado enquanto promotor de políticas de saúde que visem à prevenção de doenças e à garantia de condições adequadas de vida à população, além, do esforço multidisciplinar,

No Brasil, uma tentativa no sentido de ampliar a concepção de saúde, foi feita pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), marco do movimento sanitário e da política reformadora do setor no país. Buscando relacionar com condições sociais de vida, a saúde foi definida como "resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e transporte, emprego e lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção"

(Minayo, 1986, p. 10). Esta definição, embora reconheça a importância de necessidades humanas extra-econômicas (liberdade, educação, lazer), as reduz, e com isso reduz também a determinação da doença, à determinação das formas de organização social da produção (relações de classe). Certamente, a qualidade de vida a qual cada grupo sócio-econômico está exposto é diferente e, portanto, é igualmente diferente a sua exposição a processos de risco que produzem o aparecimento de doenças e formas de morte específicas, assim como seu acesso a processos benéficos ou potencializadores de saúde e da vida" (Egry, 1996).

De fato, as relações de classe ajudam a entender um conjunto de comportamentos relacionados com a saúde e doença. O uso que os indivíduos de diferentes níveis sócio-econômicos fazem do seu corpo, o maior ou menor acesso que têm aos serviços de atenção à saúde e, conseqüentemente, as concepções de saúde, doença, bem-estar e qualidade de vida que possuem são exemplos de alguns aspectos possíveis de serem entendidos à luz dessa diferença. No entanto, essas diferenças não devem ser consideradas como o único fator - determinante - do fenômeno saúde/doença. Segundo Vaitsman (1992), uma visão não-reducionista de saúde a considera não apenas como resultado das relações de produção, mas a partir do ponto de vista que considera a experiência social, refletida na singularidade e subjetividade de cada indivíduo, na sua relação com os outros e com o mundo.

Como observado, têm havido vários esforços em definir saúde e em construir um conceito único e universalmente válido. No entanto, evidências sugerem que todas as definições possuem algum tipo de problema, seja pelo seu caráter reducionista ou pela imprecisão e relatividade dos seus conceitos. Embora os teóricos mostrem considerável desacordo sobre quais e como muitos componentes formam o conceito de saúde, há alguns pontos de consenso entre eles. Por exemplo, a maioria dos pesquisadores concordam que o conceito de saúde é um construto que tem como principais características: a historicidade, a multidimensionalidade e a processualidade.

A historicidade diz respeito à influência do contexto sócio-cultural sobre a definição de práticas ditas saudáveis ou não, decorrente da constatação de que a saúde e, por conseguinte, a doença, nem sempre foram vistas da mesma forma ao longo da história e nas diferentes culturas. A integralidade ou multidimensionalidade, por sua vez, refere-se à consideração da saúde e da doença a partir de aspectos psicológicos, sociais e espirituais, além dos biológicos, tradicionalmente destacados. Dessa forma, a saúde deixa de ser vista

como ausência de doença, ao passo que a compreensão da doença também não fica restrita à alteração/desequilíbrio biológico. Por fim, a processualidade diz respeito à consideração da saúde e da doença como partes de um mesmo *continuum* e não como estados absolutos e estáticos, independentes um do outro.

A historicidade do conceito, a qual implica na perda de um conceito universalmente aceito de saúde, no entanto, não tem impedido a pesquisa nessa área. Na medida em que pesquisadores concordam que as idéias dos indivíduos sobre saúde e doença têm um impacto sobre as atitudes e comportamentos de saúde deles, os pensamentos das pessoas sobre saúde e doença, assim como assuntos relacionados, estão sendo cada vez mais pesquisados. Nesse sentido, é que se identifica na literatura uma tendência à realização de pesquisas sobre as concepções das pessoas, dos mais variados contextos, a respeito das noções de saúde e doença (Boruchovitch & Mednick, 2002).

Uma idéia comum subjacente à grande parte das pesquisas que dedicam-se ao estudo das concepções de saúde e doença é a de que estas são fortemente influenciadas pelo contexto cultural em que ocorrem. Dessa forma, a definição do que é saudável e doente, normal e anormal, são e insano, varia tanto interculturalmente quanto intraculturalmente. Um papel de destaque tem sido atribuído às concepções de saúde e doença, pois alguns autores (Boruchovitch & Mednick, 2002; Capra, 1982; Minayo, 1998; Minayo & Souza, 1989; Rezende, 1989) acreditam que elas condicionam a forma como cada pessoa experimenta seus estados de saúde e de doença, os comportamentos adotados para evitar a doença ou restabelecer a saúde e, inclusive, as próprias práticas de atendimento à saúde.

De forma geral, ao fenômeno saúde/doença pode-se atribuir causas de origem endógena e exógena. Os fatores endógenos relacionam-se aos aspectos biológicos, e o indivíduo é visto como responsável (seja pelas suas características genéticas ou por seus comportamentos "pouco saudáveis" em relação à sua saúde). As causas exógenas enfatizam o papel da sociedade, isto é, o desequilíbrio entre as relações de determinado grupo e dele com o seu meio. Assim, de acordo com uma concepção mais endógena ou exógena do processo saúde-doença, o indivíduo e as próprias práticas de atendimento à saúde tendem a enfatizar ações mais individuais ou sistêmicas para lidar com esse processo, seja ao atribuir uma explicação à sua condição de doente, buscar uma forma de tratamento, ou mesmo, estabelecer uma estratégia para cuidar da saúde.

Segundo Minayo (1998), saúde e doença podem ser vistas como expressão social e individual e, também, como expressão das contradições sociais. A partir dessas visões, o contexto sociocultural é percebido como influenciando a definição das atitudes e comportamentos relacionados à saúde/doença e a própria legitimação da condição de "estar doente". No entanto, a vivência pessoal desses estados ao longo da vida por cada indivíduo também deve ser um aspecto a ser considerado, uma vez que, de acordo com Minayo (1998), "é no indivíduo que essas concepções se unificam: é ele que sofre os males ou detém a saúde" (p. 194).

O entendimento das concepções de saúde/doença enquanto expressões da realidade social, que refletem as contradições do sistema capitalista é uma outra importante contribuição trazida por Minayo (1998) e Minayo e Souza (1989) à compreensão da construção social das concepções de saúde e doença. De acordo com as autoras as representações dominantes são mediadas pelos profissionais de saúde que tendem a se ater ao contorno biológico e individual do doente para explicar o fenômeno saúde/doença. Ao fazer isso, separam o sujeito de seu meio, de sua experiência existencial e dos condicionamentos de sua situação.

Em relação à classe trabalhadora, Minayo (1986, 1998) acrescenta que o conceito que está subjacente à definição social de saúde/doença, veiculado pela visão de mundo dominante é a de *incapacidade para trabalhar*. Para a classe trabalhadora, a representação de "estar doente" como sinônimo de inatividade tem a marca da sua experiência de vida, uma vez que para esses indivíduos o corpo representa o seu principal instrumento de trabalho. Daí serem bastante frequentes as definições de saúde e doença a partir de uma forte carga valorativa e afetiva. As expressões do tipo "a saúde é tudo", "é a maior riqueza", em oposição à doença como "castigo, infelicidade, miséria" são representações de uma realidade na qual o corpo se tornou a principal fonte de subsistência. Embora assimilem concepções dominantes e ajam a partir das regras estabelecidas pelos especialistas, as classes trabalhadoras possuem uma visão crítica que as leva a reinterpretar a visão dominante, usando-a de acordo com interesses imediatos e concepções particulares. Essas concepções apontam para uma visão mais totalizante do fenômeno que envolve o homem como corpo/alma, matéria/espírito e inclui relações afetivas, condições de vida e trabalho (Minayo, 1989, 1998).

A Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano (AEDH) e o Estudo do Processo Saúde-Doença

Este trabalho utiliza como modelo teórico-metodológico a Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano (AEDH). Na última década, uma série de estudos desenvolvidos pelo CEP-Rua (Centro de Estudos Psicológicos sobre Meninos e Meninas de Rua) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul vêm utilizando a AEDH para entender diferentes dimensões do desenvolvimento de populações que vivenciam situações de risco e vulnerabilidade pessoal e social, incluindo as crianças e adolescentes em situação de rua (Brito, 1999; Cecconelo, 2003; Hutz & Koller, 1997, 1999; Koller & Hutz, 1996; Neiva-Silva & Koller, 2002; Santana, 2002; entre outros).

Acrescente-se, ainda, que durante a exposição dos principais pressupostos da AEDH, será feito um esforço de apresentação de como os aspectos de saúde podem ser identificados nessa Abordagem. De acordo com Morais e Koller (2004), essa relação surge mais da interpretação de textos, metodologias e intervenções do que da conceituação teórica original propriamente dita, uma vez que na obra de Bronfenbrenner não é identificada claramente qualquer definição de saúde e/ou doença de forma explícita.

Para a AEDH, o desenvolvimento humano é definido como "o conjunto de processos através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características da pessoa no curso de sua vida" (Bronfenbrenner, 1989, p. 191). O desenvolvimento é entendido, portanto, como o resultado de um processo de interação contínua entre a pessoa e o seu contexto, o qual deve ser estudado a partir de quatro núcleos inter-relacionados: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo - PPCT (Bronfenbrenner, 1979/1996, 1989, 1995a, 1995b, 1999; Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Em um primeiro momento, é importante ressaltar a semelhança existente entre uma visão contextual de saúde, caracterizada pelos aspectos de historicidade, multidimensionalidade e processualidade, com a definição de desenvolvimento da AEDH citada acima. Nesse sentido, tanto o desenvolvimento quanto a saúde resultariam de um processo de interação contínua entre a pessoa e o seu contexto. Não se trata, portanto, nem de uma ênfase às características da pessoa, sejam elas biológicas ou psicológicas, nem de uma super-valorização dos aspectos ambientais sobre o desenvolvimento e/ou saúde, mas de uma

interação entre estes. Além disso, esses processos seriam responsáveis por gerar estabilidade ou mudança, decorrente da evolução e otimização dos recursos pessoais e ambientais, ou, no caso contrário, de sua deterioração. Mais uma vez, a dimensão processual do desenvolvimento pode ser associada à processualidade existente entre a saúde e a doença.

O processo é um construto que vem sendo desenvolvido ao longo da obra de Bronfenbrenner (1979/1996, 1989, 1995a, 1995b, 1999; Bronfenbrenner & Evans, 2000; Bronfenbrenner & Morris, 1998). Atualmente, é visto como o principal mecanismo responsável pelo desenvolvimento, funcionando como o "motor do desenvolvimento" (Bronfenbrenner & Morris, 1998, p. 996) e envolvendo sempre uma "transferência de energia" (Bronfenbrenner & Evans, 2000, p. 118). Os processos consistem na interação recíproca, progressivamente mais complexa, existente entre um ser humano ativo, biopsicologicamente em evolução, com as pessoas, objetos e símbolos presentes no seu ambiente imediato (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Estas formas de interação no ambiente imediato são denominadas de processos proximais.

Os processos proximais são descritos a partir de cinco aspectos: (1) para que o desenvolvimento ocorra, é necessário que a pessoa esteja engajada em uma atividade; (2) para ser efetiva, a interação deve acontecer em uma base relativamente regular, através de períodos estendidos de tempo; (3) as atividades devem ser progressivamente mais complexas; (4) para que os processos proximais sejam efetivos, deve haver reciprocidade nas relações interpessoais; e, (5) para que a interação recíproca ocorra, os objetos e símbolos presentes no ambiente imediato devem estimular a atenção, exploração, manipulação e imaginação da pessoa em desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1999).

Os processos proximais podem produzir dois tipos de efeitos: (1) competência, que se refere à aquisição e ao desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e capacidade da pessoa em conduzir e direcionar o seu próprio comportamento através de situações e domínios evolutivos (intelectual, físico, sócio-emocional, artístico etc.); e, (2) disfunção, que se refere à manifestação recorrente de dificuldades em manter o controle e a integração do comportamento (Bronfenbrenner, 1999). A competência e a disfunção estariam, portanto, relacionadas à presença de comportamentos mais (ou menos) adaptados, ou seja, mais (ou menos) saudáveis. Competência e disfunção podem ser entendidas, também, como partes de um mesmo *continuum* e não como características estáticas e antagônicas.

Bronfenbrenner e Evans (2000) destacam, porém, que a competência ou disfunção produzida é uma função conjunta das características biopsicológicas da pessoa, das características do ambiente (do mais imediato ao mais remoto), da intensidade e da frequência em relação ao período de tempo, durante o qual foi exposta ao processo proximal e ao ambiente no qual ocorreu. Dessa forma, os processos proximais produtores de competência tendem a ter maior impacto sobre o desenvolvimento e a saúde, quanto mais intensos e frequentes forem, assim como se acontecerem em ambientes favoráveis ou estáveis.

O segundo componente do modelo ecológico é a pessoa. Esta, é analisada a partir das suas características biopsicológicas e daquelas construídas na interação com o ambiente. Além disso, as características da pessoa são vistas como produto e produtoras do desenvolvimento e estão divididas em três núcleos básicos: as características de disposição, recursos biopsicológicos e demanda. As características de disposição referem-se às características pessoais que podem tanto promover o desenvolvimento (forças generativas) quanto retardar ou mesmo impedir o desenvolvimento (forças disruptivas). As características de curiosidade, elevado nível de auto-eficácia e responsividade são exemplos de forças generativas; ao passo que, impulsividade, distração e baixo nível de auto-eficácia ilustram as forças disruptivas. As características de recursos biopsicológicos envolvem as deficiências (defeitos genéticos, baixo peso no nascimento, deficiência física ou mental) ou atributos psicológicos (capacidades, habilidades e conhecimentos que evoluíram ao longo do desenvolvimento) que influenciam a capacidade da pessoa de engajar-se de forma efetiva nos processos proximais. Por fim, as características de demanda referem-se aos atributos pessoais (ínatos ou não) capazes de estimular ou desencorajar as reações do ambiente social, como por exemplo, gênero, etnia, temperamento, aparência física atrativa *versus* não atrativa, etc (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

A descrição feita por Bronfenbrenner e Morris (1998) sobre as características das pessoas representa um importante elemento de análise, uma vez que fornece indicadores importantes a serem observados no seu desenvolvimento e, conseqüentemente, para a sua saúde. Estas características referem-se tanto a características herdadas geneticamente quanto àquelas pessoais desenvolvidas ao longo do ciclo vital da pessoa e da sua relação com o ambiente social. Daí surge um espectro bastante variado de características a serem observadas

(gênero, etnia, aparência física, habilidades, deficiências físicas e mentais, auto-eficácia, responsividade etc.).

O terceiro componente do modelo ecológico é o contexto, analisado através da interação de quatro níveis ambientais: o microsistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema. O microsistema refere-se ao conjunto de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pela pessoa em desenvolvimento em um ambiente específico. Este contexto é constituído pelas relações face a face caracterizadas pelo alto grau de significância e estabilidade. As inter-relações ocorridas entre os microsistemas formam o mesossistema, sendo a sua constituição modificada ou ampliada ao longo do desenvolvimento a partir das experiências vividas pela pessoa. O terceiro nível é o exossistema, composto pelos ambientes nos quais a pessoa em desenvolvimento não está presente, mas cujos eventos ocorridos influenciam indiretamente o seu desenvolvimento. O macrosistema refere-se ao conjunto compartilhado de crenças, ideologias e valores que perpassam as formas de organização social, influenciando o desenvolvimento das pessoas (Bronfenbrenner, 1979/1996). O ambiente ecológico é concebido, portanto, como se estendendo além da situação imediata que afeta diretamente a pessoa em desenvolvimento, os objetos e símbolos aos quais elas responde ou as pessoas com quem interage face a face. É dada igual importância às conexões entre outras pessoas presentes no ambiente (tanto imediato quanto mais remoto), à natureza desses vínculos e à sua influência indireta sobre a pessoa em desenvolvimento.

A consideração desses diferentes sistemas nos quais a pessoa interage representou um importante salto teórico e metodológico para a compreensão do desenvolvimento humano e como aqui será mostrado traz também importantes implicações para o entendimento da saúde e doença das pessoas. A primeira implicação trata da necessidade de considerar a saúde, a partir de acontecimentos nos mais variados contextos, desde os mais imediatos até os mais remotos. Esta preocupação, por sua vez, parte do entendimento da saúde como uma dimensão que está intimamente relacionada à condição de vida, ou seja, "condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, acesso a serviços de saúde", dentre outros (Minayo, 1986, p. 10). De forma especial, destaque-se aqui a dimensão do macrosistema, uma vez que este diz respeito ao papel do estado como promotor de políticas sociais (habitação, educação, emprego, saúde, lazer etc.), consideradas dimensões

fundamentais na prevenção e manutenção das condições de saúde das pessoas. Além disso, é no âmbito do macrossistema que as idéias e valores acerca do que é saúde, como preveni-la e tratá-la são produzidas, influenciando, portanto, as atitudes e comportamentos das pessoas (Boruchovitch & Mednick, 2002).

A segunda implicação, por sua vez, refere-se à relação destacada por Bronfenbrenner (1979/1996) entre a existência de relações interpessoais recíprocas, baseadas no afeto e equilíbrio de poder com um desenvolvimento saudável. Nesse sentido, De Antoni e Koller (2000) chamam a atenção para a importância da permeabilidade e flexibilidade dos diversos sistemas do contexto ecológico para a garantia da proteção e a promoção de saúde e de resiliência. Os diversos contextos têm um papel definitivo de ação, mas mesmo assim podem interagir para superar dificuldades e cooperar entre si para contribuir para a melhoria de qualidade de vida das pessoas. Essa proposta é coerente com a observação de Minayo (1998), segundo a qual os chamados "problemas de saúde" não se resolvem apenas a partir de decisões no setor saúde (maior investimento em aparelhagem, medicamentos e na construção de hospitais), mas envolve decisões em outros espaços (no próprio ambiente familiar, nos centros comunitários, na escola, no conselho tutelar, na secretaria/ministério de educação, lazer e cultura, na secretaria/ministério de habitação, saneamento etc.). De acordo com a AEDH, portanto, tratam-se de ações que envolvem desde o micro até o macrossistema.

O quarto componente do modelo ecológico é o tempo, que tem assumido uma posição cada vez mais de destaque nos estudos da AEDH, por permitir que seja examinada a influência para o desenvolvimento humano de mudanças e continuidades ocorridas ao longo da vida. O tempo pode ser entendido como um sistema integrado, denominado cronossistema, o qual possui três esferas: microtempo, mesotempo e macrotempo. O microtempo refere-se à menor das esferas e consiste na temporalidade envolvida nas interações das pessoas em desenvolvimento. Trata-se, ainda, das continuidades e descontinuidades observadas dentro dos episódios de processos proximais. O mesotempo refere-se à periodicidade dos eventos no curso do desenvolvimento, através de intervalos de tempo maiores, como dias, semanas e anos. O macrotempo, por sua vez, está relacionado com eventos amplos que definem a história que atua no desenvolvimento. Esta história possui duas dimensões: o momento no ciclo vital e o tempo histórico e social em que a pessoa em desenvolvimento se encontra (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Santana, 2002).

Com relação à saúde, verifica-se que como via de regra todo ser humano, em algum momento de sua vida, já se sentiu (ou se sentirá) doente, ou, já vivenciou momentos nos quais poderia dizer que se sentia mais ou menos saudável que em outras oportunidades. Nesse sentido, suas experiências presentes estarão sempre sendo influenciadas pela forma como essa pessoa já experimentou (ou não) no seu passado esses fenômenos, assim como a partir de como aquela situação é percebida historicamente. À guisa de exemplo, talvez uma jovem resolva procurar um psicólogo, porque acredita que os sintomas que sente caracterizam uma depressão. Essa decisão baseia-se tanto na observação da continuidade desses sintomas ao longo do seu desenvolvimento, mas também pela explicação dada por sua família e veiculada pela mídia de que aquilo que sente seja, de fato, depressão. Vê-se, portanto, aqui, a influência do aspecto tempo, uma vez que nem sempre a tristeza sentida por aquela jovem recebeu um status científico de depressão, ao mesmo tempo que é a interação com a sua mãe, com a mídia e um olhar sobre o seu passado, que a leva a buscar ajuda.

Uma característica importante da AEDH diz respeito à sua ênfase sobre o aspecto da "experiência e percepção" do indivíduo a respeito do ambiente e da sua influência sobre o seu desenvolvimento. Nas palavras de Bronfenbrenner (1979/1996) "aquilo que importa para o comportamento e o desenvolvimento é o ambiente conforme ele é percebido, e não conforme ele poderia existir na realidade 'objetiva'" (p.6). Embora essa afirmação seja feita com relação à dimensão do contexto/ambiente, também se aplica às demais dimensões do desenvolvimento: pessoa, processo e tempo. Há, enfim, uma valorização dos significados atribuídos pela pessoa em desenvolvimento às suas diversas experiências, uma vez que estes influenciam a maneira como a pessoa age.

Os principais aspectos positivos do uso dessa abordagem e, em especial, da sua utilização no estudo das condições de saúde das crianças e adolescentes em situação de rua residem no fato de que: 1) propõe uma compreensão ampla e contextualizada da realidade estudada, a partir das quatro dimensões que ajudam a entender o desenvolvimento humano (pessoa, processo, contexto e tempo); 2) no que se refere ao contexto e ao tempo, permite (e exige) a inclusão de vários níveis de análise, possibilitando a compreensão da influência do ambiente e do tempo para o desenvolvimento das pessoas; 3) privilegia a análise dos processos de interação no ambiente natural em que ocorrem; 4) valoriza o estudo das percepções e significados produzidos pelas pessoas acerca de suas experiências; 5) adequa-se

aos estudos que priorizam os aspectos saudáveis das pessoas, em particular os estudos sobre resiliência e vulnerabilidade, uma vez que esses estudos exigem um maior entendimento das características do contexto estudado, conseguida através da inserção ecológica dos pesquisadores no ambiente de pesquisa; e, 6) afirma que o conhecimento e a análise das políticas sociais são essenciais para o progresso da pesquisa/ciência, uma vez que elas influenciam o desenvolvimento humano.

Essas vantagens do uso da AEDH garantem a sua aplicação no estudo do desenvolvimento humano nos mais variados contextos, desde que a ênfase maior seja na compreensão do desenvolvimento como o resultado da interação da pessoa com o seu contexto. O caso das pesquisas com crianças e adolescentes em situação de rua é somente mais uma possibilidade de aplicação dessa abordagem. As vantagens do seu uso com essa população decorrem da possibilidade de compreender um contexto pouco estudado, a partir do conhecimento das particularidades dos *processos proximais*, resultantes da interação entre as características dessas crianças e adolescentes (*pessoas*) com o seu *contexto*, ao longo do *tempo*.

Psicologia Positiva, Resiliência e AEDH: O Foco sobre a Saúde

Historicamente, a Psicologia tem sido marcada pelo estudo da psicopatologia, da doença e do desvio. Em grande parte, essa tendência representa uma influência do modelo biomédico que, baseado na divisão cartesiana corpo/mente, supervaloriza o aspecto biológico, assim como a doença. A elaboração de psicodiagnósticos e o uso da expressão "paciente" são exemplos emblemáticos da influência dessa tradição nesse campo de saber e atuação (Giacomoni, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Sheldon & King, 2001; Yunes, 2003).

No entanto, nas últimas décadas, uma nova perspectiva teórica vem sendo apresentada: a Psicologia denominada Positiva. Nas edições de 2000 e 2001 da *American Psychologist*, Revista da Associação Americana de Psicologia, podem ser identificados os conceitos fundamentais dessa nova área da Psicologia. Seligman e Csikszentmihalyi (2000) definem Psicologia Positiva a partir do seu objetivo de compreender os fatores e processos que promovem o desenvolvimento psicológico sadio. Para a Psicologia Positiva, portanto,

interessa compreender quais aspectos são responsáveis por fortalecer e construir competências nos indivíduos, ao invés de ficar tentando "corrigir" deficiências ou "consertar o que está quebrado, defeituoso" (p. 5). Trata-se, assim, segundo Sheldon e King (2001) do "estudo científico das forças e virtudes do ser humano comum" (p. 216). Os autores lançam o desafio para que os psicólogos procurem explicar o fato de que, apesar de todas as dificuldades, a maioria das pessoas consiga superar as adversidades e manifestar competência. Seligman e Csikszentmihalyi (2000) lembram, ainda, que mesmo baseada no modelo da doença, a Psicologia não avançou em estudos e pesquisas sobre prevenção. Diante dessa constatação, defendem uma mudança de paradigma, na qual a prevenção viria de uma perspectiva focada na construção de competências e não na correção de fraquezas ou fragilidades.

Aspectos como bem-estar subjetivo, otimismo, felicidade, autodeterminação, esperança, criatividade, habilidades interpessoais e fé são alguns exemplos de traços humanos que os teóricos da Psicologia Positiva vêm relacionando a um desenvolvimento saudável. Nas edições de 2000 e 2001 da revista *American Psychologist*, há exemplos de pesquisas sobre esses temas e as suas conseqüências sobre o desenvolvimento saudável dos indivíduos. O objetivo aqui não é o de focalizar sobre cada temática em particular, mas muito mais, destacar a necessidade da mudança de enfoque nos estudos sobre o desenvolvimento humano: da doença para a saúde.

Além destes aspectos, destaca-se a característica da resiliência, a qual constituiu-se há pouco mais de vinte anos como uma área de interesse e pesquisa, sendo, entretanto, anterior a da Psicologia Positiva (Masten & Garmezy, 1985; Rutter, 1981, 1985, 1987, 1993, 1996). Apesar das inúmeras controvérsias quanto à definição de resiliência, por muito tempo entendida como "invulnerabilidade" (idéia de resistência absoluta ao estresse e de uma característica que é imutável), fica evidente que a compreensão desse conceito é fundamental para o estudo do desenvolvimento humano, saudável ou não. Dessa forma, a resiliência é entendida como uma reafirmação da capacidade humana de superar adversidades, o que não quer dizer que o indivíduo saia da crise ileso, como implica o termo invulnerabilidade. Além disso, suas bases são tanto constitucionais quanto ambientais, não havendo, por conseguinte, uma quantidade fixa, e sim, variando de acordo com as circunstâncias. A resiliência é entendida, portanto, não somente como uma característica do indivíduo, como uma capacidade inata, herdada por alguns "privilegiados", mas a partir da interação dinâmica

existente entre as características individuais e a complexidade do contexto social (Cecconello, 2003; Hutz, Koller, & Bandeira, 1996; Junqueira & Deslandes, 2003; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Yunes, 2003; Yunes & Szymansky, 2001).

A definição de resiliência, a partir da compreensão da interação do indivíduo com o seu ambiente, implica o entendimento também dinâmico dos chamados fatores de risco e proteção. Os fatores de risco estão relacionados a toda sorte de eventos negativos de vida que, quando presentes no seu contexto, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, psicológicos e sociais. Apesar de alguns aspectos virem sendo tomados como experiências estressoras no desenvolvimento das crianças (divórcio dos pais, perdas de entes próximos, abuso sexual/físico, pobreza etc.), é importante destacar que o risco não deve ser visto como uma categoria a priori, mas como um processo. Ou seja, as situações de pobreza ou de divórcio dos pais não podem ser vistas como um risco a priori, sem que antes sejam entendidos os processos ou mecanismos que influenciam e ligam o risco às suas conseqüências. A resiliência, por sua vez, refere-se a processos que operam na presença do risco para produzir características saudáveis, e não na evitação ou eliminação dos fatores de risco (Cecconello, 2003; Cowan, Cowan, & Schulz, 1996; Yunes, 2003; Yunes & Szymansky, 2001).

Os fatores de proteção, por sua vez, dizem respeito às influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação. Também no conceito dos fatores de proteção, enfatiza-se uma abordagem de processos, através dos quais diferentes fatores interagem entre si e alteram a trajetória da pessoa, seja para produzir uma experiência estressora ou protetora em seus efeitos. Masten e Garmezy (1985) identificaram três classes de fatores de proteção: a) os atributos disposicionais das pessoas (nível de atividade e sociabilidade, auto-estima, autonomia etc.); b) laços afetivos no sistema familiar e/ou em outros contextos que ofereçam suporte emocional em momentos de estresse (que pode ser ampliada como coesão ecológica); e, c) sistemas de suporte social, seja na escola, no trabalho, na igreja, no serviço de saúde que propiciem competência e determinação individual e um sistema de crenças para a vida (Yunes & Szymansky, 2001).

A partir da definição de resiliência como uma capacidade humana de superar adversidades, resultante da interação permanente e do jogo de forças entre os fatores de risco e proteção, é possível estabelecer sua semelhança com a definição de saúde, a partir do seu

caráter histórico, multidimensional e processual. Nesse sentido, torna-se bastante coerente entender o desenvolvimento humano como resultando da interação das características constitucionais da pessoa e do ambiente no qual está. Essas características, por sua vez, podem representar tanto fatores de risco, ou seja, eventos negativos de vida que aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, psicológicos e sociais, quanto fatores de proteção que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação. A literatura sobre resiliência tende a apresentar, portanto, uma leitura mais dinâmica e processual do desenvolvimento humano, que em muito assemelha-se à visão de saúde como processo e não desta como um estado absoluto.

Ao mesmo tempo, fazendo uma leitura da resiliência a partir da Psicologia Positiva, é possível afirmar a necessidade de que se passe a privilegiar o estudo dos fatores de proteção, assim como tem sido feito com os fatores de risco. Embora a teoria apresente os fatores de risco e, sempre em seguida, os fatores de proteção, na prática, pesquisadores e profissionais têm ocupado a maior parte do seu tempo "diagnosticando" (para usar um termo que traz consigo a ênfase à doença e ao patológico) deficiências, limitações e dificuldades. Assim, multiplicam-se os estudos sobre o uso e abuso de drogas, sobre abuso físico e sexual e abandono familiar, por exemplo. Mas, ao mesmo tempo, poucos são os profissionais que têm se perguntado sobre os fatores que têm feito com que tanto as pessoas atingidas por essas dificuldades, quanto aquelas que não o foram, possam enfrentar essas adversidades ou evitá-las, mesmo estando expostas às mesmas condições históricas e contextos de desenvolvimento. A compreensão desses fatores é fundamental, uma vez que possibilitam a elaboração de perspectivas eficazes de prevenção e promoção de saúde. Dessa forma, assim como foi dito que a Psicologia Positiva propõe uma mudança de enfoque da doença para a saúde, urge também que se passe a estudar os fatores de proteção assim como se tem estudado os fatores de risco.

Essa necessidade é urgente, sobretudo quando se leva em consideração que a ênfase exacerbada sobre fatores de risco e sobre o que vai "mal" dos indivíduos, faz com que muitos profissionais, sobretudo aqueles que trabalham com populações em situação de risco pessoal e social, enfatizem o que Junqueira e Deslandes (2003) chamam de determinismo social e "fatalismo". Estes autores destacam a necessidade de que essas populações possam ser vistas não simplesmente como vítimas de um sistema social injusto, que as oprime e sobre o qual

elas não têm nenhum poder, restando apenas a opção de a ele submeter-se e sofrer com suas determinações. Ao invés disso, reforçam a atitude de resgatar e fortalecer (*empowerment*) as dimensões sadias dessa pessoa, as quais possibilitam lutar e tentar superar as situações de risco. Superam, assim, o determinismo social, o preconceito e os estereótipos macrossistêmicos, marcados por um discurso que ressalta e supervaloriza deficiências e prejuízos e que está pouco atento às estratégias utilizadas para superar as adversidades enfrentadas. Estas últimas, por sua vez, representam a busca dessas pessoas por saúde e competência frente ao ciclo vital.

Nesse sentido, a AEDH é bastante útil, uma vez que parte da premissa de que o desenvolvimento só pode ser entendido se devidamente contextualizado e a partir da interação dinâmica de quatro dimensões: pessoa, processo, contexto e tempo, as quais já foram devidamente descritas. Ao fazer isso, são evitados os equívocos freqüentemente cometidos de entender o desenvolvimento de uma população (principalmente no caso de populações em risco) a partir dos critérios de estudos realizados com outras populações, de contextos bastante diferenciados (Emde, 1994; Fischer, 1993; Huston, McLoyd, & Coll, 1994; Jessor, 1993).

Por fim, todas as considerações feitas acerca da Psicologia Positiva, da resiliência e da AEDH, como uma estratégia teórico-metodológica, que tem orientado muito dos estudos que enfocam os aspectos saudáveis das pessoas, trazem à tona uma importante implicação prática a qual deve ser incorporada à agenda de pesquisa e de atuação dos diferentes profissionais (educadores, psicólogos, assistentes sociais, médicos etc.). Trata-se de uma mudança de olhar com relação ao humano, desde aquele que vive em condições ditas "típicas" de desenvolvimento, quanto àqueles que vivem em situações atípicas (crianças em situação de rua, institucionalizadas, em situação de violência doméstica, por exemplo), mas que ainda sim, estão em desenvolvimento. Essa nova lente resgata, em primeiro lugar, o ser humano como alguém que busca a felicidade e o seu bem-estar com esperança, otimismo, criatividade e transcendência religiosa, dentre outros. No segundo momento, mas intimamente relacionado ao primeiro, está a crença no potencial do ser humano como um ser ativo capaz de desenvolver estratégias para conseguir atingir a felicidade e o bem-estar, fato que passa inevitavelmente, durante a existência, pela capacidade de superar adversidades (Morais & Koller, 2004).

Crianças e Adolescentes em Situação de Rua

Cada vez mais, acentua-se o fenômeno dos meninos e meninas em situação de rua que fazem das ruas de países em todos os continentes o seu principal espaço de vida. Essa imagem é fonte de ambigüidades para a população, a qual tende a reagir ora com comoção e, bem mais freqüentemente, com desconforto, indiferença e temor.

A literatura existente sobre crianças e adolescentes em situação de rua refere-se sempre à dificuldade e à existência de controvérsias para se definir quem, como e quantos são. No entanto, apesar do esforço de muitos pesquisadores, Koller e Hutz (1996) destacam a diversidade e dinâmica do cotidiano dessa população, alertando para o perigo de definições que se pretendem universais e capazes de abranger toda a complexidade desses modos de vida.

Com base nessa preocupação é que sugerem a terminologia "em situação de rua", ao invés de "menino *de* rua" e "menino *na* rua". O uso destas últimas categorias, organizadas a partir do critério de vinculação familiar (ruptura e manutenção, respectivamente) seria problemático devido à idéia de estaticidade que implicam. O cotidiano da rua mostra que os vínculos são muito mais complexos e dinâmicos do que o simples fato de ter rompido ou não com a família, decorrendo daí a dificuldade em se traçar os limites precisos de tais definições.

Apesar da dificuldade em se definir quem são as crianças e os adolescentes em situação de rua, os trabalhos mais recentes da área têm reiterado a necessidade de que esses critérios de identificação estejam esclarecidos, fato imprescindível para a coerência e confiabilidade do estudo, assim como para a realização de estudos comparativos. Nesse sentido, é que se percebe a caracterização desse grupo social a partir de certas características, tais como: a inexistência ou o contato irregular com a família; o desempenho de uma atividade (vender objetos, guardar e limpar carros, engraxar sapatos, mendigar etc.) para obtenção de dinheiro, alimento, vestuário, bens, serviço ou privilégio; a aparência descuidada: roupas sujas, cabelos despenteados etc.; e, a não companhia de um adulto responsável/cuidador aparente (Neiva-Silva & Koller, 2002). Esses aspectos, por sua vez, não devem ser considerados de forma estática e absoluta, mas a partir do contexto em que a criança se encontra, os riscos aos quais ela está exposta e a vulnerabilidade a estes riscos. É

preciso, portanto, compreender a história de vida de cada criança e adolescente, para que a sua condição de "em situação de rua" seja melhor compreendida.

Ao falar de condição e destacar-se a heterogeneidade e dinamicidade desse grupo, procura-se ressaltar aqui também a idéia de que ser *menino de rua* é uma identidade atribuída e uma condição temporária com a qual se pode romper. Nesse sentido, assim como destacado por Gregis (2002), acredita-se que a identidade de *menino de rua* não é única. Ela pode ser, por exemplo, de "coitadinho e sofrido" ou de "agressivo e violento". Em ambos os casos, porém, são formas possíveis de identidade que se configuram em interações particulares. A imagem de menino de rua é, portanto, uma imagem dialética e historicamente construída, que evidencia tensão e ambigüidade e "irrompe da relação dos sujeitos observados com as pessoas que encontram no território da rua, ocupadas em seus afazeres cotidianos e, inclusive, com o pesquisador" (Gregis, 2002, p. 28). Além disso, é importante destacar que as crianças e adolescentes em situação de rua têm a rua como o seu mais imediato (e não o único) contexto de desenvolvimento, podendo, em um mesmo dia, freqüentar diferentes espaços, tais como: instituições de atendimento, escola e casa de familiares, por exemplo (Hutz & Koller, 1997, 1999; Koller & Hutz, 1996; Neiva-Silva & Koller, 2002; Santana, 2002). Dada a influência do contexto sobre o seu desenvolvimento, este só poderá ser compreendido se devidamente contextualizado.

Através de uma revisão histórica, Gregis (2002), Santana e Neto (1999) e Santos (2002) mostram como os conceitos de infância foram variando ao longo da história e como essas diferentes concepções deram origem a diferentes formas de atendimento a essa população. Nesse processo, três momentos são destacados: a filantropia da "Roda de Expostos", o controle e disciplinamento do "Código de Menores" e, por fim, a doutrina de proteção integral do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei 8069/90), que dispõe sobre as crianças e adolescentes na sociedade atual. A breve referência à essa transformação histórica, portanto, corrobora o caráter histórico das concepções de infância, assim como das representações que se tem sobre a infância e adolescência em situação de rua. Esta, por sua vez, dependendo do momento histórico e concepção hegemônica, pode ser vista como desprotegida, criminosa ou enquanto um sujeito de direitos. Enquanto representações, essas visões são construídas e reproduzidas em diferentes esferas, como o senso comum, a mídia e o discurso científico.

Sobre este último, podemos encontrar a partir da década de 80, duas imagens conflitantes acerca da criança de rua. De um lado, a visão desta como "vítima", que deve ser resgatada daquele ambiente severo e explorador e, do outro, a criança como uma "sobrevivente ativa que está pleiteando por um caminho alternativo e altivo pra se chegar à adultez" (Raffaelli, 1996, p. 125). Ainda hoje, essas imagens coexistem nos trabalhos científicos sobre as crianças e adolescentes em situação de rua, fato que pode levar a implicações negativas, caso se tome (uma ou outra) como regra única do funcionamento desse grupo social. Trata-se, portanto, de um limiar bastante sutil. Ao mesmo tempo em que não é desejável que as crianças e adolescentes sejam vistos a partir, unicamente, de suas faltas, racionalidade característica do sistema capitalista, também não é interessante que se naturalize e romantize-se as diferentes estratégias desenvolvidas por eles para sobreviver nas ruas.

Embora a primeira tendência seja, historicamente, a mais comum nos estudos da área, uma tendência mais atual, com a qual esta pesquisa está de acordo, é a de que o estar na rua permite e promove um desenvolvimento que deve ser considerado. Nesse sentido, é preciso estar atento também para os aspectos saudáveis do desenvolvimento dessas crianças e adolescentes, os quais podem ter sido preservados e/ou desencadeados pelo estar na situação de rua (Hutz, Koller, & Bandeira, 1996).

A consideração dos aspectos saudáveis dessas crianças e adolescentes em situação de rua, no entanto, não implica no entendimento desse ambiente como um local ideal ou favorável para elas viverem. Ela frisa, apenas, a complexidade da questão e desperta para a necessidade de análises que considerem a criança e o adolescente na sua totalidade, ou seja, a partir do lugar ocupado por eles nas representações sócio-historicamente construídas por diversos atores e estruturas sociais. Estas representações, por sua vez, influenciam a relação das crianças e adolescentes com o seu contexto, desde o nível das suas relações familiares até a sua rede de apoio, os quais devem ser igualmente levados em consideração na realização de pesquisas e atividades de intervenção. Por fim, acredita-se que toda essa preocupação está intrinsecamente relacionada com o que Santos (2002) afirmou sobre a necessidade de não se considerar mais a criança e o adolescente em situação de rua como um "exótico", ou como um "outro" distante. Mas, ao contrário, perceber essa população a partir, sobretudo, das semelhanças que possuem com filhos, sobrinhos e outras crianças e adolescentes consideradas nossos "iguais".

Questões Relacionadas ao Processo Saúde-Doença entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua

Em uma pesquisa realizada em Salvador, Di Villarosa e Bunchaft (1993) analisaram o acesso das crianças e adolescentes em situação de rua aos serviços de saúde, considerando dois aspectos: a demanda de serviços por parte das crianças e adolescentes e a oferta por parte dos serviços. Os dados foram recolhidos por meio da análise de fichas individuais dos adolescentes atendidos pelo Projeto Axé, de entrevistas não estruturadas com os educadores de rua que trabalham nas áreas selecionadas para a pesquisa e de entrevistas não estruturadas com operadores (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e funcionários) dos serviços de saúde localizados em tais áreas.

Os resultados da pesquisa mostraram que os problemas de saúde mais freqüentemente detectados através dos sintomas expressos pelos meninos e meninas foram os de caráter odontológico (29%), dermatológico (19%), traumatológico (5,5%) e oftalmológico (4,5%). As infecções gastrointestinais, respiratórias e as parasitoses, consideradas "doenças da pobreza", não apresentaram uma incidência relevante para esse grupo. Assim, embora o grupo de crianças e adolescentes em situação de rua represente um grupo em situação de risco, parece apresentar características diversas daquelas faixas de população que vivem na pobreza, pois dispõe, em geral, de uma renda mínima, diferentemente de outros na mesma faixa etária, porém que não vivem nas ruas. Tal fato limita o risco da desnutrição aguda, a qual se associa geralmente à elevada incidência destas doenças.

Di Villarosa e Bunchaft (1993) afirmaram que a incidência das doenças, destacadas anteriormente, estava associada à existência de uma sinergia negativa entre quatro características dos meninos(as): o consumo de drogas, o analfabetismo, o fato de já ter tido problemas com a justiça e a ruptura da vinculação familiar. Dessa forma, os pesquisadores constataram que entre os indivíduos que apresentavam sintomas de doença, 80% deles eram consumidores de droga, 52% eram analfabetos e o percentual de problemas de saúde foi proporcionalmente maior no grupo que teve envolvimento anterior com a justiça. Além disso, tanto o uso de drogas, quanto o analfabetismo e o envolvimento com a justiça foram menos freqüentes no grupo de crianças e adolescentes que ainda mantinham algum tipo de

vinculação com a sua família. Outros fatores de risco identificados foram: a higiene pessoal precária, a violência entre os meninos e da polícia e a promiscuidade sexual. Os pesquisadores não explicitaram o que entendem como "promiscuidade sexual".

Quanto ao acesso e ao uso dos serviços de saúde pelas crianças e adolescentes em situação de rua de Salvador, a pesquisa (Di Villarosa & Bunchaft, 1993) mostra que essa população utiliza os serviços de saúde apenas nos casos de emergência, quase sempre na presença de um problema grave ou de uma doença em estado avançado. Quando procura é, geralmente, acompanhado pelo educador, cuja presença é vista como maior garantia de que será bem atendido e não sofrerá discriminação. O comportamento das crianças e adolescentes costuma ser de "imediatismo", ou seja, pretendem que o atendimento seja fornecido o mais rápido possível e que o problema seja resolvido no exato momento, sem necessidade de outras consultas ou exames. Raramente há um retorno ao serviço para um acompanhamento da evolução da sua condição e não existe interesse em seguir as prescrições de caráter preventivo que são indicadas. Sobre a existência de dificuldades enfrentadas no atendimento, Di Villarosa e Bunchaft (1993) afirmaram que não podem concluir que exista uma evidente discriminação, por parte dos serviços de saúde, dos meninos(as) em situação de rua. Os problemas enfrentados por estes parecem ser os mesmos que os pacientes do serviço público enfrentam, como a falta de pessoal, equipamentos, materiais, remédios, filas longas etc. Dessa forma, concluíram que as dificuldades ao acesso e ao uso dos serviços estão relacionados "a aspectos subjetivos vinculados à percepção que os meninos *de* rua têm da relação saúde-doença. Na rua, a sobrevivência mais que a saúde é prioridade absoluta, o serviço é procurado, logo, somente quando a própria sobrevivência parece encontrar-se em risco." (p.18)

Os meninos(as) em situação de rua costumam usar predominantemente os serviços de urgência, ao passo que os serviços de caráter preventivo são subutilizados. Embora reconheça-se que a cultura preventiva e de cuidado com a saúde não seja hegemônica em nossa sociedade, a pesquisa (Di Villarosa & Bunchaft, 1993) destaca o fato de que, embora existam serviços com uma proposta de prevenção à saúde naquele contexto, a procura por este tipo de atendimento é praticamente inexistente pelas crianças e adolescentes em situação de rua. Por um lado, os serviços de emergência, que são os mais procurados, ao privilegiarem a rapidez do atendimento e não oferecerem um serviço preventivo ou um suporte psicológico e

social, reforçam a atitude imediatista dos meninos(as). Por outro lado, existe a dificuldade da demanda em exprimir-se e identificar-se adequadamente, somado ao que Di Villarosa e Bunchaft (1993) nomearam como uma "repulsa geral das crianças e adolescentes em procurar os serviços de saúde" (p. 21). Esse fato, por sua vez, estaria relacionado às formas dessa população perceber a relação saúde-doença, assim como da sua experiência pessoal dos serviços de atendimento, os quais podem ter reforçado (ou não) a tendência imediatista das crianças e adolescentes. Além disso, é preciso acrescentar que o fato da criança e o adolescente ter se sentido bem ou mal acolhido e atendido, pode contribuir para que ela retorne ou não ao serviço.

Outra pesquisa que merece destaque foi a desenvolvida por Santana (1998), a qual teve como objetivo diagnosticar a situação de saúde dos meninos(as) em situação de rua da cidade de Feira de Santana, investigar a concepção de saúde-doença e analisar as diferentes formas de enfrentamento da doença pelos mesmos. Participaram da pesquisa 25 crianças e adolescentes e foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: entrevista semi-estruturada, observação participante e dinâmicas de grupo. O diagnóstico de saúde dos participantes foi alcançado através de exames de saúde realizados pela enfermagem e pelo pediatra e por avaliações clínicas, odontológicas e dermatológicas. Os problemas de saúde diagnosticados com mais frequência nessa população foram parasitoses (aproximadamente 100%), acidentes (45%), cicatrizes (45%), infecções respiratórias (40%), infecções urinárias, ginecológicas e dermatológicas (ambas com 30%), além de anemia e DSTs (ambas com 20%).

É interessante perceber o fato de que, em duas cidades (Salvador e Feira de Santana) de um mesmo estado (Bahia) seja verificada diferença quanto ao percentual identificado das parasitoses na população em situação de rua. Dada essa discrepância, torna-se necessário refletir melhor sobre quais aspectos contextuais poderiam estar relacionados com a presença/ausência de parasitoses nesses dois contextos. Uma análise aprofundada poderia, assim, garantir a compreensão da afirmação feita pelos educadores de Salvador, que, segundo Di Villarosa e Bunchaft (1993) teriam afirmado que uma renda mínima garantiria às crianças em situação de rua uma vantagem sobre aquelas crianças pobres, mas que não estão nas ruas.

Sobre as concepções de saúde-doença, Santana (1998) encontrou que as crianças e adolescentes relacionaram a saúde e a doença tanto à ausência ou à presença de patologia,

quanto com as necessidades biopsicossocioafetivas. No primeiro caso, saúde e doença são vistas de forma imbricada e uma representa o contrário da outra. No entanto, a definição de doença enquanto presença de patologia, "*doença é dor-de-cabeça, dor de dente, ferida, dor de ouvido, dor de barriga*" (p. 174) apresentou-se com mais ênfase do que a da saúde como ausência de doença "*saúde é estar com o corpo sadio, não ter nenhum problema, nenhum tipo de doença*" (p.180). Já a segunda concepção (saúde-doença relacionada a necessidades biopsicossocioafetivas) representa uma visão mais abrangente do processo saúde-doença, uma vez que considera tanto as necessidades humanas biológicas "*saúde é comer todo dia feijão com farinha, carne e arroz*" (p.184), quanto a presença de aspectos psíquicos, afetivos, existenciais, políticos e espirituais da vida humana, como expresso a seguir: "*Saúde é não ter problema, é tá na paz de Deus*", "*saúde é ter cabeça boa*", "*é ter uma família*" (p. 186). Nas duas situações, porém, as definições usadas pelos participantes revelavam as condições de vida do grupo.

Quanto às formas de enfrentamento das doenças utilizadas pelos meninos(as) de Feira de Santana, Santana (1998) destacou duas práticas populares predominantes: a fitoterapia, que consiste no uso das folhas das ervas para os tratamentos em forma de chás, banhos e xaropes, e a trofoterapia, ou seja, atribuição de poder de cura aos alimentos. Essas práticas estavam também associadas ao uso dos medicamentos alopáticos, ingeridos através da auto-medicação ou, no máximo, através da indicação de conhecidos ou por funcionários de farmácias. De acordo com Santana (1998), os meninos(as) do estudo faziam uso dessas práticas não só porque aprenderam com seus pares, mas, principalmente, porque não tiveram acesso às políticas de saúde em seu município, estando excluídos da situação de usuário da rede de serviços.

O estudo realizado por Brito (1999) sobre o uso de drogas por crianças e adolescentes em situação de rua de Porto Alegre, apresentou também dados referentes à condição de saúde dessa população. Os objetivos da pesquisa eram descrever as instituições de assistência aos meninos e meninas em situação de rua em Porto Alegre, caracterizar o uso de drogas nessa população, descrever a sua visão sobre serviços de intervenção e prevenção ao uso de drogas direcionados à população de rua, além de avaliar a sua rede de apoio social. Participaram da pesquisa 83 meninos e meninas que vivem em situação de rua, com idade entre 10 e 18 anos. Os resultados foram obtidos através de questionários e de uma entrevista semi-estruturada.

Merece destaque o fato de 66,3% dos entrevistados ter afirmado não enfrentar qualquer problema de saúde, enquanto que apenas 27,7% apontou ter conhecimento de dificuldades com a sua saúde. Nesse último caso, as principais doenças citadas foram: respiratórias (65,2%), anemia (8,7%), AIDS, meningite, problemas cardíacos e ginecológicos (todos com 4,3%).

Enquanto na pesquisa de Santana (1998), as parasitoses destacam-se como a doença mais freqüentemente encontrada, aproximadamente 100% das crianças e adolescentes a apresentavam, no estudo de Brito (1999) sobressaíram-se as doenças respiratórias (65,2%). Essa variação parece estar relacionada às diferenças climáticas verificadas entre essas duas regiões do país (Nordeste, Sul). Mas, em ambas as situações, as doenças podem ser resultado das más condições de vida às quais as crianças e adolescentes em situação de rua estão submetidos. A exposição constante às intempéries do clima, por ausência de moradia, associada ao uso de inalantes e à alimentação inadequada, contribui para gerar uma situação de vulnerabilidade física, que é refletida por essa diversidade de patologias.

Quanto ao consumo de drogas entre os meninos e meninas em situação de rua, Brito (1999) constatou que 63,9% dos participantes usavam drogas no momento da pesquisa, 26,5% nunca usaram e 9,6% usaram no passado, mas pararam de usar. O álcool e o tabaco (drogas lícitas e aceitas socialmente) foram as drogas mais utilizadas pelos participantes, sendo seguidas pela loló (mistura de éter, essência e clorofórmio) e pela maconha. Sobre a relação estabelecida pelos participantes entre o uso de drogas e a saúde, grande parte deles afirmou que a droga que usa ou usou faz mal à sua saúde (78,8%). Porém, quando perguntados sobre o porquê, a maior parte (75%) não soube especificar e repetiu apenas que "*prejudica a saúde*". Para apenas 19,2% dos participantes, as reações orgânicas do uso excessivo ou da síndrome de abstinência são conhecidas, ou passíveis de descrições corretas. A relação estabelecida entre uso de drogas e saúde passa, portanto, pelo aspecto prejudicial que a primeira assume em relação à segunda. Muitos dos entrevistados afirmaram que gostariam de parar de usar droga (86,8%), mas 13,2% responderam que não gostariam de parar. A maior parte deles acredita que para a situação efetivar-se, depende de seus recursos pessoais e de sua vontade (41,3%), 23,9% dos participantes relacionam com a necessidade de tratamento médico e 15,2% com a volta para casa.

No que se refere à visão dos participantes sobre um serviço de intervenção direcionado aos usuários de drogas, Brito (1999) verificou uma forte influência do modelo médico, identificada através da priorização da figura do médico, do uso de medicamentos e exames e dos lugares fechados de tratamento. Quanto às atividades que seriam desenvolvidas, embora se identifique uma ênfase aos conselhos e às conversas, houve também referência às atividades de recreação, profissionalização, repouso e estudo. A necessidade de informação, assim como de oportunidade de melhores condições de vida (oferecer trabalho, estudo, ocupar o tempo livre) e apoio (não criticar, mas incentivar) foram as características apontadas como necessárias a um trabalho que visasse à prevenção do uso de drogas.

Em estudo realizado por Hutz e Forster (1996) com crianças e adolescentes em situação de rua de Porto Alegre, foi possível levantar informações fundamentais acerca dos padrões de comportamento sexual dessa população, aspecto também relevante para a saúde. Foram entrevistadas 283 crianças e adolescentes, entre seis e 19 anos. Os resultados, apresentados a partir da caracterização das crianças e adolescentes em dois grupos (*de rua e na rua*), com base no critério de ruptura/manutenção do vínculo familiar, mostraram diferenças importantes entre esses dois grupos. No entanto, a caracterização geral mostra que crianças de rua e na rua vivem uma situação de alto risco em termos de contaminação por HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. O grupo "de rua" inicia a sua atividade sexual mais cedo, apresenta um número maior de parceiros, envolve-se em prostituição com maior frequência e relata um número maior de episódios de abuso sexual. A pesquisa também mostrou que quase 80% das meninas de rua já havia sofrido violência sexual pelo menos uma vez. A frequência de relações sexuais é mais elevada em crianças de rua do que em crianças na rua. As meninas de rua também mantêm relações sexuais com mais frequência do que os meninos de rua. Além disso, os pesquisadores destacaram a alta proporção dessa população que nunca utiliza condoms. Entre as crianças de rua, 66% delas (em ambos os sexos), e entre as crianças na rua, 92% das meninas e 88% dos meninos. Aparentemente, todos os participantes sabiam o que era um condom e para que serviria. No entanto, as razões apresentadas para a não utilização foram o alto custo e a dificuldade em obtê-los.

Sobre o nível de conhecimento acerca da AIDS, Hutz e Forster (1996) constataram que a maioria dos participantes, sobretudo o grupo de crianças caracterizado como "na rua", não sabe exatamente o que é AIDS, como a doença se transmite e como evitar o contágio.

Embora a maioria dos participantes tenha pelo menos ouvido falar em AIDS e tema o contágio, a maior parte deles apresentou uma crença de invulnerabilidade à doença. Por fim, foram identificadas as fontes de informação que as crianças e adolescentes utilizam e nas quais mais confiam. A confiança em familiares, especialmente o pai ou a mãe, foi maior entre as crianças que vivem com a família. Crianças de rua, por sua vez, apresentaram elevados índices de confiança em monitores e em outros membros de equipes técnicas de instituições que freqüentam. Porém, para ambos os grupos de crianças, a principal fonte de informação confiável é o rádio, seguido de perto pela televisão.

A pesquisa sobre comportamento de risco ao HIV e o status médico de saúde de jovens *de rua* e *na rua*, desenvolvida por Pinto e cols. (1994) em Belo Horizonte confirma os dados encontrados por Hutz e Forster (1996) em Porto Alegre. Participaram da pesquisa 394 adolescentes com idades entre 10-18 anos que freqüentavam abrigos da cidade. Estes adolescentes responderam a uma entrevista de história da saúde e foram submetidos a exames físicos e testes sorológicos para HIV e Hepatite B. Comparando-se os resultados dos dois grupos (*de* e *na rua*), os primeiros tenderam a apresentar uma maior freqüência de relações sexuais, assim como uma menor idade para a primeira relação sexual. Eles também apresentaram maiores escores para o abuso sexual e para o uso de drogas, quando comparado aos jovens *na rua*. Sobre as doenças mais encontradas nos participantes, destacaram-se as gastroenterites e os problemas respiratórios.

Comparando-se os objetivos das cinco pesquisas citadas acima (Brito, 1999; Di Villarosa & Bunchaft, 1993; Hutz & Forster, 1996; Pinto e cols., 1994; Santana, 1998) identifica-se que, enquanto os estudos de Brito (1999), Hutz e Forster (1996) e Pinto e cols. (1994) focam, respectivamente, sobre os comportamentos de uso de drogas e sexual das crianças em situação de rua, os estudos de Di Villarosa e Bunchaft (1993) e de Santana (1998) tendem a tratar as questões de saúde e doença de forma mais abrangente. No primeiro caso, os pesquisadores fornecem uma análise do acesso das crianças e adolescentes de Salvador aos serviços de saúde, através de um confronto entre a demanda por serviços por parte das crianças e adolescentes e a oferta de serviços pelas instituições de atendimento. Já no segundo caso é apresentado um diagnóstico da condição de saúde das crianças e adolescentes em situação de rua em Feira de Santana, assim como investigadas as suas concepções de saúde e doença e analisadas as formas de enfrentamento à doença por parte dessa população.

Essa constatação serve para corroborar a idéia de que a literatura a respeito das condições de saúde de crianças e adolescentes em situação de rua é ainda bastante incipiente no Brasil. Quadro semelhante encontra-se quando são pesquisados estudos sobre as concepções de saúde e doença dessa população. A maioria dos estudos nessa área foi realizada nos países desenvolvidos, conforme destacam Boruchovitch e Mednick (1997, 2000). Além disso, o relato das quatro pesquisas feito acima também confirma a noção de que há uma tendência maior dos estudos de enfocarem a saúde ou a doença, ao invés de examinar ambos os conceitos dentro de um mesmo estudo e a partir da sua multidimensionalidade. Ao contrário, os estudos tendem a focar um único aspecto da saúde/doença, principalmente, o uso de drogas e o comportamento sexual/reprodutivo (Rooyen & Hartell, 2002).

Na revisão de literatura realizada, além do estudo de Santana (1998), foram encontrados os estudos de Boruchovitch e Mednick (1997, 2000, 2002) que preocupavam-se também em compreender os conceitos de saúde e doença de crianças e adolescentes. No entanto, apenas o estudo de Santana (1998) tinha como população as crianças e adolescentes em situação de rua. As pesquisas realizadas por Boruchovitch e Mednick (1997, 2000, 2002) foram realizadas com uma amostra de 96 estudantes de 6 a 14 anos (escolhidos aleatoriamente) de duas escolas de Ensino Fundamental, uma pública e outra privada do Município do Rio de Janeiro. A grande contribuição desses estudos, por sua vez, consiste na relação feita entre o desenvolvimento das concepções de saúde e doença de crianças e adolescentes com variáveis sócio-demográficas como sexo, idade, gênero e nível sócio-econômico.

Em linhas gerais, Boruchovitch e Mednick (1997, 2000, 2002) mostraram que há uma tendência das crianças e adolescentes a descreverem a saúde em torno de quatro noções: "práticas de saúde" (comer, higiene pessoal, dormir, descansar e exercitar-se), "não estar doente", "sentir-se bem" e "ser capaz de realizar atividades". Indivíduos mais velhos e com mais escolaridade definem saúde a partir de um número maior de temas (multidimensional). A presença de noções como "sentimentos positivos" e "não estar doente" também aumenta com a idade, ao passo que a categoria "práticas de saúde" tende a diminuir. Dessa forma, as autoras concluíram que idade, nível escolar e *status* sócio-econômico mostraram ser bons preditores de atribuições causais das crianças.

Além disso, "cuidar de si mesmo" foi considerada a causa mais importante de saúde, seguida de "cuidado familiar" e "cuidado médico". "Vírus e germes" e "falta de cuidado consigo mesmo", seguido de "mau clima", "acaso " e "falta de sorte" foram as causas de doença mais destacadas. Crianças mais jovens, em níveis escolares mais baixos e de baixo nível sócio-econômico atribuíram saúde e doença mais freqüentemente a eventos não controláveis (acaso, falta de sorte), à punição por algo de errado que fizeram e a outros poderes (por exemplo, do médico). As meninas também tenderam a atribuir a doença mais freqüentemente a fatores internos que os meninos.

O "autocuidado" foi mais atribuído à saúde do que a "falta de autocuidado" foi atribuída à doença. Tal achado confirma a tendência de que os indivíduos aceitam mais a responsabilidade por um resultado positivo, tal como a saúde, ao passo que são menos propensos a culparem a si mesmos por um evento negativo de vida, como a doença. Embora a maioria das causas atribuídas para a saúde e doença tenham sido interrelacionadas, as correlações não foram altas, o que leva a supor que crianças tendem a ver saúde e doença como causadas por forças diferentes.

Após o relato e a discussão de pesquisas realizadas no contexto brasileiro acerca da condição de saúde de crianças e adolescentes em situação de rua, faz-se necessário uma análise acerca de algumas revisões internacionais sobre essa temática. Os dados que serão aqui discutidos baseiam-se, sobretudo, nas revisões propostas por Raffaelli (1999) e Panter-Brick (2001, 2002). No entanto, ao contrário da descrição mais detalhada trazida acima, acerca do método utilizado em cada pesquisa realizada no Brasil e dos resultados destas, essas autoras tendem a enfatizar, sobretudo, os principais resultados das pesquisas sobre a saúde de crianças e adolescentes em situação de rua de vários países da América Latina.

No que se refere à saúde física, Raffaelli (1999) e Panter-Brick (2001, 2002) destacaram que a maioria dos estudos tendem a fazer declarações categóricas acerca dos maiores riscos enfrentados pelas crianças e adolescentes em situação de rua, uma vez que a ênfase é sobre a debilidade e os aspectos de privação da vida na rua. Dentre estes aspectos, citam-se: o maior uso de drogas, o envolvimento precoce em atividades sexuais, o maior envolvimento em prostituição, o maior risco de contaminação com o HIV e AIDS e o maior envolvimento em atos de violência e delinquência. Esses fatores, por sua vez, foram ainda

citados na pesquisa desenvolvida com jovens em situação de rua da Cidade do México por Mejía-Soto e cols. (1998).

No que se refere à saúde mental dos jovens em situação de rua, Raffaelli (1999) e Panter-Brick (2002) destacaram que existem poucos estudos nessa área. No entanto, Raffaelli (1999) afirmou que há indicações indiretas de que muitos jovens nas ruas possuem altos níveis de estresse, sobretudo devido ao consumo de drogas e da violência vivenciada nas ruas. Porém, a falta de estudos mais aprofundados impede a elaboração de hipóteses consistentes acerca dos efeitos psicológicos da vida de rua sobre a saúde mental dos jovens que vivem nessa situação. Apesar das expectativas negativas acerca do efeito das ruas sobre a saúde mental destes jovens, tanto Raffaelli (1999) quanto Panter-Brick (2002) citaram o estudo de De Souza, Koller, Hutz e Forster (1995) acerca dos níveis de depressão semelhantes encontrados entre jovens em situação de rua, crianças órfãs (de abrigo) e crianças de classe média. Além disso, ambas tenderam a destacar o fato de que o quadro mostrado acima acerca dos maiores riscos enfrentados pelos jovens em situação de rua não é contraditório aos relatos de exposições de estratégias de resiliência, as quais contribuem para um ajustamento positivo à vida nas ruas (Aptekar, 1994; Hutz, Koller, & Bandeira, 1996; Panter-Brick, 2001).

De fato, a inexistência de estatísticas acerca das principais causas de morbidade e mesmo das principais doenças que acometem crianças e adolescentes em situação de rua torna difícil a análise das reais implicações da vida na rua sobre a saúde física e, principalmente, psicológica dos que nela vivem. Outro fator bastante pertinente citado por Panter-Brick (2001) refere-se à sua crença de que é a situação de pobreza e não a vida na rua que contribui para a situação de vulnerabilidade física e psicológica. De acordo com essa pesquisadora, da área da antropologia, a rua não seria por si só um fator de risco para a saúde, pois "a vida de rua é um evento ao longo do *continuum* da experiência de pobreza da criança" (p.92). Dessa forma, ela acrescenta que o foco das análises dos estudos deveria estar sobre a análise dos fatores de risco e resiliência que mediam a influência da pobreza sobre a saúde e o desenvolvimento e não apenas sobre o estudo da "situação de rua" vivida pela criança ou adolescente.

Ao final dessa revisão teórica que envolveu a análise de alguns estudos realizados no Brasil e em outros países sobre a saúde de crianças e adolescentes em situação de rua, é possível concluir acerca da necessidade de um maior número de pesquisas que venham a

suprir algumas das lacunas deixadas por eles. Para isso, são propostos dois estudos. O primeiro, que busca compreender qual a visão de adolescentes em situação de rua acerca da sua condição de saúde (concepções de saúde e doença dos adolescentes, definição do seu próprio estado de saúde, principais doenças enfrentadas, estratégias utilizadas para cuidar da saúde e as instituições ou pessoas as quais eles costumam recorrer quando estão doentes). E o segundo estudo, no qual será investigado o ponto de vista dos profissionais de duas instituições de atendimento à crianças e adolescentes em situação de rua (serviço de atendimento à saúde e abrigo diurno) acerca da condição de saúde destes. Para isso, serão analisados: as concepções de saúde e doença dos profissionais, a sua percepção acerca da influência da rua sobre a saúde das crianças e adolescentes que vivem nessa condição, qual a sua avaliação sobre a adesão ao tratamento por parte das crianças e adolescentes atendidos; e, qual a avaliação sobre o papel das instituições na vida e saúde da clientela atendida.

Considerações Éticas

A pesquisa com seres humanos envolve uma série de importantes considerações éticas, as quais visam a garantir a integridade dos participantes envolvidos. Nesse sentido, busca-se garantir os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça a todas as partes envolvidas, assim como assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos "sujeitos" de pesquisa e ao Estado (Conselho Nacional de Saúde, 1996).

No caso da pesquisa em Psicologia, a conduta dos pesquisadores vem sendo norteada tanto pelos princípios da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996), quanto pela Resolução n. 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (2000). No que se refere a essa pesquisa, somam-se a essas resoluções, o conhecimento e o cumprimento de algumas concepções acerca da infância e adolescência proposta pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), assim como de algumas recomendações propostas na literatura sobre a pesquisa com crianças e adolescentes em situação de risco social, incluindo aqueles em situação de rua (Ensigne, 2003; Hutz & Koller, 1999; Lisboa & Koller, 2000; Panter-Brick, 2002).

Esta pesquisa considera a concepção de criança e adolescente proposta pelo ECA (1990) enquanto "sujeitos de direitos" e como tal acredita que eles têm a possibilidade de

decidir sobre a sua participação no estudo. Além da liberdade em decidir sobre a sua participação, a influência do ECA (1990) sobre esse estudo faz-se sentir numa série de concepções teóricas e metodológicas seguidas durante toda a sua execução (Lisboa & Koller, 2000). Uma dessas principais influências refere-se à visão das crianças e adolescentes em situação de rua como agentes de mudança e de participação, como crianças que precisam ser protegidas e ter suas necessidades garantidas, mas que também precisam ser escutadas e ter o seu espaço de participação na sociedade garantido (Panter-Brick, 2002). Essa autora afirma que, em última instância, conceber as crianças como sujeitos de direitos e não como objetos de humanitarismo e caridade, implica vê-las como pessoas. Além disso, embora vulneráveis, elas não são incapazes e por isso, "precisam de respeito e não de pena" (p.156). É interessante perceber como essa proposta está presente, inclusive, no referencial teórico adotado e que serve de base para esse estudo.

Em comum, a literatura sobre ética em pesquisa envolvendo crianças e adolescentes em situação de risco reitera a necessidade da preocupação com os procedimentos éticos com essa população, dada a situação de violência a qual estiveram e estão expostos cotidianamente. Trata-se, portanto, não só de evitar "malefícios" aos participantes, mas de garantir condições adequadas de interação entre estes e os pesquisadores, de forma que o espaço da pesquisa seja uma experiência positiva para os participantes. Nesse sentido, o consentimento livre e esclarecido não deve ser visto como o único recurso a ser usado pelo pesquisador para garantir a ética da sua pesquisa. Esta, envolve todo o processo da pesquisa, desde formas apropriadas de coleta, interpretação e divulgação dos dados (Ensigne, 2003; Hutz & Koller, 1999; Panter-Brick, 2002).

Merece destaque aqui a preocupação de Ensigne (2003) de que as histórias de vida das crianças e adolescentes em situação de rua possam ser usadas para efeito de sensacionalismo e *voyerismo* acadêmico, uma vez que suas histórias despertam emoções fortes. Considera-se que essa é uma preocupação bastante relevante de ser considerada e busca-se escapar da mesma ao encarar as crianças e adolescentes em situação de rua como "iguais" e não como "exóticos", tal como propõe Santos (2002). Diante delas e de suas histórias de vida a postura da equipe é sempre de respeito e compreensão e visa sempre à sua proteção e ao seu bem-estar.

No que se refere ao consentimento livre e esclarecido (Anexo A), diante da impossibilidade e até mesmo falta de validade de se obter a anuência de um adulto cuidador das crianças e adolescentes em situação de rua, este foi assinado pelos dirigentes das instituições. A princípio, por se tratar de crianças e adolescentes, o consentimento legal deveria ser fornecido pelos pais e/ou responsáveis destas. Contudo, conforme destaca a Resolução n. 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (2000), a situação de rua coloca em questão a validade destes pais responderem por um filho que já não se encontra mais sob sua proteção e cuja vinda para a rua, quase sempre está relacionada a conflitos com os mesmos. Nesse caso, coube aos pesquisadores, comitês de ética e dirigentes das instituições avaliarem a relevância e repercussões do estudo antes da sua realização.

Apesar dos adolescentes não poderem legalmente assinar o consentimento livre e esclarecido acerca da sua participação, houve toda uma preocupação da equipe de pesquisa em explicar os objetivos desta e suas implicações para a vida dos adolescentes. Ainda que o adolescente não se mostrasse muito preocupado quanto a essas explicações, a equipe insistiu nessa atitude e só começava as entrevistas quando essa etapa inicial era concluída. Foram enfatizados, assim, os objetivos do estudo, a liberdade dos adolescentes em participarem e de desistirem em qualquer momento da pesquisa, assim como o sigilo da sua identidade e a confidencialidade do conteúdo das entrevistas. Sobre a identidade dos adolescentes, optou-se pelo uso de nomes fictícios, a fim de garantir o sigilo da sua identidade. Outra preocupação da equipe de pesquisa foi a de não oferecer nenhum tipo de recompensa aos participantes, pois desta forma já não existiria mais a possibilidade de escolha e eles poderiam se sentir coagidos em participar. Acredita-se que a presença de adultos dispostos a escutá-los é extremamente recompensador, pois, muitas vezes, trata-se da primeira vez em que isso ocorre em suas vidas (Hutz & Koller, 1999).

Destaque-se que durante todo o processo de pesquisa, os adolescentes em situação de rua que estavam presentes nas instituições, abordaram somente raras vezes a equipe de pesquisa para pedir dinheiro. Em todas as ocasiões, optou-se por não atender a esse pedido, por se acreditar e se constatar na prática da inserção nas instituições que aquele dinheiro seria utilizado para a compra de drogas. Essa atitude, por sua vez, em nenhum sentido, afetou a interação entre equipe e adolescentes. É interessante perceber que eles sabiam muito bem qual era o papel da equipe de pesquisa nas instituições e para com eles. Por muitas vezes,

sobretudo, ao final das entrevistas e outros momentos de conversa, eles confirmavam a sua sensação de bem-estar em estar conversando com alguém, fato que para eles servia como um alívio emocional e que, por isso, era bastante positivo. As frases a seguir ilustram algumas dessas declarações e são aqui citadas a fim de resgatar e valorizar o importante espaço de interação que pode ser estabelecido entre pesquisador e participante:

"Porque eu tô podendo dizer o que eu sinto e o que eu não sinto, né, o que eu quero ter e o que eu não quero, o que eu acho." (Fabiano, 15 anos)

"Tô feliz por causa que eu tô conversando." (Marina, 12 anos)

"Tô feliz. (...) Porque eu consegui desabafar." (Jonas, 17 anos)

Uma outra prova acerca da relação positiva que se estabeleceu entre os adolescentes e a equipe de pesquisa pode ser constatada através dos encontros ocasionais ocorridos pelas ruas da cidade. Nestas ocasiões, tanto a equipe quanto os adolescentes têm feito questão de parar e conversar um pouco sobre a situação de vida atual. Os encontros têm sido marcados por uma expressão mútua de cuidado e reciprocidade de afeto, fato que, com certeza, desperta atenção de outras pessoas, uma vez que nesses ambientes os adolescentes em situação de rua são quase sempre ignorados ou rejeitados.

Quanto ao Estudo 2, realizado com profissionais das duas instituições participantes (serviço de atendimento à saúde e abrigo diurno), a preocupação com os procedimentos éticos também se fez presente. Nesse caso específico, destaque-se a atitude da equipe de pesquisa em não atrapalhar o cotidiano das instituições e de retirar os adolescentes de atividades programadas, assim como da sua iniciativa e disponibilidade em participar das atividades como lhe fosse possível (acompanhando os adolescentes em passeios e piqueniques, auxiliando na terapia comunitária e oficinas diversas, por exemplo). Além disso, também foi solicitado o consentimento livre e esclarecido (Anexo B) durante a realização das entrevistas, assim como devidamente explicados todos os objetivos dos estudos, direitos dos participantes (sigilo de identidade, confidencialidade, livre participação etc.) e implicações de sua participação. A fim de garantir o sigilo de identidade das participantes, optou-se por apresentar as suas falas, a partir da identificação da atividade que realizam em cada uma das instituições. Acredita-se que a explicitação da atividade desempenhada é mais adequada, nesse caso, que o uso de nomes fictícios. No caso em que existir mais de uma profissional com a mesma função, estas serão numeradas.

No que se refere ao processo de devolução dos dados, ao final da pesquisa, as instituições participantes serão revisitadas com o objetivo de possibilitar a discussão acerca das conclusões alcançadas através desse estudo. Este é um dos principais objetivos dessa pesquisa e através dele busca-se contribuir para a garantia da relevância social da mesma. Esta relevância foi perseguida durante todo o processo da pesquisa, através da nossa inserção nas instituições, a qual buscou contribuir nas atividades das mesmas e representar um espaço privilegiado de escuta aos adolescentes e profissionais. Ao final da pesquisa, porém, a relevância social implica a possibilidade de contribuição com novos elementos para a discussão acerca do funcionamento e propostas de intervenções destinadas ao atendimento dessa população. Além disso, como um trabalho acadêmico, essa relevância será buscada a partir da divulgação desses resultados em revistas científicas da área. Espera-se, assim, que outros profissionais possam ter acesso a essas discussões e que novas pesquisas e intervenções possam ser propostas com base nos achados desse estudo.

CAPÍTULO II

ESTUDO 1

Trata-se de um estudo exploratório descritivo que tem como objetivo investigar a visão que adolescentes em situação de rua possuem a respeito da sua condição de saúde. Nesse sentido, são investigadas: 1) as concepções de saúde e doença dos adolescentes; 2) a definição do seu próprio estado de saúde; 3) as principais doenças enfrentadas; 4) as estratégias utilizadas para cuidar da saúde; e, 4) as instituições ou pessoas as quais eles costumam recorrer quando estão doentes.

A seguir, o método é descrito, a partir da apresentação detalhada dos participantes, instrumentos e procedimentos utilizados nesse estudo. Na seqüência, os resultados são apresentados e discutidos, a fim de garantir uma melhor compreensão e a consecução dos objetivos dessa pesquisa.

Método

Participantes

Participaram desse estudo 12 adolescentes em situação de rua da cidade de Porto Alegre, com idades entre 12-17 anos ($M=15,25$; $DP=1,76$), sendo que 75% deles ($n=9$) eram do sexo masculino e 25% ($n=3$) era do sexo feminino. Os participantes faziam parte de duas instituições destinadas ao atendimento de crianças e adolescentes em situação de rua: um serviço de atendimento à saúde e um abrigo diurno. Na primeira instituição, foram entrevistados cinco adolescentes, enquanto que na segunda, foram entrevistados outros sete. Todos os adolescentes possuíam vivência de rua, vínculos instáveis com a família, desempenhavam alguma atividade (mendigar, engraxar sapatos, lavar e guardar carros etc.) para obtenção de dinheiro ou privilégio nas ruas, possuíam aparência descuidada e não eram acompanhados por adultos cuidadores, enquanto estavam nas ruas (Neiva-Silva & Koller, 2002).

Instrumentos

Foi utilizada neste estudo uma entrevista estruturada (Anexo C), a qual foi desenvolvida tendo como base outras Brito (1999), Giacomoni (2002), Hutz e Forster (1996), Koller, Cerqueira-Santos, Morais e Ribeiro (2004), Noto e cols. (2004), Rosemberg (1989) e Santana (1998). A entrevista está dividida em três partes principais. Na primeira, estão presentes questões sobre a caracterização biosociodemográfica dos participantes (nome, idade, composição familiar, experiências com trabalho e escola etc.), assim como perguntas sobre a sua "vida nas ruas" (motivo da vinda para rua, rotina de vida e a avaliação dos aspectos positivos e negativos vividos nas ruas).

A segunda parte da entrevista contém questões relativas à caracterização da saúde dos adolescentes em situação de rua. Foram investigados diversos aspectos já enfatizados em estudos anteriores sobre a saúde dessa população, como: alimentação, sono, higiene, drogas e sexualidade (Brito, 1999; Di Villarosa & Bunchaft, 1993; Hutz & Forster, 1996; Raffaelli e cols., 2000; Santana, 1998). No entanto, foram incluídas questões sobre violência e comportamento violento, assim como sobre lazer, esporte e amizade, por se tratarem de fatores que também têm relação com a saúde (Minayo, 1989; Morais & Koller, 2004; Seligman & Csikszentmihaly, 2000). Além disso, buscou-se analisar a percepção dos participantes sobre diversos aspectos relacionados ao seu bem-estar e à sua saúde, mas que estão mais relacionados à dimensão psicológica/subjectiva destes. Dentre esses fatores, citam-se: bem-estar subjetivo, otimismo, felicidade, auto-determinação, esperança, criatividade, habilidades interpessoais e fé (Giacomoni, 2002; Morais & Koller, 2004; Seligman & Csikszentmihaly, 2000).

Na terceira parte, estão presentes questões abertas sobre o processo saúde-doença. Nestas questões, os participantes expuseram as suas concepções de saúde e doença, assim como a sua experiência desses fenômenos, as estratégias utilizadas para cuidar da saúde nas ruas e, inclusive, pessoas e/ou instituições com as quais podem contar quando estão doentes. Por fim, é apresentada uma Tabela composta por itens que avaliam a saúde dos adolescentes e o seu grau de satisfação com esta. Os itens foram construídos com base na WHO (1998) e especialmente adaptados para esse estudo.

Além da entrevista utilizada, foi elaborado um diário de campo com o relato de cada visita às instituições e situações vividas. A elaboração desse diário por todos os membros da

equipe de pesquisa viabilizou a compilação de informações importantes ao conhecimento do contexto estudado e a triangulação de informações entre os membros da equipe de pesquisa.

Procedimentos

Esta pesquisa utilizou como método a Inserção Ecológica, tal como proposta por Ceconello e Koller (2003) para o estudo do desenvolvimento-no-contexto. Este método privilegia a inserção do pesquisador no ambiente de pesquisa, com o objetivo de estabelecer proximidade com o seu objeto de estudo e, assim, responder às questões de pesquisa.

Neste estudo, a inserção ecológica da equipe de pesquisa envolveu o acompanhamento de duas instituições destinadas ao atendimento de crianças e adolescentes em situação de rua da cidade de Porto Alegre: um serviço de atendimento à saúde e um abrigo diurno, escolhidas a partir da pesquisa realizada por Santana (2002), que identificou as quatro instituições mais citadas pelas crianças e adolescentes em situação de rua como fazendo parte do seu dia-a-dia. A primeira delas foi escolhida por se tratar de um serviço de referência quanto ao atendimento da saúde dessa população. Julgou-se, portanto, que este seria um importante espaço para a realização de uma pesquisa sobre saúde, uma vez que os adolescentes que recorrem à essa instituição o fazem porque estão com algum problema de saúde e porque desejam receber ajuda de algum serviço especializado, como da medicina, da enfermagem e da psicologia, por exemplo. O abrigo diurno, por sua vez, representou a possibilidade da equipe de pesquisa estar entrando em contato com crianças e adolescentes que não necessariamente apresentam algum problema de saúde, mas que possuem, igualmente, uma história de vivência de rua. Em ambos os casos, a viabilidade de acesso também foi um aspecto importante no momento da escolha das instituições, o que justifica a opção pelas mesmas em detrimento das duas outras instituições citadas na pesquisa de Santana (2002), um albergue noturno e uma escola aberta para adolescentes em situação de rua.

Por um período de três meses, pôde-se acompanhar o cotidiano dos adolescentes atendidos e dos profissionais que nelas trabalham. A equipe de pesquisa era formada pela pesquisadora e por cinco auxiliares de pesquisa (estudantes da graduação do curso de Psicologia). A equipe foi dividida igualmente entre as duas instituições e visitas regulares eram realizadas às mesmas. Em média, foram realizadas duas visitas por semana a cada instituição. No entanto, dependendo da necessidade e dinâmica das entrevistas e das

instituições, mais de duas visitas foram feitas por semana. Houve semanas, por exemplo, que a equipe esteve presente quatro turnos em alguma das instituições. No início da pesquisa, os turnos das visitas foram diversificados, a fim de observar o cotidiano das instituições. Com o passar do tempo e o maior conhecimento da dinâmica das instituições, os horários de visita ficaram mais fixos.

Em cada uma dessas instituições, a equipe esteve envolvida em atividades que faziam parte da sua rotina. Estas consistiam de momentos recreativos (jogos de futebol, *ping-pong*, sinuca, sessões de vídeo), oficinas pedagógicas, oficinas de bijuterias, "grupo de meninas" e "grupo de meninos", terapia comunitária, piqueniques e passeios a parques da cidade e momentos de refeições (café da manhã, lanches e almoço). Desde o início, a equipe sempre se preocupou em não atrapalhar o cotidiano das instituições e uma das principais atitudes tomadas nesse sentido foi a de não interromper atividades que faziam parte da sua rotina. Com o tempo, a validade dessa iniciativa ficou ainda mais clara para a equipe de pesquisa, dada a dificuldade que os profissionais, muitas vezes, tinham de fazer com que os adolescentes se envolvessem nas atividades programadas. O Anexo D apresenta um relato de experiência de cada um dos membros da equipe de pesquisa. Nestes relatos, os pesquisadores expõem as principais influências que a participação na pesquisa teve para a sua formação profissional e humana.

Ao participar de cada uma das atividades (formais ou informais), buscava-se conhecer os participantes e observar aspectos relacionados ao fenômeno estudado (saúde). A partir do estabelecimento de uma relação de proximidade e confiança entre equipe de pesquisa e adolescentes, foi viabilizada a realização de uma entrevista estruturada, contendo questões de interesse do estudo. A inserção ecológica permitiu, por exemplo, que questões que já haviam sido conversadas em outros momentos informais com os adolescentes fossem retomadas e melhor compreendidas nos momentos de entrevista. Além disso, muitos assuntos trazidos durante a entrevista já eram de conhecimento prévio do entrevistador, fato que tornou o ambiente da entrevista menos artificial e a relação entre entrevistador e participante mais próxima e com um maior vínculo de confiança. A entrevista representou, assim, um momento a mais de sistematização dos conhecimentos acerca da vida de cada adolescente e não o único momento em que isto aconteceu.

A inserção ecológica envolveu a sistematização dos quatro aspectos da teoria ecológica pela equipe de pesquisa: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo (PPCT), tendo como principal foco de investigação o estabelecimento de processos proximais entre a equipe e os participantes. Os processos proximais referem-se à interação da equipe de pesquisa com os participantes, objetos e símbolos presentes no ambiente de pesquisa (Cecconello & Koller, 2003). Nessa pesquisa, eles ocorreram através das observações, conversas informais, momentos de entrevista e, também, dos contatos com profissionais da instituição. Durante toda a pesquisa, a equipe agiu de forma a permitir que as características descritas por Bronfenbrenner (1999) como necessárias à concretização dos processos proximais entre pesquisador e participante ocorressem. Dessa forma, destaca-se que: 1) os participantes e a equipe estiveram engajados em atividades formais e informais nas instituições; 2) a interação aconteceu em uma base relativamente regular, através de períodos estendidos de tempo, e não apenas durante atividades ocasionais (foram feitas no mínimo duas visitas por semana a cada instituição durante três meses); 3) as atividades nas quais a equipe se envolveu foram progressivamente mais complexas; 4) houve sempre reciprocidade nas relações interpessoais, ou seja, a equipe não teve como objetivo exclusivo o preenchimento do roteiro de entrevista, mas se mostrou disponível para atender às necessidades dos participantes, estabelecendo com eles uma rede de apoio; e, 5) para que a interação recíproca ocorresse, buscou-se que as interações entre pesquisador e participante estimulassem a participação destes, através de questionamentos que possibilitassem o seu crescimento e da disponibilização de objetos e símbolos que garantissem a atenção e a exploração pelos adolescentes. A fim de concretizar esse último objetivo, algumas alternativas foram utilizadas, como por exemplo, o uso do gravador de forma lúdica antes da gravação das entrevistas pelo adolescente, quase sempre, através de uma música que os mesmos escolhiam cantar. Essa atitude permitiu que o adolescente pudesse se sentir mais motivado a participar e, também, mais à vontade quanto à presença do gravador. Outra iniciativa usada nesse sentido e que surtiu bastante efeito positivo foi a inclusão no roteiro de entrevista de questões nas quais a forma de responder diferia um pouco das demais perguntas, incluindo a escolha por parte dos adolescentes de uma resposta entre três alternativas: "concordo", "mais ou menos" ou "discordo".

Além da interação dos pesquisadores com os participantes e as instituições, o processo de pesquisa envolveu a triangulação de informações, percepções e sentimentos dentro da

equipe. As experiências individuais e os aspectos observados no ambiente foram compartilhados e discutidos de acordo com o significado atribuído aos mesmos por cada integrante. Essa proposta de triangulação ocorreu durante todo o processo de coleta e análise dos dados e possibilitou uma análise dos processos proximais dentro da própria equipe. A preocupação pela triangulação de informações por parte da equipe e em entender a forma como a situação de pesquisa está sendo percebida e interpretada pelos participantes do estudo são critérios destacados por Bronfenbrenner (1979/1996) como responsáveis pela garantia da validade ecológica da pesquisa. Dessa forma, a validade ecológica representa a garantia de que as propriedades supostas ou presumidas pela equipe a respeito do contexto estudado são semelhantes à forma como os adolescentes e profissionais inseridos no mesmo o percebem. Essa iniciativa diminui os possíveis erros de interpretação e, por conseguinte, contribui para a garantia da confiabilidade dos resultados.

No que se refere à realização das entrevistas com os adolescentes, optou-se por realizá-las em mais de uma sessão, uma vez que o roteiro era bastante extenso e a equipe de pesquisa preferiu não retirar os adolescentes das atividades de rotina das instituições. Ao contrário, a equipe agiu sempre incentivando-os a participar das atividades propostas, mesmo que isso implicasse a não realização das entrevistas naquele momento. Sete entrevistas foram realizadas em dois encontros com duração média de uma hora cada. Nos casos em que os adolescentes mostraram-se disponíveis e decidiram concluir toda a entrevista em um só encontro, os entrevistadores respeitaram a sua opção e assim fizeram. Quatro entrevistas foram realizadas em um só encontro e tiveram uma duração média de uma hora. Apenas uma entrevista foi feita em três encontros. Outras cinco entrevistas não foram concluídas e, por isso, não foram consideradas para esse estudo. Destaque-se, porém, que destes casos apenas um adolescente recusou-se a concluir, enquanto que as outras entrevistas não foram concluídas porque os adolescentes "sumiram" das instituições, fato bastante característico nos serviços destinados às crianças e adolescentes em situação de rua. De fato, a inserção ecológica nessas instituições possibilitou observar a grande rotatividade da clientela atendida. Dentre outros fatores, os adolescentes costumam não aparecer mais porque voltaram para suas casas, foram internados em uma clínica de desintoxicação, estão ininterruptamente nas ruas, ou, ainda, estão "fugidos" porque cometeram algum ato infracional.

Quanto à seleção dos participantes, procurou-se obedecer ao critério de assiduidade às atividades das instituições, assim como de disponibilidade em participar do estudo. A permanência da equipe nas instituições permitiu observar que adolescentes a freqüentavam com regularidade e, conseqüentemente, quais deveriam ser abordados. Esse critério foi usado, em virtude da idéia inicial da necessidade de mais de um encontro para a realização das entrevistas. Nesse processo, os profissionais das instituições também contribuíram relatando a relação dos adolescentes com as instituições (tempo que freqüenta e assiduidade). Apesar de se tratar de uma amostra intencional e por conveniência, a equipe de pesquisa tentou se policiar para evitar maiores vieses na escolha dos participantes, no sentido de só entrevistar adolescentes com os quais se identificavam e negligenciando outros, considerados "menos simpáticos" e "arredios". Na medida do possível, todos os adolescentes que freqüentavam as instituições foram convidados a participar da pesquisa.

As entrevistas foram sempre gravadas e transcritas, na íntegra, para a análise. Esta, baseou-se na elaboração de categorias, a partir dos critérios propostos por Bardin (1977/1979) sobre a Análise de Conteúdo. Foi utilizada a modalidade temática, através da qual se realiza uma leitura das entrevistas, procurando apreender-se não só o seu conteúdo, mas também a sua lógica. A partir dessa fase, os depoimentos são perfilados para a identificação dos principais aspectos das falas e, posteriormente, são elaboradas categorias (núcleos de sentido comuns) que serão articuladas com o referencial teórico (Bardin, 1977/1979; Medeiros, Freitas, & Oliveira, 2004; Minayo, 1998). Em muitos casos e a fim de garantir uma melhor visibilidade dos dados, foram levantadas as freqüências e as percentagens de cada categoria identificada. Sempre que possível, as categorias foram elaboradas tendo como base estudos anteriores, mas no caso em que isso não foi possível, foram criadas novas categorias a fim de contemplarem os conteúdos abordados pelos participantes.

Resultados e Discussão

Caracterização Biosociodemográfica

Entre os participantes, verifica-se a predominância de adolescentes do sexo masculino, fato que é tradicionalmente confirmado em diversos estudos da área (Alves, 2002; Brito, 1999; Cerqueira-Santos, 2003; Hutz & Forster, 1996, 1997; Koller & Hutz, 1996; Neiva-Silva & Koller, 2002; Noto e cols., 2004; Raffaelli e cols., 2000; Santana, 1998, 2002; Santos,

2002). De acordo com esses estudos, por uma série de questões socioculturais, os meninos têm acesso mais fácil às ruas, enquanto as meninas tendem a permanecer no ambiente doméstico cuidando dos seus irmãos mais velhos e/ou se submeterem à exploração sexual comercial. Muitas vezes, portanto, terminam por ser confundidas com "prostitutas" e são excluídas de pesquisas sobre crianças e adolescentes em situação de rua (Aptekar, 1994).

No momento da pesquisa, 75% ($n=9$) dos adolescentes entrevistados não estavam freqüentando nenhum tipo de escola. Dois adolescentes freqüentavam escolas de ensino regular e apenas um freqüentava uma "Escola Aberta", específica para adolescentes em situação de rua. A maior parte deles (75%; $n=9$) parou de estudar na quinta série do Ensino Fundamental, sendo que esse mesmo percentual afirmou saber ler e escrever. Dos 12 participantes, 66,7% ($n=8$) afirmou manter contato com a família, quase sempre nos finais de semana. A maior parte deles (83,3%; $n=10$) afirmou trabalhar, seja "cuidando ou lavando carro ou engraxando", e disseram ganhar com essa atividade de R\$ 10-15,00 por dia (80%; $n=8$). Além das atividades de trabalho, os adolescentes destacaram as práticas de "pedir e realizar pequenos furtos", como os meios utilizados para sobreviver nas ruas. Essas estratégias de sobrevivência, por sua vez, são bastante semelhantes as de outros jovens em situação de rua de diferentes locais do país (Noto e cols., 2004; Santana, 1998; Santos, 2002). Com o dinheiro ganho nas atividades de trabalho e/ou de "mendicância", os adolescentes afirmaram comprar comida e, também, drogas. Nas palavras de Jonas (17 anos), *"Se eu tenho dois real, eu gasto um real em drogas e um real em comida."*

A Vida nas Ruas: Caracterização do Estado de Saúde

A rotina de vida dos adolescentes em situação de rua que participaram desse estudo é bastante dinâmica e envolve uma circulação acentuada entre diferentes espaços, como instituições (abrigos diurnos e noturnos, serviço de atendimento à saúde e escolas), casas de familiares e a rua. A Tabela 1 abaixo explicita os espaços que os adolescentes afirmaram freqüentar.

Tabela 1. *Microsistemas Frequentados pelos Adolescentes Entrevistados*

Nome	Rua	Abrigo diurno	Serviço de atendimento à saúde	Abrigo Noturno	Escola	Casa de familiares
Miguel	X	X		X		
Rodrigo	X	X				X
Marina	X	X				
Paulo	X	X		X		
Ricardo	X	X		X		X
Lucas	X	X		X	X	X
Fabiano	X	X				
Adriana	X		X			X
Márcia	X		X			X
Jonas	X		X	X	X	X
Pedro	X		X	X	X	X
Alexandre	X		X			X

Apesar da pesquisa ter sido realizada em duas instituições de atendimento à população em situação de rua e da Tabela 1 ter evidenciado a grande circulação dos meninos e meninas entre diferentes instituições e até casas de familiares, pode-se concluir que se tratam de adolescentes em situação de rua, dada a sua história atual de vida nas ruas e o conseqüente risco ao qual estão expostos. Ao mesmo tempo, esses dados servem para desmistificar a idéia de que crianças e adolescentes em situação de rua estão nessa situação porque não têm famílias (Ribeiro, 2001). Dos doze participantes, apenas um (Paulo, 17 anos) era órfão de pai e mãe e afirmou não ter família.

No entanto, quando perguntados a respeito do motivo pelo qual vieram para a rua, percebe-se que a "violência familiar" foi citada como a maior razão para isso (Tabela 2). A violência sofrida por eles e perpetrada por padrastos, mães e tios (as), além de constantes brigas com estes ou entre os pais foi citada em 57% ($n=8$) das respostas. Apenas um adolescente citou a briga entre os pais, enquanto todos os outros indicaram a violência (psicológica e física) sofrida por parte de seus familiares. A "busca de liberdade", expressa no desejo de brincar e fazer o que não podia em casa, foi citada em 29% das respostas ($n=4$),

enquanto que o fato de ter ficado "órfão" e a "busca da droga" foram citados por um adolescente cada (14%; n=2). As frases a seguir ilustram cada uma dessas motivações para a vinda para as ruas:

"O meu padrasto e a minha mãe. Porque eles usam drogas, são viciados na pedra, no crack. E mais a humilhação, eu não aceito o que a minha mãe faz com as minhas irmãs. Faz elas saírem pra pedir dinheiro e coisa pra depois usar drogas, e então...E depois que meu pai morreu minha vida virou totalmente...[E teu padrasto te batia? Tua mãe te batia?] Não, meu padrasto nunca me bateu porque eu nunca dei essa chance pra ele. Só que né, ele não me bate, mas ele me ofende com palavras, sabe? Fica largando piadinha pra ti: 'Ah, vai trabalhar, vagabunda', 'Ah, só come às custas da gente', 'Ah, tá grávida, o que tu vai fazer pra sustentar teu filho? Não tem condições nem pra ti, não sei o quê...' Sabe? Com piadas, daí eu me sentia mal."
(Adriana, 16 anos)

"Porque eu queria. [E o que é que tu queria na rua?] Ah, brincar, divertir na rua igual lá no colégio...Eu não gosto de ir pra casa, não dá pra fazer igual eu faço na rua, brincar. Lá eu tenho que pedir pra minha mãe. Aqui, já não. Aqui eu já sei já."
(Lucas, 15 anos)

"Porque meus pais morreram... Tinha duas irmãzinhas pequenas, meu pai matou minhas duas irmãzinhas pequenas depois matou minha mãe. [E o que ele faz hoje?] Não existe mais, tá no céu junto com a minha mãe." (Paulo, 17 anos)

"Eu vinha visitar eles (os irmãos e a mãe que moravam na rua) e eles cheiravam loló e eu comecei a gostar do cheiro, não sei porquê, mas gostei." (Ricardo, 17 anos)

Tabela 2. *Freqüências e Percentagens dos Principais Motivos para a Migração de Casa para as Ruas na Opinião dos Adolescentes Entrevistados*

Motivos	f	%
Violência/desagregação familiar	8	57,0
Busca de "liberdade"	4	29,0
Orfandade	1	7,0
Busca de drogas	1	7,0

Total	14	100
-------	----	-----

Dois adolescentes citaram que antes de vir para a rua, moravam com outra "família" (casa da madrinha e casa dos tios), pois já teriam saído da casa dos seus pais, por dificuldades de relacionamento com estes. No entanto, na família substituta também encontraram dificuldades e fugiram para a rua. Outra adolescente (Marina, 12 anos) fugiu do abrigo, onde estava desde os quatro anos, pois fugia seguidamente da casa da tia que a criou depois da morte de seus pais. Além destes, destaca-se a história de vida de Ricardo (17 anos), que já morou na rua com sua mãe e irmãos quando era bem pequeno (4-7 anos), morou com três "famílias" diferentes (não biológicas) e passou por instituições (abrigos e clínicas de recuperação para dependentes químicos).

O relato desses casos, em conjunto, confirmam a história de constantes rupturas e discontinuidades nas relações familiares desses adolescentes. A grande questão, portanto, parece estar na forma como essa família está organizada e, sobretudo, na qualidade das relações afetivas ali estabelecidas e não no fato de que as crianças e adolescentes em situação de rua não tenham família, uma vez que elas a têm. No entanto, Ribeiro (2001) afirma que se trata de uma família "em crise" (p.35), caracterizada por um tratamento austero, negligente e agressivo dos genitores e responsáveis para com as crianças e adolescentes. Esse contexto, por sua vez, contribui para a fragilidade dos vínculos afetivos entre os adolescentes e seus familiares (responsáveis), assim como para a busca da rua como uma alternativa de livrarem-se desse ambiente e dessas relações violentas.

O histórico de violência e abandono/negligência familiar vividos por crianças e adolescentes em situação de rua são citados em importantes estudos realizados no contexto brasileiro sobre essa população (Hutz & Koller, 1997; Koller & Hutz, 1996; Raffaelli e cols., 2000). Além disso, destaca-se a relevante contribuição trazida pelo estudo comparativo desenvolvido por Santos (2002) acerca do fenômeno de crianças em situação de rua de São Paulo e Nova York. Este trabalho mostrou que, apesar das diferenças de configuração do fenômeno (idade da ida para as ruas, forma de vestir etc.) em dois países de características econômicas e culturais tão distintas, uma importante semelhança era percebida quanto ao motivo de saída de casa para as ruas pelas crianças e adolescentes. Em ambos os locais, destaca o pesquisador, a razão estava na violência vivida no contexto familiar.

Vale salientar que nenhum julgamento de valor está sendo feito aqui a respeito da maior ou menor capacidade dessas famílias criarem e educarem seus filhos. Não se trata de condená-los, nem culpabilizá-los como os únicos responsáveis pelo elevado número de crianças que estão vivendo nas ruas. Trata-se, apenas, de destacar um importante fator citado pelos adolescentes como motivo para a sua ida para as ruas, assim como da necessidade de que essas famílias possam ser igualmente priorizadas nas atividades de prevenção à situação de rua, assim como no processo de reinserção dos adolescentes (da rua para as suas casas).

Uma parcela das famílias brasileiras, sobretudo aquelas das quais as crianças e os adolescentes em situação de rua advém, vivem em um contexto de exclusão social, marcado pela pobreza, desemprego, condições precárias de moradia, dependência química, relações de poder desiguais, altos níveis de conflito etc. No entanto, tal como destacado por De Antoni, Hoppe, Medeiros e Koller (1999), muitas famílias, embora vivendo em contextos desfavoráveis como esse, superam as dificuldades ao descobrirem e desenvolverem suas potencialidades. Nesse processo de descoberta e desenvolvimento de potencialidades, Ribeiro (2001) e Noto e cols. (2004) afirmam que essas famílias "em crise" necessitariam de apoio social, fato que envolve o desenvolvimento de políticas sociais por parte do Estado, assim como de ações por parte das instituições públicas, Organizações Não-Governamentais (ONGs) que prestam assistência a essa clientela, além da sociedade civil.

Dos nove adolescentes que responderam à pergunta sobre o tempo que estão nas ruas, percebeu-se que eles têm, em média, 29 meses de vida na rua ($DP=33,25$ meses). No entanto, a variação foi muito ampla e irregular, tal como mostra o valor do DP (maior que a média), uma vez que foi entrevistado um adolescente com dois meses de rua e um outro que já estava há 9 anos (108 meses) na rua.

A Figura 1 mostra os aspectos positivos da vida na rua na opinião dos participantes. Destacam-se, em primeiro lugar e empatados (31,3%; $n=5$), as "amizades" e a "liberdade/divertimento", seguido pela "droga" (18,7%; $n=3$). Outros três adolescentes (18,7%) afirmaram que na rua não tem "nada" de bom. Já a Figura 2 destaca os aspectos negativos da vida na rua, os quais são, sobretudo, a "violência" (63,7%; $n=7$) e o "frio/chuvas" (27,3%; $n=3$). Apenas um participante destacou que a "droga" é algo ruim que a rua possui (9%).

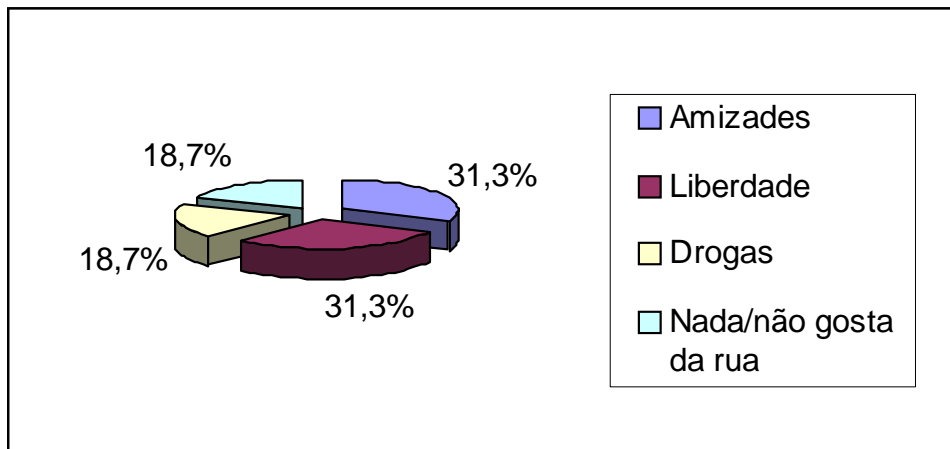


Figura 1. Aspectos positivos da vida na rua.

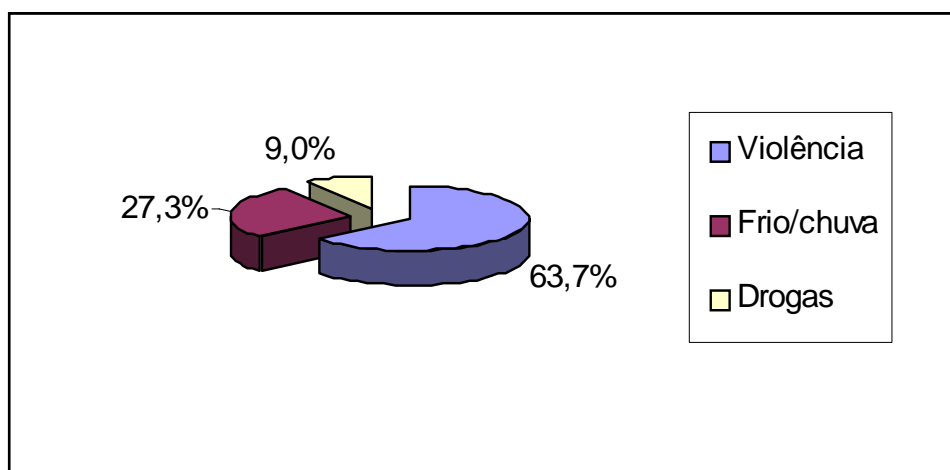


Figura 2. Aspectos negativos da vida na rua.

Dessas Figuras 1 e 2, destacam-se a importância atribuída pelos adolescentes às amizades conquistadas na rua, assim como a liberdade e a possibilidade de divertimento que essa traz para a vida dos adolescentes. Para eles, o bom da rua é que *"a gente fuma, a gente brinca, por causa que em casa eu não tinha nem tempo de brincar, ficava só limpando a casa..."* (Marina, 12 anos) e porque *"Ninguém fica mandando no cara."* (Alexandre, 15 anos). Esses fatores positivos da rua, por sua vez, estão de acordo com a segunda principal justificativa dada para a migração para as ruas pelos adolescentes (a busca de liberdade e divertimento).

Em contrapartida, a "violência" vivenciada pelos adolescentes no ambiente da rua, contrapõe-se com o seu principal motivo de ida para as ruas, que foi o desejo de evitar a violência vivenciada no ambiente doméstico. De acordo com Paulo (17 anos), "*Os caras passam por cima, pode ser roubado, morto.*" Para Márcia (17 anos), por exemplo, "a grande quantidade de brigas, assim como o frio fazem a rua ser algo ruim, que não tem nada de bom." Nesse sentido, a violência parece ser um aspecto comum aos diferentes ambientes nos quais os adolescentes em situação de rua estão inseridos. Merece destaque, igualmente, o fato da droga ter sido mais citada, proporcionalmente, como um fator positivo do que negativo pelos adolescentes.

A análise dos aspectos positivos e negativos vivenciados na rua pelos adolescentes revela a contradição e o paradoxo sob a qual a representação da rua é construída. De acordo com Medeiros, Ferriani, Gomes e Munari (2002) e Menezes e Brasil (1998), a contradição é expressa no fato de que a rua é, ao mesmo tempo, um espaço de liberdade e um espaço de privação. Enquanto a liberdade é vivenciada no fato de poder brincar, ter amigos e poder fazer uso de drogas, a privação refere-se à violência presenciada e às dificuldades em se proteger do frio e da chuva, por exemplo.

Quando perguntados sobre o desejo de saírem da rua, quase a totalidade dos adolescentes (92%; $n=11$) respondeu afirmativamente à essa pergunta, enquanto que apenas uma adolescente (Marina, 12 anos) respondeu negativamente, alegando que "*Eu gosto de ficar na rua.*" No entanto, quando perguntados a respeito de onde gostariam de ir, os adolescentes apresentaram uma ampla variedade de respostas. A maioria afirmou que gostaria de ir para algum abrigo ou clínica de recuperação para dependentes químicos (27,4%; $n=3$). A "casa da família", "casa de família (não biológica) com quem já morou" e uma "casa que o próprio adolescente construiria" foram igualmente citados em 18,2% das respostas ($n=2$). Um adolescente mostrou-se em dúvida e um outro afirmou que gostaria de ir para o "quartel" (ambos com 9% das respostas).

Alimentação, Sono e Higiene

Os adolescentes em situação de rua entrevistados tendem a lançar mão de diversos artifícios para conseguirem se alimentar. Os principais meios que eles citaram foram:

permanecer nos abrigos, pedir, comprar e ganhar. A Tabela 3 mostra os percentuais referentes a cada uma dessas estratégias utilizadas.

Tabela 3. *Frequências e Percentagens das Estratégias Utilizadas pelos Adolescentes Entrevistados para se Alimentar*

Estratégias	<i>f</i>	%
Ficar nos abrigos	11	35,5
Pedir	10	32,3
Comprar	9	29,0
Ganhar	1	3,2
Total	31	100,0

No geral, os adolescentes tenderam a dizer que são bem alimentados (63,7%; $n=7$), enquanto que 36,3% ($n=4$) afirmou não se considerar bem alimentado. Para os adolescentes que afirmaram estar satisfeitos com a alimentação, destacam-se as respostas que comparam o momento presente com um no passado, no qual passaram fome em casa e na rua, tinham que comer comida estragada, "catada" dos lixos, ou não sabiam como se "virar", pois eram muito pequenos. Os adolescentes enfatizaram, ainda, o papel dos abrigos com seus horários fixos de servir alimentação, assim como a boa qualidade da comida oferecida nesses locais. De acordo com Pedro (16 anos):

"Agora que eu tô aqui (serviço de atendimento à saúde), na função do Abrigo e cuidando dos meus carros, eu me sinto bem. [Por que tu acha que tu é bem alimentado?] Ah, porque eu não como a comida que eu comia antes, entendeu? Daí agora eu como uma alimentação sadia.. Eu comia comida até azeda de vez em quando... comida do lixo."

A vergonha de pedir comida, assim como o fato de estar muito magro e não conseguir outro tipo de comida diferente de doces, foram as justificativas dadas pelos adolescentes que se julgaram mal alimentados. De uma forma geral, pode-se concluir que a sensação de fome geralmente não faz parte do cotidiano dos participantes desse estudo, seja pelo acesso que eles têm aos abrigos, seja porque pedem, compram com o dinheiro que ganham no seu trabalho ou

compartilham dos alimentos dos seus amigos. Este quadro também foi encontrado no estudo de Medeiros, Freitas e Oliveira (2004) com jovens em situação de rua em Goiânia. Quanto às estratégias utilizadas para conseguir água, todos os adolescentes destacaram que é mais fácil consegui-la, uma vez que podem pedir em bares e armazéns (46,2%; $n=6$) ou pegá-la em torneiras e bebedouros espalhados na cidade (46,2%; $n=6$). Apenas um adolescente citou o abrigo (7,6%; $n=1$).

A alimentação é um importante aspecto no universo dos adolescentes em situação de rua, tanto pela questão física e de sobrevivência que envolve, quanto pelos aspectos culturais e simbólicos igualmente envolvidos. De fato, as múltiplas alternativas e formas de conseguir alimento, conforme já foi dito, faz com que os adolescentes em situação de rua participantes desse estudo tendam a não ter a sensação de fome ou de "barriga vazia". Nesse processo, as instituições têm um papel decisivo, dada a regularidade com a qual costumam servir e disponibilizar as refeições. No entanto, a inserção ecológica permitiu perceber o quanto a alimentação vira um atrativo nas mãos e fala de educadores quando tentam "seduzir" os adolescentes a permanecerem nas instituições citando o cardápio do dia. Apesar disso, também são freqüentes as vezes nas quais os adolescentes esperam apenas o momento de lancharem ou almoçarem para saírem das instituições e irem para a rua. Muitas vezes, carregam consigo enrolado em um papel uma sobra do lanche para comerem depois ou, mesmo, para algum colega/namorado(a) que ficou na rua. São freqüentes, também, durante os momentos de refeição, a doação de alimentos dos quais não gostam ou que não queiram mais para outra pessoa do grupo. Destaque-se que o fato de não gostar não é empecilho para não se servir. Os adolescentes se servem e, em seguida, doam os alimentos dos quais não gostam ou que não querem mais para os seus amigos. Outro comportamento bastante presenciado pela equipe de pesquisa foi a chegada dos adolescentes com pacotes de biscoito, salgadinhos, bolo e refrigerante nas instituições. Paralelo ao cuidado com o possível extravio destes, quase sempre, o que havia era uma partilha dos mesmos entre os adolescentes. Destaca-se, assim, a importante relação estabelecida pelos adolescentes com a alimentação e do papel que esta possui na formação do sentido de grupo e da solidariedade entre seus membros.

Quanto aos locais nos quais os adolescentes afirmaram dormir, verifica-se através da Tabela 4, que eles tendem a dormir em diferentes espaços, sobretudo, a rua, o abrigo noturno e a sua própria casa. A rua, no entanto, ainda foi o espaço mais citado (48%; $n=12$), seguido

do abrigo (36%; $n=9$) e da casa (12%; $n=3$). O interessante é que, numa mesma semana, eles podem dormir em ambientes distintos. A escolha por um ou outro local é situacional e varia, por exemplo, em função do desejo de usar mais droga, fato que os faz permanecer mais na rua, ou, fugir da "bagunça" da rua, indo para o abrigo ou para a sua casa. De acordo com os adolescentes: "Ah, eu escolho... depende do clima de cada lugar. Por exemplo, se o Abrigo tá no dia de briga, no dia de arreganho, eu vou em casa. Se em casa tá briga comigo, minha mãe tá me xingando, eu vou pra rua" (Jonas, 17 anos). Apenas um adolescente afirmou não estar dormindo na rua, atualmente, embora já tenha dormido.

Tabela 4. *Frequência e Percentagens dos Locais onde os Adolescentes Entrevistados Informaram Dormir*

Locais	<i>f</i>	%
Rua	11	48,0
Abrigo	10	36,0
Casa	9	12,0
Outro (hotel)	1	4,0
Total	25	100,0

Entre os adolescentes que afirmaram dormir ou já ter dormido nas ruas ($n=12$), a maioria (75%) destacou os aspectos negativos dessa experiência, referente à dificuldade de dormir nesse espaço, devido aos constantes gritos e bagunça dos amigos, ao medo de ser morto, queimado ou estuprado, às dificuldades impostas pelo frio e chuvas e de ter que dormir no chão duro e gelado. Apenas três (25%) afirmaram que essa é uma experiência positiva, seja porque pode dormir até a hora que quiser, usar droga o quanto quiser ou escapar das "brincadeiras" dos colegas do abrigo. A maioria dos adolescentes afirmaram dormir em "grupos" (58,3%; $n=7$), por uma questão de segurança e de apoio entre eles. Outros 25% ($n=3$) disseram que preferem os "pequenos grupos" (uma ou duas pessoas), uma vez que evitam a bagunça dos grandes grupos. Apenas dois adolescentes (16,7%) afirmaram dormir sozinhos. Quanto aos horários nos quais costumam dormir, verificou-se que quando os adolescentes dormem nos abrigos, possuem horários mais fixos de deitar e se levantar. Na rua, porém, esses horários são mais fluidos. Muitos adolescentes citaram que, por segurança,

preferem dormir quando amanhece, passando a noite acordados: *"Na rua eu não durmo. Espero amanhecer lá pelas seis horas e depois que vou dormir."* (Rodrigo, 13 anos). Muitas vezes, a noite acordada é usada para "bagunçar" ou para prolongar o consumo de droga, tal como afirma Marina (12 anos), *"Se eu tô empolgada no cheiro, no fumar, eu durmo tarde..."*. Durante o processo de inserção ecológica da equipe de pesquisa nas instituições foi possível identificar uma diferença entre os adolescentes que dormiam em casa ou nos abrigos e aqueles que dormiam nas ruas. Estes últimos, estavam sempre mais sonolentos durante o dia nas instituições e, na maioria das vezes, aproveitavam o espaço físico e protegido das instituições para dormirem e reporem o sono atrasado da noite anterior.

Sobre a posse de algum objeto que possuem para dormir, verificou-se que das respostas dadas, metade delas (50%; $n=9$) referiam-se à posse de cobertor, lençol e/ou edredom. Apenas duas pessoas disseram ter colchão (11,1%; $n=2$) e outras duas disseram ter travesseiro (11,1%; $n=2$). Um adolescente afirmou ter um tapete e um outro um casaco com o qual costuma se proteger do frio (ambos com 5,5%; $n=1$). Três adolescentes afirmaram não possuir nada para dormir na rua (16,8%; $n=3$). Percebe-se, portanto, a situação de precariedade na qual esses adolescentes se encontram, uma vez que falta as mínimas condições de proteção e conforto para dormirem na rua.

Assim como verificado na alimentação e no sono, os adolescentes participantes desse estudo citaram os abrigos e a rua como locais nos quais costumam tomar banho. Como mostrado na Tabela 5, os abrigos foram os locais mais citados e, em seguida, os chuveiros existentes em parques da cidade e prédios abandonados, os quais servem de "mocós"¹ para os adolescentes. Quanto ao número de banhos tomados, a maioria dos adolescentes (58,3%; $n=7$) afirmou tomar apenas um banho por dia, enquanto que quatro adolescentes (33,4%) disseram que tomam dois banhos por dia e um deles afirmou que toma um ou dois, o que varia com o maior ou menor calor (8,3%). No que se refere à troca de roupa, metade dos adolescentes tende a fazê-la todos os dias (50%; $n=6$), enquanto 25% ($n=3$) afirmou trocar de roupa mais de uma vez ao dia e os 25% restantes ($n=3$) afirmou que não dá pra trocar de roupa todos os dias, fazendo isso, um dia sim e outro não.

¹ Casas, prédios ou espaços desabitados e abandonados utilizados pelos adolescentes como abrigo (Medeiros, Freitas, & Oliveira, 2004)

Tabela 5. *Freqüências e Percentagens dos Locais onde os Adolescentes Entrevistados Informaram Tomar Banho*

Estratégias	f	%
Abrigos	12	75,0
Rua	4	25,0
Total	16	100,0

Sobre o local no qual costumam "escovar os dentes", os adolescentes, mais uma vez, enfatizaram os abrigos (75%; $n=9$), a rua (16,7%; $n=2$) e a sua casa (8,3%; $n=1$). Dos doze adolescentes entrevistados, apenas dois afirmaram "nunca" escovar os dentes (16,7%), enquanto que os demais (83,3%) afirmaram escovar os dentes até mesmo mais de uma vez ao dia.

As instituições parecem ter, portanto, um papel decisivo para a questão de higiene pessoal dos adolescentes, uma vez que a maioria deles fez referência a ela como o local onde costumam tomar banho, escovar os dentes e trocar as suas roupas sujas por outras limpas e/ou novas. A rua, apesar de ser um espaço bastante citado por eles para dormir e buscar alimentação, não tem a mesma força no que se refere à higiene pessoal. A inclusão do banho, da higiene bucal e da troca de roupas na rotina das instituições, contribui para a garantia da higiene desses adolescentes. Esse fato é ainda mais visível quando o adolescente passa alguns dias sem ir às instituições e a sua aparência fica visivelmente mais suja e mal cuidada do que quando ele freqüentava regularmente esses espaços. De acordo com Ricardo (17 anos), a ajuda das instituições faz a sua vida ser "*um pouco melhor*" que a de outros adolescentes que não freqüentam as instituições e passam todo o seu tempo nas ruas. Para ele, sua vida na "*parte material*" é melhor, já que tem comida, roupa nova, roupa limpa e "*eles botam pra lavanderia e tudo*".

Quando perguntados sobre quem os ensinou a cuidar da sua higiene (tomar banho, escovar os dentes etc.), os adolescentes citaram diversas pessoas. Em proporções diferentes, conforme mostra a Figura 3, eles citaram a figura da mãe ou alguma outra pessoa de sua família (41,2%; $n=7$), os educadores dos abrigos (23,5%; $n=4$), a si mesmos (17,6%; $n=3$) e

"outros" (11,8%; $n=2$), como os amigos e a professora. Apenas um adolescente (5,9%) disse que "ninguém" o ensinou.

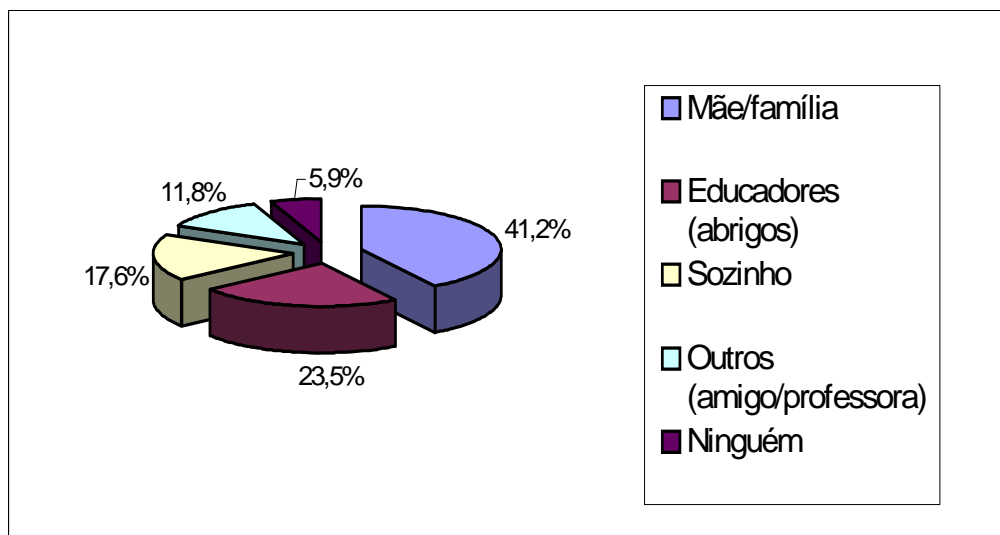


Figura 3. Quem ensinou os adolescentes a cuidarem da sua higiene.

Acidentes

Sobre o envolvimento dos adolescentes entrevistados em acidentes, como atropelamentos, queimaduras e outros acontecimentos com tiros e facas, destacam-se os dados da Tabela 6.

Tabela 6. *Frequência e Percentagens do Envolvimento dos Adolescentes Entrevistados em Atropelamentos, Queimaduras, Tiroteios e Facadas*

Eventos	Sim		Não	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Atropelamentos	5	41,7	7	58,3
Queimaduras	10	83,3	2	16,7
Tiroteios	4	33,3	8	66,7
Facadas	3	25	9	75

Dos cinco adolescentes que afirmaram ter sido atropelados, a maioria deles ($n=4$) afirmou que era pequeno e estava andando de bicicleta, jogando futebol ou atravessando a rua quando o acidente aconteceu. Nenhum deles afirmou estar sob o efeito de alguma droga no momento, nem mesmo Jonas (17 anos), que afirmou já ter sido atropelado seis vezes e ter tentado o suicídio por várias vezes.

Quanto às queimaduras, a maior parte dos adolescentes (83,3%) relatou ter se queimado alguma vez, sendo que a maior parte desses acidentes aconteceu quando eles estavam fazendo comida no fogão com água ou óleo quente. Apenas dois adolescentes relataram histórias de queimadura na rua. Um deles (Alexandre, 15 anos) contou que um amigo colocou a loló perto da roupa dele e o queimou, enquanto que o outro adolescente (Jonas, 17 anos) foi queimado enquanto dormia e só acordou no hospital.

Dos quatro adolescentes que afirmaram já ter se envolvido em algum episódio de tiroteio, três dele destacaram que os tiros não foram dirigidos a eles, mas a colegas com quem estavam. Esse fato corrobora a descrição feita por alguns pesquisadores acerca do grupo de pares como um fator que potencializa o envolvimento dos jovens em situação de rua no envolvimento com *gangs* e atividades ilegais (Ribeiro & Ciampone, 2001; Unger e cols., 1998) e, conseqüentemente, com situações de maior risco à sua vida e segurança.

Sobre as facadas, das quais três adolescentes afirmaram ter sido vítimas e trazerem consigo as cicatrizes, destaca-se o fato de que todas as ocasiões foram situações relacionadas ao envolvimento em brigas. De acordo com Menezes e Brasil (1998), as cicatrizes dos machucados e ferimentos reafirmam a violência vivida pelos adolescentes em situação de rua e colocam em questão a valorização da imagem do seu corpo e de si mesmos.

O envolvimento de adolescentes em situação de rua com acidentes é freqüentemente descrito na literatura como um fator de risco para essa população (Mejía-Soto e cols. 1998; Raffaelli, 1999; Santana, 1998) e como uma das principais causas que levam à sua internação em hospitais. Os dados encontrados nessa pesquisa corroboram os resultados de pesquisas anteriores, mas alerta para o fato de que o envolvimento dos adolescentes em situações de acidentes que colocam em risco a sua vida, já aconteciam antes da sua vinda para a rua.

Drogas

Sobre o consumo de bebidas alcoólicas, do fumo e de outras drogas ilícitas (loló, maconha, *crack*, cocaína etc.) entre os adolescentes, verifica-se que a maioria deles faz uso dessas substâncias, destacando-se o cigarro, as drogas ilícitas e, por último, as bebidas alcoólicas. A Tabela 7 abaixo apresenta esses percentuais.

Tabela 7. *Frequência e Percentuais de Uso de Drogas Lícitas e Ilícitas pelos Adolescentes Entrevistados*

Drogas	Sim		Não	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bebida alcoólica	8	66,7	4	33,3
Cigarro	10	91,0	1	9
Droga ilícita	9	75,0	3	25

Entre os adolescentes que afirmaram beber, verifica-se que o consumo de bebidas é feito "raramente" por quatro adolescentes (50%), "frequentemente" (finais de semana) por três adolescentes (37,5%) e "muito frequentemente" (todos os dias) por apenas uma adolescente (12,5%). Já a idade média na qual os adolescentes disseram ter começado a beber é relativamente baixa ($M=11,4$ anos; $DP=3,93$ anos). Sobre o consumo do cigarro, verifica-se que a maior parte faz uso de até cinco cigarros por dia (60%; $n=6$), enquanto que 20% deles ($n=2$) fuma de 5 a 10 cigarros por dia e outros 20% ($n=2$) afirmaram fumar uma carteira ou uma carteira e meia de cigarro por dia (entre 20 e 30 cigarros). Vale destacar que, apesar de 80% dos adolescentes terem afirmado fumar de um a dez cigarros, eles fizeram a ressalva de que isso só acontece porque eles não têm dinheiro para conseguir mais, ou seja, quando eles têm dinheiro, tendem a fumar mais. A idade média em que os adolescentes começaram a fumar é bastante semelhante à idade em que começaram a beber ($M=11,2$ anos; $DP=2,90$).

A Tabela 8 mostra as frequências e os percentuais de drogas ilícitas utilizados pelos adolescentes em situação de rua entrevistados. Dos doze participantes, nove (75%) afirmaram estar fazendo uso de alguma substância ilícita. A droga mais utilizada entre estes é a loló, seguida da maconha, *crack* ("pedra") e cocaína ("pó"). A loló foi também a primeira droga na vida da maioria dos adolescentes (75%; $n=7$). Esse quadro reflete os dados apresentados por Noto e cols. (2004) sobre os tipos de drogas mais consumidas (loló, maconha, *crack* e

cocaína) por crianças e adolescentes em situação de rua da cidade de Porto Alegre no ano de 2003. Quanto às razões que motivaram o uso, pela primeira vez, de drogas ilícitas, destaca-se a influência de amigos (77,8%; $n=7$) e a influência de familiares (padrasto e irmão), com 22,2% das respostas ($n=2$).

Tabela 8. *Frequências e Percentagens de Drogas Ilícitas Utilizadas pelos Adolescentes Entrevistados*

Drogas	<i>f</i>	%
Loló	8	44,5
Maconha	7	38,9
<i>Crack</i>	2	11,1
Cocaína	1	5,5
Total	18	100,0

Quando perguntados sobre os motivos pelos quais usam essas drogas, os participantes enfatizaram o desejo de se "acalmar", de se "sentir mais forte" e de "ficar doidão". Em comum, essas justificativas representam alternativas para aliviar o enfrentamento da realidade, fato que, no entender de Noto e cols. (2004), pode representar uma "forma paradoxal de preservação mental" (p.32). Nas palavras de Fabiano (15 anos), *"porque a gente chapado não sabe o que está fazendo, né. Por exemplo, tu leva um xingão, coisa assim, tu não vê nada tu chapado ali, não sabe de nada"* e nas de Jonas (17 anos) *"Tu te sente uma pessoa mais forte. Mais forte em tudo!"*. Outros aspectos, igualmente relacionados à fuga da realidade, mas referentes a uma dimensão mais lúdica do uso de drogas, foram ressaltados por dois adolescentes quando afirmaram:

"Eu brinco de cheirar, beber <risos de Marina>...Quando eu tô triste, eu me atiro.."
(Marina, 12 anos)

"Pra se divertir de vez em quando quando os guri tão fumando algum bagulho, eu vou lá, né. Pra mim é diversão, tudo é diversão. Aí eu vou lá e fumo com eles, brinco." (Fabiano, 15 anos)

Todos os participantes afirmaram que a droga "estraga ou destrói" a saúde, tendo, portanto, um efeito negativo e prejudicial sobre esta. Os principais efeitos apontados,

conforme mostra a Tabela 9, referem-se ao pulmão e ao cérebro. Nesse caso, tanto o pulmão quanto o cérebro seriam destruídos, sobretudo, "queimados" ou "comidos". De acordos com os participantes, a droga "*estraga e deixa o pulmão preto*" (Márcia, 17 anos), "*queima cérebro, queima pulmão*" (Rodrigo, 13 anos) e, ainda, "*vai queimando por dentro... o cérebro vai diminuindo*" (Lucas, 15 anos). O emagrecimento, expresso na frase "*o corpo seca*" também foi apontado como uma consequência negativa exercida pela droga sobre a saúde, assim como o derretimento dos ossos e outras doenças, como a tuberculose e a AIDS.

Tabela 9. *Frequência e Percentagens dos Efeitos da Droga sobre a Saúde na Opinião dos Adolescentes Entrevistados*

Efeitos	<i>f</i>	%
Come/queima o pulmão	5	33,3
Come/queima/destrói o cérebro	5	33,3
Faz emagrecer	3	20,0
Derrete os ossos	1	6,7
Tuberculose, AIDS	1	6,7
Total	15	100,0

Os discursos a respeito dos efeitos físicos da droga sobre a saúde são bastante elucidativos de uma idéia chave à Antropologia do Corpo e da Saúde de que cada indivíduo, a partir do contexto, cultura e sociedade na qual está inserido, desenvolve explicações particulares acerca do funcionamento do seu corpo, seja este patológico ou não. Esses "modelos explanatórios", tal como denominados por Kleinman (1980), são sempre mútua e interdependentemente influenciados pelo discurso oficial da biomedicina, por crenças leigas e religiosas. Portanto, no esforço de explicação dos efeitos da droga sobre a saúde, cada adolescente tendeu a unir aos dados da sua experiência concreta de vida, a interpretação que faz do discurso médico oficial e/ou do religioso. Não é à toa, portanto, que os adolescentes usaram expressões como "queimar, comer ou destruir" para explicar o efeito da droga sobre o cérebro e o pulmão de quem a usa, nem que tenham relacionado o *crack*, por exemplo, a uma invenção do "Diabo".

No entender dos participantes, os principais efeitos que a droga produz neles são do tipo físico (83,3%; $n=10$). Entre estas conseqüências, destacam-se: o esquecimento, a fome e o sono. Muitos adolescentes, inclusive, fizeram a diferenciação entre o efeito produzido por cada droga. Assim, a maconha foi quase sempre associada à fome e à vontade de dormir, a loló foi relacionada à tontura e o *crack* ao emagrecimento. Além disso, os adolescentes usaram a expressão "viagem" e o termo "chapado" para descrever os efeitos sentidos com o uso da droga. De acordo com as descrições dos participantes:

"Parece que tá entrando em outro negócio, num outro mundo. [Me fala um pouquinho desse mundo aí...] Ah, tu pode mover os negócio com tua mente. Tu pode enxergar várias coisas...Ou senão tu enxerga uma luz vermelha...Eu tinha parado de enxergar essa luz vermelha, daí agora que eu voltei a cheirar agora eu comecei a ver essa luz vermelha de novo." (Alexandre, 15 anos)

"Viajar, assim, pra ficar tonto, caindo... ter que me segurar, eu me seguro nos guri, né, quando eu tô chapada." (Marina, 12 anos)

Em menor proporção, foram citados os efeitos psicológicos ou morais (16,7%; $n=2$), os quais fazem os adolescentes se sentirem mais fortes ou, mesmo, envergonhados. Duas implicações bastante importantes do uso de drogas são aqui enfatizadas: as implicações físicas e morais. Essas implicações foram inicialmente descritas por Duarte (1986) para compreender o fenômeno do "nervoso" nas classes populares e, mais tarde, por Piccolo (2001) para entender as trajetórias sociais do uso de drogas por usuários de uma vila em Porto Alegre. Enquanto as implicações físicas relacionam-se às conseqüências apontadas sobre o corpo (tontura, sono, fome, esquecimento etc.), as implicações morais são explicitadas na referência feita pelos participantes à transformação do usuário em "violento ou valentão" e, ainda, à sua associação com juízos de valor negativos, como "fracassados, chinelo" etc. A resposta dada por Marina (12 anos) à pergunta sobre que tipo de efeito a droga tem sobre a sua saúde é bastante elucidativa e exemplifica as implicações físico-morais acima destacadas. Ela afirma: *"Ah, eu tô mais magra, ando muito viciada, brigo por causa até dessas coisas, roubo... eu vendo drogas também."* Na vida de Ricardo (17 anos) essas conseqüências também foram citadas, quando ele afirmou que ficou "louco de vergonha" na hora em que uma educadora do abrigo onde ele estava falou que ele era um dos melhores jogadores dali, mas que quando conseguiram arrumar uma escolinha de futebol para ele *"não adiantava mais, o Ricardo já*

estava... a bola passava por ele e ele ficava olhando a bola, não conseguia chutar." O próprio adolescente foi quem repetiu a fala da educadora e lembrou em outros momentos o quanto a sua condição física estava prejudicada nas duas ocasiões em que foi internado. Ele conta:

"Quando eu cheguei lá em Campo Bom (clínica de recuperação) eu tava fraco, ainda com o efeito da loló... eu não tava nem conseguindo levantar a colher pra comer e daí eu pensei 'Bah, eu vou morrer'." (Ricardo, 17 anos)

Seis adolescentes (54,5%) afirmaram ter tentado parar de usar o *crack* (pedra), uma vez que, emagrecendo, perceberam no seu próprio corpo o efeito destruidor dessa droga. Outras justificativas usadas para tentar parar de usar o *crack* foi o fato de terem visto algum amigo seu morrendo e, ainda, o alto custo da mesma. De fato, os efeitos prejudiciais sentidos no próprio corpo (emagrecimento, estouro das veias do nariz), assim como a consciência dos prejuízos trazidos à saúde ("*mata o cérebro, come o cérebro e o pulmão*") e, em menor proporção, o desejo de realizar alguma atividade (jogar futebol, por exemplo) foram as principais justificativas utilizadas para parar com o uso de uma droga. Depois do *crack*, os participantes afirmaram que já tentaram parar de usar a loló (27,3%; $n=3$) e a cocaína (18,2%; $n=2$). O fato de terem tentado parar, porém, não implica que tenham conseguido. Percebe-se uma tendência dos adolescentes a pararem efetivamente de usar mais o *crack* e a cocaína que a loló. Provavelmente, isto esteja relacionado às conseqüências mais severas causadas pelo *crack* à saúde, se comparados aos efeitos produzidos pela loló e pela maconha. Estas, por sua vez, tendem a ter seus efeitos e malefícios relativizados e até diminuídos diante dos efeitos do *crack* e da cocaína.

Quase sempre, o fruto das tentativas de parar com o uso de alguma droga foi uma diminuição no uso desta. No relato de Jonas (17 anos), por exemplo, essa mudança fica clara: "*Porque antes eu usava R\$ 15,00 em drogas e, pela terapia comunitária que eu faço aqui (referindo-se ao serviço de saúde no qual é atendido e onde essa pesquisa foi realizada), eu comecei a usar R\$ 1,00 de droga por dia.*" Além dele, pode-se citar Ricardo (17 anos) que afirmou que antes de entrar na clínica de recuperação cheirava "*vinte e quatro horas... Não comia nada quase.*" A diminuição no uso de droga por parte desses adolescentes pode ser entendida como uma forma de cuidado com a saúde, uma vez que implicou a modificação da forma de uso da droga e visou a uma melhoria da qualidade de vida, ou, pelo menos, de minimização dos prejuízos e sofrimentos vividos (Noto e cols., 2004). No entanto, como bem

afirma Fabiano (15 anos) quando se refere aos cuidados que tem com a sua saúde para evitar ficar doente, essa mudança pode ser situacional e momentânea:

"Páro um pouco com as drogas, que as droga de vez em quando... só prejudica a gente, e aí eu vou parando um pouco. Daí depois que eu vejo que eu tô melhor eu continuo. <risos de Fabiano>." (Fabiano, 15 anos)

Dos nove adolescentes que ainda usam algum tipo de droga, a maioria (88,8%; $n=8$) disse que gostaria de parar, citando, para isso, os prejuízos físicos trazidos à saúde pelo consumo. Apenas uma adolescente (Marina, 12 anos) afirmou que não deseja parar, uma vez que gosta de usar droga e pensa que, *"Se quisesse parar, pararia tranquilo."* Outras justificativas dadas para o desejo de parar estão relacionadas a questões morais, tais como: poder dar um futuro aos seus filhos ou ser mais *"reconhecido"* pelos outros, uma vez que *"a gente drogado, com cheiro de loló, ninguém vai querer chegar perto de ti. Eles acham que o cara é mendigo, coisa assim, ladrão"* (Fabiano, 15 anos). Os adolescentes percebem e comentam o preconceito social do qual são vítimas, alegando que as pessoas têm medo de chegar perto deles e que, quando os vêem, *"vão pro outro lado da rua"* (Alexandre, 15 anos) temendo ser roubados.

O preconceito social vivido e expresso em atitudes de descrédito, humilhação e temor por parte da sociedade para com os adolescentes usuários de droga e em situação de rua têm a sua origem no fato do uso de drogas ser considerado como um ato desviante e que está intrinsecamente relacionado, conforme afirma Piccolo (2001), a fenômenos como a violência, a criminalidade e a epidemia de AIDS. Além disso, conforme destaca Noto e cols. (2004), a problemática do uso de drogas entre adolescentes em situação de rua, *"envolve a complexidade de três vertentes carregadas de preconceitos sociais: a droga, a adolescência e a situação de rua."* (p.76)

Para parar de usar, os adolescentes pensam, principalmente, que é necessário: 1) ter vontade (30%; $n=3$); 2) ir para casa de familiares ou para uma clínica de tratamento (ambos com 20%; $n=2$); e 3) *"conseguir uma namorada"*, *"evitar amizades que usam"* e *"prender as drogas"* (10% cada; $n=1$).

O consumo de drogas também foi associado à representação de *"morte"*. Nesse sentido, os participantes descreveram o usuário de droga como alguém que *"vai morrer ligeiro"* e os não usuários como alguém que *"tem muita saúde e que não vai morrer"*. É

interessante perceber como o conhecimento das conseqüências físicas da droga sobre a saúde está presente tanto entre os adolescentes que usam, quanto entre aqueles que não usam algum tipo de droga (lícita ou ilícita). No entanto, enquanto a possibilidade de morte é vista como uma justificativa para afastar quem não usa ainda mais do uso, essa mesma possibilidade, igualmente presente no discurso dos usuários, não parece ter o mesmo efeito sobre o seu comportamento (dimensão da prática). Essa constatação leva à importante problematização acerca da representação que associa uso de drogas com "mal, morte, prejuízo". A fim de compreender a lógica que ordena essa representação, recorre-se aqui a três argumentos principais, distintos, mas interrelacionados.

O primeiro argumento é baseado na afirmação de Piccolo (2001) sobre a construção das drogas como um problema social. Esse fato é entendido a partir da consideração de que, embora o uso de substâncias psicoativas sempre tenha existido, os significados e valores associados ao seu uso sofreram modificações ao longo da história. Nos anos 60, por exemplo, as drogas eram bandeira de paz e amor do movimento Hippie. Hoje, porém, ela está fortemente relacionada com fenômenos como a violência, a criminalidade e a epidemia de AIDS. Nesse processo de modificação do estatuto das substâncias psicoativas (do permitido ao proibido) e da construção da droga como um problema social estão bastante imbricadas questões políticas, econômicas e militares, as quais envolvem diferentes atores sociais (Estado, máfias, monopólios, cartéis, aparelhos repressivos, saberes médicos e farmacológicos). São muitas as forças, portanto, unidas na tarefa de reforçar o discurso de guerra às drogas, vistas como um mal individual e social que deve ser banido. O Estado, a medicina, a religião e os meios de comunicação são algumas dessas principais forças que contribuem para o desenvolvimento da representação da droga como um "mal". O que acontece é que, usuários e não usuários, inseridos todos nessa mesma sociedade, compartilham dessa representação comum. Ambos, portanto, tal como destaca Gregis (2002, p. 64), "aprendem a apreender essa concepção de medo e mal".

No entanto, como já destacado, essa representação compartilhada serve para justificar práticas distintas. E aqui, uma nova possibilidade de explicação é levantada. Ela trata, justamente, da distinção entre representações, práticas e normas sociais, feita por Piccolo (2001) e Leal e Lewgoy (1995). Nesse sentido, enquanto o discurso relaciona-se ao nível das regras, referente às normas de comportamento fundados em princípios socialmente aceitos, o

nível da prática reside no nível das estratégias, as quais extrapolam e são até opostas aos princípios e valores veiculados nos discursos. Em outras palavras, é como se o discurso oficial veiculado no nível das regras prezasse sempre por uma coerência da realidade e da experiência humana, a partir de dualidades excludentes (bom/mau; vida/morte etc.), ou, como afirmam Alves e Rabelo (1998), entre dicotomias já conhecidas como subjetividade e objetividade, indivíduo e sociedade, corpo e mente.

Ao enfatizar essas dicotomias, por sua vez, contribui-se para a negação da dimensão da complexidade dos fatos humanos, negligenciando-se a coexistência de percepções opostas acerca dos fatos sociais. Assim, um adolescente em situação de rua e usuário de drogas que afirma, por exemplo, que a droga "*faz mal, prejudica e mata*", não necessariamente nega outras dimensões do nível da prática trazidas pelo uso, como o prazer decorrente deste e a dimensão de sobrevivência (tráfico como fonte de renda) e de sociabilidade (droga como fator de inclusão grupal, formação de identidade), tão relevantes para esse grupo social. Estas últimas dimensões são também partes de uma mesma realidade experienciada pelos adolescentes em situação de rua. Assim, a distância entre as experiências individuais produzidas pela substância no organismo e as concepções sobre o seu uso são dadas, sobretudo, pela hegemonia de um discurso que torna a droga o grande "bode expiatório" da sociedade atual.

Um terceiro ponto de reflexão diz respeito à necessidade de que, enquanto pesquisadores, possa ser considerada a chamada "sabedoria de rua", descrita por Aptekar (1989, 1994) como sendo uma estratégia dessa população de desenvolver repertórios comportamentais específicos para cada situação e contato social. Eles agiram, portanto, adequando as suas histórias ao que imaginam que os ouvintes estão esperando, sejam estes instituições, policiais, transeuntes e pesquisadores. Ter consciência disto é fundamental, tanto para o nível de execução da pesquisa quanto de intervenções posteriores, uma vez que cabe sempre problematizar o que, à primeira vista, pode parecer "natural, dado e familiar".

A discussão a respeito do consumo de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua proposta anteriormente alerta para a necessidade de que ela deixe de ser vista como um "problema" em si, que está relacionado à violência, à criminalidade e à ilegalidade, e passe a ser vista como um "sintoma" que tem um significado e aponta para uma série de fatores sociais. Dentre estes, podem ser citados os motivadores relacionados ao prazer que o

uso de drogas pode trazer, como a formação de identidade grupal, a ludicidade do uso (vivência de momentos mágicos, sensações de poder e euforia), a "fuga da realidade" e o fascínio pelos desafios, característicos do período da adolescência. Por outro lado, tem-se a ausência ou a fragilidade de motivos para não usar, como os vínculos familiares, limites morais e valores religiosos, bem como da preocupação do governo e da sociedade pela vida das crianças e adolescentes em situação de rua (Noto e cols., 2004).

Violência/Comportamento Violento

Uma análise mais detalhada sobre os tipos de eventos violentos e a frequência com que estes acontecem na vida dos adolescentes em situação de rua é feita a partir dos dados mostrados na Tabela 10. Esta compara a violência sofrida por eles no ambiente familiar e nos locais por onde andam.

Tabela 10. *Frequências e Percentagens de Eventos Violentos Vivenciados pelos Adolescentes Entrevistados no Ambiente Familiar e nos Locais por onde Andam*

Eventos violentos	Ambiente familiar	Locais
	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
Gritou e deu bronca exagerada em você	11 (91,7)	7 (58,3)
Ameaçou você de soco, tapa, empurrão	10 (83,3)	10 (83,3)
Deu de fato soco, tapa, empurrão	7 (58,3)	7 (58,3)
Ameaçou você com objeto (madeira, ponta de cigarro etc.)	7 (58,3)	6 (50,0)
Agrediu você com objeto (madeira, ponta de cigarro etc.)	9 (75,0)	3 (27,3)
Ameaçou você com arma (faca, revólver etc.)	5 (41,7)	7 (58,3)
Agrediu você com arma (faca, revólver etc.)	2 (16,7)	2 (16,7)
Tentou mexer no seu corpo, beijar você à força	2 (16,7)	4 (33,3)
Mexeu de fato no seu corpo, beijou de fato	1 (8,3)	3 (25,0)
Teve relação sexual forçada com você	1 (8,3)	1 (8,3)
Ameaçou você de castigo	9 (75,0)	1 (8,3)
Deu de fato castigo	9 (75,0)	1 (8,3)

A análise dos dados da Tabela 10 mostra que os adolescentes quando estão em casa, tendem a receber mais gritos, serem mais ameaçados e agredidos com objetos, assim como mais ameaçados com castigos e punições. Quando comparados à presença desses mesmos eventos violentos nos locais por onde andam (rua, escola, locais de festa etc.), os tipos de violência cometidos são diferentes. Com mais frequência, as pessoas da comunidade (amigos de rua, desconhecidos e policiais, por exemplo) tendem a ser perpetradores dos seguintes tipos de violência: ameaças com arma e tentativas de abuso sexual. Já os percentuais para ameaça de soco e soco propriamente dito, agressão com arma e relação sexual forçada foram semelhantes para o ambiente familiar e para a comunidade.

Inicialmente, desperta atenção a frequência com que os adolescentes entrevistados afirmam ter vivenciado situações violentas no seu ambiente familiar. Neste espaço, a principal violência cometida é a do tipo psicológica, expressa, sobretudo, em gritos e ameaças de soco, tapa, empurrão e castigo. É a essa violência, característica de ambientes não protetivos e adequados ao desenvolvimento humano, que os próprios adolescentes atribuíram, conforme já foi discutido aqui, a sua ida para a rua.

Nesta, por sua vez, embora haja uma tendência dos adolescentes receberem menos gritos, agressões com objetos e castigos, aumenta a probabilidade de serem ameaçados com armas ou de sofrerem tentativas de abuso sexual. Mais uma vez, confirma-se a "contradição" destacada por Noto e cols. (2004) acerca da "rua" na vida dos adolescentes que nela vivem, bem como o lugar de destaque que a violência parece ter nas relações estabelecidas nos diferentes espaços que frequentam. Se por um lado, eles informam buscar a rua como uma alternativa para se "libertarem" dos constantes castigos, ameaças físicas e agressões verbais vivenciados na sua casa, na rua, continuam a sofrer com estes. Embora em menor proporção, a esta violência se somam outros tipos de ameaças, como a de armas e a violência sexual. Acerca da violência vivenciada pelos adolescentes em situação de rua, Ribeiro e Ciampone (2001) afirmam que "durante as suas trajetórias de vida eles viveram em muitas situações diferentes, mas em todas a violência parece ter sido a protagonista." (p. 47)

Tabela 11. *Frequência e Percentagens dos Tipos de Violência Cometidos contra Outras Pessoas pelos Adolescentes Entrevistados*

Violência	<i>f</i>	%
Bater/dar soco	5	35,8
Tentar esfaquear/esfaquear de fato	4	28,7
Atirar com arma de fogo	1	7,1
Dar paulada	1	7,1
Derramar água quente	1	7,1
Dar garrafada	1	7,1
Atirar pedra	1	7,1
Total	14	100,0

Assim como é comum entre os participantes terem sido vítimas de algum tipo de violência, nas suas famílias e no espaço da rua, também ficou claro que a maioria deles (66,7%; $n=8$) já cometeu algum tipo de violência. A Tabela 11 mostra os principais tipos de violência por eles cometidos. O envolvimento em brigas, que os levaram a agredir outras pessoas através de socos, tapas e empurrões é o que mais se sobressai, seguido das tentativas de agressão com faca ou da agressão de fato com esta.

A intensidade da violência cometida ficou muitas vezes ilustrada nas falas dos adolescentes, os quais faziam questão de contar o que tinha acontecido e a dimensão do seu ato:

"Bah, guria que mexe comigo sofre na minha mão. (...) Bah, quase matei a guria."
(Marina, 12 anos)

"Demolimo ele (o padrasto que queria matar a mãe dele), demo só de pau nele, quase matemo ele. Quase, mas não matemo. (...) Ele deu sorte." (Fabiano, 15 anos)

Muitas vezes, em virtude do envolvimento com tráfico ou roubo, os adolescentes tiveram que cumprir medida sócio-educativa de privação de liberdade, o que para eles é resumido na expressão: *"pegar FEBEM"*. Quatro entre os doze adolescentes disseram que isso já havia acontecido com eles.

A maioria dos adolescentes (sete entre os doze) já viveu, também, algum tipo de violência por parte da polícia. No geral, os "brigadianos" tendem a ser vistos de forma muito

negativa e a sua imagem entre os adolescentes em situação de rua é a de que são "*bandidos*", "*criminosos*", dos quais se tem que fugir, pois eles não estão ali para proteger, mas para agredir. Os relatos a seguir ilustram as opiniões dos participantes e a experiência destes com alguns policiais.

"Eles pegaram e deram paredão em nós, chegaram já dando em nós já. Isso daí não pode, primeiro eles têm que revistar. (Deram em vocês de quê?) Chute com aquelas botas deles, puxaram a nossa orelha. Eles tavam com maconha, fumando maconha, amaconhado eles." (Lucas, 15 anos)

"Eles tentaram me quebrar a pau, mas nunca conseguiram. (...) É mais fácil eu dar neles do que eles em mim. (...) Eu tenho até foto no jornal: 'Menino de quinze anos esperneia e sapateia e soqueia brigadiano. (E o que que tu acha dessa reportagem aí? Tu tem orgulho disso?) Não tenho orgulho, né, mas brigadiano é mais assassino do que nós. O brigadiano, se tiver que estuprar, ele estupra. Se tiver que matar, ele mata. Eles são contratados pra matar. Qualquer dinheiro a mais pra eles, eles vão lá e 'tigue, taque, pou!'" (Jonas, 17 anos)

"Ah, eu fujo (dos brigadianos)! Se eu não correr, bah, soffro! Corro pra caramba.." (Marina, 12 anos)

De fato, desperta atenção as constantes referências negativas feita aos policiais pelos adolescentes em situação de rua, tanto pela violência física e psicológica cometida contra estes, mas também pelos relatos dos policiais como "*bandidos*" e "*criminosos*" que, por exemplo, usam drogas e matam. Estudos anteriores como o de Ribeiro e Ciampone (2001), por exemplo, já destacavam essa representação negativa dos policiais entre os jovens em situação de rua. As autoras, inclusive, destacam o fato de que, enquanto para algumas crianças a polícia é representada como herói, para as crianças em situação de rua, estes são delinquentes, além de serem seus "piores inimigos". A seguir, são expostos os principais resultados sobre os índices de tentativas de suicídio encontrados entre os participantes desse estudo. No entanto, é preciso destacar que o suicídio também é considerado como um exemplo de "comportamento violento".

Suicídio

Entre os participantes, verificou-se uma significativa proporção de tentativas de suicídio, uma vez que quatro adolescentes (33,3%) afirmaram já ter tentado cometer o suicídio, enquanto que os demais (66,7%; $n=8$) afirmaram nunca ter tentado. Esses dados são dignos de serem considerados e devem servir como um importante sinalizador acerca das condições de vida vivenciadas por esses adolescentes, uma vez que mostra que um em cada dois adolescentes em situação de rua que participaram desse estudo já tentaram pôr fim em suas vidas.

Entre os quatro adolescentes que já tentaram, apenas um o fez apenas uma vez. Os demais, tentaram duas ou mais vezes. As razões que motivaram as tentativas estão relacionadas a brigas com namoradas e decepções amorosas, perda de um ente querido e à descoberta de que tinha AIDS. As principais formas utilizadas nas tentativas de suicídio foram: os atropelamentos provocados (33,4%; $n=3$), a tentativa de cortar os pulsos e as quedas provocadas (ambos com 22,2%; $n=2$) e, por último, a tentativa de enforcamento e de afogamento (ambos com 11,1%; $n=1$).

Os dados acerca do percentual de tentativas de suicídio entre essa população despertam atenção tanto pelos índices apresentados (um em cada dois adolescentes afirmou já ter tentado o suicídio), mas também pelos motivos alegados, os quais envolveram decepções amorosas, perda de entes queridos e a descoberta de uma doença. Nos dois primeiros casos, portanto, sobressai-se o aspecto afetivo e a vinculação com alguma pessoa importante na vida do adolescente (namorada, pai etc.). É interessante o confronto desses dados com os da pesquisa realizada por Koller, Cerqueira-Santos, Morais e Ribeiro (2004), com adolescentes em situação de risco das cidades de Porto Alegre, Recife e São Paulo e na qual a principal justificativa dada para a tentativa de suicídio foram os problemas familiares, seguidos da falta de sentido para viver e as decepções amorosas. De fato, a maior referência feita pelos jovens de Porto Alegre, Recife e São Paulo com a sua insatisfação com o ambiente familiar está relacionada ao fato de que os mesmos ainda vivem com suas famílias, enquanto que os participantes dessa pesquisa já não estão mais em casa e atribuem o motivo da sua tentativa de suicídio a pessoas próximas que são sua referência afetiva ou que já foram, como no caso da adolescente que fez referência à morte do seu pai.

As análises expostas anteriormente acerca da violência enfrentada e cometida (contra si mesmo ou contra o outro) pelos adolescentes em situação de rua são aqui mencionadas,

uma vez que a temática da violência tem sido considerada nas últimas décadas como um dos principais problemas de saúde pública. As estatísticas referentes às causas de mortes, sobretudo da população jovem, não deixam mentir. Dessa forma, verifica-se que a violência deixou de ser simplesmente um problema de segurança e passou a ser uma questão debatida nos campos da saúde e da educação, principalmente. A WHO (2002) considera a violência como um fenômeno passível de prevenção e tem reiterado a necessidade de que sejam avaliadas a sua magnitude e suas conseqüências para a saúde em todos os países.

Sexualidade

Apenas quatro participantes afirmaram, no momento da entrevista, estar com algum namorado(a) fixo(a). As três adolescentes do sexo feminino disseram que estavam com namorado, sendo que para todas elas tratavam-se de relacionamentos de pouco tempo (no máximo 1 a 2 meses). Apenas 2-12 participantes ainda não tiveram a sua primeira relação sexual. A idade média da primeira relação foi relativamente baixa ($M=11,1$ anos; $DP=2,80$). A idade mínima foi de sete anos e a máxima foi de quinze anos. Entre aqueles que tiveram a primeira relação sexual aos sete anos, uma participante (Adriana, 16 anos) mencionou que se tratou de um abuso sexual por parte do padrasto.

Foi entre as meninas, também, que se verificou a maior frequência de relações sexuais. Duas delas disseram transar "*todos os dias*" com seus namorados, quando não estão brigados. Entre os meninos, no geral, as relações são "*raras*". Alguns deles, inclusive, destacaram que já faz tempo que a última relação aconteceu. A frequência mais elevada de relações sexuais entre as meninas foi encontrada, também, no estudo de Hutz e Forster (1996) sobre o comportamento sexual de crianças e adolescentes em situação de rua em Porto Alegre, RS. Entre as três adolescentes da amostra, duas já engravidaram. Uma delas estava grávida de seis meses no momento da entrevista. No passado, já havia estado grávida, mas perdeu o seu filho numa briga: "*Eu tava com dois mês de gravidez. Tava eu e duas minas brigando, só que daí quando eu caí no chão, elas chutaram minha barriga.*" (Adriana, 15 anos)

Entre os dez adolescentes que afirmaram ter transado alguma vez na vida ou que transam atualmente, apenas dois (duas adolescentes do sexo feminino) disseram não ter feito uso de camisinha na última relação. Para uma delas, que tem AIDS e cujo namorado também tem, transar sem camisinha "*é mais fácil e mais gostoso*" (Adriana, 16 anos). Para Marina (12

anos), o não uso foi justificado pelo fato de que *"na hora não tem. (...) A gente pode transar qualquer hora sem saber que ia transar. Ontem eu não sabia que eu ia transar."* Os participantes não relataram ter dificuldades em obter camisinha e disseram que é fácil consegui-la nos serviços da rede de assistência (abrigos, serviços de atendimento à saúde) às crianças e adolescentes em situação de rua de Porto Alegre: *"Em tudo que é lugar eles dão pra nós. Aqui, no Abrigo, eles sempre dão pra nós se prevenir, né"* (Ricardo, 17 anos). Apesar de não usar, Adriana (16 anos) costuma pegar camisinhas no serviço de saúde que frequenta, porém, com um outro objetivo: *"Eu junto com camisinhas e vendo..."*.

É interessante perceber através dos dados sobre o comportamento sexual dos adolescentes em situação de rua, assim como de todo o processo de inserção ecológica nas instituições, a importante questão de gênero que permeia as suas vidas. Principalmente na vida das meninas essa questão é percebida, sobretudo, pela relação de dependência vivida por elas em relação aos seus parceiros. Quase sempre, essa dependência se justifica na busca de proteção, afeto e de estratégias de sobrevivência, conforme afirma Márcia (17 anos): *"Na mão dele sim, na mão dele (do namorado) eu tô mais... não passo fome. Toda hora tem rango, tem comida pra mim."* No entanto, a relação de poder e a submissão também são vividas e se repetem em diferentes relacionamentos amorosos na sua vida: *"Ele (referindo-se ao ex-namorado) já deu em mim, me deu soco..."*. Referindo-se ao namorado atual, a quem chama "marido", ela explica o porquê da necessidade de interromper a entrevista: *"Quando eu chego lá meu marido me mata, tenho que ir lá fazer negócio pra ele comer quando ele chegar."* Seus companheiros ocupam, assim, um lugar de destaque em suas vidas ao ponto de, quando perguntadas sobre um dia feliz em suas vidas, elas responderem:

"Quando eu arrumei um guri melhor, que tá me dando conselho, que tá sempre quando eu tenho horário do meu remédio, ele vai ali, me acorda, me chama.."
(Márcia, 17 anos)

"Ué, principalmente ontem, quando eu revi o Jorge de novo. Eu achei que ele fosse ficar lá (no presídio) pra sempre. (Ahan, tu reviu o Jorge ontem a que horas?) A hora que eu saí daqui... Aquela hora que eu saí. (...) Daí eu vi ele, ele me abraçou, me beijou, me agarrou. (Foi? E como é que agora? Ele tá livre pra sempre ou ainda vai responder...?) Hum, liberdade provisória. (Ah, tá. Entendi, guria. E como é que tu tá agora? Tu tá feliz ou tu tá triste?) Tô feliz. (É? Por quê que tu tá feliz?) Ué, porque

ele voltou. (É? E quais são os planos agora?) Meus planos, de um certo lado, continuam os mesmo, de outros não. (Hum, mudou alguma coisa, Adriana, assim, depois de ele ter sido preso?) Vou falar pra ele se cuidar. Eu tenho medo que ele caia e não volte mais e me deixe, né. E eu quero ver o meu filho, o meu bebê... Eu e ele, e meu filho. Eu garanto que ele vai fazer um bom papel de pai." (Adriana, 16 anos)

O conhecimento dos adolescentes sobre a AIDS, conforme mostra a Tabela 12, tende a enfatizar o fato da AIDS ser uma doença que se transmite através do não uso da camisinha. Além disso, ela "*não tem cura*" (Paulo, 17 anos), pode ser transmitida através do beijo, "*se a pessoa estiver com a boca machucada.*" (Fabiano, 15 anos) e "*mata ligeiro*" (Miguel, 13 anos)

Tabela 12. *Freqüências e Percentagens sobre o que é AIDS na Opinião dos Adolescentes Entrevistados*

Opinião	f	%
Doença transmitida pelo não uso de camisinha	10	57,0
Doença que não tem cura	5	18,5
Doença transmitida por machucado na boca	5	18,5
Doença que mata	4	14,8
Doença transmitida pelo uso de seringas contaminadas	2	7,4
É uma "ferida"	1	3,8
Total	27	100,0

No geral, os participantes demonstraram ter um bom conhecimento sobre a forma de "transmissão" da AIDS. A ênfase dada, por sua vez, à relação entre AIDS e morte é possivelmente explicada pela experiência de vida deles, uma vez que muitos relataram o fato de alguém próximo (mãe, pai, irmão, primo) ter morrido de AIDS. Todos os participantes afirmaram ter medo de serem contaminados, uma vez que não querem morrer cedo, nem enfrentar o preconceito e a exclusão da sociedade. Afirma um participante:

"Eu tenho medo assim, se um dia eu pegar eu não sei nem o que eu faço.. Ah, eu me mato na hora. Tá louco, ficar sofrendo. (Tu acha que quem tem AIDS, sofre?) Ah, a gente fica excluído. (...) Não é tão por causa da doença é por causa da fogação que

eles falam, que eles chamam, as pessoas ficam jogando coisas em cima da gente, bah..." (Ricardo, 17 anos)

Porém, ao contrário da crença de invulnerabilidade identificada por Hutz e Forster (1996) em um estudo anterior, nessa pesquisa, os adolescentes tenderam a afirmar que *"se não se cuidar, pode se contaminar"*, o que demonstra uma maior consciência do risco por parte deles. Por vezes, durante a inserção ecológica, foi possível perceber os comentários dos meninos acerca das meninas *"sabonetes"*, as quais, de acordo com eles, *"passam pela mão de todo mundo"*. Com relação a essas meninas, parecia haver uma certa rede de comunicação entre os meninos, que agiam informando uns aos outros sobre a "saúde sexual" das possíveis parceiras: *"Eu quando, por exemplo, se eu vejo os guri falam pra mim 'Ah, aquela dali tem, Fabiano, Não vai muito', eu pego e já não vou, eu não quero nada"* (Fabiano, 15 anos).

No entanto, obviamente, o fato de saber dessa informação não implica que todos evitarão ter relações sexuais com elas, nem muito menos que todos usarão camisinha. Conforme já comentado sobre o comportamento de uso de drogas, o comportamento sexual também é influenciado por muitos outros fatores, além da posse de informação de que é preciso usar camisinha pra evitar AIDS, por exemplo. De acordo com Raffaelli (1993) o sexo é um comportamento multi-determinado entre essa população, uma vez que está igualmente relacionado a variáveis como a garantia de sobrevivência, busca de conforto e prazer. A descrição da contaminação com o vírus da AIDS feita por Adriana (16 anos) ilustra a ambigüidade existente entre o nível das regras (conhecimento racional, informação) e o nível da prática, o que comprova a complexidade da temática do comportamento sexual e da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: *"peguei AIDS porque eu sabia que o Felipe tinha a AIDS e de otária falei que uma noite transar com ele sem camisinha não ia dar nada. E depois dessa noite, foi indo, foi indo..."*.

O fato da maioria dos adolescentes terem afirmado que podem se contaminar com o HIV se não se protegerem e de terem descrito formas de contágio e proteção da AIDS pressupõe um maior nível de informação destes, quando comparados, por exemplo, aos adolescentes em situação de rua que participaram da pesquisa sobre comportamento sexual há quase uma década atrás, desenvolvida por Hutz e Forster (1996). Provavelmente, esse fato é conseqüência do trabalho realizado pela equipe de saúde e assistência social que trabalha com

essa população, seja através da maior disponibilidade de informações, seja pelo aumento de distribuição gratuita de camisinha.

O aumento do nível de informações, assim como, da maior disponibilidade de preservativo parece ser acompanhada, igualmente, de um fator muito importante que é a constante troca de parceiros sexuais entre os adolescentes em situação de rua, variável relacionada ao comportamento sexual de risco. Esse fato, potencialmente, aumenta as chances de que, se alguém nessa "corrente" tem AIDS e costuma transar sem camisinha, outras pessoas venham a ser contaminadas.

Lazer, Esporte e Amizade

A principal atividade desenvolvida pelos adolescentes nos momentos de lazer está relacionada à "prática de esporte" (jogar futebol ou basquete, por exemplo). Em seguida, conforme mostra a Tabela 13, estão "brincar" (jogar bolita, peão, video-game etc.), "ir ao parque", "ficar com o(a) namorado(a)" e "ir a festas" (boate, som, pagode). Porém, a atividade que eles dizem mais gostar é a prática de esportes e brincar.

Tabela 13. *Frequência e Percentagens das Atividades de Lazer Preferidas dos Adolescentes Entrevistados*

Atividades de lazer	<i>f</i>	%
Praticar esporte	6	57,0
Brincar	4	22,2
Ir ao parque	3	16,7
Ficar com o(a) namorado(a)	2	11,1
Ir a festas	2	11,1
Ver televisão	1	5,6
Total	18	100,0

A maioria dos adolescentes afirmou que pratica algum esporte (83,3; $n=10$), sobretudo quando está nas instituições. O principal esporte praticado é o futebol e, em seguida, o basquete. Durante o período em que a equipe esteve nas instituições foi possível presenciar o lugar de destaque ocupado pelo esporte no cotidiano das mesmas, ocupando um grande

espaço de tempo nas suas rotinas. No abrigo diurno, por exemplo, todos os dias no início da manhã são reservados duas horas para a "quadra", o que quase sempre quer dizer que haverá jogo de futebol. Embora não dispusessem de espaço físico para a realização dos jogos, nas duas instituições, os educadores acompanhavam os adolescentes até quadras de esportes mais próximas e parques da cidade nos quais poderiam usar das quadras e bolas.

No geral, os adolescentes apreciavam bastante o fato de poderem jogar. Na quadra, quase sempre escolhiam os seus times, controlavam a duração das partidas e o revezamento entre os jogadores. Como se tratavam de quadras públicas, muitas vezes, outros adolescentes de escolas próximas ou que moravam nos arredores, participavam dos jogos. Geralmente, todos já se conheciam e a convivência era bastante amistosa, apesar das diferenças de *status* social que os distanciava. Todos os adolescentes quando foram perguntados sobre o efeito do esporte na sua saúde, afirmaram que esse efeito era positivo, sobretudo porque "*deixa mais forte e saudável*" e porque os "*diverte*" ou deixa mais alegre. De acordo com Jonas (17 anos), a prática de esporte faz bem à saúde porque "*deixa a pessoa mais forte, fortalece o corpo, a pessoa cresce, a pessoa não fica parada, passa as horas. E o seu organismo, o seu corpo fica mais forte*". Além de deixá-los mais forte em termos de saúde e de diverti-los, afinal é algo que eles gostam e têm prazer em fazer, os adolescentes relacionaram o esporte com uma oportunidade de tirá-los da rua. Para eles é "*melhor ficar jogando bola no campo do que ficar na rua*" (Miguel, 13 anos), principalmente porque "*Na hora não dá vontade de fumar cigarro, nem cheirar loló, nada*" (Ricardo, 17 anos).

É interessante perceber a veiculação pelos adolescentes de um discurso que relaciona prática de esporte e saúde e que, além disso, associa a prática do esporte com a sua não permanência nas ruas e o não uso de drogas. Menezes e Brasil (1998) justificam a importância do esporte e do lúdico na vida de crianças em situação de rua, como uma possibilidade para os mesmos transporem uma esfera concreta, quase sempre marcada pela atualização de formas violentas de reação, para um nível simbólico no qual o jogo e as atividades lúdicas tornam-se expressão da sua subjetividade. De fato, durante a inserção ecológica, por muitas vezes, os profissionais comentaram o valor da prática de esportes, das brincadeiras e dos exercícios de *role playing* durante a terapia comunitária como formas de desenvolver nesses adolescentes uma outra forma de expressão (corporal, verbal etc.). Acrescentaram, ainda, a dificuldade inicial dos adolescentes em conterem as suas reações físicas e violentas e de respeitarem as

regras dos jogos e as dinâmicas de funcionamento das atividades. Para os profissionais, alcançar esses objetivos era considerado uma vitória no seu trabalho e um aspecto bastante positivo para o desenvolvimento dos adolescentes.

Apenas um adolescente entre os doze participantes afirmou que não tem amigos. Entre os que afirmaram ter amigos, verificou-se que estes são, principalmente, da rua e dos abrigos que freqüentam. Os motivos que justificaram a amizade foram o "gostar", a "parceria", o "respeito mútuo" e a "confiança". É comum entre os adolescentes as relações de amizade e parceria, as quais quase sempre estão relacionadas à proteção, à sobrevivência e ao desenvolvimento de atividades prazerosas, como exemplificado nas frases abaixo.

"Vamos arrumar dinheiro e daí ficamos amigos." (Rodrigo, 13 anos)

"Se vier alguém bater em mim eles me ajudam.(Como é a amizade de vocês?) Fica jogando bolita, jogando bola." (Miguel, 13 anos)

No entanto, parece ser comum nesses relacionamentos as constantes "brigas", as quais costumam surgir de repente, mas passam também rapidamente. Além disso, muitos adolescentes frisaram que essas relações são muitas vezes marcadas pelo interesse, uma vez que *"eles te tratam bem quando tu tem algum negócio (...). Aí eles dão uma de tri, né. E aí quando o cara vai pedir pra eles eles dão uma da mal, diz 'Não'..."* (Fabiano, 15 anos). Por essa razão e, também, por associarem as amizades com uma motivação a mais para o maior consumo de drogas, alguns adolescentes afirmaram que seus amigos são os educadores nas instituições ou algum outro adulto que conhecem, que dão conselhos e não os levam a *"fazer coisas erradas"*. De acordo com Jonas (17 anos): *"Porque vocês não são que nem os outros. Porque têm uns amigos meus na rua, só que meus amigos na rua eles só querem me convidar pra usar drogas. (...) Eles me deram apoio para usar drogas."*

Assim como a vida nas ruas é vista como uma contradição por alguns pesquisadores, a formação de amizades e do grupo de pares também tende a ser visto dessa forma (Menezes & Brasil, 1998; Raffaelli, 1999; Ribeiro & Ciampone, 2001). A contradição e o paradoxo estão presentes no fato de que o grupo de amigos tanto é visto como fonte de segurança, ludicidade e garantia de sobrevivência, como é freqüentemente considerado como um fator que leva ao maior uso de drogas, comportamentos delinqüentes e desenvolvimento de vínculos violentos, baseadas na dominação e punição.

Espiritualidade

A maioria dos participantes afirmou acreditar em Deus. Apenas uma adolescente disse que não acredita *"porque nunca viu ele"* (Márcia, 17 anos) e um outro afirmou que não sabia. Entre aqueles que disseram acreditar, eles justificaram a sua crença no fato de já terem sido ajudados por Deus (*"É por Deus que eu não morri até agora."*), por saber que Deus só quer o seu bem, além de atribuírem a Deus a criação do mundo e, inclusive, a sua. A descrição sobre "quem é Deus" foi feita enfocando-se, primeiramente, algumas das suas atribuições, como *"proteger, ser Pai, ajudar e ser o Salvador da humanidade"*. Em seguida, destacam-se as respostas que o descreveram em termos físicos, bastante concretos *"cabeludo, barbado e velho"*.

Embora 75,0% ($n=9$) dos adolescentes afirme que costuma fazer orações no seu dia-a-dia, independente de estarem bem ou mal (felizes ou alegres), a mesma porcentagem de participantes afirmou não ter nenhuma religião. Apenas três afirmaram ser da religião evangélica e disseram que faz algum tempo que não freqüentam cultos e reuniões. Todos acreditam, também, que Deus os pode ajudar a ter uma vida melhor, o que implica em *"parar de usar drogas"*, *"melhorar a situação de vida"* e a sua *"relação com a família"*. Inclusive, o fato de terem estado na Igreja e desta não permitir o uso de drogas foi destacado como uma justificativa para terem parado, ainda que por um tempo, de usar droga:

"A igreja que eu tava lá eles não aceitavam a bebida, coisa assim... (...) Eles lá falam daí eu parei com tudo (...) Agora eu tô nessas drogas, né, por exemplo, se eu começar a ir na Igreja quase todos os dias e aí Deus vai ajudar a eu parar de uma droga. Quando eu tava na Igreja até um serviço eu tinha, né. Agora que eu saí já não tenho mais, perdi tudo." (Fabiano, 15 anos)

Vale salientar o forte componente experiencial presente nas respostas dos adolescentes sobre o lugar da espiritualidade nas suas vidas, acerca de quem é Deus e de como este pode ajudá-los. Nesse sentido, verificou-se que Deus tendeu a ser descrito a partir da sua característica de "ajudar" aos seres humanos, podendo inclusive, livrá-los da morte. Além disso, o componente da experiência presente nas respostas dos jovens traz implícito a vivência de práticas religiosas anteriores, demonstrando a imersão que esses adolescentes já tiveram (em diferentes medidas) em um discurso oficial, eminentemente catequético. Essa última

dimensão é ilustrada nas descrições citadas pelos participantes de Deus como "*Pai, criador do mundo e dos homens, Salvador da humanidade*", por exemplo.

A ajuda a qual os adolescentes fizeram referência esteve quase sempre relacionada à possibilidade de parar com o uso de drogas, fato que confirma o lugar de destaque ocupado por estas em suas vidas e do seu desejo explícito de se livrarem do vício. Alguns adolescentes citaram que, enquanto estavam freqüentando regularmente a Igreja pararam com o uso de drogas, enquanto outros afirmaram que, por estarem usando drogas no momento, pararam de freqüentar os cultos e reuniões. Esses dois exemplos confirmam a idéia proposta por Cerqueira-Santos, Koller e Pereira (no prelo) de que as diferentes práticas religiosas implicam a aderência a sistemas simbólicos, escala de valores e estilos de vida que influenciam a forma dos participantes serem e estar no mundo. Conforme se pode perceber, a idéia subjacente à participação religiosa extrapola a relação do homem com Deus e relaciona-se diretamente com as circunstâncias de vida dos adolescentes, ao ponto dos mesmos atribuírem o "sucesso" de suas vidas a esta (parar de usar droga, ter emprego etc.).

Concepções sobre Saúde e Doença

A saúde tendeu a ser descrita em termos de "ausência de doença" e da presença de certos "cuidados", como, por exemplo, ir ao médico, fazer tratamentos, não usar drogas, não andar de pé descalço e não andar na chuva. Os aspectos de "disposição para atividades" e a relação da saúde com "sentimentos positivos", que é bom ou que traz alegria, também foram citados, mas em menor proporção. A Tabela 14 apresenta a opinião dos participantes a respeito desse assunto.

Tabela 14. *Freqüências e Percentagens das Concepções dos Adolescentes Entrevistados sobre Saúde*

Saúde	<i>f</i>	%
Ausência de doença	4	30,8
Cuidar-se	4	30,8
Disposição para atividades	2	15,4
Sentimentos positivos	2	15,4
Não sabe	1	7,6
Total	13	100,0

A doença, conforme mostra a Tabela 15, tendeu a ser descrita a partir de "sintomas e patologias", como febre, gripe, tosse, AIDS, tuberculose e bronquite, por exemplo. Uma outra categoria citada faz referência à doença com "sentimentos negativos", algo que é "ruim, prejudica a vida e traz tristeza", ao contrário da saúde que foi associada a aspectos positivos.

Tabela 15. *Freqüências e Percentagens das Concepções dos Adolescentes Entrevistados sobre Doença*

Doença	<i>f</i>	%
Presença de sintomas/patologias	8	53,3
Sentimentos negativos	6	40,0
Não sabe	1	6,7
Total	15	100,0

As categorias utilizadas pelos adolescentes para definirem saúde e doença estão de acordo com estudos anteriores sobre essa temática (Burochovitch & Mednick, 1997, 2000, 2002; Medeiros & Ferriani, 1995; Santana, 1998). Conforme se pôde apreender através dos dados apresentados nas Tabelas 14 e 15, os participantes desse estudo tenderam a relacionar os conceitos de saúde e a doença, respectivamente, à ausência e à presença de sintomas ou patologia. Dessa forma, pode-se concluir que a saúde e a doença foram vistas de forma interrelacionada, mas contrárias/opostas. Além disso, a doença tendeu a ser mais descrita como a presença de sintomas ($n=8$) do que a saúde foi descrita como ausência de doença ($n=4$). Esse fato pode estar relacionado à maior ênfase dada pelos adolescentes entrevistados à descrição de práticas de cuidado com a saúde quando a definiram. De acordo com Burochovitch e Mednick (1997, 2000), os indivíduos tendem a aceitar mais a responsabilidade por um resultado positivo (a saúde), do que a culparem a si mesmos ou se responsabilizarem por um evento negativo em suas vidas, como a doença, por exemplo. Uma outra tendência verificada nas respostas dos participantes foi a constante descrição de práticas de cuidado para definirem saúde "*Não usar drogas, não andar de pés descalços, não andar na chuva*" (Marina, 12 anos), assim como dos sintomas ou patologias para definirem doença.

De acordo com Alexandre (15 anos), por exemplo: "*Doença é quando a pessoa tá com furúnculo. (...) Dor de ouvido, bicho de pé*".

Uma pequena diferença foi verificada entre as definições de saúde e doença dos participantes desse estudo e as definições dos adolescentes em situação de rua da cidade de Feira de Santana (BA) que participaram da pesquisa de Santana (1998) sobre essa mesma temática. No estudo de Santana (1998), os participantes fizeram mais referências à saúde como a presença de "necessidades biopsicossociafetivas", relacionadas aos aspectos psíquicos, afetivos, existenciais, políticos e espirituais da vida humana ("*saúde é ter paz, é ter uma família*", por exemplo). Apenas quatro participantes em Porto Alegre relacionaram a saúde com outras variáveis, como "*disposição para atividades*" e presença de "sentimentos positivos", como alegria e amizade. Estas visões, por sua vez, extrapolam a visão restritiva de saúde como ausência de doença, ou seja, de sintomas que afetam o funcionamento biológico humano.

Todos os participantes relataram já terem se sentido doentes em algum momento de suas vidas nas ruas. Os principais sintomas ou patologias citados e descritos na Tabela 16 foram: 1) as gripes, tosses e febres; 2) as dores (de garganta, ouvido e barriga); 3) a tuberculose e bronquite; 4) os acidentes (cortes ou atropelamento), tontura/fraqueza; e, 5) a infecção urinária.

Tabela 16. *Freqüências e Percentuais dos Principais Sintomas e Patologias que os Adolescentes Entrevistados já Tiveram*

Sintomas e patologias	<i>f</i>	%
Gripe/tosse/febre	10	41,7
Dor (garganta, ouvido, barriga)	6	25,0
Tuberculose/bronquite	3	12,5
Acidentes (corte, atropelamento)	2	8,3
Tontura/fraqueza	2	8,3
Infecção urinária	1	4,2
Total	24	100,0

Diante das situações apontadas na Tabela 16, a principal atitude tomada pelos adolescentes para melhorar foi buscar ajuda do médico (50%; $n=6$) e tomar o remédio recomendado (33,4%; $n=4$). Apenas um adolescente afirmou ter tomado alguma atitude sozinho para melhorar (colocar algodão no ouvido) e um outro que disse "*quando eu cheiro pra mim é um remédio*" (Fabiano, 15 anos).

A busca do médico pelos adolescentes talvez esteja relacionada à existência de uma cultura que valoriza o saber e a técnica médica para solucionar os problemas de saúde. Esse médico, por sua vez, pode ter sido acessado através do serviço de atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de rua, no qual essa pesquisa foi realizada, ou, diretamente em hospitais e postos de saúde da comunidade.

O serviço de atendimento à saúde para crianças e adolescentes foi citado por metade dos doze participantes dessa pesquisa como um local no qual costumam buscar ajuda quando estão doentes. O interessante, porém, é que entre esses seis adolescentes, apenas uma não fazia nenhum tipo de tratamento nesse referido serviço no momento da pesquisa, tendo feito apenas no passado. Os demais participantes da pesquisa, frequentadores do abrigo diurno no qual a pesquisa foi realizada, não fizeram nenhuma referência ao serviço de atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de rua. Esse fato, por sua vez, pode estar relacionado com a menor "severidade" da doença que tiveram, assim como, ao fato de terem encontrado solução para o seu problema de uma outra forma. Além disso, destaca-se que o serviço especializado para crianças e adolescentes em situação de rua vive um processo de transição no qual passará a atender apenas crianças e adolescentes (em situação de rua ou não) que vivenciam alguma situação de sofrimento psíquico. Os cinco adolescentes, que participaram dessa pesquisa e que frequentavam regularmente essa instituição, tinham em comum uma história de dependência química e o fato de estarem recebendo acompanhamento psiquiátrico e psicológico. Embora a maioria dos adolescentes do abrigo diurno fosse também usuária de drogas, percebe-se que esse uso era menos acentuado que o dos adolescentes em tratamento intensivo no serviço de atendimento à saúde. Portanto, a busca de ajuda e resolutividade pelos adolescentes não pode ser entendida sem que seja considerada a severidade da patologia que apresentam, assim como o grau de vinculação que eles têm com os serviços de atendimento e os objetivos destes. De acordo com Di Villarosa e Bunchaft (1993) que realizaram um estudo sobre o uso e o acesso de crianças e adolescentes aos

serviços de saúde de Salvador (BA), essa população tende a utilizar os serviços de saúde apenas nos casos de emergência, sendo o seu comportamento marcado pelo "imediatismo". De certa forma, ao longo dessa pesquisa pôde-se confirmar essa tendência por parte dos adolescentes, os quais pretendem que o atendimento seja fornecido o mais rápido possível e que o problema seja resolvido no exato momento que buscam o serviço, sem necessidade de outras consultas ou exames. No entanto, não se acredita que essa seja uma tendência unicamente desse grupo social, mas, ao contrário, acredita-se que este grupo reflete uma tendência hegemônica na sociedade.

As outras formas de auxílio citadas foram a busca de ajuda na família (citada por cinco dos doze participantes) e a busca direta de algum hospital ou posto de saúde da comunidade (quatro dos doze participantes afirmaram usar esse recurso). Três adolescentes destacaram, ainda, a busca de ajuda nos abrigos (diurnos ou noturnos) como uma alternativa para solucionar os seus problemas de saúde. Mais uma vez fica clara a diversidade de estratégias usadas para cuidar da saúde pelos adolescentes em situação de rua. Dessa forma, ainda que exista um serviço especializado para atender as demandas dessa clientela, estes adolescentes parecem usar de outros artifícios, como buscar ajuda da família, ir direto a hospitais e postos de saúde ou buscar ajuda de alguém nos abrigos, para ver o seu problema solucionado.

No momento da pesquisa, nove adolescentes (75%) consideraram-se "*saudáveis*", enquanto que dois (16,7%) afirmaram estar com a sua saúde "*mais ou menos*" e apenas um (8,3%) julgou-se "*doente*". Os adolescentes que afirmaram estar "*saudáveis*" alegaram, principalmente, que não tinham nenhuma doença ou sintoma, que estavam se cuidando (indo ao médico, fazendo exames, alimentando-se) e que estavam contentes - categorias relacionadas às suas definições de saúde. O desânimo, o cansaço e o uso de drogas foram os argumentos usados para se considerar "*mais ou menos*" saudáveis, enquanto que uma infecção na garganta justificou a definição de uma adolescente como "*doente*". O predomínio de adolescentes que se julgam saudáveis é confirmado no estudo de Brito (1999) sobre o uso de drogas por crianças e adolescentes em situação de rua de Porto Alegre, RS.

Quase todos os participantes (83,3%; $n=10$) afirmaram já ter visto algum amigo seu doente na rua. Conforme mostra a Tabela 17, a principal doença citada foi a AIDS, seguida de dores (barriga, ouvido e cabeça) e de tosse/tuberculose. É interessante destacar a frequência com a qual os adolescentes presenciaram amigos seus na rua, ou mesmo, parentes próximos

(mãe, pai e irmão, por exemplo) com AIDS. Muitos adolescentes, inclusive, relataram a morte desses parentes e/ou amigos.

Tabela 17. *Freqüências e Percentagens dos Principais Sintomas e Patologias que os Adolescentes Entrevistados Relataram em Seus Amigos*

Sintomas e patologias	<i>f</i>	%
AIDS	5	27,8
Dor (barriga, ouvido etc.)	4	22,3
Tosse/tuberculose	3	16,7
Acidentes (tiro, facada, mordida de cachorro)	2	11,2
Febre	1	5,5
Fraqueza	1	5,5
Câncer	1	5,5
Diabetes	1	5,5
Total	18	100,0

Quando perguntados sobre se costumam oferecer algum tipo de ajuda aos seus amigos quando estes estão doentes, a principal atitude tomada pelos adolescentes foi a de "aconselhar/conversar" com os amigos, quase sempre orientando-os a parar de usar droga. Duas outras atitudes destacadas foram a de "levar o amigo para o médico, abrigo ou hospital" e a de "comprar remédio" ou "fazer um chá", por exemplo. Esse dado é bastante relevante, uma vez que sugere que a transmissão de informações entre pares e a formação de uma rede de agentes de saúde composta pelos próprios adolescentes em situação de rua deveria ser uma alternativa a ser incorporada nos serviços e programas destinados à promoção de saúde dessa população. Os pares tendem a inspirar maior confiança e credibilidade, além de utilizarem uma forma de comunicação mais compreensível ao grupo (Booth, Zhang, & Kwiatkowski, 1999; Noto e cols., 2004)

Na opinião dos participantes, diversas ações podem ser tomadas por uma pessoa a fim de fazê-la ter mais saúde. Os dados da Tabela 18 mostram o lugar de destaque atribuído à categoria "não usar drogas", assim como à necessidade de "alimentar-se adequadamente", "ir ao médico" e "fazer exame", além da recomendação da necessidade do "uso de camisinha".

Tabela 18. *Frequência e Percentagens sobre Motivos para ter Saúde na Opinião dos Adolescentes Entrevistados*

Motivos	<i>f</i>	%
Não usar drogas	5	38,5
Alimentar-se adequadamente	2	15,3
Ir ao médico/fazer exames	2	15,3
Usar camisinha	2	15,3
Trabalhar/estudar	1	7,8
Não sabe	1	7,8
Total	13	100

Em contraposição, "*tomar chuva*" e "*ficar no sol*", fatores relacionados à falta de proteção às variações ambientais e o "*uso de drogas*" foram citados como aspectos que contribuem para deixar as pessoas doentes, conforme mostra a Tabela 19. Outros fatores mencionados foram os "aspectos afetivos", como "*pensar em momentos ruins*" (Adriana, 16 anos) e as dificuldades amorosas, assim como a questão da falta de condições adequadas de vida, exemplificadas por "*dormir na rua*" (Jonas, 17 anos) e "*não se alimentar*" (Adriana, 16 anos).

É interessante mencionar a inter-relação existente entre os fatores atribuídos à condição de saúde e doença (Tabelas 18 e 19) na opinião dos participantes. Nesse sentido, enquanto "*não usar drogas*", "*alimentar-se adequadamente*" e "*usar camisinha*" são relacionados à saúde, enquanto "*usar drogas*", não viver em "*condições adequadas*" e não ter "*cuidados com a sexualidade*" foram associados à doença. Além disso, são marcantes as características do seu contexto e das suas condições de vida (exposição constante às variações ambientais por ausência de moradia adequada, uso de drogas, comportamento sexual de risco etc.) nas suas falas. Esse fato, por sua vez, confirma a necessidade de conhecer o contexto e os processos de vida experienciados pelas crianças e adolescentes em situação de rua para a devida compreensão da sua condição de saúde e/ou doença.

Tabela 19. *Frequência e Percentagens sobre Motivos para a Pessoa Ficar Doente na Opinião dos Adolescentes Entrevistados*

Motivos	<i>f</i>	%
Falta de proteção (aspectos ambientais)	5	33,3
Uso de drogas	4	26,7
Aspectos afetivos/sentimentais	2	13,3
Falta de condições adequadas de vida	2	13,3
Falta de cuidados com a sexualidade	1	6,7
Não sabe	1	6,7
Total	15	100

No que se refere aos cuidados com a sua saúde, a maioria dos adolescentes afirmou tomar algum cuidado com esta. As principais atitudes que eles disseram tomar foram: 1) "ir ao médico" (35,7%; $n=5$); 2) "usar camisinha" (21,4%; $n=3$); 3) "diminuir o consumo de droga", "tomar cuidados de higiene/procurar agasalhar-se bem" e "praticar atividades", como jogar futebol ou dormir (ambos com 14,3%; $n=2$).

Entre os doze participantes, a maioria já foi internado em algum hospital (58,3%; $n=7$), sendo que os motivos foram variados: atropelamento, parto, infecção urinária e irritação nos olhos, causada pela loló que os "*brigadianos tocaram nos olhos*" de um dos adolescentes. Outros três adolescentes foram internados no hospital psiquiátrico e em clínicas de recuperação (um deles por duas vezes) para tratamento da dependência química. Entre estes três, todos afirmaram que fugiram dessas instituições porque "*ninguém ia visitá-los*" e eles se "*sentiam muito sozinhos*".

A auto-medicação não foi citada como uma prática comum entre os adolescentes. Quase sempre o uso esteve restrito à indicação médica, sendo que dois adolescentes afirmaram ter usado alguma medicação para "*diminuir a fissura da droga*" (Alexandre, 15 anos), enquanto que Marina (12 anos) afirmou ter feito uso no passado, enquanto estava no abrigo, de uma medicação para se "*acalmar*". Segunda ela, ainda deveria estar tomando essa medicação ("tegritol"), mas como fugiu do abrigo, não usa mais.

Sobre a qualidade do atendimento recebido em postos e hospitais quando precisaram, a maioria afirmou ter sido bem tratado. Apenas duas reclamações foram feitas, uma sobre a

demora no atendimento e a outra sobre o preconceito sofrido pelos moradores de rua para serem atendidos: *"Tem hospital que é difícil, muito difícil mesmo. Pra morador de rua, uma vaga em um hospital, um planejamento, se tu não tem documento e coisa, é difícil (...) Morador de rua é muito discriminado nessa parte de hospital"* (Adriana, 16 anos). A fim de evitar dificuldades desse tipo é que o serviço de atendimento à saúde destinado a crianças e adolescentes se propõe a ser uma "porta de entrada" (via de acesso) aos serviços de saúde de toda a rede de assistência pública de saúde.

Durante o período da pesquisa, por exemplo, a equipe de pesquisa pôde acompanhar alguns adolescentes a postos e hospitais para exame de sangue e realização de Raio-X, por exemplo. Em uma dessas oportunidades, Adriana (16 anos), a qual já foi citada anteriormente por reclamar do preconceito sofrido por moradores de rua nos hospitais, foi acompanhada até o médico para a sua primeira ultra-sonografia. O exame foi realizado numa clínica particular que tem convênio com a Prefeitura. O contato com a clínica, a marcação da consulta e o acompanhamento de Adriana até o médico foram feitos por uma auxiliar de enfermagem do serviço de atendimento à saúde freqüentado pela adolescente. Esta fez questão de se *"arrumar, passar baton e molhar os cabelos para ir ao médico"*. Sempre de poucas palavras, não manifestou agitação ou expectativa em saber sobre seu filho(a). Estava bastante preocupada e inquieta com a situação do seu namorado que tinha sido preso no dia anterior. Não soube dizer ao médico quantos meses tinha de gravidez, nem exatamente quando tinha sido a sua última menstruação. Seu semblante ficou tomado de uma certa surpresa e vergonha quando o médico baixou um pouco a sua calça pra deixar livre a barriga para a realização do exame. Ao ver as imagens da criança no visor, sorria. Ao terminar a consulta, disse que tinha gostado do médico, pois este tinha sido atencioso. De fato, o médico foi muito atencioso e fez brincadeiras com o sexo do bebê, o time de preferência da mãe e, indignado porque a mãe fumava, mas ainda usando de humor, perguntou: *"Você gosta do seu filho?"*. À pergunta, ela respondeu rindo e meio surpresa, dizendo que gostava.

Esse relato é trazido aqui a fim de ressaltar a importância do serviço de saúde na vida de Adriana (16 anos), uma vez que a ausência dele poderia implicar a falta ou diminuição de cuidado com a sua saúde e a do seu bebê. Além disso, o relato exemplifica o importante fator de proteção exercido pelo médico e a educadora que acompanhou Adriana até a consulta, sobretudo quando consideramos a visão negativa anterior que a adolescente tinha acerca do

preconceito sofrido nos hospitais pelos moradores de rua. Nesse caso, felizmente, através da relação de confiança, diálogo e respeito estabelecida entre educadora, médico e porque não incluir a pesquisadora, também, com Adriana, foi criado um espaço de expressão de afeto, equilíbrio de poder e reciprocidade, favoráveis e necessários ao desenvolvimento das potencialidades de Adriana e de todos os seres humanos (Bronfenbrenner, 1979/1996, 2005). De acordo com Traverso-Yépez e Morais (2004) trata-se de reconhecer o espaço da relação profissional-paciente/cliente como um importante espaço educativo e de transformação social, a qual resulta de um processo de valorização do outro e do estabelecimento de uma relação empática e participativa.

Avaliação da Saúde

A Tabela 20 resume e explicita a opinião dos participantes sobre a sua condição de saúde, destacando, para isso, o seu grau de satisfação com a sua saúde, cuidados tomados e a influência da vida na rua sobre a sua saúde. A fim de garantir a compreensão dos participantes, os itens foram apresentados na segunda pessoa e, em seguida, o adolescente foi indagado sobre se ele "concordava", "discordava" ou achava que a afirmação feita era "mais ou menos" verdadeira. A seguir, um exemplo do procedimento utilizado pelos entrevistadores: "Tu estás satisfeito com a tua aparência física.", "Tu concorda, discorda ou acha que isso que eu falei é mais ou menos verdade?". Na entrevista, os itens não estavam agrupados por semelhanças, mas distribuídos aleatoriamente. Nessa seção, porém, eles foram reunidos em blocos, a fim de garantir uma melhor análise e discussão dos mesmos.

Tabela 20. *Freqüências e Percentagens do Grau de Concordância dos Adolescentes Entrevistados com a Satisfação com a sua Saúde, Cuidados com a Saúde e a Influência da Vida na Rua sobre a sua Saúde*

Categorias	Discordo		Mais ou menos		Concordo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Estou satisfeito com a minha aparência física	2	16,7	1	8,3	9	75,0
Estou satisfeito com a minha saúde	2	16,7	2	16,7	8	66,7
Acho que sou uma pessoa saudável	1	8,3	3	25,0	8	66,7
Mesmo estando na rua, tenho uma boa saúde	3	25,0	1	8,3	8	66,7
Fiquei muitas vezes doente na rua	8	66,7	1	8,3	1	8,3
É difícil cuidar da saúde estando na rua	10	83,3	1	8,3	1	8,3
Não me preocupo com a saúde no futuro	9	75,0	1	8,3	2	16,7
Não tomo cuidados, hoje, com a minha saúde	7	58,2	2	16,7	3	25,0
Procuro cuidar da minha saúde, hoje, pra evitar problemas futuros	-	-	2	16,7	10	83,3
Acho que terei uma vida longa	4	36,4	-	-	7	63,6
Acho que morrei cedo (jovem ou adulto)	7	58,3	1	8,3	4	33,3
Se estivesse em casa, teria uma saúde melhor	-	-	1	9,1	10	90,9
Minha saúde piorou depois que estou na rua	4	33,3	2	16,7	6	50,0
Na rua, tenho mais saúde do que tinha em casa	7	58,3	1	8,3	4	33,3
O modo de vida na rua influencia minha saúde	5	41,7	-	-	7	58,3
Sei quem pode me ajudar se ficar doente	2	16,7	1	8,3	9	75,0
Acho que ninguém se preocupa com a minha saúde	10	83,3	-	-	2	16,7
Alguém da minha família me ensinou a cuidar da minha saúde	5	41,7	-	-	7	58,3
Aprendi a cuidar da minha saúde sozinho	5	41,7	1	8,3	6	50,0
Aprendi a cuidar da minha saúde nas instituições	2	16,7	-	-	10	83,3
Aprendi a cuidar da minha saúde na rua	3	25,0	1	8,3	8	66,7
Não gosto de hospital	1	8,3	3	25,0	8	66,7

Tabela 20. *Frequências e Percentagens do Grau de Concordância dos Adolescentes Entrevistados com a Satisfação com a sua Saúde, Cuidados com a Saúde e a Influência da Vida na Rua sobre a sua Saúde (continuação)*

Categorias	Discordo		Mais ou menos		Concordo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Prefiro estar na rua do que em casa	4	33,3	2	16,7	6	50,0
Sou mais feliz estando na rua do que em casa	3	25,0	4	33,3	5	41,7
Viver na rua não é fácil	1	8,3	1	8,3	10	83,3

No que se refere à avaliação do seu estado de saúde atual, os adolescentes participantes dessa pesquisa, tenderam a fazer uma avaliação positiva. Nesse sentido, afirmaram estar satisfeitos com a sua aparência física (75%) e com a sua saúde (66,7%). Disseram, ainda, que se consideram saudáveis (66,7%), que, mesmo estando na rua, têm uma boa saúde (66,7%) e que não ficaram muitas vezes doentes na rua (66,7%). Eles afirmam que "não é difícil cuidar da saúde estando na rua" (83,3%), destacando que "se preocupam com a sua saúde no futuro" (75%) e que "tomam cuidados hoje com a sua saúde" (58,3%), inclusive para "evitar problemas futuros" (83,3%). A maior parte dos adolescentes acredita que "terá uma vida longa" (63,6%) e que "não morrerá cedo" (58,3%).

Apesar de todas as afirmações expressarem uma visão positiva da saúde dos adolescentes no ambiente da rua, quando compararam o seu estado atual de saúde com o que apresentavam em casa, o quadro mudou de configuração. Nas suas respostas, os adolescentes acreditam que se estivessem em casa teriam uma saúde melhor (90,9%), que a sua saúde piorou depois que estão na rua (50%), que na rua não têm mais saúde do que tinham em casa (58,3%), pois o modo de vida na rua tende a influenciar negativamente a sua saúde (58,3%).

Embora se considerem saudáveis, os participantes consideram que o seu estado de saúde piorou depois que estão nas ruas. Para compreender essa aparente contradição, faz-se necessário recordar que eles tenderam a definir saúde e doença em termos de ausência e presença de doença. Portanto, eles se consideram saudáveis porque acreditam que não têm doenças (ou pelo menos, não tanto como imaginariam que deveriam ter). Ao mesmo tempo,

afirmam que na rua ficaram mais vezes doentes do que ficariam se estivessem em suas casas, sobretudo porque a sua concepção de doença está relacionada à falta de condições adequadas de vida nas ruas, bem como ao consumo de drogas, característica marcante nas suas vidas.

A maior parte deles (75%) afirmou que sabe "*quem pode lhe ajudar, caso fique doente*", discordando da afirmação de que "ninguém estaria preocupado com a sua saúde" (83,3%). Essa ajuda, viria, sobretudo, da rede especializada no atendimento dessa população e das suas famílias de origem. Sobre a aprendizagem inicial de cuidados com a saúde, destaca-se o papel das instituições nessa tarefa, uma vez que a maior parte dos adolescentes (83,3%) concordou que estas tiveram um importante papel. O papel da família nessa tarefa, por sua vez, é mais controvertido, dado que os percentuais de respostas que destacam presença/ausência desta, são bastante semelhantes (58,3 e 41,7%, respectivamente). Há, no entanto, uma ligeira vantagem para a ajuda da família no ensino desses cuidados, fato que pode estar relacionado à vinculação existente entre a maior parte dos adolescentes participantes desse estudo com suas famílias, assim como ao fato deles não serem órfãos e terem tido a família como principal ambiente socializador na primeira e segunda infância. Apesar de destacarem o papel da família, os adolescentes também concordaram em outro momento que aprenderam a cuidar da sua saúde sozinhos (50%) e, principalmente, na rua (66,7%). A maior parte deles afirmou "não gostar de hospital" (66,7%).

Por fim, comparando a casa com a rua, os participantes tenderam a afirmar que "preferem estar na rua" (50,0%) e que "são mais felizes estando na rua" (41,7%). No entanto, também afirmaram em quase totalidade das respostas (83,3%) que "viver na rua não é fácil". De fato, a ambigüidade e a contradição parece ser o ponto central na relação estabelecida pelos adolescentes com a sua vida na rua. Mais do que incômodo e incerteza, porém, tal visão deve despertar a todos (dirigentes e funcionários das instituições, pesquisadores, governantes etc.) para a complexidade da questão. É fundamental ter-se claro o importante papel desempenhado pelas instituições de tornar menos sofrida a sobrevivência dos adolescentes em situação de rua, através da garantia das mínimas condições de vida e dignidade (alimentação, banho, sono, atendimento médico etc.). No entanto, conforme afirma Santana (2002) no seu estudo sobre os objetivos atribuídos por dirigentes e jovens atendidos pelas instituições de atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua, é necessário investir cada vez mais na otimização de programas que visem à reinserção social da clientela assistida. Essas

medidas não são simples, pois além de esbarrarem nos "atrativos" vividos pelos jovens nas ruas, esbarram na "falta de atrativos" e possibilidades de vida mais interessantes fora das ruas. A "falta de atrativos", por sua vez, está intimamente relacionada com as limitações sociais, políticas e econômicas do país. No entanto, mais do que "paralisar" as pessoas interessadas na realidade das crianças e adolescentes em situação de rua, a consciência desses fatores deve gerar: 1) uma reflexão continuada acerca do papel desempenhado pelas instituições a fim de possibilitar o seu aprimoramento; e, 2) uma mudança na forma como crianças e adolescentes em situação de rua, assim como as instituições a eles destinados são vistos por parte de toda a sociedade.

Fatores de Proteção

A Tabela 21 mostra a avaliação dos participantes acerca de alguns traços humanos necessários à compreensão do seu bem-estar e saúde. Dentre estes citam-se: bem-estar subjetivo, otimismo, felicidade, auto-determinação, esperança, criatividade, habilidades interpessoais, fé etc. Optou-se por incluir esses fatores nessa pesquisa, uma vez que eles têm sido descritos por teóricos da Psicologia Positiva como estando relacionados ao desenvolvimento saudável (Morais & Koller, 2004; Seligman & Csikszentmihaly, 2000).

Essa perspectiva é coerente também com a opção teórica, metodológica e ética aqui tomada de considerar a saúde não apenas a partir da ausência de doença, mas a partir de fatores psicológicos e sociais que a influenciam. Além disso, à luz da AEDH, essa iniciativa, está de acordo com a sua preocupação em considerar as "propriedades da pessoa", junto com a análise de outros três núcleos (processo, contexto e tempo), para compreender como ocorre o desenvolvimento humano (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Copetti & Krebs, 2004; Moraes & Koller, 2004; Narvaz & Koller, 2004). Os itens apresentados na Tabela 21 foram construídos com base em Giacomoni (2002), Rosemberg (1989), OMS (1998), Koller, Cerqueira-Santos, Moraes e Ribeiro (2004) e, especialmente, adaptados para esse estudo.

O procedimento utilizado na apresentação dos itens da Tabela 21, tanto para os adolescentes quanto nessa seção de resultados, é semelhante aos procedimentos utilizados na Tabela 20 e já descritos anteriormente.

Tabela 21. *Freqüências e Porcentagens do Grau de Concordância dos Adolescentes Entrevistados com Aspectos Relacionados à sua Auto-Estima, Auto-Eficácia, Humor, Expectativas Futuras e Satisfação com a Vida*

Categorias	Discordo		Mais ou menos		Concordo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Eu sinto que sou uma pessoa de valor, tanto quanto as outras pessoas	2	16,7	7	58,3	3	25
Eu sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas	2	16,7	4	33,3	2	16,7
Eu penso que não presto para nada	9	75,0	2	16,7	2	16,7
Levando tudo em conta, me sinto um fracasso	8	66,7	1	8,3	3	25,0
Eu sinto vergonha de ser do jeito que sou	8	66,7	1	8,3	3	25,0
Eu gostaria de ter mais respeito por mim	2	16,7	-	-	10	83,3
Eu preciso receber mais atenção	6	50,0	-	-	6	50,0
Sinto-me excluído de oportunidades por ser menino(a) de rua	4	33,3	1	8,3	7	58,3
Eu me sinto em desvantagem por ser menino de rua	5	41,7	2	16,7	5	41,7
Sofro preconceito por ser menino de rua/viver na rua	4	33,3	1	8,3	7	58,3
As situações difíceis da vida não me derrubam	3	25,0	2	16,7	7	58,3
Eu faço as mudanças acontecerem na minha vida	2	16,7	1	8,3	9	75,0
Se eu quero mudar alguma coisa na minha vida eu tomo a iniciativa	2	16,7	1	8,3	9	75,0
Eu sei o que eu preciso fazer para atingir os meus objetivos	4	33,3	-	-	8	66,7
Eu espero ajuda de Deus para melhorar de vida	-	-	1	8,3	11	91,7
Espero que as pessoas me ajudem a melhorar de vida	1	8,3	-	-	11	91,7
Tive ajuda de instituições para conseguir sobreviver na rua	3	25,0	1	8,3	8	66,7
Eu acho que sou uma pessoa bem humorada	3	25,0	4	33,3	5	41,7
Sou feliz, mesmo sabendo que tenho problemas	1	8,3	3	25,0	8	66,7
Eu sou feliz	1	8,3	2	16,7	9	75,0
Eu sou divertido	-	-	-	-	12	100
Me sinto triste	3	25,0	4	33,3	5	41,7
Me sinto tão deprimido que nada poderia me fazer feliz	5	41,7	2	16,7	5	41,7
Gosto de brigas	12	100	-	-	-	-
Me sinto calmo, tranqüilo	2	16,7	1	8,3	9	75,0
Sou irritado	6	50,0	2	16,7	4	33,3
Tenho lembranças negativas do passado	2	16,7	2	16,7	8	66,7
Não gosto de lembrar do meu passado	3	25,0	2	16,7	7	58,3
Penso que serei feliz no futuro	1	8,3	-	-	11	91,7
Preocupo-me com o meu futuro	1	8,3	1	8,3	10	83,3
Eu gosto de ajudar as pessoas	-	-	-	-	12	100
Tenho facilidade para fazer amigos	-	-	2	16,7	10	83,3
Considero-me uma pessoa criativa	3	25,0	1	8,3	8	66,7
Eu acho que tenho muitas qualidades boas	1	8,3	3	25,0	8	66,7

Tabela 21. *Frequências e Porcentagens do Grau de Concordância dos Adolescentes Entrevistados com Aspectos Relacionados à sua Auto-Estima, Auto-Eficácia, Humor, Expectativas Futuras e Satisfação com a Vida (continuação)*

Categorias	Discordo		Mais ou menos		Concordo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Minha vida tem um significado muito claro	3	25,0	2	16,7	7	58,3
Eu tenho muitas coisas na vida a agradecer	3	25,0	1	8,3	8	66,7
Eu tenho motivos para me orgulhar na vida	3	25,0	2	16,7	7	58,3
De modo geral, estou satisfeito comigo mesmo	2	16,7	-	-	10	83,3
Estou satisfeito com a minha vida	2	16,7	-	-	10	83,3
Gosto da minha vida	2	16,7	-	-	10	83,3

No que se refere à valorização de si mesmos quando comparados às outras pessoas, os adolescentes afirmaram que concordam "mais ou menos" (58,3%) com essa afirmação. Esse fato expressa a ambigüidade que possuem com relação à sua visão de si mesmos e chama atenção para os fatores como o preconceito social de que são vítimas e que pode estar relacionada com essa percepção. Essa ambigüidade é ainda mais explícita quando considera-se que eles afirmaram que se julgam capazes de agir (realizar atividades) tão bem quanto a maioria das pessoas (50%), considerando falsas as afirmações de que "não prestam para nada" (75%), de que "se sentem um fracasso" (66,7%) ou que "têm vergonha de ser do jeito que são" (66,7%). No entanto, acreditam, igualmente, que gostariam de "ter mais respeito por si mesmos" (83,3%).

Os adolescentes disseram que "se sentem excluídos de oportunidades por serem meninos de rua" (58,3%) e que costumam "sofrer preconceitos" por viverem essa condição (58,3%). Sobre a sua capacidade para enfrentar desafios e resolver as situações difíceis que se lhes apresentam, percebe-se uma visão positiva desta. Eles concordam que as situações difíceis da vida "não os derrubam" (58,3%) e afirmam que "se querem mudar alguma coisa em suas vidas, tomam a iniciativa" (75%), fazendo, enfim, "as mudanças acontecerem" (75%). Para isso, disseram que sabem o quê precisam fazer para atingir os seus objetivos (66,7%). Embora haja uma visão positiva das suas capacidades pessoais para o enfrentamento das situações vividas e posterior mudança, há também por parte dos adolescentes uma crença

de que, tanto Deus quanto outras pessoas (ambos com 91,7%), podem ajudá-los a melhorar de vida. As instituições também foram avaliadas como um auxílio importante no processo de conseguirem sobreviver nas ruas (66,7%).

No que se refere às características de humor dos adolescentes, eles tenderam a se auto-avaliar como "bem-humorados" (41,7%), como "felizes" (75%) e "divertidos" (100%). Concordaram, ainda, que "são felizes, mesmo sabendo que têm problemas" (66,7%). Ao mesmo tempo, também afirmaram que "se sentem tristes" (41,7%) e que, às vezes, "se sentem tão deprimidos que acham que nada poderia fazê-los feliz" (41,7%). No entanto proporcionalmente, verifica-se que eles tendem a se sentir mais felizes do que tristes. Todos os participantes discordaram que "gostam de brigas" e metade deles discordou que "seja irritado". O comportamento pró-social, expresso no prazer de ajudar a outras pessoas, foi manifesto por todos os participantes. Além disso, disseram que "têm facilidade de fazer amigos" (83,3%), que "são criativos" (66,7%) e "têm muitas qualidades boas" (66,7%).

A maior parte dos entrevistados está "satisfeita consigo mesmo" e com a "sua vida" (83,3%). Quanto ao seu passado, a maioria deles concordou que "tem lembranças negativas" (66,7%) e, por isso, "não gostam de lembrar" (58,3%). Apesar disso, eles acreditam que "têm muito na vida a agradecer" (66,7%) e "têm motivos para se orgulhar na vida" (58,3%). As expectativas quanto ao futuro são bastante positivas e otimistas. Quase a totalidade (91,7%) pensa que "será feliz no futuro" e 83,3% afirma se "preocupar com o seu futuro".

No geral, esses dados apontam para uma visão muito positiva das próprias características socioemocionais manifestas pelos adolescentes em situação de rua. Destacam-se, principalmente, o fato deles terem se julgado capazes de tomar a iniciativa para fazer as mudanças acontecerem em suas vidas, o seu otimismo com relação ao futuro, a sua capacidade de enfrentamento e de superação das situações difíceis da sua vida, assim como a sua facilidade para fazer amigos e o seu comportamento pró-social. No entanto, tal como destaca Bronfenbrenner e Morris (1998) e Copetti e Krebs (2004) essas características não podem e não devem ser vistas isoladamente, mas somente a partir do entrelaçamento estabelecido com as características do contexto no qual esses adolescentes vivem. Destaca-se aqui, porém, o fato da auto-avaliação das características socioemocionais dos participantes ter sido positiva e destas características serem relacionadas com um desenvolvimento saudável pelos autores citados anteriormente.

Risco e Proteção: Uma Nova Perspectiva de Análise ao Estudo da Saúde

Após a exposição detalhada da opinião dos adolescentes acerca da sua condição de saúde, será proposta aqui uma análise integrada dos fatores de risco e proteção que foram possíveis de ser identificados durante todo o processo de inserção ecológica, o qual viabilizou a realização dessa pesquisa. Nesse sentido, serão utilizados tanto os dados coletados durante os momentos formais de entrevista, quanto as informações presentes nos diários de campo da equipe de pesquisa.

A Tabela 22 apresenta uma síntese, elaborada especialmente para essa análise, dos fatores de risco identificados nas vidas dos adolescentes. Enumera 17 itens referentes a fatores de risco vividos pelos 12 participantes. Estes foram nomeados a partir de letras do alfabeto, mas a legenda com os nomes dos adolescentes e idades correspondentes é descrita abaixo. Enquanto os adolescentes referentes às letras A-G fazem parte do abrigo diurno, os adolescentes descritos da letra H-L foram entrevistados no serviço de atendimento à saúde.

A análise horizontal da Tabela 22 mostra a maior frequência com que fatores como, violência familiar, violência policial, uso de drogas ilícitas e comportamentos violentos (esfaquear, brigar, atirar etc.) fizeram parte ou ainda fazem da vida desses jovens. Em seguida, destacam-se os atropelamentos, tentativas de suicídio, prisões, tiros e morte do pai.

Apesar de ser possível identificar, através de uma análise vertical, os adolescentes que apresentam uma maior frequência de eventos de risco em suas vidas, esse tipo de análise não será proposta aqui. As principais justificativas para isso são dadas por Cowan, Cowan e Schulz (1996), ao afirmarem que não é interessante relacionar eventos de vida estressantes a resultados adversos físicos e psicológicos, inclusive porque, "os fatores de risco ocorrem muito mais frequentemente que os resultados disfuncionais" (p.7). Nesse sentido, por exemplo, o fato de Adriana (16 anos) ter o maior número de "X" em fatores de risco, não significa que ela é a adolescente mais "comprometida" física ou psicologicamente. Além disso, os autores destacam que os riscos têm que ser pensados como processos e definidos a partir dos seus *links* com resultados específicos. Não devem, portanto, ser associados de qualquer maneira e amplamente a quaisquer doença ou desordem. Embora não se possa, portanto, estabelecer relações com conseqüências ao desenvolvimento, é possível afirmar

somente que a presença de riscos aumenta a probabilidade de outros acontecerem. Daí, a existência de múltiplos riscos entre os adolescentes em situação de rua.

Tabela 22. *Fatores de Risco Identificados na Vida dos Adolescentes Entrevistados*

Risco	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Gravidez								X	X			
Aborto								X				
Prisão ("FEBEM"/DECA)	X		X					X		X		
AIDS								X				
Morte do pai			X	X				X			X	
Morte da mãe			X	X								
Morte de alguém importante					X	X	X					
Violência Sexual								X				X
Violência Policial		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Violência Familiar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tentativa de Suicídio			X					X		X		X
Comportamentos violentos		X	X		X		X	X		X	X	X
Uso de drogas ilícitas			X	X	X	X	X	X		X	X	X
Não uso de camisinha (ou uso irregular)			X					X				
Atropelamento	X	X				X				X		X
Facada					X			X		X		
Tiro					X		X			X		X

Nota: A - Miguel (13 anos); B - Rodrigo (13 anos); C - Marina (12 anos); D - Paulo (17 anos); E - Ricardo (17 anos); F - Lucas (15 anos); G - Fabiano (15 anos); H - Adriana (16 anos); I - Márcia (17 anos); J - Jonas (17 anos); K - Pedro (16 anos); L - Alexandre (15 anos)

Outra importante contribuição trazida por Cowan, Cowan e Schulz (1996) refere-se às formas apontadas para definir e medir um resultado negativo no campo da saúde mental. São eles: 1) a época de início de uma desordem; 2) a sua severidade e duração; e, 3) a frequência ou intensidade de um ou mais comportamentos ou sintomas. Considera-se que esses critérios são bastantes úteis para a análise dos riscos vividos por estes adolescentes e que seria importante considerá-los se houvesse preocupação em medir ou avaliar a magnitude do risco

para dimensões específicas da vida dos adolescentes. Este, porém, não é o objetivo desse trabalho. Trata-se aqui, apenas, de oferecer uma tentativa de sistematização de uma nova perspectiva de análise da saúde e doença, a partir do foco sobre a análise de fatores e processos relacionados ao risco e proteção e não na elaboração de modelos causais e estáticos.

Esta "nova" perspectiva, por sua vez, considera que na "vida real", as pessoas movem-se constantemente "para dentro e para fora" de situações de risco, criando, assim, diferentes estados de adaptação psicológica. Nesse processo de busca de adaptação, por sua vez, os chamados "fatores de proteção" (*buffer*) exercem um papel fundamental, uma vez que são eles os responsáveis por diminuir a probabilidade de um resultado negativo ou indesejável acontecer diante da presença do risco.

Há três formas pelas quais os indivíduos podem superar a situação de risco: 1) eles podem dispor de algum fator de proteção que diminua o impacto do risco; 2) eles podem não ter experienciado muitas das experiências estressantes que tendem a ser associadas com o risco; e, 3) eles podem desenvolver habilidades de *coping* para contra-atacar o risco e responder com mudanças que cancelam o impacto negativo do risco e o fazem avançar a novos níveis de adaptação (Cowan, Cowan & Schulz, 1996). Conforme já descrito no Capítulo 1, os fatores de proteção englobam três aspectos principais: a) características individuais (autonomia e auto-estima, por exemplo); b) rede de apoio social (disponibilidade de recursos externos de apoio) e, c) rede de apoio afetiva (suporte emocional), tal como descrito por Masten e Garmezy (1985).

Com base nessas considerações, apresenta-se agora uma análise de alguns fatores de proteção, que podem estar contribuindo para a maior adaptação e resiliência ou, pelo menos, para uma redução dos efeitos negativos dos riscos vividos pelos adolescentes em situação de rua.

A primeira fonte de dados para a análise dos fatores de proteção dos adolescentes em situação de rua é a Tabela 21, a qual mostrou uma avaliação muito positiva dos participantes acerca das suas próprias características socioemocionais. Nesse sentido, percebeu-se que eles se julgaram capazes de fazer mudanças acontecerem em suas vidas, demonstrando um *locus* interno de controle, o qual se caracteriza pelo fato dos adolescentes atribuírem a fatores internos (esforço pessoal, competência etc.) e não a fatores externos (outras pessoas, sorte, chance etc.) o controle de suas vidas (Carpena, 1999). Além disso, eles mostraram otimismo

com relação ao futuro, capacidade de enfrentamento e de superação das situações difíceis da sua vida, assim como facilidade para fazer amigos e um comportamento fortemente pró-social. Apesar de não ter sido realizado nenhum psicodiagnóstico ou uma outra avaliação mais sistematizada, através do uso de instrumentos específicos capazes de avaliar cada um desses aspectos, é importante destacar a opinião dos adolescentes sobre o seu sentimento com relação a essas dimensões da sua vida. Conforme já destacado durante a discussão da Tabela 21, os participantes tenderam a fazer uma auto-avaliação bastante positiva das suas características socioemocionais.

Além disso, é importante que se considere que a avaliação positiva feita pelos adolescentes acerca das suas características socioemocionais é corroborada pelas observações da equipe de pesquisa durante a inserção ecológica. De fato, a escuta e convívio com os adolescentes tornou possível a observação das diferentes estratégias de superação e enfrentamento por eles utilizadas. Entre estas, destacam-se: a "escolha" da rua como uma alternativa à violência sofrida no ambiente familiar, a formação dos grupos (fonte de apoio material, mas também emocional), a busca da rede de atendimento para garantia de condições adequadas de vida, a solidariedade vivida, a capacidade de "brincar" e ainda "sorrir" diante das adversidades, assim como os inúmeros "talentos", expressos em tantas habilidades artísticas, esportivas e literárias. O convívio com os adolescentes permite, mesmo em pouco tempo (para quem assim se dispõe), enxergar as suas potencialidades e vê-los a partir do que possuem e não simplesmente do que lhes falta.

A grande questão, no entanto, é que do outro lado do "jogo de força", tem-se um conjunto de limitações sociais, políticas e econômicas que contribuem para a falta de perspectivas de mudança de vida no presente e, conseqüentemente, para o futuro. Outros fatores negativos nesse jogo de forças são o preconceito sofrido, provavelmente por pessoas que desconhecem as características e potencialidades dos adolescentes em situação de rua, assim como o peso de uma história passada marcada pela violência. Nas palavras de Jonas (17 anos), que não acredita que será feliz no futuro: *"Se eu não fui feliz há dezessete anos, tu acha que ia ser feliz a mais vinte, trinta anos?"* Vale salientar que esse adolescente é quem tem mais tempo de vida na rua (9 anos) entre todos os participantes e a sua visão negativa de futuro é uma exceção entre os participantes. O maior otimismo dos demais com relação ao futuro, assim como a sua maior satisfação consigo mesmos e com a sua vida no momento

presente podem estar relacionados a uma maior crença nas suas capacidades de mudança, no seu maior otimismo, assim como, numa menor vivência dos limites impostos pelo cotidiano.

Além disso, embora o momento presente seja avaliado positivamente por muitos, quase sempre, essa avaliação é feita comparando-o a um passado que foi ainda pior. De acordo com Adriana (16 anos): *"Tô satisfeita porque é melhor que a vida que eu vivia há um tempo atrás... apanhando do meu ex-marido, apanhando da minha mãe, fui estuprada pelo meu padrasto... Então na rua eu tenho a atenção de quem eu amo, me sinto mais segura do lado dele (do atual namorado)."* Menciona-se esse fato aqui, uma vez que se acredita que a opinião dos adolescentes deve ser entendida a partir das circunstâncias de vida que os justificam.

Aos ouvidos de alguém distante da realidade de vida dos adolescentes em situação de rua, escutar que eles estão satisfeitos com a sua vida e que eles gostam dela, poderia sugerir que eles estão acostumados a conviver com as dificuldades nas quais vivem e que, portanto, nada necessitaria ser mudado. Isso não é verdade e todos os dados levantados ao longo dessa pesquisa confirmam o equívoco cometido. Os adolescentes estão sempre ponderando os fatores positivos e negativos por ele vividos na rua. E as marcas deixadas pelas dificuldades vivenciadas se fazem sentir (de diferentes formas e níveis) na vida de cada um deles, seja pelas doenças físicas já instaladas, pelo descrédito quanto ao futuro ou a sua constante colocação em situações de risco à sua vida e saúde (brigas, acidentes, dependência química, tentativas de suicídio, comportamento sexual de risco etc.).

CAPÍTULO III

ESTUDO 2

Trata-se de um estudo exploratório descritivo que tem como objetivo investigar a percepção dos profissionais que compõem a equipe de trabalho de duas instituições (um serviço de atendimento à saúde e um abrigo diurno) sobre a condição de saúde de crianças e adolescentes em situação de rua por eles atendidos. Nesse sentido, busca-se identificar e analisar: 1) as concepções de saúde e doença dos profissionais; 2) a percepção dos profissionais acerca da influência da rua sobre a saúde das crianças e adolescentes que vivem nessa condição; 3) quais os fatores (positivos e negativos) que identificam na relação rua-saúde; 4) qual a sua avaliação sobre a adesão ao tratamento por parte das crianças e adolescentes atendidos; e, 5) qual a avaliação sobre o papel das instituições na vida e saúde da clientela atendida.

As instituições selecionadas são as mesmas que participaram do Estudo 1, no qual o objetivo foi investigar o ponto de vista das crianças e adolescentes em situação de rua acerca da sua condição de saúde. Nesse segundo momento, portanto, o objetivo é enfocar o ponto de vista dos profissionais, de modo a oferecer uma análise mais ampla e complexa acerca da realidade pesquisada.

A descrição do método, em seguida, apresenta todas as etapas da realização do estudo. Por fim, os resultados são expostos e discutidos simultaneamente, a fim de garantir uma melhor compreensão dos mesmos.

Método

Participantes

Foram entrevistadas 9 profissionais, sendo que 5 delas fazem parte do serviço de atendimento à saúde e 4 são do abrigo diurno. Sete das participantes têm curso superior (medicina, enfermagem, psicologia e serviço social), uma possui o magistério e está concluindo o curso de educação física e uma outra participante é técnica de enfermagem. No serviço de atendimento à saúde entrevistou-se: uma médica clínica, uma psiquiatra, uma

psicóloga, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. No abrigo diurno, por sua vez, foram entrevistadas uma monitora e três assistentes sociais, sendo que uma delas exerce o cargo de coordenação.

A idade média das participantes foi de 36 anos ($DP=9,75$), variando de 23 a 49 anos. No entanto, o cálculo das idades considerou apenas a idade de oito participantes, uma vez que essa informação não foi solicitada pelos pesquisadores a uma participante. O tempo de trabalho nas instituições também variou bastante, de dois meses a quatro anos ($M=2$ anos; $DP=1,5$ anos).

Instrumentos

Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada (Anexo E) especialmente elaborada para esse estudo. A entrevista conta com uma breve seção de caracterização biosociodemográfica das profissionais (idade, sexo, função exercida, formação profissional, experiência de trabalho com crianças e adolescentes em situação de rua) e uma segunda parte de caracterização do trabalho realizado (rotina e objetivos da atuação). Na terceira e última parte da entrevista, encontram-se doze questões mais específicas relacionadas diretamente aos objetivos deste estudo, os quais foram descritos anteriormente.

Procedimentos

As instituições participantes desse Estudo são as mesmas que participaram do Estudo 1. A escolha por duas instituições de características e objetivos diferenciados, conforme descrito no primeiro estudo, justifica-se pela proposta de se identificar semelhanças e diferenças entre os discursos dos profissionais acerca da condição de saúde de crianças e adolescentes em situação de rua atendidos em dois espaços distintos.

Nas duas instituições (serviço de atendimento à saúde e abrigo diurno), o critério de escolha dos participantes foi a atividade exercida e, por conseguinte, a sua disponibilidade em participar da pesquisa. Buscou-se entrevistar um representante de cada função existente nesses locais. No caso em que uma função era ocupada por mais de um profissional, optou-se por entrevistar aquele que tinha mais tempo de serviço na referida instituição.

Assim como no Estudo 1, a equipe de pesquisa esteve inserida ecologicamente nos espaços das instituições e pôde acompanhar o cotidiano de atividades desta, inclusive dos

profissionais, durante um período de três meses. Esse fato, favoreceu a vinculação entre equipe e profissionais e facilitou o processo de realização das entrevistas. Estas foram sempre realizadas após marcação prévia de horários com os profissionais e depois dos mesmos consentirem em participar. As entrevistas foram gravadas e duraram em média quarenta minutos. Em seguida, estas entrevistas foram transcritas para a realização das análises. A análise seguiu o modelo de análise de conteúdo proposto por Bardin (1979/1997) e foi enriquecida pelos dados dos diários de campo elaborados pela equipe de pesquisa durante todo o decorrer desta, nos mesmos moldes do descrito para o Estudo 1.

Resultados e Discussão

Todos os entrevistados são do sexo feminino, perfil que reflete o quadro encontrado nas duas instituições, com o predomínio de mulheres. No que se refere à rotina das profissionais, percebe-se que, além de desempenharem as atribuições específicas do seu cargo, elas também participam de outras atividades da instituição, não necessariamente relacionadas à sua função. Envolvem-se nisso pela proposta interdisciplinar do serviço, assim como pela consciência de que se trata de uma realidade diferenciada de atendimento. Nesse sentido, é que se pôde verificar profissionais de enfermagem coordenando a oficina de pintura, profissional da psiquiatria coordenando oficina de leitura, dentre outros exemplos. Ainda que não seja propondo outras atividades, o envolvimento diferenciado do qual se fala aqui envolve, sobretudo, um contato permanente entre equipe e adolescentes atendidos, seja durante os momentos de refeição, passeios, conversas informais etc. Para essas profissionais, todos os espaços tornam-se espaços terapêuticos, de conversa e troca de informações.

Sobre o objetivo da sua atuação, as profissionais tenderam a enfatizar nas suas respostas o desejo de que possam contribuir para uma melhoria da qualidade de vida das crianças e adolescentes em situação de rua. Muitas vezes, esse desejo vem acompanhado de "indignação" e vontade de ver cumprida a "justiça social", tal como ilustram as falas abaixo:

"Sou muito indignada, sou muito braba, assim, muito furiosa como eu diria, assim, eu não suporto ver o absurdo que é o jeito que a criança é tratada." (Assistente Social 1)

"Existencialmente e politicamente eu busco uma justiça social. (...) Eu quero ser uma formiguinha aí, uma gota nesse oceano, né, porque eu acho que as coisas têm que mudar." (Psicóloga)

De acordo com as participantes, a sua atuação deve favorecer a criação de um espaço de "ajuda" e de estabelecimento de "vínculos" positivos, capazes de fazer com que os adolescentes permaneçam mais tempo nas instituições e, conseqüentemente, pensem sobre as suas vidas e busquem novos caminhos para si.

"Nada a ver, sabe, em achar que eu vou tirar eles dessa, porque na verdade eu acho que tem que tentar conscientizá-los disso e ajudá-los nessa descoberta, né, do caminho de vida deles. Não adianta a gente querer impor projetos de vida pra eles. (...) A gente pode ajudar a buscar o caminho e eu acho que eu tô aqui nesse papel, de ajudar a buscar o caminho, né, pra tentar ficar menos tempo na rua, pra tentar tirar essa rua de dentro, né, da alma deles, que tá entranhada..." (Enfermeira)

Além disso, as participantes mostraram-se muito conscientes de que a "saída da rua" é um processo bastante complexo, que não depende só do esforço delas e, por isso, mostram-se mais "humildes" nos seus objetivos e pretensões.

"Então em termos de expectativas, assim, elas foram mudando, né, então o que no início era assim uma pré-disposição de ter um super atendimento e acolher o máximo que a gente pudesse, a gente se deu conta que não conseguia, que não era só o vínculo, que não era só tratando bem, com uma boa comida, uma boa casa etc. e tal, né, com recursos, com jogos, material de esporte, material pedagógico, quer dizer, a gente teve acesso a tudo isso, mas mesmo assim, eles se ocupam um tempo e acabam abandonando, né. (...) Então a gente passou, assim, pra uma, um entendimento muito mais de redução de danos, né, porque a gente sabe que enquanto ele tá aqui dentro ele não tá usando nenhum tipo de droga, né, então a gente partiu muito mais pra essa coisa da redução de danos..." (Assistente Social 2).

A relação estabelecida com os adolescentes foi descrita por todas as participantes como sendo bastante positiva. As expressões "irmã mais velha" e "mãezona" foram comumente usadas para ilustrar o tipo de relação "familiar" estabelecida entre eles. Essa relação foi descrita como sendo marcada pela intimidade, muita expressão de afeto positivo, mas também pela colocação de limites. O estabelecimento de vínculos de confiança e respeito

são vistos como fundamentais ao desenvolvimento do trabalho, uma vez que elas pretendem ser uma referência diferenciada de cuidador para esses adolescentes e, principalmente, porque eles *"têm uma história de adultos traidores da confiança deles"* (Psicóloga).

"A gente funciona como irmão mais velho deles, apoiar eles quando precisa e puxa a orelha quando precisa." (Técnica de enfermagem)

"Sou super afetiva (...) sabe assim, tipo mãe, sabe, porque eles precisam de controle, assim, sabe, controle não, é de limite com afeto sempre." (Assistente Social 1)

Quanto aos motivos que estão relacionados à ida para as ruas, percebe-se que as participantes tenderam a citar uma variedade de fatores, semelhantes aos apontados pelos adolescentes. A principal razão destacada foi a "desestruturação/violência familiar", seguida da "miséria/pobreza material" e da "busca de liberdade" nas ruas. Porém, merecem destaque dois fatores que em nenhum momento foram citados pelos adolescentes: a "doença mental" dos mesmos, com a qual os seus familiares/responsáveis não sabem lidar e a "transgeracionalidade" da história de vida na rua, referente ao fato de que outras pessoas da sua família já tenham vivido nas ruas. Os diversos fatores destacados acima são exemplificados nas frases a seguir:

"Eu acho que a falta de estruturação familiar, principalmente, acho que começa por aí. A família não estruturada, com certeza com diversos problemas, alcoolismo, drogas, abuso sexual, agressão.." (Monitora)

"É claro que tem a situação de miséria, né, de pobreza, de falta de recurso, mas, também tem outras situações de miséria que as crianças não saem de perto, né. Acontece que a miséria tá muito associada à doença mental." (Psiquiatra)

"Olha, tem vários motivos... Alguns pra sair das regras da casa, fazer o que quer. Outros é por violência em casa... brigas, apanhar... Tem vários motivos. Alguns têm tudo em casa, mas acham melhor ficar na rua..." (Técnica de Enfermagem)

"O principal é a desestrutura familiar, né, associada à pobreza e à miséria, né. Mas tem a questão dos transtornos mentais, né, que tão na rua por isso e porque daí a própria família também não suporta, né, hum, não que não suporta, não sabe lidar com a doença, né..." (Enfermeira)

Todas as participantes afirmaram que a vida na rua influencia a saúde (física e psicológica) das crianças e adolescentes que nela vivem, sobretudo, pela sua maior exposição

aos fatores de risco. Entre estes, os mais citados foram: as drogas, a falta de condições adequadas de vida e higiene e o sexo sem proteção.

"Na rua eles estão expostos a agressores, né, como a droga, o cigarro, o frio, a exposição à violência da própria população, à violência dos seus pares, né. Eles têm doenças pulmonares, eles têm doenças gastrintestinais porque eles se alimentam de imundícies, né. Então a parte física tá totalmente comprometida. São crianças sem nenhuma proteção vacinal e sem a própria proteção de ter um local onde pode parar, né, a questão de estarem expostos a todo tipo de violência, que a violência sexual é brutal, e tudo isso anda junto, não dá pra separar." (Psiquiatra)

"Eles podem transar a hora que querem, podem se drogar a hora que querem, aonde, em qualquer buraco que tiverem. O fato também de eles tarem... não dormirem em abrigos, albergues, eles dormirem em qualquer canto. Eu já vivenciei em mais de dez mocós, uma podridão." (Monitora)

"Porque se a gente visitar os mocós que eles, alguns que eles ficam, que a gente conhece, por favor, não sei como sobrevivem. Não sei! A questão da higiene, a questão da alimentação, contato com tudo que é praga que eles convivem, a questão do próprio sexo, o jeito que eles estão convivendo ali, meu Deus do céu! E a droga então nem se fala!" (Assistente Social 1)

Embora todas as participantes tenham feito referência aos fatores de risco vivenciados na rua e os tenham relacionado à causa das principais doenças que acometem as crianças e adolescentes em situação de rua, elas também chamaram a atenção para dois importantes fatores. O primeiro deles diz respeito à "escolha" da rua como sinal de "saúde" dos meninos e meninas que optaram por ela como uma alternativa às condições de vida que tinham nas suas casas. Conforme afirma uma profissional *"tem algumas crianças que relatam porque foram pra rua e tu acha que essas crianças tomaram uma atitude de vida em ir pra rua (...) Muitas dessas crianças saíram de casa porque a situação de casa era insustentável. Então assim, por mais que a rua seja terrível, a casa deles era mais terrível Algumas pessoas dizem assim, alguns meninos que tu ouve o relato que, 'Bom, saiu de casa porque tinha saúde até pra sair.."* (Psiquiatra). A descoberta de uma "rede de apoio" nas ruas, através da ajuda das instituições, assim como a proteção e o senso de pertencimento ao grupo também são fatores importantes e que foram frisados pelas profissionais:

"E aí descobrem que na rua eles têm toda uma estrutura que eles conseguem sobreviver. E bem, muitas vezes, melhor do que em casa. Ele tem comida, se ele souber ir nos lugares certos na hora certa, ele vive muito bem, obrigado. Ele consegue roupa, consegue lugar para tomar banho, consegue lugar pra dormir com roupa limpa, ele consegue comer, consegue fazer as refeições todas que ele precisa, então ele sobrevive bem. E além de tudo tem a grande galera, né, que é super divertido e é melhor do que estar em casa cuidando do irmão..". (Assistente Social 2)

"Às vezes o que a gente vê é que a criança, o adolescente, vai se sentir mais protegido na rua, mais pertencente, né, ao grupo de rua. Psicológica e socialmente ele vai estar mais saudável.." (Psicóloga)

O segundo ponto de "paradoxo" destacado pelas participantes acerca dos fatores de risco existentes na rua e da influência destes sobre a saúde dos adolescentes refere-se à resistência criada por eles às condições de precariedade vividas. Muitas vezes, as participantes compararam as situações de vida de seus próprios filhos ou delas mesmas com a dos adolescentes para mostrar o quanto estes têm uma saúde boa, especialmente se fossem considerar as condições em que vivem:

"Eu acho que pelas privações pelas quais eles passam, pela total falta de higiene dos mocós, nesses cantos que eles arranjam pra ficar e tal, pelos efeitos todos das drogas, eu acho que eles têm uma saúde excelente. Eu acho que os meus filhos se resfriam mais, dá tosse, do que eles. Eles tomam chuva, andam de pé descalço, eles, tu raramente vê algum deles doente. Claro que acontece, mas pela proporção de descuido e problemas de saúde, raramente." (Assistente Social 2)

"Eles criam anticorpos vivendo tantos dias assim, convivendo com tantas bactérias e coisa que, de repente em mim, se eu fosse fazer uma visita domiciliar lá embaixo da ponte de chinelo de dedo, eu vou sair com um baita dum carrapato." (Assistente Social 3)

"Eu acho que eles ficam mais resistentes em determinados aspectos, sabe, pra algumas patologias, assim." (Enfermeira)

A resistência criada interfere tanto no processo de transmissão de doenças (eles ficam menos doentes do que deveriam), como também no processo de tratamento e uso da medicação. De acordo com a médica que os atende, por exemplo, o paradoxo está no fato de

que *"eles tomam a medicação, não tomam da maneira exata porque fica na mão deles, mas o tratamento, no final, dá certo, eles ficam bons..."* Para ela, aprender que *"dois mais dois nem sempre é quatro, às vezes é cinco"*, foi o grande aprendizado que teve trabalhando com essa população, uma vez que a sua idéia anterior era a de que *"se não tomasse os remédios na hora certa, no dia certo, não funcionava, mas pra essa população aqui funciona."* O que acontece, portanto, na sua opinião é que o sistema imunológico das crianças e adolescentes em situação de rua age adaptando-se às características de precariedade do contexto e tornando esses indivíduos mais capazes e aptos para sobreviverem na rua .

"É a lei da sobrevivência. (...) A gente vê as crianças de rua, criança de rua de pé descalço, mal agasalhada fica menos doente que aquela que é cuidadinha dentro de casa, cheio de coisa. Porque eles adquirem, eles pegam mais vermes, pegam mais bactérias, então o sistema imunológico deles já tá de acordo com essa realidade da sujeira que eles vivem, mão suja, a unha suja. Na área de saúde eles são melhores assim pras doenças, pra tratamento, foi uma lição que eu tive." (Médica)

A prescrição de medicação, nesse contexto, também sofre algumas alterações em virtude das características das crianças e adolescentes em situação de rua e, especialmente, das suas crenças a respeito de questões relacionadas à sua saúde. As principais características identificadas quanto ao uso de medicação foram o não cumprimento dos horários e o abandono da medicação logo que acham que estão bons. A fim de lidar com essas características, a médica afirmou que costuma adequar os horários à rotina dos adolescentes, enviar a medicação para os abrigos para que os monitores "lembrem" o adolescente de que têm remédio a tomar, assim como diminuir a quantidade de comprimidos prescrita, uma vez que o desperdício era grande:

"Eu dou, aqui eu dou no máximo sete dias de antibiótico. Dez dias é impossível. E eles tomam em média três dias e ficam curados. Aí tu olha, tem uma amigdalite que mal eles conseguem falar, a garganta totalmente fechada. Aí eles se sentiram melhor, param o tratamento, perdem o remédio, jogam fora e tão prontos. E se eu for fazer a mesma coisa, ah, tu pode saber que vai vir uma pior ainda e eu vou ter que tomar um remédio mais forte e eles não. Como eu digo assim, assim como têm os cachorros que a gente cria dentro de casa e os da rua, o da rua é mais resistente, pega menos doença

que o cachorrinho dentro de casa, da madame, eles também. É a lei da natureza, eles tão sendo criados pra rua mesmo." (Médica)

Embora a resistência ao contágio de algumas doenças, assim como aos danos causados por esta, sejam uma realidade entre a população em situação de rua que os profissionais destacam, a grande problemática parece ser quando as crianças e adolescentes ficam doentes, já que *"eles caem mais rápido e ficam debilitados mais rápido"* (Médica). Esse fato, por sua vez, é muito importante de ser considerado, uma vez que reforça a necessidade de que programas de prevenção, assim como de tratamento, estejam disponíveis à essa população. Inicialmente, deve-se evitar que eles caiam doentes. E, caso isso venha a acontecer, uma boa e eficiente rede de assistência precisa estar disponível, uma vez que os recursos de que eles dispõem para uma melhor e mais rápida recuperação são precários.

Sobre os fatores de proteção existentes na rua e com os quais os adolescentes podem contar para ter uma saúde melhor, as participantes destacaram alguns dos fatores já citados acima: a rede de assistência (abrigos, serviço de assistência à saúde), a "menor" violência da rua, comparada ao ambiente doméstico e a "resistência" criada às doenças. Além destes, foi destacado o fato de que, a existência de um serviço de saúde específico para essa população, torna o atendimento mais fácil e rápido: *"Ele vai lá e é atendido na hora pelo médico, tem o remédio e se ele quiser ele pode ficar lá até ele melhorar. Enfim, coisa que a nossa gurizada na vila não tem. Ele vai ter que ir no posto muito cedo, tirar ficha, essa coisa toda."* (Assistente Social 2)

Tabela 23. *Frequência e Percentagens das Concepções das Profissionais Entrevistadas sobre Saúde*

Concepções	f	%
Condições adequadas de vida	3	33,3
Bem-estar físico, mental e social	3	33,3
Qualidade de vida	2	22,3
Bem-estar subjetivo	1	11,1
Total	9	100,0

As concepções de saúde que as participantes possuem podem ser classificadas em quatro categorias: 1) posse de "condições adequadas de vida" (lugar para morar, dinheiro, nutrição adequada, lazer etc.); 2) bem-estar físico, mental e social, relativo ao conceito da Organização Mundial de Saúde; 3) qualidade de vida (condições adequadas de vida somadas a um bem-estar emocional, relações positivas no trabalho, na família e na sociedade); e, 4) bem-estar da pessoa, ou seja, dimensão "subjetiva" do conceito, para a qual o que importa é como a pessoa se sente e não o diagnóstico médico. A Tabela 23 apresenta as frequências e percentagens de cada uma das categorias citadas.

Nas definições de doença, percebeu-se uma maior diversidade de respostas, assim como um maior número de pessoas que não responderam, fato que sugere uma maior dificuldade dos participantes em definir esse conceito. Algumas definições, porém, foram feitas a partir da oposição com o conceito que as participantes já haviam atribuído à saúde. A análise das respostas tornou possível a elaboração das seguintes categorias: 1) algo que causa prejuízo, afeta e impossibilita a realização de atividades; 2) mal-estar/incômodo subjetivo; 3) ausência de condições adequadas de vida; disfunção na qualidade de vida; e, algo passível de ser evitado. A Tabela 24 apresenta as frequências e percentagens relativas à cada categoria.

Tabela 24. *Frequência e Percentagens das Concepções das Profissionais Entrevistadas sobre Doença*

Concepções	<i>f</i>	%
------------	----------	---

Traz prejuízo, impossibilita realização de atividades	2	22,2
Sentir-se mal	2	22,2
Não respondeu	2	22,2
Ausência de condições adequadas de vida	1	11,1
Disfunção na qualidade de vida	1	11,1
Pode ser evitado	1	11,1
Total	9	100,0

A Tabela 25 mostra as doenças físicas mais comuns entre as crianças e adolescentes em situação de rua na opinião das participantes. Entre as doenças mais citadas estão: 1) AIDS e outras DSTs; 2) doenças de pele (sarna, escabiose, pediculose etc.) e doenças respiratórias; 3) a tuberculose; e, 4) acidentes (atropelamentos, queimaduras etc.) e vermes. É interessante verificar o quanto as profissionais fazem referência à AIDS, como sendo uma patologia que tem afetado bastante as crianças e adolescentes em situação de rua. No entanto, acrescentam que não é por falta de informação: *"se perguntar pra eles tá na boca de todos eles, eles conhecem preservativo, como é que usa, pra que que protege. Tá na boca de todos eles. Mas eles não usam..."* (Enfermeira). Para justificar o não uso, elas recorrem à fala dos adolescentes afirmando que, durante a relação sexual, estavam sob o efeito da droga ("chapados") e aí não se lembraram de usar o preservativo. Outra justificativa dada envolve as meninas, já que *"elas tem muita essa questão de querer ter filhos"* (Enfermeira) e terminam por se expor a muitos riscos.

Tabela 25. *Freqüências e Percentagens das Doenças Físicas Mais Comuns entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua na Opinião das Profissionais Entrevistadas*

Doenças físicas	<i>f</i>	%
-----------------	----------	---

AIDS e outras DSTs	6	28,5
Doenças de pele	5	23,8
Doenças respiratórias	5	23,8
Tuberculose	3	14,3
Acidentes (atropelamentos, queimaduras)	1	4,8
Vermes	1	4,8
Total	21	100,0

No que se refere aos transtornos mentais mais comuns, a Tabela 26 mostra as patologias mais citadas: 1) a dependência química; 2) transtorno de humor (depressão, principalmente); 3) transtornos de conduta e deficiência mental. Mais uma vez, assim como verificado nas falas dos próprios adolescentes, a questão da droga apareceu como sendo a maior "rival" e "concorrente" a ser vencida pelas instituições e profissionais. Quase sempre a droga foi vista como uma alternativa usada pelos adolescentes para "medicar sintoma", como uma substância química que é usada para "preencher um vazio" e uma "carência emocional" anterior. O maior desafio, de acordo com uma participante, está em descobrir *"como é que tu tira essa... troca essa droga por outra, preenche com outra coisa legal pra eles. O que que é o legal pra eles? Do que eles precisariam mesmo? (...) Tentar preencher aquele buraco ali é o mais difícil."* (Assistente Social 1).

No que se refere ao encaminhamento dado pelas profissionais aos casos de adolescentes que estão doentes e precisam de um atendimento médico, verificou-se que todas as participantes do abrigo diurno afirmaram que encaminham os adolescentes para o serviço de atendimento à saúde.

Tabela 26. *Frequências e Percentagens dos Transtornos Mentais Mais Comuns entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua na Opinião das Profissionais Entrevistadas*

Transtornos mentais	<i>f</i>	%
---------------------	----------	---

Dependência química	4	44,5
Transtorno de humor	3	33,3
Transtorno de conduta	1	11,1
Deficiência mental	1	11,1
Total	9	100,0

Já as profissionais que trabalham nesse serviço, destacaram que a sua preocupação é a de tentar usar ao máximo os recursos de que dispõem para ver os problemas solucionados ali mesmo. Quando isso não é suficiente ou possível, recorre-se a outros serviços da rede pública de saúde, principalmente os serviços de atendimento às DSTs e AIDS, as especialidades médicas e os casos que precisam de internação.

"É, sempre tentando resolver aqui, com medicações daqui, porque eles não gostam de buscar remédio em outro local. E tentar também nas especialidades, o que eu sei tratar aqui. Quando passa da minha capacidade, daí manda pra um especialista. Mas o problema do especialista é que não é pro dia, então às vezes a gente marca e eles não vão. Então tem que fazer de tudo pra tratar todos eles aqui, com medicação, com os recursos que nós temos aqui, e mandar o mínimo pra fora." (Médica)

As participantes do serviço de saúde também destacaram outras atividades como sendo da sua responsabilidade: acessar a rede de atendimento e tentar "construir" a trajetória de vida e de vida de rua do adolescente atendido, tentando, inclusive, matriculá-lo na escola ou levá-lo para fazer documentos etc. Além disso, elas costumam acompanhar os adolescentes até os serviços de saúde, quando os mesmos são encaminhados:

"E os encaminhamentos que a gente vai dar vai ser desde, hum, fazer acontecer a rede dentro da saúde, por exemplo, encaminhando pra um especialista, tem que fazer um eletro, a gente vai também acompanhar essas idas e vindas dentro do sistema de saúde, mas vai fazer coisas, hum que envolvem mais assistência social, enfim, conhecer a história desse guri, uma visita domiciliar, matricular no colégio, né, coisas de ordem prática que também vão significar tratar esse guri. Porque não adianta ele chegar aqui, a gente dar um banho, deixar limpinho, não sei o quê, colocar dentro do consultório assepticamente, entrevista-lo, né, quando bom, ele não tá indo no colégio, ele não sabe se a mãe tá viva ou morta.." (Psicóloga)

Quanto à adesão do tratamento por parte dos adolescentes, as profissionais destacaram que esta é *"cheia de altos e baixos, eles aderem e desaderem, aderem e desaderem e, às vezes, a gente fica numa coisa enlouquecida de cão e gato"* (Psicóloga). Os principais pontos positivos são a confiança que possuem no serviço e nos profissionais que lá trabalham. Logo, quando precisam de ajuda, a buscam. Isso acontece, principalmente, quando eles estão muito doentes e se sentindo muito mal. Nesse caso, eles começam o tratamento "normalmente". Muitas participantes fizeram, inclusive, uma diferenciação entre "aderir" ao tratamento e ao "atendimento" proposto pelo serviço de saúde. Enquanto eles tendem a aderir ao tratamento, freqüentando regularmente o serviço, eles mostram uma dificuldade maior em seguir o tratamento.

Quanto ao tratamento, a principal dificuldade sentida é a de fazê-los tomar a medicação nos horários recomendados e de fazê-los cumprir o tratamento até o final, uma vez que é bastante comum entre os adolescentes a atitude de abandonarem o tratamento, assim que se sentem um pouco melhores. De acordo com uma participante: *"É uma dificuldade fazer que eles façam tratamento. Eles largam o tratamento várias vezes, aí eles só vão retornar e fazer até o fim quando já tá quase perto da morte"* (Técnica de enfermagem). O fato de morarem na rua, não terem rotina, desaparecerem dos serviços por algum tempo e de perderem ou não tomarem os remédios foram os principais aspectos citados para dificultarem o tratamento: *"Ninguém consegue fazer um tratamento morando na rua. Os que ficam em abrigos conseguem porque a gente que dá os remédios nos horários, né. Os que tão na rua não, porque eles não têm horário para acordar, não tem uma rotina, né."* (Técnica de enfermagem). Outro importante empecilho citado foi a falta de perspectiva de vida dos adolescentes, a qual estaria relacionada à sua pergunta: *"Por que que eu vou ficar bom? Pra quem eu vou ficar bom?"* (Carol, assistente social). Nesse caso, a falta de respostas satisfatórias e motivadoras para o adolescente o faria desistir de investir no seu tratamento e recuperação.

Apesar da maioria das participantes ter citado os empecilhos à adesão ao tratamento pelos adolescentes, uma participante destacou que está satisfeita com a adesão dos mesmos. Ela afirmou que aprendeu, com a sua prática profissional que, apesar deles não seguirem as recomendações conforme mandado, eles melhoram mesmo assim. Além do mais, ela

salientou que se trata de capacitá-los a partir do que eles necessitam para viverem na rua e não do que o profissional julga que eles necessitam.

"Tu não pode querer mudar a vida deles nem a saúde deles. Não é a saúde que tu quer pra eles, é a saúde que eles necessitam. O bom pra se sair bem na rua é assim, tu não pode querer agredi-los. Certas coisas que eu posso tentar fazer aqui, que eu faço a nível de consultório, como dar remédio de vermes pra todo mundo, aqui não pode ser assim pra todos, só quando eles têm sintoma. Então, os antibióticos, como eu te disse, a gente vai usando, e em dois, três dias tá bom, não podemos exigir sete dias, dez dias. Eu nem dou remédio pra dez dias porque vai fora, tentando não haver desperdício também pra Casa, eu não dou. E tudo assim, se torceu o pé, o certo seria ir ao traumatologista, mas a gente enfaixa aqui, dá o antiinflamatório aqui e vai fazendo. Então aqui tu tem que ser um pouco de ginecologista, de dermatologista, tem que ser um pouquinho de tudo." (Médica)

Por outro lado, as participantes também afirmaram que não se pode obrigá-los a nada, mas deve-se tentar estabelecer um convívio harmonioso com os adolescentes e usar da conscientização e do "tempo" de cada um para que eles próprios percebam que necessitam de ajuda. A troca de informações e as combinações entre os médicos e os adolescentes foram vistos, inclusive, como uma forma de diminuir "fantasias" acerca do uso da medicação e de garantir uma maior adesão ao tratamento prescrito.

"Se tu quiser que eles se obriguem a fazer o que tu quer, tu não consegue trabalhar. Tem que ser mais ou menos um jogo assim, eles cedem de um lado, e a gente cede um pouco do outro e aí tem um convívio harmonioso. Se nós formos assim tipo xerife, nós mandamos e eles obedecem, não funciona. (...) Então alguns aprenderam, que botaram fora o remédio e voltaram depois 'Ai, o quê que eu faço?'. Aí eu falo 'Ah, viu', não dou muito sermão, só falo "Vou trocar o teu remédio, que aquele tu tomou só um dia, queimou, é como se tivesse estragado o remédio, então precisa dum novo remédio'. Aí na segunda vez eles aceitam e tomam direitinho, direitinho do jeito deles <risos> não do meu jeito. É interessante." (Médica)

"Não medico nenhuma criança sem a criança aceitar, né. Então eu consulto a criança, ofereço, digo que poderia haver alguma coisa pra ajudar e digo em quê, ajudar na fissura com a droga, né, ajudar nas irritações, ajudar a poder prestar mais

atenção, pergunto se aceita, né. E aí eles aceitam ou não. Eles aceitando eu faço uma combinação de quando vão tomar e como vão administrar a medicação e aí eu acompanho. (...) Mas eu acho que uns 10% não aceita. Mas não aceita tudo bem, não aceitou, né, eu me mantenho conversando. Às vezes acontece assim que não aceita nas primeiras semanas, passado um tempo eu ofereço de novo, né. Então tem alguma crianças que no começo não aceitaram, depois começaram a me ver sempre aqui, ver que eu participo das coisas, né, já não, porque às vezes, uma coisa normal, né, meio paranóide, assim, 'Quem é essa que nunca veio aqui, né, e tá me oferecendo remédio, quê que é isso?'. Então tem sempre muito o pensamento que o remédio vai mudar a cabeça deles, que eu sou poderosa, que eu vou estar dentro do pensamento... Com o tempo vão aliviando essas ansiedades. (...) Nós temos crianças aqui que pediram, né. Tem um gurizinho aqui que disse 'Ué, tu não ia me dar um remédio?', eu digo 'Ué, mas tu não aceitou', 'Ah, mas eu quero'. E tá muito melhor, né." (Psiquiatra)

Quanto à avaliação do papel que as instituições têm na vida dos adolescentes, verificou-se que as participantes do abrigo diurno enfatizaram o aspecto da "garantia de aspectos necessários à sobrevivência" dos adolescentes, sobretudo alimentação e higiene. No serviço de saúde, destacaram-se: a higiene, o fácil acesso a consultas e remédios, assim como o fato de se tratar de um "espaço de inclusão", no qual os adolescentes podem desenvolver a sua autonomia e refletir sobre a sua vida. Apesar de muitas vezes as participantes terem questionado o papel das instituições como um fator a mais, que poderia estar contribuindo para a permanência dos adolescentes nas ruas, foram unânimes em afirmar que as instituições têm um papel muito importante na vida dos adolescentes, os quais viveriam muito pior se não fosse a existência da rede de atendimento.

No que se refere ao nível de satisfação com o trabalho, as participantes mostraram-se satisfeitas. No entanto, muitas ressalvas foram feitas quanto à lentidão dos resultados e até ao fato destes serem "frustrantes", assim como de se tratar de um trabalho bastante desgastante emocionalmente.

"Tem uma frustração muito grande, né. Porque eles têm altos e baixos. Então, ao mesmo tempo que tu consegue coisas com eles (...) daqui um pouco tu vê que um chocoalha uma garrafa de loló lá na frente e ele sai e teu trabalho vai todo por água abaixo.. Essa sensação assim de fazer e desmanchar é que é muito frustrante. E eu

acho que trabalhar com essa frustração é um negócio difícil. A gente tem que estar sempre tentando buscar formas de se reanimar pra não desistir." (Assistente social 2)

"São poucos os resultados que a gente tem. (...)Existem os limites, os limites que não são só meus, mas que são de um serviço, os limites que são de um contexto, de uma realidade. Os limites que são no outro, que são do outro e da história de vida do outro." (Assistente Social 3)

"Eu acho que eu dou o meu melhor, né, mas acho que às vezes eu fico um pouco cansada porque o retorno, se tu for ver assim quantos já morreram, quantos têm recaída, quantos voltaram para casa... os números não são nada encorajadores, né." (Psicóloga)

Em virtude das dificuldades vividas no trabalho é que algumas participantes falaram acerca da sua própria saúde e da necessidade de também cuidarem de si: *"A situação de rua, com a droga é tão difícil que às vezes a gente fica sem saúde, sabe? Ou seja, a gente estressa, sabe. É muito pesado conviver com a dor, com a rua, né." (Enfermeira)*. Nesses momentos, algumas atitudes são tomadas, como:

"Sair um pouco daqui, descansar, parar pelo menos um 15 dias pra tomar um novo fôlego pra vir, porque eles são muito cansativos. É uma população que exige muito, eles são muito carentes. Então assim ó, é um serviço que se fosse pra comparar com o posto de saúde, o posto de saúde comum é mais light, aqui é um serviço que quando a gente se dá conta, tu tá muito cansado, mas é que eles te cobram muito." (Médica)

Apesar das reclamações e dificuldades enfrentadas, todas as participantes julgaram que, tanto o serviço quanto a sua atuação, estão fazendo diferença na vida das crianças e adolescentes atendidos. Essa percepção, por sua vez, serve como estímulo para continuarem desenvolvendo o seu trabalho. Há em todas as respostas e entrevistas, uma visão bastante positiva da sua atuação, fato que está relacionado à uma motivação interna para fazê-la.

"Mas nesses momentos (em que se sente cansada) eu também me dou conta assim que eu não tô aqui por acaso e eles também não são na rua por acaso (...) e daí eu acho que eu faço alguma diferença, sim. E eu preciso me manter aqui porque daqui a pouco nem esse serviço eles podem ter. Então eu não tenho o direito de pensar em ir embora daqui, né." (Psicóloga)

"Eu acho que tem uma coisa assim que é interna já, de disposição pra esse trabalho, sabe, e eu acho que quando a gente tá, por mais que a gente esteja cansado, tá de saco cheio, sabe, isso é humano, né, tá de saco cheio, tá cansado, tu vem, sabe, tu tá ali todo dia, né. Tu pode até dizer 'Ai, hoje não tô legal, tô cansada, não agüento mais isso aqui', mas tu tá aí, tu não desiste, tu não entra na banca, tu não vai pra outro lugar..." (Enfermeira)

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Integrar os dois estudos anteriormente descritos consiste num exercício de compreensão da "condição de saúde" de crianças e adolescentes em situação de rua, a partir de dois importantes e complementares olhares, a saber: o dos próprios adolescentes e o dos

profissionais que trabalham nas instituições que os atendem. A inclusão das perspectivas de dois atores sociais distintos possibilita uma maior compreensão da realidade estudada, atendendo, por sua vez, aos pressupostos da Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano (AEDH; Cecconello & Koller, 2003), eixo teórico-metodológico que orientou esse trabalho.

No que se refere à AEDH, verifica-se que a mesma mostrou-se muito adequada a todo processo de pesquisa e que, durante a execução desta, os pesquisadores agiram sempre no sentido de atender aos princípios por ela propostos. Assim, todo o processo de definição do "problema" de pesquisa, passando pela etapa de escolha e construção de um delineamento adequado ("inserção ecológica") até a sistematização dos quatro pilares (PPCT) da AEDH, propostos por Bronfenbrenner (1979/1996) e Bronfenbrenner e Morris (1998) foi realizado à luz da abordagem.

Vale destacar, ainda, o esforço aqui empreendido de situar esse estudo a partir dos novos enfoques da resiliência e da Psicologia Positiva, através da ênfase dada ao desenvolvimento humano saudável, assim como, da inclusão de aspectos psicológicos (socioemocionais) no processo de avaliação da "saúde". Essa influência se faz presente desde a revisão teórica proposta, a elaboração dos roteiros de entrevista até o processo de análise e discussão dos dados. Outra contribuição trazida pelo estudo consiste na sua proposta de entender a saúde dos adolescentes em situação de rua, a partir das suas "percepções", dos profissionais de saúde e educadores que trabalham com eles no cotidiano. Trata-se, portanto, de enfatizar a dimensão da experiência e dos sentidos dados pelos participantes e não de uma ênfase sobre diagnósticos médicos, baseada em exames laboratoriais, por exemplo.

Entre os adolescentes, verificou-se que a saúde e a doença estão relacionadas, respectivamente, à ausência e à presença de sintomas ou patologias. Entre os profissionais, predomina uma visão mais abrangente de saúde (condições adequadas de vida, bem-estar físico, mental e social, qualidade de vida, bem-estar subjetivo), enquanto que a doença é associada ao prejuízo e à impossibilidade para realização de atividades, a "sentir-se mal" e à ausência de condições adequadas de vida e de qualidade de vida. Comparando-se o ponto de vista de adolescentes e profissionais, é nítida a influência destes últimos de um "discurso academicista", tecido a partir da influência de normatizações, como a da Organização Mundial de Saúde, por exemplo. Entre os adolescentes, há o predomínio de uma visão

considerada, inclusive, "restritiva" pela literatura (ausência/presença de doença), mas que, sobretudo, reflete a sua experiência de vida e a sua condição social.

Os adolescentes fizeram uma avaliação positiva da sua condição de saúde. Dessa forma, conforme mostrado no Estudo 1, eles afirmaram que se sentem saudáveis e que têm uma boa saúde, fato que parece ser justificado por sua compreensão de que não ficaram doentes com frequência na rua. Entre as doenças que eles afirmaram ter, estão as doenças respiratórias, dor (de garganta, ouvido, barriga), tuberculose e acidentes (corte, atropelamento), por exemplo. A avaliação apresentada, portanto, parece estar relacionada a não terem tido essas patologias.

Sobre a avaliação positiva dos adolescentes acerca da sua condição de saúde (equivalente a não ter ficado doente tantas vezes), as profissionais destacaram um fator que pode ser útil à compreensão desta afirmação. As profissionais falam da "resistência" criada pelos adolescentes pra sobreviver nas ruas, diante das adversidades e situações de risco. Assim, o Estudo 2 mostrou que, diante das condições inadequadas de vida, o esperado seria que os adolescentes ficassem muito mais vezes doentes do que isso realmente acontece. Porém, diante das adversidades do meio, o "corpo biológico" parece oferecer mais resistência através do "fortalecimento" do sistema imunológico. Além disso, elas citaram que o processo de tratamento e o uso da medicação também são diferenciados nessa população, visto que eles não costumam segui-los à risca e, mesmo assim, conseguem se recuperar. Essa visão de adaptabilidade, por sua vez, foi ponderada por alguns fatores. Entre os adolescentes, isso fica claro quando afirmaram que *“tinham mais saúde quando estavam em casa”* e que, *“se estivessem em casa teriam uma saúde melhor”*. Entre as profissionais, por sua vez, o discurso acerca da resistência dos adolescentes ao contágio de algumas doenças e aos danos causados por elas, foi relativizado pela constatação de que a grande problemática parece ser quando os adolescentes ficam doentes. Quando isso acontece, segundo as profissionais, o processo de debilitação é bastante rápido e o processo de recuperação dificultado, pela escassez de condições de vida adequadas para isso acontecer.

Ambos os participantes concordaram que a vida na rua tende a influenciar negativamente a saúde dos adolescentes em situação de rua, sobretudo devido a maior exposição a fatores como o consumo de drogas e a falta de condições adequadas de vida (higiene, proteção contra as variações climáticas etc.). Além destes, as profissionais citaram o

sexo sem proteção. As principais doenças físicas citadas pelas profissionais como as mais frequentes entre os adolescentes em situação de rua foram a AIDS e outras DSTs, as doenças de pele e as doenças respiratórias. Entre os "transtornos mentais" destacou-se a dependência química. Apenas uma adolescente entre os participantes afirmou que tinha AIDS. No entanto, entre os demais, a AIDS também parece ser uma doença bastante presente em seu cotidiano, uma vez que é a doença mais citada pelos adolescentes quando indagados sobre as patologias que mais frequentemente acometem seus amigos nas ruas. Além da AIDS, um outro fator associado à saúde e à doença, na opinião dos adolescentes, foi o não uso e o uso de drogas, respectivamente.

Portanto, com base nas entrevistas dos profissionais e dos adolescentes, é possível afirmar que as principais questões de saúde e doença para esses últimos, estão relacionadas à falta de condições adequadas de vida, o que favorece as doenças respiratórias e de pele, além do uso de drogas e do comportamento sexual de risco (não uso de camisinha) que aumenta a probabilidade dos adolescentes em situação de rua serem contaminados com o vírus HIV e com outras DSTs. A estas doenças enfaticamente citadas pelos participantes dos dois estudos somam-se aqui a influência da violência/comportamentos violentos e acidentes sobre a condição de saúde dos adolescentes. Em especial, merecem destaque o percentual elevado de tentativas de suicídio, o envolvimento dos adolescentes em brigas e em situações que envolvem facadas e tiros, além dos atropelamentos.

Ao lado da análise dos fatores que influenciam negativamente a saúde dos adolescentes em situação de rua, também merece destaque a análise dos "fatores de proteção" envolvidos na redução/superação dos efeitos negativos dos "riscos" na saúde dos adolescentes. Foram identificados fatores de proteção em diferentes níveis. No nível das características individuais, por exemplo, merecem destaque a capacidade de tomar a iniciativa para fazer as mudanças acontecerem em suas vidas, a auto-estima positiva, a facilidade de fazer amigos, o comportamento pró-social, além do humor positivo. Já no que se refere à rede de apoio social e afetiva, verifica-se que as instituições de assistência funcionam como importantes fontes de apoio (material e afetivo). Tanto os adolescentes quanto as profissionais confirmaram a importante contribuição que os serviços nos quais trabalham oferecem aos adolescentes, seja garantindo condições mais adequadas de sobrevivência (alimentação, sono, higiene), seja por representarem um espaço de garantia e "resgate" da cidadania dos mesmos.

Nesse processo, os profissionais foram, muitas vezes, citados (nominalmente) pelos adolescentes como fontes de apoio e afeto importantes para a sua mudança de vida.

A consideração desse aspecto é fundamental por duas razões principais. Primeiro, porque é uma comprovação para as profissionais que revelaram a sua frustração pela lentidão e falta de resultados positivos no seu trabalho, de que este "*reverbera*" (de fato) na vida dos adolescentes. Em segundo lugar, confirma a necessidade da existência de espaços protetivos como estes (abrigo e serviço de saúde) na vida dos adolescentes e de que a sua atuação possa continuar a buscar a garantia da melhor qualidade de vida e saúde para essa população.

Felizmente, ao longo do desenvolvimento desse trabalho, pela inserção ecológica da equipe, pôde-se entrar em contato com profissionais realmente comprometidos com a sua prática profissional e, cujo interesse, parece estar muito relacionado ao seu envolvimento com a vida e sucesso de um "*outro igual*", para usar um termo que acompanhou a elaboração de todo esse trabalho. Esse fator é ainda mais relevante quando se considera que a "saúde emocional" desses profissionais de saúde e educadores, passa diretamente pela saúde daqueles *com* quem (e não para quem) trabalha. Nessa relação de "reciprocidade", o que se pôde perceber é que ambas as partes são igualmente importantes no bem-estar uma da outra, sobretudo pelo entendimento de que não há interação sem reciprocidade. Assim, a satisfação pessoal dos profissionais parece estar muito relacionada ao trabalho que desenvolvem junto aos adolescentes, enquanto o bem-estar destes é fortemente influenciado pelo atendimento recebido.

Os resultados refletem, portanto, a complexa dinâmica existente entre fatores de risco e proteção e a influência destes no processo de saúde e doença dos adolescentes em situação de rua. Além disso, corroboram a importância de análises que considerem o "jogo de forças" entre o binômio risco/proteção, a fim de compreender a condição de saúde dos adolescentes em situação de rua. Essa iniciativa, por sua vez, garante uma análise mais realística da influência da situação de rua sobre a saúde, garantindo, ainda, a superação de uma visão de saúde e doença como dimensões estáticas, a-históricas e unidimensionais. Os dados expostos ao longo desse trabalho são exemplares para contrapor essas dimensões a uma visão de saúde, cujas principais características são: a processualidade, a historicidade e a multidimensionalidade.

Por fim, algumas considerações são necessárias acerca das limitações do presente estudo e sobre perspectivas de pesquisas futuras. Inicialmente, é importante considerar que esse estudo apresentou uma amostra de participantes bastante pequena, fato explicável quando consideradas as suas pretensões (estudo exploratório descritivo, cuja principal preocupação era a análise qualitativa das opiniões de adolescentes e profissionais). Além disso, como optou por fazer a coleta de dados em duas instituições, os dados que apresenta são fortemente marcados pelo recorte da institucionalização dos participantes. Seria interessante, portanto, que estudos futuros procurassem comparar a condição de saúde de crianças e adolescentes que não têm nenhuma relação com qualquer instituição com as que participaram desse estudo e estavam vinculados a instituições, assim como estudar as condições e redes em outros contextos e cidades.

Apesar da perspectiva qualitativa ser bastante útil no processo de conhecimento da realidade estudada e na avaliação e desenvolvimento de programas de atendimento à saúde dessa população, deixa algumas lacunas importantes a serem preenchidas por estudos futuros. Estes devem investir no processo de avaliação dos impactos de "longo prazo" da vida nas ruas sobre o desenvolvimento de crianças e adolescentes nessa situação, através da realização de pesquisas longitudinais. Essas pesquisas poderiam enfatizar a avaliação das influências de variáveis como idade e tempo de rua na mediação das conseqüências físicas e psicológicas identificadas no desenvolvimento e saúde dos adolescentes em situação de rua. Além destas considerações, sugere-se um maior número de estudos sobre o bem-estar psicológico dessa população e sobre os processos contextuais e desenvolvimentais pelos quais as crianças e adolescentes em situação de rua negociam, cotidianamente, com as adversidades do seu meio.

REFERÊNCIAS

- Alves, P. B. (2002). *Infância, tempo e atividades cotidianas de crianças em situação de rua: as contribuições das teorias dos sistemas ecológicos*. Tese de Doutorado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

- Alves, P. C. & Rabelo, M. (1998). Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. Em *Antropologia da saúde, traçando identidades e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Aptekar, L. (1989). Characteristics of the street children of Colombia. *Child Abuse and Neglect*, 13, 427-437.
- Aptekar, L. (1994). Street children the developing world: A review of their condition. *Cross-Cultural Research*, 28(3), 195-224.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70/ Martins Fontes. (Original publicado em 1977)
- Booth, R. E., Zhang, Y. & Kwiatkowski, C. F. (1999). The challenge of changing drug and sex risk behaviors of runaway and homeless adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 23(12), 1295-1306.
- Boruchovitch, E & Mednick, B. R. (1997). Cross-cultural differences in children's concepts of health and illness. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 448-456.
- Boruchovitch, E & Mednick, B. R. (2002). The meaning of health and illness: Some considerations for health psychology. *Psico-USF*, 7(2), 175-183.
- Brito, R. C. (1999). *Uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua: subsídios para uma intervenção comunitária*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. Em R. Vasta, (Org.), *Annals of Child Development*, 6, 187-249.
- Bronfenbrenner, U. (1995a). Bioecological model form a life course perspective: Reflections of a participant observer. Em P. M. Moen, G. H. Elder & K. Lüscher (Orgs.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 599-618). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U. (1995b). Developmental ecology through space and time: A future perspective. Em P. Moen, G. H. Elder & K. Luscher, (Orgs.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 619-647). Washington, DC: American Psychological Association.

- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1979)
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. Em B. L. Friedmann & T. D. Wacks (Orgs.), *Conceptualization and assessment of environment across the lifespan* (pp. 3-30). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Califórnia: Sage.
- Bronfenbrenner, U. & Evans, G. W. (2000). Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, 9, 115-125.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. Em W. Damon (Org.), *Handbook of child psychology* (Vol.1, pp. 993-1027). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Capra, F. (1982). *O ponto de mutação - A ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix.
- Carpena, M. E. F. (1999). *Famílias de meninos em situação de rua na cidade de Caxias do Sul: Locus de controle, situação atual de vida e expectativas para o futuro*. Dissertação de Mestrado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Cecconello, A. M. (2003). *Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco*. Tese de Doutorado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Cecconello, A. M. & Koller, S. H. (2003). Inserção ecológica na comunidade: Uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 16, 515-524.
- Cerqueira-Santos, E. (2003). *Um estudo sobre a brincadeira de crianças em situação de rua*. Dissertação de Mestrado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Cerqueira-Santos, E., Koller, S. & Pereira, M. T. L. N. (no prelo). Religião, saúde e cura: Um estudo entre neo-pentecostais. *Psicologia Ciência e Profissão*.

- Conselho Federal de Psicologia. (2000). *Resolução para pesquisas com seres humanos*. Resolução nº 016/2000, de 20 de dezembro de 2000. Brasília, DF.
- Conselho Nacional de Saúde. (1996). *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Resolução nº 196/1996, de 16 de outubro de 1996.
- Copetti, F. & Krebs, R. J. (2004). As propriedades da pessoa na perspectiva do paradigma bioecológico. Em S. H. Koller (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil* (pp.67-90). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Costa, N. R., Duarte, C. M. R., Motta, J. I. J., Martins, M. S., & Gomes, I. C. (1986). Condições de vida e saúde dos brasileiros. Em M. C. S. Minayo (Org.), *A saúde em estado de choque* (pp. 36-58). Rio de Janeiro: Fase/Espaço e Tempo.
- Cowan, P. A., Cowan, C. P., & Schulz, M. S. (1996). Thinking about risk and resilience in families. Em E. M. Hetherington & E. A. Blechman (Orgs.), *Stress, coping and resiliency in children and families* (pp. 1-38). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- De Antoni, C., Hoppe, M. W., Medeiros, F., & Koller, S.H. (1999). Uma família em situação de risco: Resiliência e vulnerabilidade. *Interfaces: Revista de Psicologia*, 2(2), 81-85.
- De Antoni, C. & Koller, S. (2000). A visão sobre famílias entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. *Estudos de Psicologia*, 5, 347-381.
- De Souza, E., Koller, S., Hutz, C., & Forster, L. (1995). Preventing depression among Brazilian street children. *Interamerican Journal of Psychology*, 29(2), 261-265.
- Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 14, 7-11.
- Di Villarosa, F. N. & Bunchaft, A. (1993). Meninos de rua e acesso aos serviços de saúde em Salvador-Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 20, 13-22.
- Duarte, L. F. D. (1986). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Graal.
- Egry, E.Y. (1996). *Saúde coletiva: Construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone.
- Emde, R. N. (1994). Individuality, context, and the search for meaning (Presidential Address). *Child Development*, 65, 719-737.
- Ensigne, J. (2003). Ethical issues in qualitative health research with homeless youths. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 43-50.

- Estatuto da Criança e do Adolescente. (1990). *Diário Oficial da União. Lei nº 8069*, de 13 de julho de 1990, Brasília, DF.
- Fisher, C. B. (1993). Integrating science and ethics in research with high-risk children and youth. *Social Policy Report*, VII(4). Ann Arbor, MI: Society For Research in Child Development.
- Giacomoni, C. (2002). *Bem-estar subjetivo infantil: Conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação*. Tese de Doutorado Inédita, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Gregis, C. (2002). *Fissura da rua: corpo e ritual de uso de droga injetável entre meninos de rua*. Dissertação de Mestrado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Huston, A. C., McLoyd, V. C., & Coll, C. G. (1994). Children in poverty: Issues in contemporary research. *Child Development*, 65, 275-282.
- Hutz, C. S. & Forster, L. M. K. (1996). Comportamentos e atitudes sexuais de crianças de rua. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 9, 209-229.
- Hutz, C. S. & Koller, S. H. (1997). Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estudos de Psicologia*, 2(1), 157-197.
- Hutz, C. S. & Koller, S. H. (1999). Methodological and ethical issues in research with street children. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 85, 59-70.
- Hutz, C. S., Koller, S. H., & Bandeira, D. R., (1996). Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco. Em S. H. Koller (Org.), *Aplicações da psicologia na melhoria da qualidade de vida - Coletâneas da ANPEPP* (pp.79-86). Porto Alegre: ANPEPP.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. Special Issue: Adolescence. *American Psychologist*, 48, 117-126.
- Junqueira, M. F. P. S. & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 227-235.
- Kleinman, A. (1980). Orientations 3: Core clinical functions and explanatory models, Em A. Kleinman (Org.), *Patients and healers in the context of the culture: An exploration of*

- the bordeland between Antropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: California Press.
- Koller, S. H. & Hutz, C. S. (1996). Meninos e meninas em situação de rua: Dinâmica, diversidade e definição. *Coletâneas da ANPEPP - Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia*, 1(12), 11-34.
- Koller, S. H., Cerqueira-Santos, E., Morais, N. A. & Ribeiro, J. (2004). Fatores de risco e proteção entre jovens de Porto Alegre, Recife e São Paulo. Relatório Técnico. World Bank, Washington, DC, USA.
- Leal, O. F. & Lewgoy, B. (1995). Pessoa, aborto e contracepção, Em O. F. Leal (Org.), *Corpo e significado: Ensaio de antropologia social*. Porto Alegre: EDUFRGS.
- Lisboa, C. S. M. & Koller, S. (2000). Questões de ética na pesquisa com crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. *Aletheia*, 11, 59-70.
- Masten, A. S. & Garmezy, N. (1985) Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. Em B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Orgs.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 8; pp.1-52). New York: Plenum Press.
- Medeiros, M. & Ferriani, M. G. C. (1995). Programas de atenção às crianças e aos adolescentes em situação de rua: Percepções de seus coordenadores. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 5(1/2), 48-59.
- Medeiros, M. & Ferriani, M. G. C., Gomes, R. & Munari, D. B. (2002). O significado de casa e rua para meninos com experiência de vida nas ruas: Em busca de uma compreensão sobre as implicações para a saúde. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 12(2), 1-12.
- Medeiros, M., Freitas, G. C., & Oliveira, N. S. (2004). A fome para meninos e meninas em situação de rua: Além da sensação da "barriga vazia". *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(1), 14-22.
- Mejía-Soto, G., Castañeda, R. R., González, M. A., Ramirez, A.G., & Avendaño, E. S. (1998). Índices de morbidade dos meninos de rua. *Adolescência Latinoamericana*, 1(3), 175-182.
- Menezes, D. M. A. & Brasil, K. C. (1998). Dimensões psíquicas e sociais da criança e do adolescente em situação de rua. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 11(2), 327-344.

- Minayo, M. C. S. (1986). A saúde em estado de choque. Em M. C. S. Minayo (Org.), *A saúde em estado de choque* (pp. 9-20). Rio de Janeiro: Fase/Espaço e Tempo.
- Minayo, M. C. S. (1998). *O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Minayo, M. C. S. & Souza, H. O. (1989). Na dor do corpo, o grito da vida. Em N. R. Costa, C. L. Ramos, M. C. S. Minayo, & E. N. Stotz (Orgs.), *Demandas populares, políticas públicas e saúde* (pp. 76-101). Petrópolis: Vozes.
- Morais, N. A. & Koller, S. H. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: A ênfase na saúde. Em S. H. Koller (Org.), *Ecologia do Desenvolvimento Humano: Pesquisa e intervenção no Brasil* (pp.91-107). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Muza, G. M. & Costa, M. P. (2002). Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes: O olhar dos adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 321-328.
- Narvaz, M. G. & Koller, S. (2004). O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. Em S. H. Koller (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil* (pp.51-66). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Neiva-Silva, L. & Koller, S. H. (2002). A rua como contexto de desenvolvimento. Em E. R. Lordelo; A. M. A. Carvalho & S. H. Koller (Orgs.), *Infância brasileira e contextos de desenvolvimento* (pp. 205-230). São Paulo: Casa do Psicólogo, Salvador: EDUFBA.
- Noto, A. R., Galduróz, J. C. F., Nappo, S. A., Carlini, C. M. A., Moura, Y. G., & Carlini, E. A. (2004). *Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras (2003)*. São Paulo: UNIFESP/CEBRID.
- Organização Mundial de Saúde. (1987). Carta de Otawa para la promoción y educación para la salud. *Revista de Sanidad y Higiene Pública*, 61, 129-139.
- Paim, J. & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: Uma "nova saúde pública" ou campo aberto para novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32(4), 299-316.
- Panter-Brick, C. (2001). Street children and their peers: Perspectives on homelessness, poverty and health. Em H. Schwartzman (Org.), *Children and antropology: Perspectives for the 21st Century* (pp. 83-97). Greenwood Press.

- Panter-Brick, C. (2002). Street children, human rights and public health: A critique and future directions. *Annual Reviews of Anthropology*, 31, 147-171.
- Piccollo, F. D. (2001). *Se deixar a droga levar: Um estudo sobre as trajetórias sociais de usuários de drogas em uma vila em Porto Alegre*. Dissertação de Mestrado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Pinto, J. A., Ruff, A.V., Paiva, J. V., Antunes, C. M., Adams, I. K., Halsey, N. A., & Greco, D. B. (1994). HIV risk behavior and medical status of underprivileged youths in Belo Horizonte, Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 15, 179-185.
- Raffaelli, M. (1996). Crianças e adolescentes em situação de rua na América Latina: Artful Dodger ou Oliver Twist? *Psicologia Reflexão e Crítica*, 9, 123-128.
- Raffaelli, M. (1999). Homeless and working street youth in Latin America: A developmental review. *Interamerican Journal of Psychology*, 33(2), 7-28.
- Raffaelli, M., Campos, R., Merrit, A. P., Siqueira, E., Antunes, C.M, Parker, R., Greco, M., Greco, D., & Halsey, N. (1993). Sexual practices and attitudes of street youth in Belo Horizonte, Brazil. *Social Science and Medicine*, 37(5), 661-670.
- Raffaelli, M., Koller, S., Reppold, C. T., Kuschick, M. B, Krum, F. M. B., & Bandeira, D. R. (2000). Gender differences in Brazilian street youth's family circumstances and experiences on the street. *Child Abuse and Neglect*, 24(11), 1431-1441.
- Rezende, A. L M. (1989). *Saúde - Dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez Editora.
- Ribeiro, M. O. (2001). A criança de rua tem família: Uma família em crise. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 11(1), 35-47.
- Ribeiro, M. O. & Ciampone, M. H. T. (2001). Homeless children: The lives of a group of Brazilian street children. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 42-49.
- Rogers, W.S (1991). *Explaining health and illness - An exploration of diversity*. Harvester Wheatsheaf.
- Rooyen, L. V. & Hartell, C. (2002). The health of the street children - the whole says more: A synergy of research. *International Journal of Adolescence and Youth*, 10, 297-317.
- Rosemberg. M. (1989). *Society and the adolescent self image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: Some issues and some questions. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 22, 323-356.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M. (1996). Psychosocial resilience and protective mechanisms. Em J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Orgs.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). New York: Cambridge University.
- Sarriera, J. C., Moreira, M. C., Rocha, K. B., Bonato, T. N., Duso, R., & Prikladnicki, S. (2003). Paradigmas em psicologia: Compreensões acerca da saúde e dos estudos epidemiológicos. *Psicologia e Sociedade*, 15(2), 88-100.
- Santana, J. P. (2002). *Instituições de atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua: Objetivos atribuídos por seus dirigentes e pelos jovens atendidos*. Dissertação de Mestrado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Santana, J. S. S. (1998). *Saúde-doença no cotidiano de meninos e meninas e rua: ampliando o agir da enfermagem*. Tese de Doutorado não-publicada, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.
- Santana, J. S. S. & Neto, O. C. (1999). Meninos e meninas de rua no Brasil: Da colonização ao Estatuto da Criança e do Adolescente. *Revista Baiana de Enfermagem*, 12(1), 21-54.
- Santos, B. (2002). *Ungovernable children: runaways, homeless youths, and street children in New York and São Paulo*. Tese de Doutorado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Antropologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, São Paulo.
- Segre, M. & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 538-542.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

- Sheldon, K. M. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary? *American Psychologist*, 56(3), 216-217.
- Traverso-Yépez, M. (2001). Interface psicologia social e saúde: Perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 6(2), 49-56.
- Traverso-Yépez, M. & Morais, N. A. (2004). Reivindicando a subjetividade dos usuários de saúde pública: Para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 109-118.
- Traverso-Yépez, M. & Pinheiro, V. S. (2002). Adolescência, saúde e contexto social: Esclarecendo práticas. *Psicologia e Sociedade*, 14(2), 133-147.
- Unger, J. B., Simon, T. R., Newman, T. L., Montgomery, S. B., Kipke, M. D., & Albornoz, M. (1998). Early adolescent street youth: An overlooked population with unique problems and service needs. *Journal of Early Adolescence*, 18(4), 325-348.
- Vaitsman, J. (1992). Saúde, Cultura e Necessidade. Em S. Fleury (Org.), *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social* (p.153-173). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- World Health Organization. (1998). *Development of the World Health Organization WHOQOL-bref: Quality of life assessment*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2002). *World report and violence and health*. Geneva: WHO.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.
- Yunes, M. A. M. & Szymansky, H. (2001). Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas. Em J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.

ANEXO A

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia

Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento
Centro de Estudos Psicológicos sobre Meninos e Meninas de Rua (CEP-Rua)

Senhor (a) Coordenador (a):

A Instituição colaborará, nas próximas semanas, com a realização de um estudo desenvolvido pelo Centro de Estudos Psicológicos sobre Meninos e Meninas de Rua, do Instituto de Psicologia da UFRGS (de autoria da psicóloga Normanda Araujo de Moraes) que busca investigar qual a visão das crianças e adolescentes em situação de rua sobre o processo saúde-doença. Assim, serão investigadas as variáveis descritas como estando relacionadas à condição de saúde e doença, como eles definem o seu próprio estado de saúde, quais as estratégias utilizadas para cuidar da saúde e quais as pessoas ou instituições a que costumam recorrer quando precisam de ajuda. O levantamento destes aspectos poderá contribuir para a elaboração, implementação e/ou avaliação de programas de atenção à saúde dessa população.

Para a coleta de dados será realizada uma entrevista com as crianças e adolescentes em situação de que freqüentam a Instituição. O roteiro da entrevista consta de questões acerca dos dados biosociodemográficos dos participantes, assim como de questões referentes às concepções e experiência pessoal do processo saúde-doença. As entrevistas deverão ser gravadas, após a devida explicação dos seus objetivos às crianças e adolescentes participantes e a sua anuência.

A participação não acarreta risco para as crianças e adolescentes. Tentar-se-á não atrapalhar as atividades cotidianas das instituições, marcando a coleta de dados para os horários mais convenientes para os participantes. Os resultados da pesquisa serão repassados à instituição assim que o trabalho de Mestrado a que se destinam estiver concluído. Este estudo observará todas as recomendações éticas de manutenção do sigilo e da confidencialidade dos dados, os quais apenas serão utilizados para fins científicos e conhecidos somente pelos pesquisadores envolvidos.

Os pesquisadores responsáveis pelo estudo são a Psicóloga Mestranda Normanda Araujo de Moraes e a Professora Doutora Sílvia Helena Koller. Qualquer esclarecimento ou informação adicional pode ser obtido pelo telefone (51) 3316-5150.

Agradecemos sua colaboração.

Eu, _____, aceito participar do estudo acima descrito.

Data: ____/____/____

ANEXO B

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento

Centro de Estudos Psicológicos sobre Meninos e Meninas de Rua (CEP-Rua)

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Senhor (a) Profissional:

Esta pesquisa tem como objetivo investigar a visão que profissionais de saúde e educadores têm a respeito da condição de saúde de crianças e adolescentes em situação de rua. Para isso, busca analisar quais as concepções dos participantes a respeito do processo saúde-doença, qual a sua opinião sobre a influência da rua sobre a saúde de crianças e adolescentes que nela vivem, qual a sua avaliação sobre a adesão ao tratamento por parte destas e sobre o papel das instituições na vida e saúde da clientela atendida.

Este estudo é desenvolvido pelo Centro de Estudos Psicológicos sobre Meninos e Meninas de Rua (CEP-Rua), do Instituto de Psicologia da UFRGS e é de autoria da psicóloga Normanda Araujo de Moraes. Acredita-se que o levantamento destes aspectos poderá contribuir para a elaboração, implementação e/ou avaliação de programas de atenção à saúde dessa população.

Para a coleta de dados será realizada uma entrevista com os profissionais e educadores das Instituições. O roteiro da entrevista consta de questões acerca dos dados biosociodemográficos dos participantes, assim como de questões relativas aos objetivos da pesquisa descritos acima. As entrevistas deverão ser gravadas, após a devida explicação dos objetivos da pesquisa aos participantes e da sua devida anuência.

A participação não acarreta risco para as participantes. Tentar-se-á não atrapalhar as atividades cotidianas das instituições, marcando a coleta de dados para os horários mais convenientes para os participantes. Os resultados da pesquisa serão repassados à instituição assim que o trabalho de Mestrado a que se destinam estiver concluído. Este estudo observará todas as recomendações éticas de manutenção do sigilo e da confidencialidade dos dados, os quais apenas serão utilizados para fins científicos e conhecidos somente pelos pesquisadores envolvidos.

Os pesquisadores responsáveis pelo estudo são a Psicóloga Mestranda Normanda Araujo de Moraes e a Professora Doutora Sílvia Helena Koller. Qualquer esclarecimento ou informação adicional pode ser obtido pelo telefone (51) 3316-5150.

Agradecemos sua colaboração.

Eu, _____, aceito participar do estudo acima descrito.

Data: ____/____/____

ANEXO C

ENTREVISTA ESTRUTURADA (ADOLESCENTES)

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Local da entrevista: () Serviço de atendimento à saúde () Abrigo diurno

Entrevistador (es): _____

Data (s): _____

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome _____ Idade _____

Sabe a data de aniversário? () Sim () Não ____/____/____

Sexo: () Masculino () Feminino

Você vai à escola? () Sim () Não Qual? _____

Sabe ler? () Sim () Não

Sabe escrever? () Sim () Não

Se não está freqüentando a escola

Já foi à escola? () Sim () Não

Até que série?

Por que saiu da escola?

Com quem você morava antes de vir pra rua?

Quem é a sua família?

Mantém contato com a família? () Sim () Não

Quando foi em casa pela última vez?

O que faz o seu pai?

E a sua mãe?

Você trabalha? () Sim () Não

Em quê?

Quanto ganha com a atividade?

O que faz com o dinheiro?

O que acha do trabalho?

Gosta do que faz?

Você pode descrever um dia da sua vida pra mim?

O que fez você vir pra rua? Quantos anos você tinha?

Você gosta da rua? Por quê?

Deseja sair da rua? Por quê?

Se sim, pra onde gostaria de ir? Por quê?

II - QUESTÕES SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

Alimentação

Como você faz pra se alimentar?

O que você gosta de comer?

O que não gosta?
Como consegue os alimentos?
Você se considera bem alimentado? Por quê?
Onde consegue água para beber?

Sono e Repouso

Dorme quantas horas por dia? Em quais horários?
Onde dorme? (local, condição)
Dorme só ou em grupo? Por quê?
O que possui pra dormir? Onde guarda?
Como é dormir na rua? O sono é tranqüilo ou inquieto?

Higiene

Toma banho? Onde? Quando?
Escova os dentes? Onde e quando?
Troca de roupa de quanto em quanto tempo?
Onde guarda os seus pertences?
Alguém te ensinou a cuidar da sua higiene (escovar os dentes, tomar banho etc.). Se sim, quem?
Acidentes

Você já foi atropelado? Se sim, como foi?
Você já sofreu alguma queimadura? Se sim, como foi?
Você já levou algum tiro? Se sim, como foi?
Você já foi esfaqueado? Se sim, como foi?

Drogas e suicídio

Bebe bebida alcóolica? Com que freqüência?
Com que idade começou a beber?
Fuma cigarro? Quantos por dia?
Com que idade começou a fumar?
Usa droga atualmente? Por quê? Qual a droga que você usa?
O que você sente quando usa droga?
Usou no passado, mas não usa mais. Por que parou?
Nunca usou. Por quê?
Qual a primeira droga que você usou?
Quantos anos você tinha?
Por que usou droga pela primeira vez?
O que você acha que a droga que você usou ou usa faz com a sua saúde?
O que você acha de quem usa drogas?
O que você acha de quem não usa drogas?
Gostaria de parar de usar drogas? Por quê?
Se sim, o que acha que deveria acontecer para você conseguir?
Você já tentou parar? Como foi?

Você já tentou se matar? Se sim, quantas vezes? Por quê?
Como fez?

Sexualidade

Você tem namorado(a)? Há quanto tempo?
Você transa? Com que frequência? Com quem?
Se sim, em que idade manteve a sua primeira relação sexual? Com quem? Por quê?
Você sabe o que é AIDS? ()Sim ()Não
O que você sabe sobre AIDS? Quanto à transmissão e proteção?
O que você faz para se proteger?
Usa camisinha? Por quê? Como consegue?
Você tem medo de contrair AIDS? Por quê?
Você acredita que pode se contaminar?
Você costuma buscar informações sobre sexualidade/drogas? A quem você recorre? Por quê?
Quantas vezes você esteve grávida - ou a sua parceira (namorada, esposa)?
Quantos filhos estão vivos hoje?
O que aconteceu com os outros? (sofreram aborto, morreram no parto?)
Qual a sua idade quando teve seu primeiro filho nascido vivo?
Quantos filhos moram com você hoje?
Se você já teve filhos, mas se ele(s) não moram com você: Com quem eles moram hoje?

Violência/Comportamento violento

Você já presenciou algum tipo de violência?
Você já sofreu algum tipo de violência?
E você, já fez alguma dessas coisas (queimou, atirou, atropelou, esfaqueou) alguém?
Você já foi preso? Se sim, por quê?
Você já sofreu alguma violência por parte da polícia? Se sim, qual?

"Alguém com quem você mora ou morava, já..."	Sim	Não	Quem (por grau de parentesco)
Gritou e deu bronca exagerada em você			
Ameaçou você de soco, tapa, empurrão			
Deu de fato soco, tapa, empurrão			
Ameaçou você com objeto (pedaço de madeira, ponta de cigarro etc.)			
Agrediu você com objeto (pedaço de madeira, ponta de cigarro etc.)			
Ameaçou você com arma (faca, revólver)			
Agrediu você com arma (faca, revólver)			
Tentou mexer no seu corpo, beijar você à força			
Mexeu de fato no seu corpo, beijou de fato			
Teve relação sexual forçada com você			

Ameaçou você de castigo			
Deu de fato castigo			

Nos locais por onde você anda (rua, escola, locais de festa etc.), alguém já...	Sim	Não	Quem (professor, amigo, desconhecido, polícia)
Gritou e deu bronca exagerada em você			
Ameaçou você de soco, tapa, empurrão			
Deu de fato soco, tapa, empurrão			
Ameaçou você com objeto (pedaço de madeira, ponta de cigarro etc.)			
Agrediu você com objeto (pedaço de madeira, ponta de cigarro etc.)			
Ameaçou você com arma (faca, revólver)			
Agrediu você com arma (faca, revólver)			
Tentou mexer no seu corpo, beijar você à força			
Mexeu de fato no seu corpo, beijou de fato			
Teve relação sexual forçada com você			
Ameaçou você de castigo			
Deu de fato castigo			

Lazer, esporte e amizade

O que você faz nas horas de lazer (ou pra se divertir)?

O que mais gosta de fazer para se divertir?

Você pratica algum esporte? Se sim, qual? Onde? Quando? Por quê?

Se não pratica, por quê?

O que você acha que o esporte faz pra sua saúde (no caso de quem faz alguma coisa)?

O que você acha que o esporte faz pra saúde das pessoas (no caso de quem não pratica)?

Você tem amigos? Onde?

Por que ele é seu amigo?

Como é o tratamento entre você e os outros meninos em situação de rua?

Outros fatores de proteção (espiritualidade, auto-estima, sentimento de auto-eficácia etc.)

Você acredita em Deus? Se sim, por quê?

Como é que você acha que é Deus? Quem é Deus pra você?

Você tem religião? Qual?

Quantas vezes por semana você vai à igreja, templo, terreiro etc.?

Em que Deus pode te ajudar?

Você costuma rezar ("conversar" com Deus)? Como? Todos os dias? Nos momentos bons e maus? Se sim, por que você faz isso?

	Discordo	Mais ou menos	Concordo
Eu sinto que sou uma pessoa de valor, tanto quanto as outras pessoas			
As situações difíceis da vida não me derrubam			
Eu acho que sou uma pessoa bem humorada			
Eu preciso receber mais atenção			
Me sinto triste			
Minha vida tem um significado muito claro			
Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a)			
Sinto-me excluído de oportunidades por ser um menino(a) de rua			
Gosto de brigas			
Tenho lembranças negativas do passado			
Sou feliz, mesmo sabendo que tenho problemas			
Eu sou feliz			
Me sinto tão deprimido(a) que nada poderia me fazer feliz			
Eu espero ajuda de Deus pra melhorar de vida			
Eu gosto de ajudar as pessoas			
Me sinto calmo, tranquilo			
Tenho facilidade para fazer amigos			
Eu me sinto em desvantagem por ser menino(a) de rua			
Eu espero que as pessoas me ajudem a melhorar de vida			
Não gosto de lembrar do meu passado			
Eu sou divertido			
Penso que serei feliz no futuro			
Eu sinto vergonha de ser do jeito que sou			
Eu tenho muitas coisas na vida pra agradecer			
Considero-me uma pessoa criativa			
Tive ajuda de instituições para conseguir sobreviver na rua			
Preocupo-me com o meu futuro			
Eu penso que não presto para nada			
Sou irritado			
Eu sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas			
Eu faço as mudanças acontecerem na minha vida			
Levando tudo em conta, me sinto um fracasso			
Eu sei o que eu preciso fazer para atingir os meus objetivos			
Eu acho que tenho muitas qualidades boas			
Eu tenho motivos para me orgulhar na vida			
Sofro preconceitos por ser menino(a) de rua/por viver na rua			
De modo geral, eu estou satisfeito(a) comigo mesmo(a)			
Estou satisfeito com a minha vida			
Gosto da minha vida			

Se eu quero mudar alguma coisa na minha vida, eu tomo a iniciativa			
--	--	--	--

III - QUESTÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA

Concepções sobre saúde e doença

- 1) Pra você, o que é saúde?
- 2) Pra você, o que é doença?
- 3) Você já se sentiu doente? Quando?
- 4) O que você teve?
- 5) O que você fez pra melhorar?
- 6) Como você se sente agora? Saudável ou doente? Por quê?
- 7) Você já viu algum amigo(a) seu doente? O que ele teve?
- 8) Você fez algo para ajudá-lo(a)?
- 9) O que você acha que faz a pessoa ter saúde?
- 10) O que você acha que faz a pessoa ficar doente?
- 11) Você faz alguma coisa pra cuidar da sua saúde? Se sim, o que você faz?
- 12) Pra você, vida é...
- 13) Pra você, morte é...

Rede de apoio

- 14) Quando você ficou doente, você procurou ajuda? De quem?
- 15) Onde?
- 16) Como você foi atendido, ajudado?
- 17) Você já foi internado? Onde? Por quê?
- 18) Você já foi a um posto de saúde ou a um hospital?
- 19) O que você achou? Como você foi tratado?

Uso de medicamentos

- 20) Já tomou algum remédio? Pra que? Quem te indicou?
- 21) No momento, você toma algum? Pra que? Quem te indicou?
- 22) Você já fez algum exame de saúde? Gostaria de realizar algum pra saber como está a sua saúde?

Avaliação da saúde

	Discordo	Mais ou menos	Concordo
--	----------	---------------	----------

Prefiro estar na rua do que em casa			
Sei quem pode me ajudar se ficar doente			
Estou satisfeito(a) com a minha aparência física			
Alguém da minha família me ensinou a cuidar da minha saúde			
Não gosto de hospital			
Estou satisfeito(a) com a minha saúde			
Não me preocupo com a minha saúde no futuro			
Fiquei muitas vezes doente na rua			
O modo de vida na rua influencia a minha saúde			
Sou mais feliz estando na rua do que se estivesse em casa			
Não tomo cuidados hoje com a minha saúde			
É difícil cuidar da saúde estando na rua			
Aprendi a cuidar da minha saúde sozinho			
Acho que ninguém se preocupa com a minha saúde			
Viver na rua não é fácil			
Acho que terei uma vida longa (ou que morrerei velho)			
Aprendi a cuidar da minha saúde nas instituições			
Procuro cuidar da minha saúde hoje para evitar problemas futuros			
Acho que sou uma pessoa saudável			
Se estivesse em casa, teria uma saúde melhor			
Acho que morrerei cedo (ainda jovem ou adulto)			
Minha saúde piorou depois que estou na rua			
Aprendi a cuidar da minha saúde na rua			
Na rua tenho mais saúde do que tinha em casa			
Mesmo estando na rua, tenho uma boa saúde			

Bem-estar subjetivo

23) Pra você, felicidade é...

24) Pra você, tristeza é...

25) Você pode me contar sobre um dia triste/feliz da sua vida? O que aconteceu que te fez ficar triste/feliz?

26) Como você se sente agora? Feliz ou triste? Por que?

Comentários do entrevistador (questões do decorrer da entrevista, possíveis interrupções e impressões sobre o entrevistado - aparência física, disposição em participar etc.)

ANEXO D

RELATO DE EXPERIÊNCIA
(EQUIPE DE PESQUISA)

RELATO DE EXPERIÊNCIA

a) Joana Severo Leon

A experiência de entrar em contato com a população de rua é algo singular quando nos despimos do papel de vítimas dessa realidade social e nos disponibilizamos a conhecê-la. O exercício de nos posicionarmos diante dos meninos e das meninas em situação de rua, no ambiente deles e de nos apresentarmos abertos para que eles nos autorizassem a uma aproximação e a uma conversa, foi algo conquistado aos poucos, com calma e paciência, sem a invasão e o desrespeito aos quais eles se vêem expostos constantemente.

Respeito à vida e às experiências desses meninos e meninas foi algo que se intensificou em mim a partir dessa experiência e que não quero perder na minha trajetória profissional, paralelamente à idéia de que não somos vítimas da presença dessas crianças e adolescentes nas ruas, mas responsáveis por ela, tanto quanto as autoridades governamentais.

b) Juliana Dedavid

O trabalho com os adolescentes em situação de rua me possibilitou conhecer mais a fundo a forma como eles enxergam o mundo, não só sob a perspectiva da saúde –tema principal da pesquisa, mas de todo o universo – ao mesmo tempo real e mágico - que os cerca.

A pesquisa preocupou-se, primeiramente, com a nossa familiarização com os conceitos de ‘saúde’ e ‘meninos em situação de rua’, a fim de que pudéssemos partir de uma base teórica sólida. Essa busca se deu pela revisão da literatura e por longos seminários e debates sobre os temas passíveis de identidade e correlação com a questão da saúde na rua. Esse processo me ensinou muito sobre a metodologia de trabalho e, o mais importante, sobre a forma de pensá-lo.

A parte prática do trabalho, por sua vez, foi capaz de me fazer sentir mais de perto o contexto da rua, pela vivência não só com os meninos em situação de rua, como também com os educadores. Na nossa passagem pelas instituições de atendimento a essa população, conhecemos a presença da droga como maior inimiga do trabalho dos educadores, mesmo que se estabeleça um vínculo entre eles e os adolescentes. O trabalho das instituições, então, mostrou que o problema da saúde na rua e, de maneira mais ampla, o problema da vida na rua, é também social e envolve várias outras questões que vão além do indivíduo em específico.

A busca pela concepção e práticas de saúde presentes no contexto da rua, porém, me abriu os olhos para um estigma que se costuma nutrir a respeito dos fatores de risco que ela

oferece. A generalização de que o ambiente caseiro é sempre melhor não se mostrou imbatível. E, embora as dificuldades na rua sejam maiores, na maioria das vezes, a resistência e a adaptação dos adolescentes a esse novo contexto é incrível.

Perceber essa dinâmica, suas dificuldades e suas conquistas, me fez valorizar ainda mais a prática dos profissionais da saúde e da educação de rua como promotores de qualidade de vida. A saúde permeia todos os contextos, e poder pensá-la presente em um contexto que parecia carente dela me ensina muito sobre o papel importante da Psicologia e de cada um de nós como profissionais a serviço dela.

c) Mariana Pires

Aprendi muito com este trabalho, aprendi novas teorias, aprendi como pesquisar, mas com certeza o meu maior aprendizado foi saber escutar e prestar atenção no que as pessoas têm a dizer. Essas pessoas as quais me refiro são os meninos e meninas em situação de rua, pessoas especiais que possuem uma história de vida especial que precisa ser ouvida com muito carinho e respeito. Ao conhecer as histórias percebi o quanto a vida desses meninos e meninas é afetada por problemas que influenciam diretamente suas vidas e que são causados por diversos fatores que fogem da responsabilidade deles. Mas o que mais chamou a minha atenção, durante as conversas e durante a leitura das entrevistas, foi a coragem e a força que esses meninos e meninas têm para enfrentarem situações que, na minha opinião, não são nada fáceis de lidar. Foi uma experiência muito boa para mim, tanto para a minha vida pessoal como para a minha vida profissional. Posso afirmar que em muitos momentos considerei essa pesquisa como uma grande motivadora para estudar Psicologia.

d) Maurício Pinto Marques

É quase impossível descrever tudo o que aprendi fazendo parte da equipe de pesquisa em mais de um ano e meio de convívio. Afinal, todo o caminho que percorremos neste tempo se confunde com o início do meu trajeto no curso de Psicologia. Em termos práticos não poderia deixar de citar todo o processo de criação de uma dissertação de mestrado, e de uma pesquisa em geral. Toda a parte metodológica sendo vista e experimentada na prática, muito antes e mais fácil do que a cadeira que se propõe a nos ensinar a metodologia de pesquisa. Antes de fazermos qualquer prática, mesmo as “piloto”, estudávamos o assunto e ainda tivemos a oportunidade de conversar com outros pós-graduandos do Instituto. Não só a

criação, como o desenvolvimento e a conclusão. Diferente do que ocorre com muitos voluntários e bolsistas que são convocados apenas na fase de coletas de dados em muitas pesquisas.

A troca que ocorreu entre a equipe era sempre interessante, com todos sendo respeitados, gerando um ambiente de estudos descontraído e agradável de estar. Muito difícil também é falar do aprendizado humano que nos foi proporcionado. Estudamos muito para entender as singularidades de meninos e meninas em situação de rua, entretanto, somente com a ida à campo conheci essa realidade. A partir disso, muitos preconceitos caíram e indagações muito importantes para a minha vida apareceram. Mais que melhores psicólogos ou pesquisadores nos tornamos melhores seres humanos.

e) Sílvia Reis

Nesses dois anos, um pouco mais, que seguimos trabalhando juntos, posso dizer que aprendi muita coisa... E não só sobre saúde e doença, mas sobre muitas outras coisas da nossa vida. Pesquisar é uma maneira muito "curiosa" de aprender, pois é bem diferente de quando lemos a teoria em casa, quietinhos... Quando estamos cara a cara com a realidade, uma realidade tão diferente da nossa cotidiana e que nos mostra outras formas de ser no mundo que antes não conhecíamos, parece que tudo te toca mais. Pouco a pouco vamos modificando a nossa maneira de ver e pensar e então começamos a ver que só pensar não adianta... E vem a inquietação... Posso dizer com certeza que foi muito bom poder fazer parte disso tudo.

ANEXO E

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (PROFISSIONAIS)

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data: _____

Local de entrevista: _____

Entrevistador(es): _____

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: () M () F

Qual a sua atividade/cargo?

Formação profissional (curso técnico, graduação):

Há quanto tempo você trabalha aqui?

Por que você veio trabalhar aqui?

Como é a sua rotina de trabalho? Que atividades você realiza?

O que você busca através da sua atuação profissional?

Como é a sua relação com as crianças e adolescentes que freqüentam a instituição? (relação profissional, vinculação)

Na sua opinião, por que crianças e adolescentes vêm para a rua?

Na sua opinião, a vivência de rua influencia a saúde dos meninos (as) em situação de rua? Por quê?

Existe algum fator de risco (algo que contribui para diminuir ou prejudicar a saúde dos(as) meninos(as))? Se sim, qual?

Existe algum fator de proteção (algo que pode estar contribuindo para uma melhor saúde da criança e do adolescente que estão na rua)? Se sim, qual?

Pra você, o que é saúde? E doença?

Quais são os problemas de saúde mais comumente encontrados nos(as) meninos(as) que freqüentam a instituição?

Qual é o encaminhamento que você (ou a instituição) costuma dar ao tratamento deles?

Como você avalia a adesão/aceitação das crianças e adolescentes ao tratamento? Você percebe algum ponto positivo? Se sim, qual? Se não, por quê? Você percebe alguma dificuldade? Se sim, qual? Se não, por quê?

Que tipo de diferença, na sua opinião, essa instituição tem feito para a saúde e a vida dos(as) meninos(as)?

E sobre a sua atuação, que tipo de diferença ela tem feito para a saúde e a vida dos(as) meninos(as)?

Você está satisfeito (a) com o seu trabalho? Se sim, por quê? Se não, por quê?

