

Fernando Antonio Guimarães Ramos

**MENINOS E MENINAS DITOS “DE RUA” E O OLHAR DE TÉCNICOS DO
PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE – MARANHÃO**

Tese submetida ao Corpo Docente do Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina, Setor de Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Doutor.

ORIENTADORES

Prof. Dr. Gérson Carakushansky. Professor Titular de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Prof. Antonio José Ledo Alves da Cunha – Professor Titular de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Rio de Janeiro
2005**

**MENINOS E MENINAS DITOS “DE RUA” E O OLHAR DE TÉCNICOS DO
PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE – MARANHÃO.**

Fernando Antonio Guimarães Ramos

Orientadores: Prof. Dr. Gérson Carakushansky

Prof. Antonio José Ledo Alves da Cunha

Tese submetida ao Corpo Docente do Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina, Setor de Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Doutor.

Aprovado por:

Presidente, Prof.

Prof.

Prof.

Prof.

Prof.

Rio de Janeiro/RJ – Brasil
Dezembro de 2005

Ramos, Fernando Antonio Guimarães

Meninos e meninas ditos “de rua” e o olhar de técnicos do Programa de Saúde do Adolescente –Maranhão / Fernando Antonio Guimarães Ramos. – Rio de Janeiro,2005. xvii,201 f:31cm.

Orientadores:Gerson Carakushansky e Antonio J.L.Alves da Cunha

Tese (Doutorado) –UFRJ/ Faculdade de Medicina, Programa de Pós –graduação em Clínica Médica,2005.

Referências bibliográficas: f. 192 -201

1. Assistência à Saúde – Meninos de rua 2. Programa de Saúde do Adolescente (MA) – Meninos de rua 3. PROSAD – Exclusão ou Inclusão – Meninos de rua. I. Carakushansky, Gerson; Cunha, Antonio J.L. Alves da. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de Pós graduação em Clínica Médica.III.Título

Assim como em 1984, em nossa Tese de Mestrado, dedicamos este trabalho

Às crianças e adolescentes que nas ruas de São Luís buscam sua sobrevivência, ratificando-lhes o nosso propósito de permanecer na luta diária, como médico e como homem, em defesa permanente de seus direitos, como cidadão,

e

Aos queridos pais, Nilo e Teresa, cuja dedicação diária na educação e orientação, os filhos jamais esquecem, pois souberam edificar uma família fundamentada no amor a Deus e no respeito ao ser humano.

Agradecimentos

Aos Professores Doutores Gerson Carakushansky e Antonio J. L. A da Cunha , professores titulares do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro que, acreditando nos nossos propósitos, sempre nos ofereceram sua orientação acadêmica e sua valiosa amizade.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação da FM da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pela compreensão e apoio sempre manifestados, principalmente nos momentos mais difíceis desse trabalho.

Aos Professores Mônica Maria Ferreira Magnanini, Mestre em Estatística da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Ronir Raggio Luiz, Professor de Bioestatística da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que no Núcleo de Estudo da Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, muito nos ajudaram a caminhar nessa pesquisa, com suas orientações, suas análises estatísticas e seus estímulos.

Ao Corpo docente do Curso de Pós-Graduação do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pela experiência transmitida e, principalmente, pelas amizades cultivadas.

Ao Corpo Docente do Departamento de Medicina III da Universidade Federal do Maranhão, onde trabalhamos e com quem compartilhamos tantos planos.

Aos queridos Professores do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pela maneira carinhosa e fraterna, que sempre nos acolheram quando, no meio de angústias, de dúvidas, tantas vezes surgidas durante o desenvolver desse trabalho, começávamos a pensar na possibilidade de jamais concluí-lo.

Aos manos José Joaquim, Socorro e Ribamar que, repartindo os mesmos ideais de trabalhar sempre pela melhor qualidade de vida de todo ser humano, nunca nos faltaram com seu apoio, seus incentivos, a fim de que chegássemos ao término dessa caminhada.

Aos colegas de trabalho no Programa de Saúde do Adolescente do Maranhão (PROSAD-MA) pelo esforço sempre presente em cada um, de quere acertar e fazer o melhor na atenção integral ao adolescente.

Agradecimento especial a Maria da Piedade Carvalho Portela e Maria do Perpétuo Socorro de Azevedo Veras, colegas de profissão, companheiras de trabalho no PROSAD-MA, irmãs de ideais.

Ao fiel amigo Paulo Henrique Silveira Serra, ao nosso lado desde o primeiro instante que optamos por trabalhar com adolescentes, sempre nos incentivando, dando-nos com sua atitude solidária, a certeza de que nada existe de melhor na vida do que caminhar juntos, na busca de objetivos comuns.

Às equipes técnicas dos Departamentos de Pediatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, de Medicina III da Universidade Federal do Maranhão e Materno Infantil da Faculdade Pública da Universidade de São Paulo, pelos sorrisos reconfortantes com que tantas vezes fomos recebidos principalmente nos momentos de nossos conflitos interiores.

A Sônia Heto (Soninha) do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pela maneira com que sempre nos acolheu, dedicando-nos valiosos momentos dos seus dias, na ajuda desse trabalho.

A Fernando Rodrigues Pereira e Walber de Sousa Machado, funcionários do Departamento de Medicina III da Universidade Federal do Maranhão, pela valiosa colaboração, nos computadores, visando concretizarmos este trabalho.

Aos amigos funcionários do arquivo médico, dos laboratórios e dos serviços especializados do Hospital Universitário Unidade Materno-Infantil e Presidente Dutra, pela dedicação oferecida no contato com nossos meninos e meninas.

Às Organizações Governamentais e Não-Governamentais responsáveis pelo trabalho junto aos meninos e meninas ditas “de rua”, sem as quais não teríamos desenvolvido esta pesquisa.

A Ana Maria Ferreira educadora de rua no período da pesquisa, que muito próximo caminhou conosco na luta por melhor qualidade de vida para tantos meninos e meninas denominados “de rua”.

A Pedro Henrique Carvalho Veras companheiro que nos ajudou a trilhar as novas formas de programação na informática.

A Ivanildo Ewerton, colega na profissão, amigo de todas as horas, pelo apoio sempre presente em todos os momentos dessa caminhada.

A Núbia Maranhão, querida amiga ilustre mestra da língua portuguesa, pela revisão dessa obra e pelo apoio imprescindível.

Aos amigos do Coral São João, onde há 18 anos compartilho alegrias e tristezas, pela compreensão nas ausências e falhas durante todo o período desse trabalho.

Aos adolescentes do Grupo Colun Vox que maduramente assumiram tantos momentos difíceis, enquanto estivemos afastados, trabalhando nesta tese.

Enfim, a todos os adolescentes do Maranhão, por muito nos terem ensinado, nestes 10 (dez) anos de caminhada juntos.

Resumo

MENINOS E MENINAS DITOS “DE RUA” E O OLHAR DE TÉCNICOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE – MARANHÃO.

Fernando Antonio Guimarães Ramos

Orientadores: Gérson Carakushansky e Antonio José Ledo Alves da Cunha

Resumo da tese submetida ao Corpo Docente do Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina, Setor de Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Doutor.

O presente trabalho resultou de questionamento do autor quanto à atuação do Programa de Saúde do Adolescente no Estado do Maranhão (PROSAD-MA) junto aos chamados “meninos e meninas de rua”.

Foi realizada uma análise qualitativa do discurso de 14 técnicos do PROSAD-MA, referente à proposta de inclusão dessa clientela, na atenção de saúde sendo utilizadas para este fim, técnicas de observação participante e entrevistas semi-estruturadas, constatando-se que o peso do estigma “meninos de rua” esteve presente no discurso desses profissionais, através principalmente dos termos “medo” e “diferente”.

Diante do exposto no discurso dos técnicos, o autor procurou determinar as diferenças existentes nesta clientela, meninos e meninas de rua, realizando um estudo comparativo, sob o paradigma bio-médico e social, entre estes (em número de 72) e os adolescentes já atendidos no PROSAD-MA, (em número de 83) no período de julho/93 a julho/94, procurando quantitativamente estabelecer as diferenças estatisticamente significativas e constatando que o referido esforço decorria fundamentalmente das marcantes desigualdades sociais, nada justificando entretanto propostas exclusivas e/ou segregatórias da clientela dita “de rua”, das programações nos núcleos do Programa de Saúde do Adolescente.

Para análise estatística deste estudo utilizou-se a Prova Qui-Quadrado (X^2), sendo fixado um risco de erro de no máximo 5%, representando dizer, um nível de significância igual ou menor que 0,05 ($p \leq 0,05$). Recorreu-se ainda à Prova Exata de Fischer, em algumas análises especiais.

Concluiu-se que a resistência marcadamente presente e revelada no discurso dos técnicos do PROSAD em atender os chamados “meninos e meninas de rua” decorria muito mais dos traços preconceituosos (também presentes na sociedade como um todo) com relação a estes meninos, do que de quaisquer outros fatos que justifiquem tratá-los, sob o ponto de vista de saúde, na condição estigmatizada de “diferentes”.

ABSTRACT

BOYS AND GIRLS SO CALLED *STREET BOYS AND GIRLS* E O OLHAR IN THE DISCOURSE OF THE TECHNICIANS OF THE HEALTH PROGRAM IN THE STATE OF MARANHÃO, BRAZIL.

Fernando Antonio Guimarães Ramos

Orientadores: Gérson Carakushansky e Antonio José Ledo Alves da Cunha

Abstract da tese submetida ao Corpo Docente do Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina, Setor de Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Doutor.

This paper is a result of the author's inquiry about the actuation of the Adolescent Health Program in the State of Maranhão (PROSAD-MA) with the so called "street boys and girls".

It was made a qualitative analysis of the discourse of 14 PROSAD-MA technicians referring to the proposal, of inclusion of this clientele in this health program being used for this purpose participative observation techniques and semi-structured interviews, being constated that the burden represented by the stigma "street boys and girls" was present in the discourse of these professionals, mainly through the terms "fear" and "different".

Taking into consideration what was exposed in the technicians' discourse, the author tried to determine the existing differences in this clientele "street boys and girls" making a comparative study under the biomedical and social paradigms among these (72 in number) and the adolescents already reached by PROSAD-MA (83 in number) during the period of July/93 through July/94, searching to qualitatively establish the statistically significant differences and constatating that the referred effort was a fundamental consequence of the social inequalities mentioned, therefore having nothing to do with the excluding and/or segregatory proposals of the so called street clientele from the nuclei of the Adolescent Health Program.

In this study, the Qui-square (X^2) Proof was used for statistical analysis and an error of a maximum 5% was established representing, we can say a level of significancy equal or minor than 0,05 ($p \leq 0,05$). It was also used the Exact Proof of Fischer in some special analysis.

It was concluded that the resistance remarkably presented and revealed in the discourse of the PROSAD-MA technicians in coping with the so called "street boys and girls" was much more a consequence of traces of prejudice (also present in the society as a whole) related to those boys and girls than any other fact that would justify to treat them, for health purposes, as in the stigmatized condition of "different".

Índice de Gráficos

- Gráfico 1 – Naturalidade dos meninos de rua (Grupo 1) e dos adolescentes do PROSAD (Grupo 2)
- Gráfico 2 – Com quem residem atualmente os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)
- Gráfico 3 – Situação de convivência dos pais entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)
- Gráfico 4 – Exteriorizações sobre o gostar da família entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)
- Gráfico 5 – Tipos de escola freqüentada pelos meninos de rua (Grupo 1) e pelos adolescentes do PROSAD (Grupo 2)
- Gráfico 6 – Situações de reprovação e evasão vivenciadas durante o período que freqüentaram a escola os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)
- Gráfico 7 – Idade da primeira relação sexual completa entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)
- Gráfico 8 – principais argumentos usados para justificar comportamento de uso de álcool e cigarro entre os jovens, segundo os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)
- Gráfico 9 – Índice de uso das drogas ditas ilícitas entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)
- Gráfico 10 – Comportamento quanto à frequência de uso das drogas ilícitas entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)
- Gráfico 11 – Quando com problemas de saúde, a quem solicitam ajuda os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)
- Gráfico 12 – Busca de apoio para o tratamento das DST's entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)
- Gráfico 13 – Características de estatura dos meninos de rua (Grupo 1) e dos adolescentes do PROSAD (Grupo 2)
- Gráfico 14 – Distribuição da escala de Tanner para desenvolvimento puberal entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)

Índice de Tabelas

Anexos

- Tabela 1 – Distribuição da Cor entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 156
- Tabela 2 – Distribuição do Sexo nos dois grupos: meninos de rua (Grupo 1) e adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 156
- Tabela 3 – Naturalidade dos meninos de rua (Grupo 1) e dos adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 156
- Tabela 4 – Com quem residem atualmente os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 157
- Tabela 5 – Situação atual de existência de pais entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 157
- Tabela 6 – Situação atual da existência de mães entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 157
- Tabela 7 – Situação de convivência dos pais entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 158
- Tabela 8 – Exteriorização sobre o gostar da família entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 158
- Tabela 9 – Pessoa residente no mesmo domicílio, de quem menos gosta, entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 158
- Tabela 10 – Motivos que justificam o ‘gostar menos’ de pessoas residentes com os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)..... pg 159
- Tabela 11 – Pessoa geralmente procurada para ajudar nos problemas de cada menino de rua (Grupo 1) e adolescente do PROSAD (Grupo 2) pg 159
- Tabela 12 – Frequência regular à escola entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 159
- Tabela 12A – Frequência regular à escola entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2), na faixa etária de 10 a 14 anos pg 160
- Tabela 12B – Frequência regular à escola entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2), na faixa etária entre 15 aos 19 anos pg 160

Tabela 13 – Tipo de escola freqüentada pelos meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 160
Tabela 14 – Situação de reprovação e evasão vivenciadas durante o período que freqüentaram a escola os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 161
Tabela 15 – Distribuição dos que trabalham entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 161
Tabela 15A – Distribuição dos que trabalham entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2), na faixa etária entre 10 e 14 anos	pg 161
Tabela 15B – Distribuição dos que trabalham entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2), na faixa etária de 15 a 19 anos	pg 162
Tabela 16 – Fatores que determinam a busca do trabalho entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 162
Tabela 17 – Fatores maiores que determinam o não trabalhar entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 162
Tabela 18 – Agrupamento das principais atividades desenvolvidas pelos meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 163
Tabela 19 – Situação da prática de esporte entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 163
Tabela 20 – Tipos e qualidade de práticas esportivas desenvolvidas pelos meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 163
Tabela 21 – Locais das práticas de esporte entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 164
Tabela 22 – Experiência sexual (relação sexual completa) vivida pelos meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 164
Tabela 22A - A experiência sexual (relação sexual completa) vivida pelos meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2), na faixa etária de 15 a 19 anos	pg 164
Tabela 22B – Experiência sexual (relação sexual completa) vivida pelos meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2), na faixa etária entre 10 e 14 anos	pg 165

Tabela 23 – Idade da 1ª relação sexual completa entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 165
Tabela 24 – Continuidade de prática sexual após a 1ª experiência entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 165
Tabela 25 – Situação da parceira entre os que mantêm vida sexual ativa, no Grupo 1 (meninos de rua) e no Grupo 2 (adolescentes do PROSAD)	pg 166
Tabela 26 – Uso da violência, na 1ª relação sexual das adolescentes do Grupo 1 (meninas de rua) e do Grupo 2 (adolescentes do PROSAD)	pg 166
Tabela 27 – Ocorrência de gravidez entre os adolescentes do Grupo 1 (meninas de rua) e do Grupo 2 (adolescentes do PROSAD)	pg 166
Tabela 28 – Faixa etária da menarca entre as meninas de rua (Grupo 1) e as adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 167
Tabela 29 – O uso de bebida alcoólica entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 167
Tabela 29A – O uso de bebida alcoólica entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2), na faixa etária de 10 a 14 anos	pg 167
Tabela 29B – O uso de bebida alcoólica entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2), na faixa etária de 15 a 19 anos	pg 168
Tabela 30 – Frequência do uso de bebida alcoólica entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 168
Tabela 31 – Uso do cigarro entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2).....	pg 168
Tabela 31A - Uso do cigarro entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2), na faixa etária de 10 a 14 anos	pg 169
Tabela 31B – uso do cigarro entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2), na faixa etária de 15 a 19 anos	pg 169
Tabela 32 – Principais argumentos usados para justificar comportamento de uso de álcool e cigarro entre os jovens, segundo os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 169

Tabela 33 – Índice de conhecimento de alguma droga dita ilícita entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 170
Tabela 33A – Índice de conhecimento de alguma droga dita ilícita entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2), na faixa etária de 10 a 14 anos	pg 170
Tabela 33B – Índice de conhecimento de alguma droga dita ilícita entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2), na faixa etária de 15 a 19 anos	pg 170
Tabela 34 Índice de uso de drogas ditas ilícitas entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 171
Tabela 34A – Índice de uso de drogas ditas ilícitas entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2), na faixa etária de 10 a 14 anos.....	pg 171
Tabela 34B – Índice de uso de drogas ditas ilícitas entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2), na faixa etária de 15 a 19 anos.....	pg 171
Tabela 35 – Comportamento quanto à frequência de uso de drogas ilícitas entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 172
Tabela 36 – Principais argumentos usados para justificar comportamento de uso de drogas ilícitas entre os jovens, segundo os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 172
Tabela 37 – Como reagiriam os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2), se lhes fosse oferecida ajuda para deixar.....	pg 173
Tabela 38 – Incidência de prisão entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 173
Tabela 39 – (Condições Gerais de Saúde), Auto-avaliação das condições de saúde dos meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 173
Tabela 40 – Quando com problemas de saúde, a quem solicita ajuda o menino de rua (Grupo 1) e o adolescente do PROSAD (Grupo 2)	pg 174
Tabela 41 – Incidência de doenças sexualmente transmissíveis entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 174
Tabela 42 – Busca de apoio para o tratamento das DST's entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2)	pg 174

- Tabela 43 – Resultados dos pareceres ginecológicos solicitados, segundo sinais e/ou sintomas clínicos referidos pelas meninas de rua (Grupo 1) e as adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 175
- Tabela 44 – Incidência da positividade de sorologia para Lues entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 175
- Tabela 45 – Demonstração de conhecimento sobre AIDS entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 176
- Tabela 46 – Preocupação quanto às formas de prevenir a AIDS entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 176
- Tabela 47 – Interesse em fazer o teste de Elisa – HIV/AIDS, entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 176
- Tabela 48 – Características de estatura dos meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 176
- Tabela 49 – Incidência de anemia registrada nos hemogramas dos meninos de rua (Grupo 1) e dos adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 177
- Tabela 50 – Incidência de infecção urinária registrada nos sumários de urina dos meninos de rua (Grupo 1) e dos adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 177
- Tabela 51 – Incidência de parasitoses intestinais registradas nos exames de fezes dos meninos de rua (Grupo 1) e dos adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 178
- Tabela 52 – Distribuição de Escala de Tanner para desenvolvimento puberal entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 178
- Tabela 53 – Resultados dos pareceres oftalmológicos solicitados segundo queixas nesta área, apresentadas pelos meninos de rua (Grupo 1) e pelos adolescentes do PROSAD (Grupo 2) pg 179
- Tabela 54 – Dados positivos constatados no exame clínico-neurológico inicial entre os meninos de rua (Grupo 1) e os adolescentes do PROSAD (Grupo 2) ... pg 179

INDICE DE SIGLAS

CBIA – Centro Brasileiro de Infância e Adolescência
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONSEPE-UFMA – Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão da Universidade Federal do Maranhão
DST – Doença Sexualmente Transmissível
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
FIBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FORUM/DCA – Fórum Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
FUNABEM – Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
HU-MA – Hospital Universitário
IBASE – Instituto Brasileiro de Análise Social e Econômica
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MNMMR – Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPS – Organização Panamericana de Saúde
PESN – Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROSAD – Programa Saúde do Adolescente
SAM – Serviço de Assistência ao Menor
SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SUS – Sistema Único de Saúde
UNICEF - Fundação das Nações Unidas para a Infância

ÍNDICE

I – Introdução	
I.1 – Apresentação	01
I.2 – Fundamentação Teórica	
I.2.1 – Políticas Públicas de Saúde e Cidadania	03
I.2.2 – A Atenção Integral à Saúde do Adolescente	07
I.2.3 – Adolescentes do Maranhão: Indicadores	12
I.2.4 – Meninos de rua. Por quê? Quem São?	15
II – Objetivos	
II.1 - Geral	26
II.2 – Específicos	26
III – Procedimentos Metodológicos	
III.1 – Populações de Estudo	27
III.2 – Locais de Pesquisa	30
III.3 – Material e Métodos	31
III.4 – Análise dos Dados	37
IV – Resultados	
IV.1 – A Fala dos Técnicos	39
IV.2 – O Estudo Comparativo	45
V – Discussões	
V.1 – O Olhar dos Técnicos	56
V.2 – O Estudo Comparativo	73
V.3 – Considerações Finais	146
VI – Conclusão	151
Recomendações	153
VII – Anexos	
VII.1 - Tabelas	155
VII.2 - Questionários para Adolescentes	181
VII.3 – Formulários de Entrevista para Técnicos	190
Referências Bibliográficas	192

1 – Introdução

I.1 – Apresentação

Este trabalho é o resultado de um interesse antigo e inquietante, como profissional da área da saúde, pela questão do menino e da menina ditos “de rua”, cidadãos com direitos garantidos pela constituição, inclusive o de promoção e proteção à saúde.

A literatura tem frequentemente se referido ao fato de que esses jovens são empurrados para as ruas como produtos da pobreza absoluta e, assim, prosseguem vítimas das condições sócio-econômicas e culturais que originam e mantêm essa desumana condição.

Inquieta-nos a constatação dos fatos já registrados em tantos trabalhos diagnósticos e de denuncia sobre o tema. Inquieta-nos ver a sociedade da qual eles também são parte, tratá-los sempre com apêndices, como um problema cujas propostas de solução geralmente tendem a priorizar efeitos (drogadição, condutas anti-sociais, etc.) em detrimento do todo: o indivíduo. Na tentativa de “pseudo-assumir” a causa destes meninos e meninas, prossegue a sociedade no culto dos tratamentos frequentemente discriminatórios.

Trabalhando com adolescentes, na atenção à saúde de tantos jovens, temos nos questionado porque estes meninos e estas meninas que estão nas ruas ainda não têm os mesmos direitos de acesso a todas as unidades de saúde para esclarecer suas dúvidas, colocar suas angústias, discutir seus problemas e tratar suas doenças, garantindo-se desta forma o seu direito à promoção, proteção e recuperação da saúde, através de equipes especializadas, multidisciplinares, tão bem defendidas por organizações internacionais e nacionais de saúde como extremamente necessárias para uma perfeita atenção integral à saúde do adolescente.

Angustia-nos o fato de ouvirmos desses meninos e meninas nas ruas de São Luís, relatos de suas dificuldades de acesso a uma unidade de saúde, onde geralmente são estigmatizados por todos como “marginais”. Angustia-nos, mais ainda, ouvir de muitos profissionais de saúde afirmativas de que não se consideram preparados ou de que sentem inclusive medo de se expor aos “riscos” na atenção à saúde desta clientela “diferenciada”.

Teriam realmente esses meninos e meninas das ruas de São Luís, sob o paradigma médico-biológico, enfermidades tão especiais que os condenassem a situações discriminatórias e marginais também na atenção à saúde: Ou as enfermidades mais graves decorreriam da própria sociedade que os discrimina? Não expressariam esses meninos e meninas, nas suas queixas, nos seus corpos, em suas vidas, apenas a desigualdade imposta pela miséria e pelas injustiças sociais? Suas anamneses e seus exames físicos não seriam apenas instrumentos de denúncias, reflexos de todas as suas lutas pela sobrevivência em meio tão hostil e desumano?

Este trabalho é, portanto, uma reflexão de um profissional de saúde que busca, antes de mais nada, exercitar a autocrítica das próprias ações. Integrantes de uma minoria intelectualizada deste país, será que não temos contribuído, com nosso “saber acadêmico”, para perpetuarmos a discriminação a tantas crianças e adolescentes, omitindo-nos na atenção ou oferecendo-lhes sempre projetos paliativos e temporários, que se ufanam por atingir metas tantas vezes limitadas, insignificantes diante das inúmeras e graves consequências das desigualdades que vitimizam esses meninos e meninas de ruas?

Na universidade, teorizamos sobre a sua missão de criar e transmitir conhecimento, além da sua obrigação primeira de desenvolver uma cultura de compromisso junto à sociedade. Como professor de pediatria dessa universidade, julgamos de primordial importância contribuir para desenvolver dentro dela uma cultura de saúde em que as políticas públicas estejam direcionadas para a qualidade de vida.

Há de se repensar que políticas públicas queremos realmente defender. A compensatória que estimula os guetos, as segregações, multiplicando projetos e ações paliativas e pouco abrangentes ou a socializante, integradora, que reconduza, por exemplo, tantos meninos e meninas das ruas ao resgate de seus direitos, garantidos na constituição Federal e roubados pela mesma sociedade que continua preferindo vê-los como frutos da fatalidade, entregues às ruas, precocemente responsabilizados por suas sobrevivências e por estas razões “diferentes, desiguais”.

I.2 – Fundamentação Teórica

I.2.1 – Políticas Públicas de Saúde e Cidadania

Iniciamos nosso estudo recorrendo a R. Rodrigues (1994) que já insistiu na necessidade de revisão do conceito de saúde, devendo ser esta definida como “a capacidade e o direito individual e coletivo de realização do potencial humano (biológico, psicológico e social) que permita a todos contribuir no desenvolvimento e participar de seus benefícios”.

Segundo Macedo (1993), “entendemos desenvolvimento como o processo social dirigido à criação de condições de bem-estar para todos e à plena vigência dos direitos e responsabilidades da cidadania”. O mesmo autor complementou: “Bem-estar para todos significa precisamente igualdade entre todos, porém equidade nas oportunidades de acesso aos bens e serviços”.

Sabemos que as profundas mudanças econômicas, sociais e políticas ocorridas em nosso país, nas últimas décadas, vêm causando graves repercussões na saúde pública. Entre muitas, podemos citar o descaso quanto ao bem-estar e à seguridade social, o aumento da miséria, a insensibilidade de planos e projetos econômicos que tendem a excluir, cada vez mais, a

população carente dos bens e serviços teoricamente garantidos pelas próprias políticas sociais básicas (Rovere, 1993).

Conceituamos como políticas sociais básicas os benefícios e serviços de prestação pública, universais, dirigidos fundamentalmente ao conjunto de crianças e adolescentes, enfim, estabelecidos como “Direito de todos e dever do Estado”. E, representam as políticas sociais básicas: a educação, a saúde, a cultura, a recreação, o esporte, o lazer e a profissionalização (Costa, 1994).

A estreita relação entre saúde e desenvolvimento é evidente. Conforme Rozental (1993), “Saúde é a expressão concreta de valor real do ser humano e da vida para a sociedade”. “A qualidade de vida, tanto o perfil de enfermidade e morte, que caracterizam uma sociedade em um momento dado, são consequências da relações entre atores, pactos sociais vigentes e modelos de desenvolvimento em curso”, segundo Restrepo (1995). E Canguilhem (1995), complementou: “Saúde e enfermidade são apenas modos distintos de andar a vida”.

A Declaração Universal dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em novembro de 1959, teve como um dos seus signatários o Brasil, o qual concordou em garantir a todas as crianças, absolutamente sem exceção, os direitos à proteção e ao desenvolvimento e considerando prioritários os interesses deste grupo etário. (Declaração dos Direitos da Criança . Genebra / Lei no Brasil desde 20 de novembro de 1959).

A 28ª Assembléia Mundial de Saúde, (1975), com a Resolução WHA. 3043, definiu como principal meta social dos governos e da Organização Mundial da Saúde alcançar, para todos os cidadãos do mundo, até o ano 2.000, um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Saúde para Todos: Ano 2000 (Barrenedrea, 1980) – cujo pressuposto é, portanto, a satisfação das necessidades dos diversos grupos humanos que integram a sociedade, objetivando diminuir as desigualdades entre os mesmos. Assim, em 1978, a

Declaração de Alma-Ata (OMS/UNICEF, 1979) enfatizou que a Atenção Primária à Saúde (APS) seria o caminho essencial e universalmente acessível para alcançarmos esses objetivos como parte de um desenvolvimento pleno com base na justiça social. Em 1980, ratificando as propostas anteriores, os governos da Região das Américas firmaram acordos no XXVIII Conselho da Organização Panamericana de Saúde, sobre as estratégias e os objetivos regionais da Saúde para Todos até o Ano 2.000 com bases na equidade (Castellanos, 1987).

Em 1986, a Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada em Ottawa-Canadá, elaborou a Carta de Ottawa (Ottawa Charter, 1986) que reforçou o conceito de promoção da saúde como sendo “o processo de proporcionar aos povos os meios necessários para que possam melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma”; ficando aqui, mais uma vez, estabelecido que a promoção de saúde deve estar centrada na qualidade e na equidade. Esse documento foi subscrito por 38 países, sendo considerado um dos documentos mais importantes da saúde pública moderna, por afirmar que a educação, a alimentação, a habitação, a renda, a paz e a equidade são requisitos básicos para a saúde.

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde, reunida em Santa Fé de Bogotá (Colômbia), no ano de 1992, (OPS, 1992) na qual estiveram representados 21 países das Américas, declarou que “o desafio da promoção de saúde na América Latina consiste em transformar as relações excludentes, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos; assim como o trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento”.

Os documentos internacionais supracitados, portanto, enfatizam a busca da equidade na promoção da saúde, proporcionando a todo cidadão igualdades de oportunidades que garantam a cada um alcançar o potencial máximo individual e coletivo. As diferenças sistemáticas em matéria de saúde (iniquidades) são injustas e desumanas, transgredindo

legislações, acordos e desrespeitando os princípios da cidadania. Como diz Júlia Parker (Parker, 1989), citado por Abrandes (1989), “Defender uma distribuição de serviços e recursos baseada nos princípios de cidadania é afirmar que as condições individuais de vida devem ser protegidas por decisões políticas que garantam níveis aceitáveis de cuidados médicos e sociais, de educação, de renda e assim por diante, independentemente do poder de barganha de cada indivíduo. Todos teriam que ter os mesmos direitos de barganha de cada indivíduo. Todos teriam que ter os mesmo direitos de barganha de compartilhar tudo aquilo que fosse fornecido nos mesmos termos que qualquer outra pessoa; necessidades iguais teriam que receber tratamento igual, sem nenhuma discriminação a favor ou contra quaisquer grupos sociais, econômicos, políticos e raciais”.

Segundo este mesmo pressuposto, a Constituição Brasileira de 1988 (Constituição/Brasil, 1988) tenta efetivamente oferecer à sociedade perspectivas de uma fase universalista das políticas sociais em nosso país. No seu artigo 227, a criança e o adolescente são tratados como prioridades absolutas. No capítulo da seguridade social, constatamos o setor da saúde com avanços significativos na criação do Sistema Único de Saúde. Aqui registramos o artigo 196 que diz “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A Lei nº 8080/90 (CONASEMS, 1992) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, reforçando a garantia ao acesso universal e igualitário às ações e serviços. Está, portanto, o Sistema Único de Saúde já bem definido na legislação, com seus princípios e suas diretrizes, em que ressaltamos, além da equidade e universalidade, a integridade, a participação da comunidade, a descentralização, a intersetorialidade, a resolutividade e principalmente a realidade epidemiológica-social local, no estabelecimento de prioridades, na alocação de recursos e na orientação programática (Mendes, 1992).

O Fórum Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (FÓRUM-DCA), desde 1988 vem se destacando como movimento social, elaborando propostas a nível legal e processual interventivo. Pelo seu desempenho, introduziu-se na constituição Brasileira de 88 o compromisso com a criança e o adolescente – prioridades absolutas. Nesse sentido, a nova lei proposta – Estatuto da Criança e do Adolescente – “Escrita por muitas mãos de trabalhadores sociais e juristas comprometidos – embasou-se no que se denomina Doutrina de Proteção Integral, inscrevendo, em nível de lei, normas de defesa e desenvolvimento integral de todas as crianças e adolescentes brasileiros” (Carvalho, 1992). Aprovada em 13 de julho de 1990 e sancionada em outubro do mesmo ano, a lei 8069/90, no seu artigo 7, estabelece: “A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL. Lei8069/90). Mais uma vez, portanto, nos moldes dos documentos internacionais, prevenção e recuperação da saúde através de políticas públicas que garantam a equidade e que defendam a qualidade de vida (Mousmer, 1994).

I.2.2 – A Atenção integral à Saúde do Adolescente

A adolescência é uma etapa de vida em que são observadas intensas transformações biológicas, psicológicas e de adaptação social e cultural (OMS/OPS, 1985). Cronologicamente, representa o período etário dos 10 aos 19 anos inclusive (segundo a Organização Mundial de Saúde), embora seja sempre muito difícil delimitar esse estágio de desenvolvimento que, invariavelmente, leva o indivíduo a zonas de turbulências mais precoces ou tardias, mas geralmente presentes. Período também de inseguranças e incertezas. A busca de uma identidade faz com que a adolescência se caracteriza por necessidades de aventuras e riscos, por oscilações de medo e impulsividade, pela procura do novo e, principalmente, pelas contestações

freqüentes. Constantes são os conflitos decorrentes do corpo em transformação e da mente em contínua evolução. Transformações, amadurecimentos que não ocorrem de forma organizada e simultânea. A maturação biológica, o desenvolvimento psicológico e as adaptações sociais ocorrem em tempos e velocidades diferentes, tornando os adolescentes mais vulneráveis e acentuando, portanto, as diferenças.

A Organização Mundial de Saúde tem reconhecido reiteradamente, nos últimos 20 anos, a singular importância da saúde e bem-estar do adolescente. Numerosas resoluções aprovadas pela Assembléia Mundial de Saúde têm destacado o tema, com menções especiais a problemas isolados, na adolescência, como gravidez, drogas, DST's, etc. (XXXVI Reunião da OPS, 1992).

No início da década de 80, cresceu o interesse mundial pelas questões ligadas à adolescência. A denominação do ano de 1985 como o Ano Internacional da ONU para a Juventude contribuiu para estimular e convergir ações de forma a que se iniciasse o desenvolvimento de políticas dirigidas aos jovens (Henriques, 1989).

O informe final das discussões técnicas sobre a saúde dos jovens, celebradas em maio de 1989, por ocasião da 42ª Assembléia Mundial de Saúde (OMS documento A42, 1989) fez recomendações à Organização Mundial de Saúde para colaborar com os países membros, no fortalecimento das instituições nacionais de atenção ao adolescente. Nesse sentido, a Resolução do Corpo Diretivo da OMS estabelece, como de urgência, aos países membros, entre outras coisas: "Identificar e prover apoio para dar resposta aos requerimentos de saúde e desenvolvimento dos grupos de jovens, particularmente vulneráveis, incapacitados ou com necessidades especiais, tais como os que pertencem a grupos minoritários, os marginalizados; recomendando-se que tal atenção não seja isolada e, até onde seja possível, se configure como uma parte integral dos programas que beneficiem a juventude" (OMS, 1989).

O acordo feito pelos governos da América Latina e do Caribe, por ocasião do Encontro Mundial de Cúpula pela Criança em setembro de 1990, por iniciativa das Nações Unidas e sob a condução da UNICEF, culminou na Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança (ONU/UNICEF, 1990), em que firmaram compromissos de designar prioridade absoluta aos direitos da criança, vista aqui como menores de 18 anos.

O Marco Conceitual da Saúde Integral do Adolescente (OPS, 1990), decorrente deste momento histórico, diz que o significado da saúde integral deve ser visto, desde o ponto de vista de sua transcendência, como um elemento básico para o desenvolvimento social dos países e do mundo e defende um programa com ênfase na atenção da saúde integral do adolescente, alicerçado no propósito de contribuir para o bem-estar e desenvolvimento de todos eles, favorecendo a redução de desigualdades nas condições dos vários grupos, aumentando os níveis de prevenção e acesso à assistência sem barreiras. Neste documento, mais uma vez, enfatiza-se os valores de proteção e risco para esta faixa etária, onde textualmente podemos ler: “É importante que se reconheça que muitas crianças, adolescentes e jovens estão expostos a mais de um ambiente num mesmo dia e que, portanto, os riscos podem somar-se e potencializar-se. O outro aspecto que se deve considerar é que a rua constitui um ambiente de base para milhões de crianças e adolescentes. Um ambiente inclemente desde o seu aspecto ecológico, e também pelo desamparo, a ausência de normas, de entidades ou instâncias responsáveis por qualquer tipo de ordem. Nele, todos os riscos e graus de perigo existem. O mais grave, porém, é ser um ambiente que marca as pessoas com o estigma do desprestígio e da delinquência, e esta condição praticamente legaliza o abuso e o maltrato”.

No Brasil, serviços isolados de assistência ao adolescente foram iniciados na década de 70 e 80, principalmente no meio universitário do Sul e Sudeste, frutos muito menos de

uma política nacional de saúde e muito mais do empenho de profissionais dedicados, pioneiros nas novas propostas de atenção à saúde do adolescente no País. Outro segmento que merece ser lembrado aqui é a Sociedade Brasileira de Pediatria que, principalmente na década de 80, partiu para estimular a criação de Comitês de Adolescência entre as suas filiadas. No final de 1986, o então Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) publicou legislação divulgando seu objetivo de implantar um programa de serviços de saúde especificamente voltados aos jovens de 12 a 18 anos, com ênfase na necessidade de profissionais de saúde treinados para compreender os problemas especiais desta faixa etária. Da documentação à prática, uma longa distância. Em novembro de 1989, o Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, publica as Bases Programáticas do Programa Saúde do Adolescente – (PROSAD-MS – 1989). Em dezembro de 1989, o Ministério da Saúde do Governo Brasileiro definiu oficialmente as diretrizes, objetivos e estratégias do PROSAD, através da Portaria nº 980/GM, respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (MS, 1989). As ações básicas propostas pelo PROSAD fundamentam-se numa política de promoção da saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação, tendo como objetivo final a melhoria dos acompanhamentos do crescimento e desenvolvimento, da sexualidade, da saúde bucal, da saúde mental, da saúde reprodutiva, da saúde escolar, da prevenção de acidentes, do trabalho, da cultura, do esporte e lazer (Bases Programática, 1989).

No Maranhão, a atenção integral ao adolescente foi iniciada pelo Departamento de Medicina III (Materno-Infantil), por incentivo da Sociedade de Puericultura e Pediatria do Maranhão, como um Projeto de Extensão Universitária (aprovado no CONSEPE, Resolução 16/89 – Projeto de Assistência Integral à Saúde do Adolescente Dep. Méd III), tendo como áreas de atuação o Centro de Saúde Dr. Genésio Rego (do Estado) e o Colégio Universitário (UFMA),

situados no bairro periférico da Vila Palmeira. Este projeto já contemplava na sua proposta, a atenção à saúde do adolescente de forma integral por equipe multidisciplinar (a princípio, pedagogos, médicos e psicólogos) com ações educativas para adolescentes, pais e educadores e assistência individual médico-psicológica para adolescentes. Em 1989, após a assinatura e publicação da Portaria 980/89 do Ministério da Saúde (MS/1989) que oficializou as diretrizes e os objetivos do PROSAD, também a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, a exemplo dos demais estados, iniciou mobilização para que se implantasse o PROSAD no Maranhão. Neste sentido, o Projeto de Extensão – Saúde do Adolescente, da Universidade Federal do Maranhão foi destacado como piloto para orientar as futuras implantações. Em 1990, através da Portaria 440/90 do Gabinete do Secretariado de Saúde do Estado (SESMA, 1990) implantou-se oficialmente o PROSAD na rede pública de saúde, já alicerçado nos princípios de integralidade das ações, da necessidade da multidisciplinariedade no trato dessas questões e na integração intersetorial e interinstitucional, dos órgãos envolvidos, respeitando-se as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em que a equidade é um dos preceitos fundamentais. Atualmente, além da Universidade Federal do Maranhão, com seu Núcleo de Atenção e Treinamento em Adolescência do Hospital Universitário Materno-Infantil, a Secretaria de Estado e a Secretaria Municipal de Saúde contam hoje também com Núcleos de Atenção Integral implantados nos mesmos pressupostos do PROSAD e embasados no mesmo preceito fundamental de equidade do SUS. Esses Núcleos atendem à demanda, respeitando-se, dentro do possível as áreas geográficas de domicílio. A população adolescente atendida nesses núcleos é representada principalmente por escolares, considerando o trabalho paralelo de educação em saúde desenvolvido pela equipes de cada núcleo, nas escolas, mormente naquelas circunvizinhas dos mesmos; é também representada por adolescentes que, procurando o serviço médico quando enfermos, são encaminhados pelo setor de assistência médica (SAM) de cada unidade para o Núcleo de Atenção Integral à Saúde

do Adolescente, se já estiver ali implantado, ou para alguma outra unidade que lhe sirva de referência. A equipe multidisciplinar de cada núcleo implantado recebe prévio treinamento teórico-prático, objetivando qualificar cada profissional quanto às ações básicas propostas nas Bases Programáticas do PROSAD, fortalecendo o pressuposto de promoção, prevenção e recuperação da saúde dessa população alvo.

Além das capacidades locais, 6 profissionais recebem qualificação no Curso de Capacitação para Multiplicadores em Saúde de Adolescente, oferecido pelo Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

I.2.3 – Adolescentes do Maranhão: Indicadores Sociais

Podemos afirmar que o Maranhão é um estado jovem, considerando-se que a população de crianças e adolescentes na faixa de 0 a 17 anos é de aproximadamente 2,6 milhões de pessoas, correspondendo a 52% da população total, segundo o Censo Demográfico de 1991 (FIBGE, 1992). Destes, 61% concentram-se na faixa de 0 a 9 anos; 26% na faixa de 10 a 14 anos e 13% na faixa de 15 a 17 anos. Convém ressaltar que aos dois últimos percentuais citados, deve ser acrescido aquele correspondente à faixa etária de 18 a 19 anos, incluída no Censo de 91 como de adultos e considerada pela OMS como de adolescentes. Segundo o mesmo Censo, estima-se que 55% da população rural maranhense estejam na faixa de 0 a 17 anos, enquanto, nas áreas urbanas, esta parcela seja de 48%.

- **Renda Mensal Familiar “Per Capita”. Habitação e Saneamento**

Considerando-se o conceito de pobreza em família, quando o rendimento mensal familiar “per capita” esteja em nível de $\frac{1}{2}$ salário mínimo, uma pesquisa realizada em 1989 no

Maranhão (PNAD, 1989) revelou que 74,2% do total das crianças e dos adolescentes pertenciam a famílias pobres, sendo este índice mais acentuado na zona rural. Esse registro se manifestou mais grave quando a referida pesquisa informou que 50,2% destas famílias tinham rendimento mensal familiar “per capita” de até $\frac{1}{4}$ de salário, o que estabelece uma condição de pobreza absoluta.

Por outro lado, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 1989) indicaram que, no Maranhão 87,5% da população menor de 18 anos de idade moravam em domicílios que não apresentavam condições adequadas de saneamento (73,7% na área urbana e 94,3% na rural). A Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN, 1992) também registrou que 58,4% das residências do Estado não possuíam água encanada (26% na capital e 90,8% no interior) A PESN ainda revelou que 31,4% das moradias da capital e 32,6% do interior contavam apenas com um cômodo como dormitório de toda a família; as referidas moradias, além de exporem seus ocupantes a situações de total perda de privacidade ofereciam riscos pela má qualidade da construção.

- **Trabalho e Escola**

Embora os índices de renda familiar tenham apresentado melhoras do início para o final da década de 80, não nos é dada a possibilidade de interpretar esse fato como indício de redistribuição de renda, mas antes como um provável efeito do ingresso de outros membros da família, inclusive e principalmente adolescentes, no mercado de trabalho, contribuindo para o aumento do rendimento familiar. A Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição – (PESN, 1992), no Maranhão, revelou que 14% dos adolescentes entre 10 e 14 anos já se encontravam apenas trabalhando, sendo grande também o percentual, nessa faixa etária, que conciliava escola e trabalho. Entre os 15 aos 17 anos, não ultrapassam a 40%, aqueles dedicados exclusivamente ao

estudos e, entre os que trabalham, 58% já não estudam e somente 42% ainda tentam conciliar as duas atividades.

Embora a taxa de escolarização tenha crescido no Estado durante a década de 80, a situação educacional é grave. As pesquisas supracitadas registram ainda altas taxas de analfabetismo de crianças e adolescentes entre 7 e 17 anos (50,2%), além de baixa eficiência do sistema educacional do Estado, principalmente na rede pública. O processo de evasão escolar tem ocorrido em idades cada vez mais precoces. A repetência é outro indicador que expressa o baixo nível de escolarização das crianças e dos adolescentes do Estado. Enfim, o ingresso retardado na escola, a elevada incidência do fracasso escolar expresso pela reprovação, a falta de motivação e a necessidade do trabalho precoce têm contribuído substancialmente para o aumento da inadequação série/idade e do número de evasão escolar, mostrando o malogro do sistema educacional, principalmente na área rural.

- **Constituição Familiar**

Segundo pesquisa realizada neste início de década pelo Instituto de Pesquisas Econômicas e Sociais (IPES, 1992), em São Luís, denominada Perfil Sócio-Econômico da Criança e do Adolescente de São Luís, 58,6% dos adolescentes de 10 a 17 anos moravam ainda com os pais, independente da renda familiar, embora o percentual se revelasse maior nas faixas elevadas de renda. A segunda maior parcela representava aqueles que residiam apenas com a mãe (20,9%) e, deste, um maior percentual foi observado nas faixas de menor renda. O terceiro maior grupo, 13,4%, era constituído por adolescentes que residiam com parentes, ocorrendo com maior frequência nas faixas de renda de até 5 salários. Outro aspecto interessante desta mesma pesquisa revelou que 90% destes adolescentes tinha pai e mãe vivos, somente 70,8% deles viviam juntos; 3,4% destes mesmos adolescentes informaram que seus pais nunca viveram juntos e 1,1% dos

pesquisados desconheciam o pai. A Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD-89) no Maranhão ratificou os dados anteriores para o Estado como um todo, revelando que embora um percentual maior dos adolescentes estivesse inserido em famílias constituídas por casal e filhos denotando o predomínio da estrutura familiar nuclear, mais evidente nas famílias de melhor padrão econômico, aproximadamente 20% da população adolescente, principalmente urbana, faziam parte de famílias com mulher chefiando e, deste percentual, 22% estavam inseridos em famílias com situação de pobreza extrema. Quando falamos em bem-estar do adolescente, alguns dos dados de estrutura familiar, no Maranhão, merecem análise mais apurada, não são pelo percentuais acima referidos, como também pelo tamanho destas famílias. O mesmo perfil sócio-econômico de crianças e adolescentes de São Luís, realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Social (IPES, 1989) revelou que 59% destes adolescentes viviam em famílias com 4 a 6 pessoas e 25,1% com 7 a 9 pessoas, havendo uma relação inversa entre o número de membros e renda familiar, mostrando que, nas famílias com renda de até 2 salários mínimo, os que trabalhavam possuíam na sua dependência 1,7 pessoas.

I.2.4 – Meninos e Menina de Rua. Por quê? Quem São?

Segundo o Relatório do ano de 1990 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/ONU, 1990), o Brasil está incluído entre os países que não conseguiram promover o desenvolvimento humano à altura do seu desenvolvimento econômico. Fruto desse processo, que é histórico, as crianças e os adolescentes vem sobrevivendo. Vencida a barreira inicial da mortalidade infantil, eles passam mais tarde a representar o abandono, a fome, a miséria, a violência que tanto tem incomoda a sociedade, ontem e hoje.

Curi Hallal (1990) afirmou que “o fenômeno atualmente denominado de meninos e meninas de rua é tão antigo no mundo quanto a organização das famílias nucleares”. No Brasil,

imposições da elite européia contribuíram para a aculturação dos índios e, posteriormente, do negro, reforçando desde então as diferenças sociais. No Brasil Colônia, a organização social direcionava para um padrão de relações sociais representado pelo autoritarismo e descompromisso social, onde a estrutura fundamental dos sistemas de colonização se traduzia em: latifúndio, escravidão e monocultura.

Conforme Zioni Gomes (1991), neste contexto se explica a inexistência de um política para a criança e, segundo o mesmo autor, a concepção de criança na colônia fica bem exemplificada pelo texto de Costa (1979): “Oh! Como estou feliz que morreu meu filho ... quando eu morrer, cinco criancinhas (estarão) a me rodear. Entra! Mamãe! (no paraíso)” ... Fatos como este despertaram , inclusive, manifestações de espanto de um viajante europeu, que afirmava a época: “Não posso ter uma opinião boa sobre o futuro de um lugar onde assim se desenvolvem os mais fortes laços dos seres deste mundo” (Costa, 1972).

Neste período (século XVI e XVII), foram os jesuítas os primeiros a trabalhar com crianças, reunindo os chamados “órfãos da terra” para ensinar-lhes a ler, escrever e aprender bons costumes nas Casas dos Muchachos (Santos, 1990). Fruto desse processo histórico, de grandes diferenças sociais já presentes no final do século XVIII, aumentaram as preocupações com os “menores carentes e abandonados” através das Irmandades Religiosas, Confrarias e Santas Casas de Misericórdia (Halal, 1990), que passaram a assumir os órfãos e abandonados: as “Rodas dos enjeitados” ou “Rodas dos Expostos” que introduziam, nas suas concepções, o anonimato do abandono e da tutela institucional. No Brasil Imperial, dada a situação dos escravos, esse sistema de roda se perpetuou e fortaleceu. Com o desenvolvimento econômico e contínuas mudanças vivenciadas pela sociedade brasileira, “o filho da propriedade foi transformado em criança; e o que aconteceu com o filho da roda?” (Zioni Gomes, 1991). Dado o crescimento do número dos “enjeitados”, surgiram os grandes orfanatos, patronatos e seminários

que passariam a oferecer um atendimento cada vez mais coletivo e impessoal. Já na virada deste século, os problemas da infância e adolescência no Brasil, representavam gravidade; as crônicas dos jornais e estudos da época denunciavam a presença de um contingente significativo de crianças na rua (Santos, 1990) revelando a insatisfação de comerciantes da época fatos documentados em vários textos na imprensa, como o seguinte: “Os moleques negrinhos que perambulam pelas ruas, prejudicando a freguesia e as vendas, e suas mães, mulheres relaxadas, descuidadas que parem muitos filhos e os largam no mundo sem o devido cuidado” (Kaloustian, 1994).

A própria legislação da época já se encarregava de estabelecer distinções maiores. Deixava-se para as entidades filantrópicas o encargo com os “carentes e abandonados”, e estas, além de oferecerem abrigo, ensinavam educação moral e preparavam os menores para a resignação. Aos chamados “delinquentes” restavam, inicialmente, os “reformatórios” ou as “instituições correccionais”, cujos métodos buscavam sempre o “corrigir”, o “disciplinar”, o “reformatar” um contingente de adolescentes que não se enquadravam nos padrões de conduta da época. Somente em 1927 foi aprovado o 1º Código de Menores (Santos, 1990) também chamado Código Melo Matos, e a partir de então o termo “menor”, que antes se referia apenas à menoridade etária, passava a ter outra conotação, tornando-se categoria classificatória da infância e adolescência pobre, estigmatizando-a, diferenciando-a da infância dos demais segmentos sociais. Com o Código dos Menores, a rede pública de “assistência ao menor” se expandiu, sempre com uma matriz de trabalho alicerçada nos propósitos de “proteger os internos de um mundo hostil e, principalmente, proteger a sociedade da convivência com esses menores” (Hallal, 1990). Dois tipos, pelo menos, de infância e adolescência, passavam a ser legalizados: a Justiça, através da Vara de Família, assumiria os conflitos relacionados à criança “normal” e o Juizado de

Menores atenderia à infância pobre (abandonados, pivetes, trombadinhas, infratores, delinqüentes).

Na década de 30, decorrente da falta também de políticas de assentamento do homem no campo, aumentou o êxodo rural e, com isto, o agravamento da extensão numérica do fenômeno “menores de rua”. Exatamente na fase mais autoritária da Revolução de 30, criou-se o SAM (Serviço de Assistência ao Menor), cuja orientação convencional-repressiva, apresentava um sistema de atendimento em dois patamares: os reformatórios e as casas de correção (internatos) para os “menores infratores”, e os patronatos agrícolas e escolas de aprendizagem de ofício para os “menores carentes e abandonados” (Costa, 1991). Neste mesmo período tivemos a criação de outras instituições, sempre voltadas ao “menor carente”: Casa do Pequeno Trabalhador, Casa do Pequeno Jornaleiro, Casa das Meninas, etc., que lembravam muito, nos seus propósitos, os atuais programas alternativos a meninos e meninas de rua, com uma diferença básica de que aqueles eram governamentais e os de hoje são, na maioria, não governamentais.

A partir de 1964, no período da Ditadura Militar, começou-se a implantar uma política nacional e uma maior fiscalização sobre as entidades executórias da atenção ao “menor” através da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM), que apesar do novo discurso, prosseguiu praticando as mesmas medidas anteriores de segregação e correção, na tentativa de resolver o dito “problema do menor” com os conhecidos internatos, onde as crianças e os adolescentes internos tinham sua socialização prejudicada, cada vez mais alienada da vida extra-institucional. A referida Instituição Federal, com o tempo, reforçou as distinções no aparelho do Estado de dois tipos de política, uma para o chamado “menor” e outra para a chamada criança e adolescente. A questão do “menor” no Brasil republicano somente passa a se melhor discutida nos anos 70, quando denúncias regulares na imprensa e movimentos de grupo representativos da sociedade trouxeram para a discussão a situação em que se encontravam as

crianças e os adolescentes em nosso país (Passetti, 1992). Fatores como estes deram sustentação a um novo movimento crítico, com ênfase na “luta pelos direitos”, consolidado na nova legislação em defesa dos direitos da criança e do adolescente, o Estatuto, hoje Lei 8069/90. Cinco anos passados, algumas conquistas foram alcançadas, consideravelmente modestas, entretanto, diante da progressão do problema.

Apesar de todo o esforço empreendido, a questão meninos e meninas de rua prossegue fora do setor saúde (Peres, 1995) passando a ser assumida no discurso e na ação dos outros setores sociais governamentais ou não, representando as demandas de políticas especiais prosseguindo desta forma a triste trajetória da exclusão.

Segundo o IBASE (1992), as crianças e os adolescentes pobres do Brasil seguramente estão na casa dos milhões, fazendo parte do drama social que atinge a maioria da população brasileira; os abandonos estão provavelmente na casa dos milhares, decorrente da extrema miséria que aflige um percentual significativo de suas famílias; os que vivem e dormem nas ruas, segundo informações disponíveis e imprecisas, não passam de dez mil.

No Maranhão os órgãos oficiais afirmam que não há estatísticas precisas sobre o contingente de crianças e adolescentes que, de uma forma ou outra, travam todos os dias, nas ruas de São Luís, uma verdadeira batalha pela sobrevivência. Entretanto, os indicadores sociais da adolescências no Estado revelam o quadro de pobreza da população maranhense e seus efeitos perversos sobre a qualidade de vida, tanto nas áreas rurais quanto em áreas urbanas (IPES/CBIA, 1992). Para estes adolescentes, os direitos fundamentais assegurados no Estatuto ainda permanecem meramente como retórica. Em São Luís, como em todas as regiões do País, esta condição de “menores de rua” decorre fundamentalmente das diferenças sociais. Eles são oriundos de contingências sociais diversas e, uma vez na rua, vivenciam “novas famílias”, “uma

escola sem fronteiras”, “uma área de lazer sem limites”, que irão contribuir na construção pessoal de cada um deles. É a própria rua que lhes dá o sobrenome (IPES/CBIA, 1992).

Sempre oriundo da miséria, com nomes e sobrenomes historicamente mutáveis, são “meninos” ou “meninas” “de rua” que prosseguem nesta trajetória de luta. Inúmeros são os trabalhos que deles já trataram, e várias as formas com que os mesmos são definidos.

Cheniaux (1982), definiu o “menor de rua” como sendo aquele visto sobretudo nos grandes centros urbanos, identificado pela realidade na via pública, desempenhando ou não atividade, visando obter algum rendimento em dinheiro ou espécie geralmente relacionado com a necessidade de sobrevivência.

Azevedo (1989) também relatou que o trabalho das crianças e dos adolescentes pobres ocorria principalmente nas ruas, onde os mesmos buscavam o espaço para conseguir, por meio de pequenos comércios e “serviços” os meios de sobrevivência.

Oliveira (1989), em sua pesquisa definiu que a abrangência do menor de rua permite que seja captada, por um lado: a vivência das crianças desocupadas com suas práticas socialmente divergentes, constituindo-se num incômodo para a sociedade ao tornar visível e inquestionável a ineficiência de um sistema produtor da desigualdade social; também a trajetória de um outro segmento, menos ameaçador, mas igualmente discriminado, em rápida ascensão, que busca a sustentação individual com a venda de pequenos serviços, atingindo uma nova configuração ao transformar seu trabalho na única forma de garantir a sobrevivência de todos os membros da família. Na rua eles se misturam, se cruzam e logo são estigmatizados.

Rizzini e Rizzini (1991) relataram que uma vasta produção acadêmica na passagem da década de 70 e 80 determinou a queda de uma série de mitos; entre eles, o fato de que “os menores abandonados” não seriam de fato “abandonados”, sem famílias, mas eram originários de famílias pobres não necessariamente desestruturadas que, para sobreviver,

precisam de recursos obtidos por todos os membros da família, inclusive pela criança ou o adolescente. Destacaram também o fato de que, na década de 80, um número cada vez maior de crianças e adolescentes passou a fazer das ruas seu espaço de trabalho e/ou moradia. E o termo “menor abandonado” foi gradativamente substituindo pelo de “menino de rua”, principalmente a partir de meados da década. Hoje, genericamente denominados “meninos de rua” estão as crianças e os jovens que nas ruas recorrem a inúmeros meios para sobrevivência, como atividades variadas (tipo biscate) e inclusive na mendicância e/ou atividades ilegais.

Minayo (1992) em seu estudo, definiu como “meninos e meninas de rua, o conjunto de crianças que utilizam a rua como espaço de trabalho e sustento, retornando assiduamente à suas casas; também as que vivem com suas famílias na rua e aquelas em processo de rompimento ou que já romperam os laços familiares, fazendo da rua seu espaço de vida”. Prossegue a autora, afirmando que “a denominação de meninos e meninas de rua certamente é inadequada para se prestar antropológicamente, à realidade dos sujeitos sociais ... da mesma forma como são e foram inadequadas expressões como: crianças desamparadas, infância desvalida, crianças abandonadas, crianças vadias, menores delinqüentes, menores infratores e menores de rua.

O relatório do FIBGE (1992) afirmou ser complexa a discussão para definir e quantificar os denominados “meninos e meninas de rua”. O estar na rua possui muitos significados e possibilidades e apenas um grupo pequeno efetivamente não possui referência de domicílio ou família. Como diz textualmente o relatório: “Quando falamos em crianças de rua, devemos ter a clareza de que estamos nos referindo a uma intersecção entre crianças e adolescentes pobres e a rua como espaço potencial de sobrevivência e vivência”. “Em síntese, o que define para este relatório o menino de rua, é o fato dele ter que procurar nesta, sua sobrevivência e vivência. A grande maioria deles, parte para esta busca das mais diferentes

formas e ainda volta para casa, à noite ou em fins de semana, embora a rua seja o local onde estabeleça seus vínculos de trabalho, de amizade, sua rede de contatos e de proteção”.

Jansen (1990), em seu trabalho de pesquisa sobre o abuso de drogas entre meninos e meninas de rua no Brasil, como integrante do Movimento Nacional de Menino e Meninas de Rua, assim definiu esta população: “São crianças e adolescentes que vivem nas ruas perambulando ou trabalhando como pequenos vendedores, muitos são engraxates, guardadores de carro ou limpadores de pára-brisa”.

Sudbrack e col. (1990) fazendo referência ao “menor” de Brasília, afirmou que, dentro de um quadro de multidificuldades, tendo como suporte a miséria, “O menor, ao assumir precocemente a responsabilidade de contribuir para a sobrevivência material de sua família, se defronta com uma situação contraditória que vai fatalmente conduzi-lo a um mundo permeado de rotulações e estigmatizantes como menor abandonado, carente, infrator, desajustado e outros”.

A bibliografia brasileira já conta com alguns estudos que revelam a diversidade de modos de vida e de vínculos familiares, os quais se agrupam sob o estigma de “meninos de rua”.

Dados do IPEA/UNICEF (1994) registraram o grau de importância da quantidade cada vez maior de meninos e meninas “aparentemente” perambulando pelas ruas das grandes cidades e fizeram referência ao estigma “meninos de rua” a eles destinados, quando “a grande maioria é constituída de crianças que trabalham nas ruas como vendedores, engraxates, vigias e lavradores de carro, todos ainda com vínculos maiores ou menores com seus familiares”.

Pereira Jr. (1992) destacou que grande parte das crianças que utilizam o espaço da rua, possui uma referência de família, de casa e de escola e apenas pequena parcela possui como única alternativa de moradia a própria rua. Há ocasiões que o fator distância, o custo de deslocamento e a indiferenciação de condições de saneamento podem determinar que estes meninos permaneçam mais vezes na rua, retornando esporadicamente para suas casas. Razão

porque em alguns trabalhos da literatura observamos termos como “menino de rua”, “menina de rua”; em qualquer das situações o estar na rua não representa opção, mas contingência, na qual prematuramente estes meninos são lançados em um meio adverso na lua por seu sustento e muitas vezes de sua família.

Sobre o mesmo tema, Monteiro Filho (1990), já definiu “meninos de rua” como aqueles que não vivem somente na rua, mas que nela buscam sobrevivência, além, é claro, de outros que não tem mais qualquer ligação com sua família de origem e vivem dia e noite na rua, obtendo exclusivamente nestas os recursos para vestir, comer, dormir e enfim, sobreviver.

Entre alguns termos usados por educadores de rua na identificação desta clientela, podemos destacar: “meninos e meninas de rua”; “meninos e meninas na rua” ou “meninos e meninas em direção à rua”, sempre referindo aos mesmos meninos que fazem da rua o seu espaço de vivência e/ou sobrevivência, o seu espaço vital.

Graciani (1992) ao citar a questão do menino de rua, afirmou ser necessário captar a riqueza social na qual vivem e existem estes meninos, em sua totalidade, e o depara sem duvida, com uma dinâmica multifacetada.

Independente do termo menino de rua, menino na rua ou em direção à rua, temos diante de nós este ser estigmatizado que, segundo Costa (1993), na rua prossegue sua luta por sobrevivência, “como uma ilha cercada de omissões”. E continua o autor, afirmando que estas crianças e adolescentes, “são cidadãos em situação de risco pessoal e social, que se configura com a exposição destes a fatores que ameaçam efetivamente, transgridem a sua integridade física, psicológica ou moral, por ação ou omissão da família, de outros agentes sociais ou do próprio Estado”.

Ao percorrermos a literatura sobre o assunto, percebemos que em todas as pesquisas desenvolvidas inclusive no discurso oficial do Movimento Nacional dos Meninos e

Meninas de Rua e das organizações não governamentais envolvidas com a questão, estão agrupados sob o mesmo estigma (menino de rua ou “menores”, em épocas anteriores”, todas as crianças e adolescentes que têm feito das ruas seu local de vivência e/ou sobrevivência. Sob o olhar estigmatizante da sociedade estão assim agrupados todos estes jovens que conosco cruzam pelas ruas, desocupados ou com suas caixas de engraxate nas mãos, pedindo ou vendendo balas nas esquinas dos semáforos e dentro de ônibus. Nosso olhar tende a ser, indistintamente, no mínimo de pena ou frequentemente de medo, impulsionando-nos muitas vezes a assegurar bolsas, fechar os vidros dos carros ou nos desviar deles, pois partimos do pressuposto de que “eles” sempre representam “perigo”.

Concluimos nossa abordagem inicial, citando, o sociólogo Herbert de Souza (IBASE, 1992): “É complexa e delicada a caracterização de quem é o (a) menino (a) de rua. Quase sempre negro ou mulato, maltrapilho e de aspecto sujo, short rasgado, desbotado, descalço ou calçando chinelos recobertos de lama e poeira. Seria esse o perfil básico e edentificador do menino de rua? Mas não são essas as características das incontáveis crianças que encontramos quando entramos em uma favela, em um conjunto habitacional popular ou em um bairro periférico: aliás, não seria esse o perfil de grande parte da população infanto-juvenil de nosso país?”

Porque então a pouca receptividade por parte de tantos com relação às propostas de atenção à saúde desses meninos? Não estaríamos apenas reduzindo na nossa prática, como profissionais da saúde, o discurso estigmatizante para tantos adolescentes distribuídos nas ruas de muitas cidades de nosso país?

Até que ponto existe o tratamento preconceituoso dos profissionais do programa do adolescente, com relação à população dita “de rua”? Um estudo com a população de

adolescentes atendidos no PROSAD e os chamados “meninos de rua” ratificamos a hipótese de diferenças que justificaram a necessidade de uma atenção de saúde também diferenciada?

2 – Objetivos

Partindo da hipótese de que entre os fatores determinantes da ausência do menino e da menina ditos “de rua”, está a dificuldade de aceitação do próprio profissional do Programa de Saúde dos Adolescente preconceitos com ela associados, procuramos desenvolver esta pesquisa, visando atingir os seguintes objetivos:

2.1 – Geral:

Conhecer o lugar ocupado pelos meninos e meninas ditos “de rua”, no Programa de Saúde do Adolescente, em São Luís do Maranhão, no período de julho de 1993 a julho de 1994.

2.2 – Específicos

2.2.1 - Descrever o “olhar” dos técnicos com relação aos meninos chamados “de rua” e, como adequá-los as propostas dos Programas de Saúde do Adolescente do Maranhão (PROSAD-MA).

2.2.2 – Identificar as possíveis diferenças entre os meninos e aa meninas ditos “de rua” e a população de adolescentes atendida no PROSAD-MA, segundo algumas característica biológicas, psicológicas e sociais.

3 – Procedimentos Metodológicos

O Programa de Saúde do Adolescente do Maranhão (PROSAD-MA) no compromisso da atenção integral obedece, como já afirmamos, aos critérios da multidisciplinaridade, intersetorialidade e interinstitucionalidade. Equipes multiprofissionais, qualificadas na área, atendem os adolescentes em serviços distribuídos na Universidade Federal do Maranhão (UFMA), na Secretaria de Estado da Saúde (SES) e na Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS). O PROSAD também já conta com núcleo instalado em outros municípios do Estado, sempre dentro dos pressupostos das Bases Programáticas do Programa Nacional/MS.

De julho de 1993 a julho de 1994, período da pesquisa, o PROSAD-Maranhão contava com 20 profissionais de nível superior, assim representados: médicos (10), assistentes sociais (8), enfermeiros (6), psicólogos (4) e recreador (1), distribuídos nos diversos núcleos das unidades de saúde de São Luís e coordenação estadual (nível central).

3.1 – Populações de Estudo

3.1.1 – Profissionais de Programa de Saúde do Adolescente

Foram submetidos à análise 6 médicos, 3 enfermeiras, 3 assistentes sociais e 2 psicólogos, selecionados porque trabalhavam em núcleos do PROSAD de unidades de saúde localizadas mais próximas às casas de apoio a meninos de rua. Os referidos profissionais, nos contatos feitos com o pesquisador, desconheciam totalmente a pesquisa em curso.

3.2- Adolescentes

Alicerçado no conceito cronológico de adolescência como sendo a faixa etária compreendida entre os 10 e 19 anos inclusive, estabelecemos como idades limites para os 2 grupos analisados nesta pesquisa as mesmas pré-estabelecidas nos documentos oficiais. Quando oportuno, apresentaremos os resultados de cada grupo estudado, subdividindo-os em faixas de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos.

Iniciamos a pesquisa com 2 grupos de 100 adolescentes cada, assim definidas: Grupo I ou Grupo dos Meninas e Meninos de Rua e Grupo II ou Grupo dos Adolescentes do PROSAD. Os critérios para definir inicialmente a população de estudo decorreram fundamentalmente de peculiaridades da população dita “meninos de rua”, considerando que:

a) conforme informação dos educadores de rua das duas instituições dirigidas para esta população (Casa João e Maria e Casa do Papaizinho), com quem trabalharíamos na pesquisa, o numero total desses meninos freqüentadores das referidas casas, seria de aproximadamente 100 adolescentes.

b) também dependeríamos da aceitação de cada adolescente (de ambos os grupos) em participar de cada etapa da pesquisa.

c) a disponibilidade de exames complementares e/ou de rotina, para cada avaliado, determinava limitações numéricas, devido problemas administrativos das próprias unidades com quem trabalharíamos, tipo: paralisações, falta de material, etc.

Decorrente, portanto, dos fatores acima referidos que determinaram as limitações na definição populacional dos meninos ditos “de rua” desta pesquisa ficou também definida a população controle dos adolescentes do PROSAD, visando guardar proporcionalidade.

No decorrer da pesquisa tivemos evasão nos dois grupos, decorrente de vários fatores como: a impaciência própria desta faixa etária nos atendimentos, algumas dificuldades a execução dos exames e/ou pareceres especializados, falta de motivação em prosseguir, etc.

Dificuldade técnica se apresentou, no momento da definição da população amostral nos 2 grupos, considerando que não possuímos um referencial fidedigno da quantidade dos chamados “meninos de rua”, em São Luís, posto que todos os trabalhos realizados nesta capital sobre a referida população não foram conclusivos nesse aspecto. Desta forma, tivemos que ficar na dependência das próprias instituições que com eles trabalhavam: casa João e Maria e Casa do Papaizinho. Estas, ao assumirem a responsabilidade de trazê-los à unidade, acabaram contribuindo fundamentalmente também no conceito de “menino de rua” utilizado neste trabalho, da mesma forma que na população de amostra final deste grupo, como já afirmamos. O referido conceito foi também baseado na literatura pesquisada, que sempre utilizou este termo, referindo-se diretamente àquelas crianças em situações fora do normal, ou seja, crianças que deveriam se manter como dependentes familiares, dedicando-se a brincar e estudar e na realidade têm que cobrir funções familiares dentro e fora de casa.

O grupo dos “meninos de rua” – (Grupo I) ficou constituído de 72 jovens, 50 do sexo masculino e 22 do sexo feminino, que viviam nas ruas do Município de São Luís – Maranhão, no período de julho de 1993 a julho de 1994. Os referidos adolescentes foram identificados nas ruas e já vinham sendo trabalhados pelas instituições destinadas a esta clientela (Casa João e Maria e Casa Papaizinho) e trazidos ao local de atendimento por educadores de rua que, já trabalhando com eles há tempos, passaram-lhe informações sobre o Programa Saúde do Adolescente e sobre esta pesquisa, sendo respeitada sempre a opção do menino sobre sua participação no trabalho. Para melhor sensibilizarmos este grupo a optar pelo atendimento, fizemos também um trabalho informativo nas casas-abrigo acima referidas, onde estes garotos transitavam.

O grupo de Adolescentes do PROSAD – (Grupo II) – ficou constituído de 83 adolescentes, 53 do sexo masculino e 30 do sexo feminino, assistidos no Programa de Saúde do

Adolescente em São Luís – MA. No período de julho de 1993 a julho de 1994. Os referidos adolescentes compareceram de forma espontânea aos serviços, acompanhados geralmente por um responsável e, quando informados sobre a pesquisa, manifestaram seu interesse na participação da mesma.

3.2 – Locais de Pesquisa

3.2.1 – Profissionais do Programa de Saúde do Adolescente

O pesquisador, no período 93/94, observou em campo e analisou manifestações e comportamentos dos técnicos do Programa de Saúde do Adolescente nas diversas unidades onde se encontra já implantado, com relação à perspectiva do atendimento habitual aos adolescentes disto “de rua”, nesses serviços do PROSAD.

Objetivando ratificar ou não alguns dados colhidos na observação em campo, o pesquisador entrevistou estes mesmos técnicos em seus locais e horários de trabalho, no final deste primeiro momento de pesquisa, segundo roteiro anexo.

3.2.2 - Adolescentes

Para o atendimento dos 2 grupos adolescentes (o grupo dos meninos e das meninas de rua e o grupo dos adolescentes do PROSAD-MA) foram utilizadas as dependências do Hospital Universitário (HU/UFMA). Esse hospital é constituído por duas unidades distintas: A Unidade Presidente Dutra e a Unidade Materno-Infantil. O referido hospital oferece à população maranhense serviços médicos especializados a nível ambulatorial e de internação, assim como exames diagnósticos complementares. Especificamente, a Unidade Materno-Infantil do Hospital Universitário oferece atenção à saúde da mulher, da criança e do adolescente, garantindo-lhes ações nas áreas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Nessa Unidade encontra-se

instalado o Núcleo de Atenção e Treinamento em Adolescência, onde equipes multiprofissionais garantem atendimentos individuais e grupais a adolescentes e famílias. Para os referidos atendimentos, este núcleo funciona em 3 turnos de trabalho: o matutino (das 7:00 às 11:00), o intermediário (das 11:00 às 15:00) e o vespertino (das 15:00 às 19:00). Foi escolhido o turno intermediário para o desenvolvimento desta parte da pesquisa, considerando a melhor adequação do horário para muitos adolescentes que estudavam e, principalmente, para os “meninos ditos de rua”, por ser esse um horário de almoço, quando geralmente estes adolescentes buscavam as instituições de apoio para a refeição, facilitando com isto o trabalho de sensibilização dos educadores de rua, que os acompanhariam à unidade. Todos os momentos desta etapa da pesquisa, na Unidade, foram realizadas em salas reservadas, sem interferências externas de outros adolescentes, de técnicos ou auxiliares, garantindo total privacidade entre o pesquisador e o pesquisado.

Achamos conveniente ressaltar a necessidade sentida de desenvolver todo um trabalho prévio de sensibilização dos profissionais da Unidade Materno-Infantil que, direta ou indiretamente (vigilantes, atendentes, técnicos de laboratório e radiologia, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, assistentes sociais, médicos, etc.), estariam, durante todo o período desse trabalho, contactando com os jovens dos dois grupos.

3.3 - Material e Métodos

Considerando que a metodologia “é o caminho instrumental próprio de abordagem da realidade” (Minayo, 1992), visando o alcance pleno dos objetivos de nossa pesquisa consideramos importante recorrer às abordagens quantitativa e qualitativa, de forma complementar, tendo em vista estarmos estudando parâmetros biomédicos e comportamentais do ser humano.

Quando e como trabalhamos com as referidas abordagens?

3.3.1 – Metodologias de Pesquisa qualitativa

Utilizada na análise do comportamento, conceitos e preconceitos dos técnicos do Programa de Saúde do Adolescente, sobre a disponibilidade ao atendimento dos meninos de rua. Para atingirmos este objetivo, recorreremos a duas técnicas de investigação de campo:

A) Observação Participante – definida como “Um processo pelo qual mantém-se a presença do observador em uma situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica; o observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados” (Schwartz e Schwartz, 1955). A referida observação ocorreu durante todo o período da pesquisa, durante os trabalhos do pesquisador em cada unidade de saúde, inclusive nas reuniões de planejamento e discussões de caso.

B) Entrevista – definida como “Conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para o objeto de pesquisa e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo” (Kahn e Cannell – 1962). As referidas entrevistas semi-estruturadas (com roteiro escrito contendo perguntas fechadas e abertas) foram realizadas na fase final da pesquisa sob a forma de complementação da observação em campo, no sentido de ratificar ou não alguns dados constatados anteriormente. (Anexo VII.3)

3.3.2 – Metodologia da Pesquisa Quantitativa

Utilizada para estabelecer as distinções bio-médico e sociais entre os Grupos I e II da pesquisa, respectivamente meninos de rua e adolescentes do PROSAD. Com o objetivo de estabelecer esses parâmetros diferenciais, os adolescentes dos dois grupos foram avaliados pelo

pesquisador com número médio de quatro contatos por adolescente, durante todo o período da pesquisa, garantindo com isto que todas as etapas da avaliação fossem plenamente concluídas.

O estudo foi desenvolvido em três etapas, conforme descrito.

*** Primeira Etapa – Entrevista Individual.**

Utilizamos para isto um formulário com perguntas fechadas e abertas (Anexo VII.2). na sua aplicação, procuramos sempre respeitar a flexibilidade, a sensibilidade e o desejo de cada entrevistado em responder cada item, razão porque tivemos a necessidade média de quatro contatos por adolescente para preenchê-lo totalmente. O mesmo formulário foi igualmente aplicado nos dois grupos de estudo (Grupo I e Grupo II). As variáveis incluídas no formulário decorreram de uma revisão bibliográfica previa sobre a população estudada: adolescentes, com acréscimo de questões específicas para a população dita “meninos de rua”. Assim, podemos agrupar as seguintes variáveis:

a) Identificação

Nesta variável, procuramos registrar a idade, o sexo, a naturalidade e a cor de cada adolescente dos dois grupos.

Para a idade, especificamente, os adolescentes foram incluídos em subgrupos de 10 a 19 anos completos, sem referência aos meses que sucederam a data de aniversário.

Com relação à cor, levando-se em conta as dificuldades na pesquisa em caracterizar o mulato e o negro, decidimos categorizar por dois sub-grupos quanto à cor da pele: o branco e o não-branco (aqui, representado pelo negro e/ou mulato).

Com relação à naturalidade, consideramos os nascidos em São Luís, assim como os nascidos em outros municípios do Maranhão e de outros estados.

b) Família

Nesta variável, procuramos saber a respeito de aspectos da filiação, tais como: presença ou ausência de pais e/ou mãe, se ausentes os motivos, a renda familiar “per capita”, com quem residiam, condições de relacionamento familiar, aproximações afetiva, com as pessoas com quem conviviam.

c) Escolaridade

Nesta variável, procuramos aferir o grau de instrução, frequência à escola, evasão e reprovação, tipo de escola e relação afetiva com a mesma.

d) Trabalho

Nesta variável, pesquisamos a relação do adolescente e o trabalho, por que trabalhavam ou não, garantias de legislação trabalhista, tipos de atividades desenvolvidas.

e) Esporte e Lazer

Nesta variável, investigamos sobre praticas de esporte, tipos de esporte e locais da prática. Investigamos também opções de lazer e a prática de esporte e/ou lazer dirigido.

f) Experiências Sexuais

Nesta variável aferimos o inicio das praticas sexuais (relação sexual completa) e frequência destas, o conhecimento e o uso dos métodos de prevenção das doenças sexualmente transmitidas (DSTs), a ocorrência de violência sexual e os tipos de parcerias.

g) Vícios

Nesta variável questionamos sobre o uso do álcool, do cigarro e das outras drogas, frequência do uso se eventual/dependência e as drogas mais usadas.

h) Outros aspectos Relacionados à Conduta

Nesta variável, investigados sobre os conceitos e as justificativas da procura do cigarro, do álcool e das outras drogas pelos jovens; as condutas anti-sociais, inclusive o envolvimento com a policia e a necessidade de grupo.

i) Outros Aspectos da Relação Saúde/Doença

Nesta variável, aferimos as principais queixas de doenças na trajetória do adolescente, recursos para resolver seus problemas de saúde, grau de informações da AIDS e métodos de prevenção.

j) Outras Questões Femininas

Nesta variável, procuramos identificar o viver na rua opcional ou não, perspectivas de vida futura e conceito de sua própria situação atual de vida.

l) Situações por “Viver na Rua”

Nesta variável, procuramos identificar o viver na rua opcional ou não, perspectivas de vida futura e conceito de sua própria situação atual de vida.

*** Segunda Etapa – Exame Clínico**

A partir do primeiro contato, em que iniciamos a aplicação do formulário após a prévia explicação do que seria o Exame Clínico, este também foi iniciado, procurando-se respeitar os temores e pudores de cada examinado, razão porque, com alguns adolescentes, só concluímos esta etapa após o terceiro contato. Os dois grupos, nesta etapa, foram comparados nas seguintes variáveis:

a) Estatura: com auxílio de uma balança antropométrica e as curvas de crescimento do Estudo de Santo André IV para a faixa etária de 10 a 20 anos (Marques, 1982).

b) Pressão Arterial: com auxílio de estetoscópio/tensiômetro, utilizamos as tabelas descritas na literatura brasileira (Osório, 1982)

c) Cabeça e Pescoço: com ênfase em má formações, deformidades traumáticas, cicatrizes, conservação da arcada dentária, alterações da tiróide, alterações de ouvido, fundoscopia e acuidade visual. Para aferir ouvido e fundo de olho, utilizamos Oto-oftalmoscópio. Para aferir acuidade visual, aplicamos o cartaz ou optotipo Snellen (Maakaroun, 1991) método

que pode ser usado na avaliação tão logo a criança seja capaz de dar o nome, copiar ou combinar letras e/ou números. Utilizamos o optotipo “E”, constituído de diversas fileiras de letras em dimensões e direções variadas que também pode ser usados no caso de deficiência mental, analfabetismo ou medo, com as crianças sendo orientadas a indicar a direção E selecionada, apontando com suas mãos se para cima, para baixo, para a direita ou para a esquerda; assim como o optotipo com desenhos calibrados. A escala é colocada a cinco metros do examinado e a visão subnormal em um ou em ambos os olhos é causa de uma avaliação especializada posterior.

d) Tórax: observando também más-formações, deformidades traumáticas, cicatrizes, características de mamilo/mama ausculta cardio-respiratória.

e) Abdômen: também valorizando más-formações, deformidades traumáticas, cicatrizes traumáticas ou cirúrgicas e visceromagalias.

f) Genitália: verificando sinais de más-formações ou patologias adquiridas.

g) Sistema Nervoso: avaliando equilíbrio, coordenação motora, força e tônus muscular, reflexos tendinosos, pares cranianos e linguagem. Utilizamos como instrumental de apoio o martelo de reflexos.

h) Membros: identificando principalmente más-formações, deformidades adquiridas, limitações de movimentos e cicatrizes traumáticas.

*** Terceira Etapa – Exames Diagnósticos Complementares**

Para os adolescentes dos dois grupos, foram solicitados como exames de rotina: parasitológico de fezes, sumário de urina, hemograma e sorologia para Lues. Os referidos exames foram coletados e realizados no Laboratório da Unidade Materno-Infantil do Hospital Universitário. Para os adolescentes do Grupo I, solicitamos à mesma educadora de rua que os acompanhara à consulta, que se encarregasse de acompanhá-los ao laboratório.

Após amplo esclarecimento e obedecendo às normas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de São Luís sobre a realização de pesquisa do HIV (Elisa), o referido exame foi colocado à disposição para todos os adolescentes do trabalho que voluntariamente desejassem realizá-lo. Nesses casos, o material foi coletado no mesmo laboratório da Unidade Materno Infantil do Hospital Universitário e transportado para os laboratórios especializados nessa investigação: do Hospital do Instituto de Previdência do Estado do Maranhão (IPEM), do Instituto Oswaldo Cruz (SES) e do Centro de Orientação e Apoio do Município (SEMUS). Os resultados dos referidos exames foram identificados por numeração, recolhidos e manipulados pelo pesquisador, respeitando-se o sigilo e os procedimentos éticos.

Para os adolescentes que apresentaram, anamnese ou no exame clínico-neurológico, sintomas e/ou sinais compatíveis com enfermidades mais específicas foram realizados exames diagnósticos específicos tais como: radiografias da coluna, tórax e membros, escanometrias, eletroencefalografias, pesquisas de BAAR, bacterioscopias e culturas de urina e secreção vaginal ou uretral; além de pareceres especializados: Cirurgia, Oftalmologia, Endocrinologia, Otorrinolaringologia, Dermatologia, Urologia, Ginecologia e Obstetícia. Os exames e os pareceres foram realizados no Hospital Universitário (UFMA) e no PAM-Diamante (SES). Para todos os exames e pareceres, os adolescentes do Grupo I contaram com a companhia de uma educadora de rua e os do grupo II com o acompanhamento de um responsável.

3.4 – Análise de Dados

3.4.1 – Na Pesquisa qualitativa:

Os dados foram colhidos através das técnicas de observação participante e entrevistas semi-abertas, na busca de ratificar ou não a hipótese levantada da existência da

conduta preconceituosa e/ou medo entre os profissionais de saúde (PROSAD) na atenção ao menino e à menina de rua.

Para análise do discurso dos profissionais do PROSAD recorreremos a técnicas de análise das comunicações, visando, sempre, através dos procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das falas, obter indicadores quantitativos ou não que permitissem o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças, tendências, etc. com relação à questão: atenção dos meninos e meninas ditos de rua e o PROSAD.

3.4.2 – Na Pesquisa Quantitativa

Toda a abordagem quantitativa da pesquisa recebeu tratamento estatístico, sendo para isto utilizado um microcomputador 486SX-33Mhz e aplicado o programa Epi-Info 5.0.

Para o estudo quantitativo dos grupo adolescentes, recorreremos à Prova Qui-quadrado (χ^2) para duas ou mais amostras independentes (Siegel, 1975), por se tratar de um teste de significância não paramétrico, que nos permite fazer um estudo relacional de frequência entre diversas variáveis de dois ou mais amostras, determinando suas dependências ou independências (Levin, 1987). Para a referida análise, foi fixado um risco de erro de no máximo 5% o que representa dizer um nível de significância real igual ou menor que 0.05 ($\alpha \leq 0.05$). Em algumas situações comparativas, com apenas duas variáveis (em tabelas 2x2) e amostras com frequências baixas, ratificamos a análise da diferenciação com Prova Exata de Fischer (Levin, 1987)

4 – Resultados

4.1 – A fala dos técnicos

Iniciamos solicitando aos técnicos que relacionassem de três a cinco problemas vividos pelos adolescentes dos núcleos cuja abordagem lhes trouxessem dificuldades. Constatamos que dos quinze profissionais entrevistados, 13 (89,6%) fizeram referência à droga; 9 (60%) aos distúrbios no relacionamento familiar, 7(46,6%) à sexualidade, 6 (40%) aos maus tratos, 4 (26,6%) aos distúrbios comportamentais, 3 (20%) aos distúrbios escolares, 2 (13,3% às depressões, e 1 (6,6%) aos casos de estupro, ansiedade e namoro.

Questionamos também, se estes mesmos profissionais ainda apresentam bloqueios e/ou dificuldades para assumir e/ou acompanhar as situações relacionadas a suicídio, droga, violência familiar e escolar assim como meninos e meninas de rua, com um resumo de resposta apresentado no quadro abaixo:

Assunto	Suicídio	Drogas	Meninos de Rua	Violência Familiar e Escolar
Técnico				
1	Não	Sim Pela falta de recursos opcionais como apoio: áreas de esporte e lazer, psicoterapia, etc.	Não	Sim Decorrentes geralmente de problemas sociais complexos
2	Não	Sim Poucas opções como recursos de melhoria de via para o usuário	Sim pelas mesmas razões anteriores	Sim Dificuldades do espaço familiar
3	Não	Não	Não	Não
4	Não	Não	Sim Pela falta de	Não

			experiência profissional	
5	Não	Sim Dificuldades de como iniciar o assunto	Sim Pela incerteza do que possa acontecer em cada depoimento.	Não
6	Sim Principalmente pela dificuldade de envolver a família no processo	Sim Principalmente com os meninos de rua.	Sim Precisam de atendimento específico.	Sim Dificuldades de acesso até os professores e/ou pais.
7	Não	Sim Medo da abordagem e não saber o que fazer depois.	Sim Apreensão, porque alguns são rudes.	Não
8	Sim Complexidade na abordagem e solução	Sim Receio no contato por falta de experiência.	Sim Apreensão, por que alguns são rudes	Não
9	Sim Pouca experiência, nunca tive um caso.	Sim Pouca prática.	Sim Não tenho experiência, talvez necessitem de serviços especiais.	Sim, Pela dificuldade em atingir a família.
10	Não	Não	Sim Nunca se sabe a reação deles.	Não
11	Não	Sim Ainda me sinto despreparada.	Não tenho a menor experiência; não sei como reagir em algumas situações.	Não
12	Sim Nunca tive um caso.	Sim Não me sinto preparada.	Sim Devido aos problemas de drogas e problemas sociais.	Sim Problemas que podem envolver até questões legais.
13	Não	Sim Dificuldades em entrar no assunto	Sim Trago o reflexo de todos os	Sim Principalmente quando envolve vitimização e

		e, maior ainda, em oferecer opções para sair da droga.	medos enraizados na sociedade com relação a este problema.	questões legais.
14	Não	Sim Necessidade de tratamentos específicos até na psiquiatria.	Não	Não
15	Não	Sim Em função da teoria muitas vezes não ser igual à prática.	Sim Pelas dificuldades de se estabelecer limites.	Sim Pelas situações delicadas que estas questões podem gerar.

Reforçando as perguntas anteriores sobre dificuldade na abordagem, indagamos se identificam, dificuldades coletivas (da equipe) além das individuais, no lidar com a clientela dita “de rua”. Mais uma vez, dos quinze técnicos interrogados, treze (89,6%) responderam afirmativamente, com frases variadas abaixo relacionadas:

1. Sim. Falta de experiências no atendimento /como receber e inquirir;
2. Sim. Falta de experiência no atendimento/sentimento de pena e, ao mesmo tempo, culpa por não saber como melhorar o problema;
3. Não;
4. Sim. Receio de que possam influenciar outros adolescentes do programa, já considerados potencialmente de risco;
5. Sim. Patologias pouco habituais, como a dependência das drogas, medo da reação deles se contrariados e, principalmente, receio de que estejam drogados ao serem atendidos;
6. Sim. Falta de experiência no atendimento desta clientela, medo de suas condutas anti-sociais e receio de eu tragam droga no momento do atendimento e, com isto, que promovam atos violentos;

7. Sim. Medo da violência que possam manifestar, usando droga, inclusive no local de atendimento;
8. Sim. Medo da reação deles, se contrariados;
9. Sim. Pelas questões médicas e sociais diferentes, fazendo com que sejam mais violentos, podendo fazer transtornos ao local;
10. Sim. Pela falta de experiência no atendimento da clientela, medo da reação deles, se contrariados, principalmente se vierem drogados ou portando drogas;
11. Sim. Falta de experiência no atendimento da clientela;
12. Sim. Falta de experiência em atendê-los, porque não sabemos suas reações quando contrariados; medo da droga também;
13. Sim. Pouca experiência, principalmente por não saber o que fazer caso se mostrem violentos.
14. Não;
15. Sim. Medo da violência que eles apresentam.

Então, questionamos quais sejam as enfermidades que cada um desses técnicos imaginaria encontrar nos meninos e nas meninas de rua, marcadamente diferentes dos demais adolescentes do PROSAD, justificando inclusive uma proposta de atendimento diferenciado. Verificamos que, dos 15 profissionais, 11 (73,3%) fizeram referência às doenças sexualmente transmissíveis, 10 (66,6%) às drogas; 7 (46,6%) aos distúrbios comportamentais, 4 (26,6%) à violência; 4 (26,6%) à agressividade; 4 (26,6%) às carências, principalmente nutricionais.

Quando questionamos aos mesmos técnicos, que propostas apresentariam para proporcionar a atenção de saúde a esses meninos e meninas de rua, assim se pronunciaram:

1. atendimentos separados (em salas e/ou dias específicos);
2. Inicialmente, atendimentos reservados nos próprios abrigos ou casas de proteção, depois o atendimento poderá ser indiferenciado (nos mesmos espaços e horários dos outros);

3. Primeiros atendimentos reservados nas próprias casas-abrigo, depois atendimento em núcleos criados especificamente para a clientela;
4. Atendimentos indiferenciados (nos mesmos espaços e horários dos outros);
5. Atendimentos em núcleos criados especificamente para a clientela;
6. Atendimentos reservados aos próprios abrigos e casas de proteção;
7. Atendimentos indiferenciados (nos mesmos espaços e horários dos outros);
8. Atendimentos separados (em salas e/ou dias específicos)
9. Atendimentos indiferenciados (nos mesmos espaços e horários dos outros);
10. Atendimentos separados (em salas e/ou dias específicos)
11. Primeiro atendimentos separados, em dias específicos e locais; depois atendimentos separados (em salas e/ou dias específicos)
12. Atendimentos indiferenciados;
13. Atendimentos em um núcleo criado especificamente para a clientela ou atendimentos separados dos outros (salas e horários diferentes);
14. Não deveríamos atender esta clientela, deixando-a com a FUNAC;
15. De três maneiras: ou nos próprios abrigos e casas de proteção, ou se criando um núcleo específico para a clientela, ou reservando data e horários específicos para eles nos núcleos.

Finalmente, inquiridos como os pais e os demais técnicos das unidades de saúde receberam a idéia de inserirmos os meninos de rua no atendimento habitual do PROSAD e, mais uma relação de frases e justificativas foram apresentadas.

- PAIS
 1. Propondo atendimento distinto
 2. Rejeitando a idéia;
 3. Aceitando com restrições – atendimento distinto;

4. Sugerindo atendimento em dias separados;
5. Propondo atendimento distinto
6. Alguns talvez até retirem os filhos do atendimento; outros vão propor atendimento distinto;
7. Sugerindo atendimentos em dias ou horários separados;
8. Com apreensão e medo;
9. Com naturalidade;
10. Rejeitando a idéia, inclusive podendo retirar os filhos do atendimento;
11. Propondo atendimento distinto
12. Ou não aceitando a idéia ou sugerindo dias ou horários especiais;
13. Recusando a idéia e propondo atendimentos separados;
14. Propondo atendimentos separados;
15. Recusando-se à idéia, pois seus filhos poderiam se prejudicar.

- TÉCNICOS

1. Com naturalidade;
2. Ou recusando a idéia ou apresentariam medo e exigiriam segurança;
3. Sugerindo outro local para este tipo de atendimento;
4. Propondo que isto venha a acontecer em outra unidade que esteja melhor preparada;
5. Ou proporiam outro local ou exigiriam mais segurança; a verdade é que como todo mundo, teriam medo também.
6. Resistindo a atender com o argumento de problemas de segurança;
7. Com medo, exigindo reforço na proteção, pois os casos de violência são freqüentes entre esses meninos;

8. Exigindo segurança para este objetivo;
9. Com medo pois muito se ouve falar a respeito da violência desses meninos;
10. Com naturalidade;
11. Propondo logo outro local que se adaptasse mais a este tipo de atendimento;
12. Com medo, pedindo um sistema de proteção mais apropriado;
13. Exigindo mais segurança no trabalho, considerando-se os problemas trazidos pela clientela;
14. Sugerindo um melhor esquema de proteção, aumentando pelo menos o numero de seguranças;
15. Rejeitando a idéia, por medo e roubos e agressões.

4.2 – O Estudo Comparativo

* Dados de Identificação

4.2.1 - Cor

Os dois grupos se mostram diferentes em relação à cor da pele, posto que 70,8 dos meninos de rua (Grupo I) e apenas 51,8 % dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) pertenciam à raça negra ou desta descendiam (Tabela 1)

4.2.2 Sexo

Não houve diferença significativa entre os dois grupos (Tabela 2)

4.2.3 – Naturalidade:

O estudo comparativo da procedência dos meninos de rua (Grupo I) e dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) revelou diferenças altamente significantes, considerando que 63,2% dos meninos do Grupo I e 90,4% dos adolescentes do Grupo II eram nascidos em São

Luís; 35,1% dos meninos de rua e somente 9,6% dos adolescentes do PROSAD nasceram em outros municípios do Maranhão ou de outros estados (Tabela 3).

* Dados Familiares

4.2.4 – Com quem residem:

Tivemos diferenças significantes neste item, tais como: enquanto 65,1% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) residiam de forma estável com seus pais, ou em famílias com novos arranjos, onde a mãe geralmente assumia a chefia (23,6%), entre os meninos de rua (Grupo I), 9,7% já não apresentavam quaisquer vinculo familiar, 8,3% já estabeleciam vinculo maior com as casas de abrigo e 44% já se encontravam em situações instáveis quanto à moradia, onde alternavam vinculo com a família, a instituição e a rua (Tabela 4).

4.2.5 – Existência e Convivência dos Pais

A presença dos pais e da mãe na vida dos adolescentes dos dois grupos também apresentou diferenças significantes, haja vista que 40,3% do grupo I e apenas 6% do Grupo II tinham pais ausentes, quer por falecimento, desconhecimento ou afastamento do pai (Tabela 5). Ainda registramos outra diferença significante ao constatarmos que 30,6% dos meninos de rua (Grupo I) e apenas 3,6% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) tinham pais que nunca viveram juntos (Tabela 7).

4.2.6 – Renda Familiar

Não foi possível estabelecer o referido estudo comparativo pelas dificuldade de informações.

4.2.7 – Relação com a família:

Não houve diferenças significantes quando perguntamos sobre o gostar da família em geral, quando 84,9% do Grupo I e 81,9 % do Grupo II relataram gostar da sua (Tabela 8). Entretanto, quando relataram os novos arranjos familiares onde viviam, e quando questionamos

se havia alguém com quem residiam de quem “não gostavam” ou “gostavam menos”, tivemos diferenças significantes, considerando que 26,4% dos meninos de rua (Grupo I) registraram gostar menos dos companheiros das mães (padastros) fato relatado apenas por 9,6% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II). Da mesma forma, neste mesmo Grupo (Adolescentes do PROSAD) 81,9% referiam gostar de todos, enquanto somente 29,2% dos meninos de rua assim se pronunciaram (Tabela 9). Ainda perguntamos os motivos que determinaram o “não gostar” ou “gostar menos” dessa pessoa da sua residência e as diferenças não foram significantes, sendo citados com maior frequência: falta de dialogo (21,6% do Grupo I e 33,3% do Grupo II) e finalmente posse do dinheiro que ganhavam (31,4% do Grupo I e 13,3% do Grupo II) (Tabela 10).

Quando interrogamos sobre, precisando ajuda na solução do problema, a quem recorriam, mais uma vez constatamos diferenças significantes, posto que 69,4% do Grupo I, já recorriam a pessoas fora de casa (abrigo, colegas, etc) e somente 3,6% do Grupo II assim o faziam. A grande maioria deste segundo Grupo (Adolescentes do PROSAD), 75,9% inda recorria às mães, fato mencionado em apenas 23,6% dos meninos ditos de rua (tabela 11).

* Dados sobre escolaridade

4.2.8 – Frequência Regular à Escola

Foram significantes as diferenças sobre a frequência à Escola, considerando que 94% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) e somente 30,6% dos meninos de rua (Grupo I) freqüentavam escola (Tabelas 12, 12A e 12B). Essas diferenças são reforçadas com maior significância quando observamos que entre os adolescentes do PROSAD (GRUPO II), os 11,1% que não freqüentavam escola, decorriam da conclusão do 2º grau. Outro reforço destas diferenças esteve no fato de que, dos 22 meninos de rua (Grupo I) que freqüentavam escola 95,5% informaram tratar-se de salas comunitárias, dentro das próprias casas de abrigo.

4.2.9 – Reprovação e evasão escolar:

Também diferenças significantes foram registradas aqui, visto que 79,1% dos meninos de rua (Grupo I) e 47% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) já haviam sofrido uma reprovação (Grupo I com 20,8% e Grupo II com 32,5%) ou mais (Grupo I com 58,3% e Grupo II com 14,5%). Reforçando tais diferenças, constatamos que entre os meninos de rua (Grupo I), 8,3% já se evadiram da escola ainda no 1º ano e 12,6% nunca a frequentaram (Tabela 14).

4.2.10 – Quantos trabalham

Houve diferenças significantes entre os grupos com relação ao trabalho, visto que 30,6% dos meninos de rua (Grupo I) e apenas 15,7% dos adolescentes do PROSAD trabalhavam. Chamou-nos atenção o percentual dos que não trabalhavam. Nos dois grupos, (69,4% do Grupo I e 84,3% do grupo II) e quanto maior a faixa etária, maiores foram as diferenças (Tabela 15, 15ª e 15B).

4.2.11 – Fatores que determinam a busca do trabalho

Não houve diferenças significantes. O fato mais citado foi a necessidade financeira, por 81,8% dos meninos de rua (Grupo I) e 69,2% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II). Outras causas menos frequentes, relacionadas, foram: “ter um ofício”, “gostar de trabalhar”, “procurar ocupar o tempo”, registrados em 18,2% do Grupo I e 30,8% do Grupo II (Tabela 16).

4.2.12 – Fatores que impedem o trabalho

Enquanto os fatores determinantes da busca do trabalho não diferiram, os fatores responsáveis pelo desemprego revelaram-se diferentes para os dois grupos, principalmente quando constatamos que 40% dos meninos de rua (Grupo I) e apenas 17,1% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) fazem referência a: pouca idade, falta de instrução e desmotivação (Tabela 17).

4.2.13 – Principais atividades desenvolvidas

As listas destas atividades também foram significativamente diferentes, considerando que 100% dos meninos de rua (Grupo I) que trabalhavam e 23,1% dos adolescentes do PROSAD na mesma situação referiam ocupações de ambulantes (feirantes, vigias, lavadores de carro, engraxate, etc). Enquanto isto, 75,9% dos adolescentes do PROSAD que trabalhavam o faziam aprendizes ou auxiliares de oficinas ou ainda em microempresas de membros da própria família (Tabela 18).

4.2.14 – Carteiras de Trabalho

Constatamos que 100 dos que trabalham, nos dois grupos, não possuíam Carteira de Trabalho assinada.

* Esporte e Lazer

4.2.15 – Prática de esportes

Quando questionamos se praticavam esporte, não constatamos entre os dois grupos diferenças significantes, visto que 61,1% dos meninos de rua (Grupo I) e 63,9% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) praticavam algum esporte (Tabela 19). Entretanto quando interrogamos se havia supervisão ou orientação na pratica desse esporte verificamos diferenças bem significantes, considerando que 100% dos meninos de rua (Grupo I) que praticavam esporte, o faziam sem qualquer supervisão e somente o futebol enquanto que, entre os adolescentes do PROSAD (Grupo II) que praticavam esporte, 34% já recebiam tal supervisão em praticas de educação física, ginástica rítmica ou aeróbica, esporte de quadra, etc. (Tabela 20). Quanto ao local dessas práticas também constatamos diferenças, posto que entre os meninos de rua (Grupo I), a pratica maior sempre foi na rua ou nos terrenos baldios (43,2%) ou nas instituições de abrigo (56,8%), enquanto entre os adolescentes do PROSAD (Grupo II), 94,3% tinham pratica nas escolas, nos clubes, nas associações e/ou nas igrejas (Tabela 21).

* Sexualidade

4.2.16 – Aspectos da Sexualidade

Inquirimos inicialmente se já haviam tido a primeira relação sexual e constatamos diferenças significantes entre os grupo, pois entre os meninos de rua (Grupo I) houve resposta positiva de 65,3% deles, enquanto entre os adolescentes do PROSAD (Grupo II) apenas 32,5% assim responderam; dados reforçados quando subdividimos os grupos por faixa etária (Tabelas 22, 22^a e 22B).

As mesmas diferenças significantes foram registradas quando perguntamos sobre a idade do início da prática sexual visto que dos 47 meninos e meninas de rua com historia positiva de relação, 6,3% já a referiram com idade menor que 10 anos e 83,1% entre os 10 a 15 anos, perfazendo um total de 89,4% deste grupo com inicio de pratica sexual em idade igual ou menor de 15 anos, enquanto somente 44,4% dos 27 adolescentes do Grupo II, dentro da mesma faixa etária, se encontravam em situação semelhante (Tabela 23).

Ainda interrogamos sobre a continuidade desta pratica e registramos que, dos 47 meninos de rua (Grupo I) que já haviam iniciado prática sexual completa, 54,2% prosseguiram nessa prática habitualmente, e somente 16,9% dos 27 adolescentes do PROSAD (Grupo II) assim agiam (Tabela 24).

Ao procurarmos sobre os tipos de parceiros na prática sexual dos dois grupos, não percebemos diferenças significantes nas respostas, segundo as quais múltipla parceria esteve presente em 84,6% dos meninos de rua (Grupo I) e 64,3% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) (Tabela 25). Um fato importante aqui registrado diz respeito ao uso de camisinha, que não faz parte da rotina dos dois grupos. Outro fato também, foi o relato de violência na primeira relação, presente em 66,7% das 12 meninas de rua com prática sexual (Grupo I) e em 40% das 5 adolescentes do PROSAD (Grupo II) (Tabela 26).

Ainda avaliamos a ocorrência da gravidez nos dois grupos e constatamos que, das 22 meninas de rua incluídas na pesquisa (Grupo I), 36,4% tinham história positiva, fato não registrado entre as adolescentes do PROSAD; razão das diferenças significantes (Tabela 27).

Finalmente questionamos sobre a faixa etária da menarca nos dois grupos e não constatamos diferenças significantes (Tabela 28)

* Drogadição

4.2.17 – Conhecimento e uso de drogas

Interrogamos inicialmente sobre o uso habitual de bebida alcoólica e não constatamos diferença significativa com história positiva em 41,7% dos meninos de rua (Grupo I) e 31,3% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II); dados ratificados quando subdividimos os dois grupos por faixa etária (Tabelas 29, 29^a e 29B). Entretanto quando perguntamos sobre a frequência desse uso, verificamos diferenças altamente significantes, posto que, dos 30 meninos de rua (Grupo I) que utilizam o álcool, 53,3% o faziam sempre que oferecido/frequentemente. Entretanto isto ocorria em apenas 11,5% dos 26 adolescentes do PROSAD (Grupo II) usuários do álcool (Tabela 30).

Interrogamos também sobre o uso do cigarro e verificamos que este revelou diferenças significantes, visto que 54,2% dos meninos de rua (Grupo I) e somente 18,8% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) trouxeram história do uso; referidas diferenças permaneceram quando subdividimos os dois grupos por faixa etária (Tabelas 31, 31A e 31B).

Quando perguntamos aos dois grupos que justificativas teriam para explicar o uso do álcool e do cigarro entre os jovens, não constatamos diferenças significantes nas respostas, aparecendo explicações tipo: é algo normal (em 20,8% do Grupo I e 22,9% do Grupo II), é prejudicial à saúde (em 29,2% do Grupo I e 48,2% do Grupo II), para impor respeito (em 20,8%

do Grupo I e 9,6% do grupo II), ou ainda para esquecer problemas (em 29,2% do Grupo I e 19,3% do Grupo II) (Tabela 32).

Também perguntamos se conheciam algum tipo de droga, excetuando álcool e cigarro e não tivemos diferenças significantes nas respostas, pois 91,7% dos meninos de rua (Grupo I) e 89,2% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) acusaram este conhecimento, fato ratificado quando subdividimos os grupo em faixa etária (Tabela 33, 33A e 33B). Somente quando questionamos sobre o uso habitual ou não de qualquer tipo de droga, novamente excetuando o álcool e o cigarro, é que tivemos diferenças altamente significantes, com resposta positiva de 61,1% dos meninos de rua (Grupo I) e apenas de 10,8% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II), fato reforçado na subdivisão por faixa etária de ambos os grupos (Tabelas 34, 34A, 34B). Entre os usuários dos dois grupos, procuramos então saber sobre a frequência desse uso e verificamos que 27,3% dos 44 meninos de rua (Grupo I) usuários, o faziam sempre que oferecido, chegando inclusive ao uso diário. Este fato não foi registrado entre os adolescentes do PROSAD (Grupo II); entretanto constatamos que o maior percentual dos dois grupos estão incluídos na categoria de usuário eventual: dos 44 meninos de rua usuários (Grupo I) 56,8% e dos 9 adolescentes do PROSAD usuário (Grupo II), 77,8% assim se comportavam (Tabela 35).

Quando questionamos sobre as justificativas que explicariam o uso de drogas, ditas ilícitas, entre adolescentes, constatamos também diferenças significantes, em que as normas e os conceitos de proibição estiveram presentes em 21,7% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) e somente 5,6% entre os meninos de rua (Grupo I). Em situação inversa à anterior, a referência da necessidade de esquecer problemas esteve presente em 38,9% dos meninos de rua (Grupo I) e apenas 6% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II).

Finalmente, perguntamos aos usuários dos dois grupos como reagiriam se lhes fossem oferecidas oportunidades de ajuda no sentido de deixar o uso da droga e não tivemos diferenças significantes nas respostas (Tabela 37).

* Violência

4.2.18 – Agressores e agredidos

Questionamos aos dois grupos sobre a ocorrência de prisão e do relacionamento com polícia e os motivos destes. Constatamos diferenças significantes, visto que responderam positivamente 51,4% dos meninos de rua (Grupo I) e apenas 1,2% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II). O único caso registrado no Grupo II decorreu de prática do furto, enquanto que no Grupo I, além do furto, estiveram presentes motivos como: uso de drogas, vadiagem, brigas, etc...(Tabela 38).

* Saúde / Doenças

4.2.19 – Condições de saúde

Procuramos saber, a principio, se os adolescentes dos dois grupo se julgavam sadios e não constatamos diferenças significantes, visto que 55,6% dos meninos de rua (Grupo I) e 67,5% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II), assim se consideravam.

Em seguida, quando inquirimos sobre a quem recorriam para procurar auxílio nos casos de adoecer, tivemos respostas com diferenças significantes, pois 54,2% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) recorriam às suas próprias famílias, sendo levados por estas ao posto, ou ainda, 45,8% recorriam ao posto diretamente (núcleo do PROSAD); enquanto que, entre os meninos de rua, somente 22,2% ainda recorriam à família e 77,8% já procuravam ou as instituições de abrigo ou o serviço de urgência municipal (Hospital Djalma Marques) ou ainda se automedicavam nos balcões das farmácias (Tabela 40).

4.2.20 – Alguns aspectos clínicos

DST/SIDA: Quando investigamos a história pregressa do DST nos dois grupos, constatamos diferenças significantes, posto que as “gonorréias” entre os homens e os “corrimentos” entre as mulheres estiveram presentes na história de 22,2% dos meninos de rua (Grupo I) e apenas 7,2% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) (Tabela 41). Então perguntamos a quem recorriam para o tratamento das suas DSTs e mais uma vez tivemos diferenças significantes, posto que 93,8% dos meninos de rua (Grupo I) e somente 16,7% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) com história positiva recorriam ao leigo para tratamento (balconista de farmácia, remédios caseiros, ou amigos). Aqui, registramos que 88,3% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) recorriam aos postos de saúde onde o programa de saúde do adolescente possuía núcleo instalado. Enquanto os 6,2% dos meninos de rua (Grupo I) que não se automeDICAVAM, buscavam os serviços de urgência municipal, também para solucionar seus problemas de DST (Tabela 42). Complementando a investigação neste item, foram feitas coletas de secreção vaginal de 11 meninas de rua (Grupo I) e 8 adolescentes do PROSAD (Grupo II) Obtendo-se culturas positivas para agentes específicos (monília trichomonas e gonococos) em 63,3% das meninas do Grupo I e em 37,5% das adolescentes do Grupo II (Tabela 43). Ainda solicitamos a Sorologia para Lues, para os dois grupos, e não constatamos diferenças significantes (Tabela 44).

Especialmente em relação à SIDA, perguntamos aos adolescentes dos dois grupos se possuíam informações sobre a referida doença, observando-se diferenças de pouca significância nas respostas positivas, presentes em 100% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) e em 90,3% dos meninos de rua (Grupo I) (Tabela 45). As diferenças se tornaram mais significantes quando questionamos se conheciam as formas de prevenção da doença, pois somente 36,1% dos meninos de rua (Grupo I) e 90,4% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) responderam positivamente (Tabela 46). E, quando oferecemos a oportunidade de realização do

Teste de Elisa para HIV/SIDA, aos que desejassem realizá-lo, verificamos mais uma vez diferenças significantes, pois aqui 79,2% dos meninos (Grupo I) e somente 41% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) manifestaram interesse neste sentido (Tabela 47).

Baixa Estatura e Carências: Encontramos também diferença significativa na avaliação da estatura dos dois grupos, decorrente principalmente daqueles localizados abaixo do percentil 2,5 que é representado por 20,8% dos meninos de rua (Grupo I) e 6% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) (Tabela 48). No sentido ainda de detectar outros fatores determinantes de carências biológica, solicitamos o hemograma completo, o exame parasitológico de fezes e o exame simples de urina e não constatamos diferenças significantes entre os grupos (Tabelas 49, 50 e 51).

Maturação Sexual: Avaliamos a maturação sexual através da Escala de Tanner e não constatamos diferenças significantes entre os grupos, para ambos os sexos (Tabela 52).

Avaliação Oftalmológica: Constatamos diferenças significantes no teste de acuidade visual, realizado através do optotipo de Snellen, onde 8,3% dos meninos de rua (Grupo I) e dos 18 adolescentes do PROSAD (Grupo II) encaminhados ao parecer oftalmológico, por falhas no teste de Snellen ou outros motivos, 45% do Grupo I e 38,9% do Grupo II tiveram confirmado erro de refração (Tabela 54).

Outros Dados: Ainda alguns dados se revelaram diferentes significativamente e merecem registro: a má conservação dentaria ou até mesmo a extração precoce (em 77,8% dos meninos de rua e em 48,2% dos adolescentes do PROSAD); as cicatrizes traumáticas (em 31,9% dos meninos de rua e 12% dos adolescentes do PROSAD); os defeitos posturais (em 2,8% dos meninos de rua e 18,1% dos adolescentes do PROSAD); pediculose (em 16,7% dos meninos de rua e 3,6% dos adolescentes do PROSAD), assim como sinais de onicofagia, fimose e correlatos (Tabela 54).

5 – Discussões

5.1 – O Olhar dos Técnicos

Começamos a trabalhar com adolescente do Departamento de Medicina III (Materno-Infantil) da Universidade Federal do Maranhão, em 1985. neste projeto piloto, iniciado no bairro da Vila Palmeia e com a experiência adquirida nele, posteriormente contribuímos para a implantação, nas redes estadual e municipal de saúde, dos núcleos de atenção integral à saúde do adolescente, em varias unidades da cidade de São Luís. Vivenciamos diversos momentos de sensibilização e capacitação, pelos quais passou cada técnico que, voluntariamente, se apresentou e se inseriu neste proposta de atenção integral. Assim, vimos nascer e crescer os núcleos do Centro de Saúde Dr. Genésio Rego (SES), do Hospital Materno-Infantil (HU-UFMA), do PAM-Diamante (Inicialmente INAMPS, agora SES) e de algumas unidades do Município.

A década de 90 tem se caracterizado pela expansão desta proposta no Estado. O denominado Programa de Saúde do Adolescente do Maranhão (PROSAD-MA) tem crescido em área de abrangência geográfica, em número de profissionais envolvidos, em número de adolescentes recebidos em todas as unidade, em numero de ações desenvolvidas extra-muro e nas diversas articulações e parcerias estabelecidas. Os cursos de Capacitação têm se seguido, sempre com o propósito de qualificar cada vez mais os seus técnicos.

Observamos entretanto, que em todos os momentos em que apresentávamos a proposta de envolvimento, no Programa, de tantos garotos e garotas com quem cruzávamos todos os dias nas ruas de São Luís e, por esta razão, denominamos “meninos e meninas de rua”, havia sempre uma resistência, explícita algumas vezes, ou evasivas em outras, como: “por falta de

experiência”, “por falta de conhecimentos da situação como droga/violência”, “por serem diferentes”, etc.

Prosseguindo nossas observações em campo, em alguns momentos procurávamos chamar a atenção desses mesmos profissionais para o fato de que próximo de alguma unidade onde o PROSAD já se havia implantado havia uma casa de apoio e/ou abrigo, destinada exatamente para a clientela dita de rua; citávamos os exemplos: a Casa do Papaixinho, (Org. governamental), vizinha à Unidade Materno-Infantil do HU (UFMA); o Lar Dom Cabrália (Org. não governamental), a pouco mais de duas quadras do PAM-Diamante, e a própria Casa João e Maria (Org. não governamental), situada no centro da cidade, onde estas mesmas unidades de saúde se localizavam. E, apesar de todo o esforço, não percebíamos eco às chamadas, ouvindo sempre os mesmos argumentos como resposta: “são difíceis de lidar”, “são diferentes”, trazem grandes problemas com drogas e violências” etc.

Em parcerias com outras instituições como: Secretaria Municipal de Saúde, conselho Municipal de Direitos da Criança e Adolescente, Organizações não governamentais, Fundação Criança Cidadão do Município de São Luís, Polícia Militar, Fundação Criança e Adolescente do Estado e o próprio Conselho Estadual de Entorpecente (CONEN), o PROSAD-MA conseguiu oferecer a todos os seus profissionais, principalmente os da ponta, um curso informativo sobre “drogas”, em que especialistas locais e nacionais discutiam questões sociais, legais, psicológicas, culturais e biológicas relacionadas ao tema, com enfoque sempre no cidadão usuário, evitando cair no lugar comum da discussão da droga pela droga. Todos participaram assiduamente.

A partir desse evento, as instituições participantes elaboraram uma proposta de atenção integral e integrada para todos os adolescentes usuários da droga, independentemente do estigma “menino de rua”.

Apesar de todo este processo desenvolvido, apesar de todas as tentativas, na prática o menino considerado “de rua”, ao se pego usando droga, continuava sendo interpelado pela polícia e, quando o caso exigia, levado ao Hospital Municipal de Urgência Dr. Djalma Marques (Socorrão). Nas poucas vezes em que este menino ou esta menina eram levados até uma Unidade do PROSAD, continuávamos observando o pânico, o mal-estar que isto implicava, com reações do tipo “não temos estrutura para este tipo de atendimento”, “vamos mandar de volta para a FUNAC”, “precisamos rediscutir este assunto, pois continuamos achando ser este um caso de urgência”, “não sabemos o que fazer”, etc.

Questionávamos então: se o problema era apenas falta de conhecimentos mais consistentes sobre as questões da droga, como alegado antes, por que, depois de toda a capacitação oferecida, inclusive na área específica, o assunto ainda gerava tanta intranquilidade? Será que o problema estava o fato na droga especificamente, ou na correlação que referidos técnicos faziam desta, com os meninos e as meninas de rua e, por conseguinte, com a violência, esquecendo que estes meninos representavam também adolescentes com os quais haviam se proposto a trabalhar?

Em julho de 1993, iniciamos a pesquisa de campo com os meninos e as meninas “de rua” na Unidade Materno-Infantil do HU (UFMA) e, agora, não com os profissionais do PROSAD, mas entre inúmeros funcionários dessa Unidade, tivemos algumas resistências havendo necessidade de uma verdadeira peregrinação para sensibilizar um por um, desde a vigilância na entrada do hospital (onde nos primeiros dias tivemos registros de pequenos atritos, no momento em que alguns dos garotos chegaram à unidade sem a educadora de rua, e tentaram entrar); passando pelo protocolo e arquivo (onde tivemos que argumentar, por vezes sobre a necessidade da abertura provisória de um prontuário, em caráter excepcional, daqueles meninos que não possuíam sequer o “registro de nascimento” para “provar que existem”); e até nos

serviços de laboratório, radiologia e especialidades médicas. Ressaltamos entretanto, eu tivemos um grupo minoritário de técnicos dessa Unidade que não hesitou em abraçar a idéia e contribuir para a pesquisa desde o primeiro instante.

Enfatizamos aqui que a referida pesquisa trouxe à Unidade os meninos e as meninas denominadas “de rua” pelas próprias instituições que os acolhiam, e não tivemos qualquer ocorrência que os colocassem na categoria de “réus” por situações de furto, violência ou qualquer outra conduta considerada anti-social, quer na sala de espera, quer nos diversos setores por onde passaram.

Ao concluirmos esta pesquisa, procuramos passar a todos os profissionais do PROSAD-MA os seus resultados, principalmente enfatizando o comportamento dos meninos de rua durante todo o trabalho. Mesmo assim, não percebemos receptividade, no sentido de prosseguirem as ações iniciadas.

Após as observações registradas, resolvemos, no final da pesquisa com os meninos, fazer também uma entrevista semi-estruturada (questionário em anexo) com alguns desses profissionais escolhidos por trabalharem nas unidade próximas às casas de abrigo, cujos discursos passaremos a analisar, com o objetivo de identificar fatores determinantes deste tratamento excludente.

Procuramos inicialmente saber se nas suas atividades diárias tinham dificuldade em abordar e/ou orientar alguns problemas trazidos pelos adolescentes do PROSAD-MA. Verificamos que dos 15 técnicos entrevistados, 13 (86,6%) fizeram referencia à droga, 9 (60%) aos distúrbios de relacionamento familiar, 7 (46,6%) aos problemas referentes à sexualidade, 6 (40%) às questões de maus tratos, 4 (26,6%) aos distúrbios comportamentais, 3 (20%) aos distúrbios comportamentais, 2 (13,3%) às situações de depressão e apenas 1 (6,6%) aos casos de estupro, ansiedade, namoro e exame de genitália.

Observamos principalmente que os referidos profissionais ratificavam nas entrevistas suas dificuldades na abordagem com adolescentes quando a questão trazida era a “droga”, apesar de toda a capacitação teórica anteriormente vivenciada por eles. Trazemos para reflexão uma hipótese: se a droga estivesse fortemente presente na fala desses profissionais (86,6%) não seria possível que esta também estivesse fazendo parte da história de vida de muitos adolescentes já atendidos no PROSAD? Se as limitações de abordagem ainda eram referidas, não seriam decorrentes, menos da falta de conhecimento e mais de fatores intrínsecos, produtos da angústia, do medo que cada profissional desenvolvida com relação a esta questão, ainda tão envolta em preconceitos e incertezas legais?

Prosseguindo a entrevista, quando procuramos detectar as razões principais dos entraves para assumir ou acompanhar as situações que envolviam “uso de droga”, alguns termos se fizeram bem presentes, tais como: “despreparo”, “receio”, “medo” nas falas dos profissionais:

“-Tenho dificuldade de desenvolver o assunto”

“-Tenho medo de fazer a abordagem e não ter o que oferecer depois”

“- tenho receio porque a teoria, muitas vezes, difere da prática”

“- Ainda me sinto despreparado”

“-Tenho dificuldade porque faltam opções para melhoria de vida”

“- Sinto-me impotente porque faltam recursos com apoio no esporte na arte, etc.”

“- Tenho bloqueios, principalmente quando o usuário é menino de rua”

Observamos que apesar das questões estruturais terem sido citadas como “falta de recurso” ou “falta de opções” a maior ênfase destas falas esteve no “medo”, reforçando a hipótese de que as questões existenciais dos referidos profissionais constituem na verdade o bloqueio maior para esta abordagem. Possivelmente, como afirmamos antes, suas angústias ao se perceberem envolvidos em uma situação que representa “ilegalidade” fazem brotar toda

insegurança, toda incerteza, todo medo, toda resistência que esta questão desperta ainda, na maioria das pessoas. Chamou-nos atenção também a associação direta estabelecida por um dos profissionais entre a droga e o “menino de rua”, explicitamente manifesta na frase: “tenho bloqueio, principalmente quando o usuário é o “menino de rua”; aqui além da resistência já referida sobre a questão específica da drogadição, começamos a perceber o reforço desta quando envolvida com o problema: “menino de rua”.

Camuflados na linguagem do medo, da insegurança, os técnicos do PROSAD deixam transparecer o seu olhar na droga e o que “ela” representaria como ameaça ao “equilíbrio” do ambiente do trabalho. Admitir uma discussão mais ampla e despreconceituosa sobre o tema seria, no olhar desses técnicos, admitir a “infração de normas”, seria também, com ela, trazer outros problemas que “seria preferível ignorar”, “desconhecer” ou “não se envolver” principalmente quando seu usuário traia o agravante de pobreza, conforme explicitou um dos técnicos, e portanto se encontrava na categoria do impessoal, do indivíduo, do menor, do “menino de rua”,

Ratificamos tais afirmativas recorrendo a Guattari (1993) quando afirmou: “No Brasil convivem e conjugam-se num mesmo trama dois mundos: o mundo das pessoas onde todos são gente de uma maneira ou de outra maneira acima da lei, mundo das relações sociais personalizadas que possuem um código altamente elaborado. Por outro lado, há o mundo dos indivíduos, impessoal, regido pela lei igualitária e universalizante”.

Entendemos que os profissionais do PROSAD-MA fazem parte de um coletivo cujas regras determinam o que “devemos ser”, como seres sociais e este comportamento “desejável” (Rios, 1994) delineado por referidas regras induz todos a se colocarem na opção do “certo” ou do “errado”, do “bem” ou do “mal” ou do “legal” ou do “ilegal”. Entretanto, enquanto insistirmos no paradigma bio-médico ao tratarmos como adolescentes estaremos nos contentando

em aceitar a droga como um “sintoma” e sob esta ótica, uma “doença”, uma “doença ilegal”. Precisamos portanto, desviar o nosso foco e tentar “sentir” mais o adolescente que tantas vezes na droga se escondem. É necessário que comecemos a discutir a questão dentro de um olhar multireferencial, evitando o trabalhar droga/adolescente sob a visão míope reducionista (Guattari, 1993) Miopia que induz a trabalhar a droga pela droga, bem mais preocupados nos seus efeitos e consciente ou inconsciente ou inconscientemente omissos na discussão de suas causas.

Tal como a droga, investigamos melhor as razões dos bloqueios em abordar as questões relacionadas aos problemas familiares nos termos “dificuldade de acesso”, “dificuldade de atingir”, “situações delicadas”, “problemas complexos”, “questões legais” e frases como:

- “Pelas dificuldades de acesso fácil a estas famílias”
- “Pelas dificuldades, muitas vezes, de atingir os pais”
- “Pelas situações delicadas que estas questões podem gerar”
- “Porque representam problemas que as vezes envolvem até questões legais”
- “Porque geralmente decorrem de problemas sociais complexos”

Inicialmente procuramos interpretar o que representariam as “situações delicadas”, os “problemas sociais complexos”, as questões legais” que estariam contribuindo para as “dificuldades de acesso” ou “dificuldades de atingir os pais” e percebemos que a concepção de família, para estes técnicos, ainda estava pautada na “família nuclear”, com todo o seu “status legal”. Tentar, portanto, penetrar neste contexto, já implicaria resistência, pois poderia mexer com valores morais ao constatarmos, muitas vezes, que esta família, citada em tantos documentos oficiais referentes à adolescência e que, algumas vezes ainda conseguimos orgulhosamente referir como “nossa família”, não representa a mesma família de tantos jovens que, dependendo do nosso paradigma, passam a ser conceituadas como “desestruturadas” e portanto “delicadas”, “problemáticas”, “ilegais”. Talvez esqueçam os técnicos do PROSAD-MA, na sua concepção

paradigmática de família, que: “A verdade, o belo, o bem, não são conceitos estáticos, definidos de uma vez por todas – são conceitos constituídos socialmente” (Rios, 1994). Portanto na dependência na dependência dos nossos valores, estaremos mais aptos a aceitar ou rejeitar o outro. E, “É no espaço na moralidade que aprovamos ou reprovamos o comportamento dos sujeitos, que o designamos como correto, ou incorreto. Pois há sempre uma expectativa em relação ao desempenho dos papéis, desempenho que se aceita ou se rejeita socialmente” (Rios, 1994). Talvez alicerçados em rígidos valores de família e moral, esta definida como “um conjunto de normas e regras destinadas a registrar as relações dos indivíduos numa comunidade social dada” (Vazquez, 1975), os profissionais do PROSAD-MA estejam encontrando tanta dificuldade na abordagem dos problemas de relacionamento familiar entre adolescentes. Talvez, se os referidos técnicos, antes mesmo de quererem corrigir os problemas familiares desses jovens, compreendessem a presença de valores em mutações, poderiam procurar no espaço de reflexão filosófica da ética, definida como “a reflexão crítica, sistemática, sobre a presença de valores na ação humana” (Rios, 1994), a reflexão crítica dos seus valores e a dimensão moral do comportamento humano, lembrando que a moral numa determinada sociedade indica o comportamento que deve ser considerado bom ou mau; enquanto a ética procura o fundamento do valor que norteia o comportamento, partindo da historicidade presente nos valores (Rios, 1994).

Sob o olhar da ética, constatamos que em uma mesma cultura, as mudanças de valores podem ocorrer com o passar do tempo e que os valores podem ser diferentes, em diferentes culturas. Portanto, nossos valores morais não devem representar a Verdade absoluta. Cada família tem sua historicidade, portanto tentar normatizá-la sob nossos conceitos paradigmáticos será sempre, no mínimo, frustrante.

Procuramos ainda discutir outros aspectos apresentados como difíceis, para os técnicos, nas suas abordagens com os adolescentes.

Foram também citados: o suicídio, a depressão e a ansiedade, respectivamente por 4 (26,6%), 2 (13,3%) e 1 (6,6%) técnicos do PROSAD-MA.

Quando procuramos ouvir as razões determinantes dos bloqueios sobre os temas, escutamos, mais uma vez, termos como: “pouca experiência”, “envolve família”, ou “complexidade”, em frases, como as seguintes:

-“Ainda não me considero experiente nestes casos”

-“É difícil porque sempre temos que envolver a família no processo, principalmente nos casos de suicídio”

-“Dificuldade pelas complexidades nas soluções”

Seriam dificuldade dos técnicos apenas porque os referidos processos muitas vezes podem decorrer de questões estruturais, razão dos mesmos referirem em suas falas “a complexidade de soluções”, o “agravante do envolvimento familiar”, etc? Ou aqui também, estes bloqueios seriam decorrentes das questões existenciais destes profissionais?

Segundo Guaderer (1991) o suicídio ainda representa para os profissionais de saúde um grande tabu, principalmente quando relacionado à adolescência.

Chamou-nos a atenção que, entre os profissionais do PROSAD-MA, a referência ao suicídio esteve presente apenas associado à tentativa explícita de auto-destruição, não sendo, em qualquer momento, correlacionada os inúmeros casos depressivos que muitas vezes impulsionam tantos jovens a condutas disfarçadas de destruição da própria vida.

Ainda Gauderer (1991) afirmou que este tem sido o comportamento da maioria dos profissionais de saúde, principalmente em nosso país. Enquanto o Anuário Estatístico do Brasil de 1982 (Monteiro, 1985) registrou apenas cinco tentativas de suicídio em menores de 14

anos e 131 entre os de 15 a 24 anos durante o período de um ano, no Estado do Rio de Janeiro, as estatísticas de países que dispõem de maiores recursos e menos tabus para lidar com o assunto colocam o suicídio na adolescência como a terceira causa de óbito nesta faixa etária (American Academy Pediatrics News, 1985), precedida apenas pelos acidentes e homicídios.

Monteiro (1985), já alertou sobre “A gravidade do assunto, o grande número de casos não relatados ou registrados como acidente e a raridade com que o tema é abordado em divulgações pediátricas no nosso meio”.

Talvez, para os profissionais do PROSAD-MA, abordar referidos temas implique nos mesmos bloqueios acima referidos, muito mais decorrentes das próprias dificuldades emocionais, tais como o de defrontar com a própria finitude ou a própria impotência, bem mais do que por ordem intelectual ou racional (Gauderer, 1991). Muitas vezes a fuga tem impedido a prática de uma discussão mais ampla e despreconceituosa e tem conduzido muitos profissionais à minimização ou até a negação do problema. Quantos “acidentes” exigiram uma reflexão maior. O mesmo podemos afirmar sobre o uso abusivo do álcool, dos tranquilizantes, dos soníferos e de tantas drogas ditas lícitas. Como diz Gauderer (1991) “Esta miopia frente ao óbvio, manifesta-se sob a forma de diagnósticos do tipo intoxicação acidental ou ingestão de comprimidos, queda acidental ou outros eufemismos como autolesão, para não ter que encarar o problema de frente e a fundo, ou seja: foi uma tentativa real e objetiva de suicídio”

E, sob este olhar míope e simplista, deixamos de sentir, tantas vezes, o adolescente que “em função de sua angústia, gerada por seu momento existencial, sem perspectivas de coexistência ou de existência, “passa a ser contra si mesmo” (Moura, 1995)

A sexualidade e suas implicações, os maus tratos e os distúrbios comportamentais também foram referidos pelos profissionais do PROSAD-MA, como temas que traziam dificuldades na abordagem e orientação aos adolescentes.

Mais uma vez, situações que nos colocam diante de questões legais e/ou morais.

Discutir, por exemplo, a sexualidade do adolescente, implica, com certeza, remexer em nossa própria, nos nossos valores, nas brigas internas tantas vezes entre o querer e o poder social e culturalmente. Conforme explicou Durthein, citado por Fernandes (1994): “O homem adulto normalizado / moralizado é uma espécie de condomínio onde dois moradores entregam-se a uma luta sem tréguas: O outro, internamente inscrito, funcionando como um tipo de polícia interna, vigia, controla e pune um segundo morador, esse ser das paixões desmedidas”. Sabemos que a sexualidade de seres humanos se manifesta de acordo com valores que, por sua vez determinam normas sociais que terminam por definir aquilo que devemos ou não fazer, na dependência, das nossas funções do nosso “status” na sociedade. Se, enfim, concebemos a sexualidade como uma forma de expressão, uma comunicação total entre os seres humanos, discutir este tema com o jovem exigirá uma maior flexibilização de valores, aceitando-os como instáveis através dos tempos e admitindo mudanças em conceitos e preconceitos anteriormente ressaltados. E, talvez, na dificuldade deste exercício esteja o maior bloqueio na abordagem deste assunto com os adolescentes por parte dos técnicos.

Por outro lado, falar em maus tratos é trazer para a discussão, outra vez, todos os enfoques feitos com relação à questão dos problemas familiares, posto que, com frequência os maus tratos envolvem instituições de valores “intocáveis”, como a família, a escola, a segurança, etc. Portanto, aprofundar discussão neste aspecto com certeza levantaria questões legais nas quais “seria preferível não se envolver”.

Quando enfim perguntamos mais especificamente sobre as dificuldades para assumir e/ou acompanhar meninos e meninas de rua, no PROSAD-MA, constatamos que 12 (80%) dos 15 profissionais revelaram entraves expressos em termos como “Falta de experiência”, “receio/medo”, “incerteza”, “serviços especializados”, incluídos em frases do tipo:

- “Não tenho a menor experiência profissional”
- “Não saberei como abordá-los”
- “Não saberei reagir diante da situações criadas”
- “Fico a incerteza do que pode acontecer no atendimento”
- “Receio, pelas dificuldades de estabelecer limites”
- Receio, por nunca saber a reação deles”
- “Tenho medo, porque alguns são rudes”
- “Eles precisam de atendimento especializado”

Somente 2 (13,3%) profissionais conseguiram ampliar o olhar para além do menino “perigoso”, “difícil”, inserindo-o no contexto sócio-econômico cultural onde sobrevivem, justificando suas dificuldades na abordagem desses meninos, em frases do tipo:

- “Contamos com poucas opções, poucos recursos para sua melhoria de vida”
- “Pelos graves problemas sociais que os envolvem”

Portanto, aqui, com relação à atenção ao menino de rua, os técnicos do PROSAD já identificaram os “culpados” para justificar uma discriminação: Ou o próprio menino que é “rude”, “imprevisível”, “sem limite”, e/ou as circunstâncias onde sobrevivem, porque “não existem opções para sair dessa”.

Quando, em seguida, solicitamos a estes profissionais que colocassem propostas de atendimento, a estes meninos e meninas, às suas necessidades enquanto, adolescentes, na atenção à saúde, tivemos que 12 (80%) dos 15 técnicos, já explicitavam suas posições excludentes, inseridas em frases como:

- “Seria melhor atendê-los em núcleos específicos”
- “Atendê-los em dias, horas ou salas diferentes, mesmo que em algum núcleo do

PROSAD”

- “Atendê-los nos próprios abrigos ou nas casas de proteção”
- “Atendê-los nos abrigos primeiramente e depois em núcleos específicos”
- “Atendê-los em sala, hora e dia separados e depois atendê-los indiferenciadamente”

Ainda solicitamos a estes profissionais que imaginassem como os pais dos adolescentes do PROSAD e os técnicos das unidades receberiam a idéia do atendimento aos chamados meninos de rua no mesmo espaço e hora dos demais adolescentes, naquela unidade. Percebemos claramente o esforço da exclusão no discurso, pois na fala desses profissionais, assim deveriam se comportar os pais:

- “Aceitariam com restrição”
- “Aceitariam só se os atendimentos fossem distintos”
- “Rejeitariam e até retirariam seus filhos do PROSAD”

E desta forma, os técnicos das unidades:

- “Aceitariam, mas teriam medo da violência”
- “Aceitariam, solicitando maior proteção”
- “Rejeitariam por falta de segurança”
- “Sugeririam outro local”

Chamou-nos a atenção o fato de três profissionais, que no início da entrevista se revelaram receptivos à idéia do atendimento indiferenciado, neste instante terem transferido para os pais e/ou técnicos das unidades a responsabilidade da exclusão, transportando para os mesmos o uso do termo “distinto”.

Ao falar pelos outros “(pais, técnicos da unidade) os profissionais do PROSAD-MA reproduziram suas falas e reforçaram a idéia da exclusão.

Procurando aprofundar ainda mais esta discussão, questionamos, então, onde estariam os maiores entraves da equipe de cada núcleo na abordagem desses meninos e alguns termos foram reforçados tais como: “medo”, “receio”, “droga/drogadição”, “violência”, “condutas anti-sociais”, manifestados em frases tipo:

“Teríamos dificuldade de abordar drogadição”

“Teríamos medo da violência”

“Recearíamos que eles pudessem influenciar negativamente os outros adolescentes do PROSAD”

“Teríamos medo das condutas anti-sociais”

“Teríamos receio de que pudessem trazer transtornos locais”

Ou ainda com evasivos discursos do tipo:

“Não gostaríamos de atendê-los, pelos sentimentos de pena e culpa que nos invadem quando os olhamos”

“Por apresentarem patologias pouco habituais”

Enfim mais uma vez é colocado o menino como o principal ator do mau, responsável direto por todo o seu processo, pelo fato de ser “anti-social”, “violento”, “de más influencias”, etc.

Prosseguindo a investigação, questionamos se, dentro do paradigma bio-médico, haveriam doenças mais específicas dessa clientela que diferissem dos demais adolescentes do PROSAD e constatamos que: 11 (73,3%) dos 15 profissionais fizeram referências às doenças sexualmente transmissíveis; 10 (66,6%) citaram a droga; 7 (46,6%) referiram os distúrbios comportamentais; 4 (26,6%) destacaram a violência e 4 (26,6%) ainda a agressividade. Foram também lembrados, em percentuais bem menores, as carências nutricionais, os problemas

dermatológicos, a gravidez, a baixa estatura, os distúrbios psiquiátricos e os distúrbios de escolaridade.

Estabelecemos aqui algumas correlações. Relembramos que no início da entrevista, quando solicitamos aos profissionais que citassem de três a cinco problemas trazidos pelos adolescentes do PROSAD que implicassem em dificuldade de abordagem, foram relacionados: “droga”, “distúrbios de comportamento”, “maus tratos” e “problemas de sexualidade”, já comentados no início desta análise. Quando solicitamos aos mesmos técnicos que referissem as enfermidades que esperariam encontrar entre os meninos de rua, foram relacionados agora: “droga”, “violência e agressividade” e “doenças sexualmente transmissíveis”. Entretanto, chamou-nos a atenção a linguagem usada naquele momento agora:

- Aquilo que seria “problema de sexualidade” para os adolescentes do PROSAD, passou a representar exclusivamente “doenças sexualmente transmissíveis” para os meninos de rua. Portanto, “doentes”, fica também implícito para os mesmo a pré-noção de promíscuos”.

- Aquilo que seria “droga” para os adolescentes do PROSAD, sem correlação direta a “ameaças” ao serviço, pelo usuário daquele grupo (apesar do registro de dificuldade na abordagem), passou a representar “risco” e correlacionado distúrbios patológicos, quando o usuário foi o menino de rua, portanto, “doentes mentais”, entes últimos são logo preconcebidos como “viciados”.

- Aquilo que seriam “maus-tratos” entre os adolescentes do PROSAD, que sob o olhar dos técnicos são os agredidos, vitimizados, passou a representar “violência”, “agressividade”, “distúrbios de conduta” entre os meninos de rua. Portanto “portadores de patologias psiquiátricas”, são vistos como agentes causais da violência, isto , também pré-concebidos como delinqüentes”.

E sob esta ótica, prossegue todo o discurso do 15 profissionais do PROSAD-MA, algumas vezes mais explicitamente que outras. Quer no momento em que foram solicitados a apresentar propostas na atenção à saúde, quer quando falavam pelos pais e técnicos das unidades a idéia da exclusão esteve sempre manifesta.

Para os referidos profissionais, por serem os meninos de rua pré-concebidos de “violentos”, “viciados” e “promíscuos”, são “delinqüentes” e é, portanto, “justificável o medo, o receio”, expresso em tantos momentos. Por representarem “ameaça”, é “compreensível pensar em segurança”. Enfim, em uma única frase manifestada por um desses profissionais, resumiríamos todo este olhar: - “Trago o reflexo de todos os meus medos enraizados na sociedade co relação a esta problemática”.

Se partirmos do pressuposto desses profissionais, até acreditaríamos estar diante de adolescentes incompatíveis na convivência e, por isto, merecedores de separações na proposta de atenção à saúde; contribuindo, desta forma, para concretizar um pensamento de B. Brecht, citado por Minayo (1991):

Está se aproximando um tempo nefasto. A criança pobre terá que temer a fome, e as crianças ricas, os famintos”

E, recorrendo aqui à própria autora, quando transpôs o imaginário da peça de Brecht: “O Circulo do giz Caucasiano”, para a realidade de hoje.

“Chegou para nós o tempo nefasto, em que as crianças pobres morrem de fome e pelas mãos dos grupos de extermínios. E nossas crianças ricas e de classe média, estão morrendo de medo”.

O medo com relação a esta situação, e ratificado neste trabalho, invade crianças e adultos. Maduro (1994) afirmou que as pessoas e/ou comunidades, frente a situações inusitadas, novas, inesperadas, tais como pessoas desconhecidas, comportamentos diferentes, situações

inusitadas, problemas nunca enfrentados, assumem condutas de desfrute (sem reflexões prévias) se a novidade é prazerosa e não desperta medo; ou condutas de evasivas e/ou recusas, se o fato novo despertar insegurança, medo. Diz também que geralmente, quando tentamos “compreender” o novo, nossa primeira referência é o velho conhecido, que estabelecemos como o “referencia normal”.

Ao discutir a atenção do menino de rua nos núcleos do PROSAD-MA, deparamos exatamente com a situação acima referida por Maduro (1994). Trata-se de “uma nova experiência”, que sob o olhar dos profissionais traz consigo a insegurança, o medo, fruto dos estigmas pré-estabelecidos pela sociedade. Talvez como técnicos na tentativa de “compreender” esta população, logo estabeleçamos como referencial os absorvidos conceitos de “normalidade” na adolescência, portanto os velhos e rígidos referenciais, sem valorizarmos a singularidade e a circunstância de cada um destes meninos.

Ao afirmar que uma das razões pelo qual tanto nos custa reconhecer, identificar e estimular a multiplicação do novo é, precisamente, porque com frequência, o novo nos dá “medo”, o referido autor nos leva a compreender porque, diante do inusitado, tendemos a optar por negá-lo ou rapidamente rejeitá-lo com evasivas de que “é ruim”, “diabólico”, “ineficaz” ou ainda “promíscuo”, “violento”, “drogadicto”, “delinquente”, “marginal”, tão bem presentes no discurso dos profissionais do PROSAD com relação à proposta de atenção aos meninos e meninas ditos de rua.

Na situação cômoda do “equilíbrio” mantido pelas normas sociais que nos garantem segurança e proteção, muitas vezes não conseguimos alcançar com os olhos, além do que estamos satisfeitos a ver. E segundo Velho (1985), ao estudarmos comportamento desviante, a maior dificuldade “consiste numa visão estanque e fracionada do comportamento humano, que transforma a realidade individual em algo, em princípio, independente da sociedade e da cultura –

visão deformada e incompleta da atividade humana”. Poucos foram os profissionais na pesquisa que conseguiram dirigir o olhar para além da “droga”, da “violência”, que, segundo os mesmos, estes meninos “representam”. Poucos conseguiram discutir as questões circunstanciais quando se referiam a esta população.

Infelizmente, muitas vezes, o olhar limitado das normas sociais rígidas, os valores imutáveis, torna as sociedades injustas. Como já afirmou Maduro (1994), o simples fato de colocarmos para nossos filhos que devem estudar, pois quem não estuda fica sem emprego, torna-se mendigo e morre de fome pode gerar no olhar da criança a idéia de que o pobre assim o é porque não estudou, nada quis com a vida e é o único culpado por estar nesta situação de pedinte na rua.

Com relação específica ao menino de rua, Pereira Jr. (1992) já afirmava: “Se por um lado a sociedade possui um instinto de proteção da criança, por outro cria mecanismos para se defender do menor”. Enquanto persistimos em olhar o menino que está na rua como potencialmente perverso, delinqüente, marginal, continuaremos a propor atenções “diferentes” e não estaremos sendo capaz de concebê-los “como síntese de múltiplas determinações... como um ser social, no contexto das condições marginais de sua existência, condições essas que refletem as contradições básicas da sociedade” (Violante, 1989).

5.2 – O Estudo Comparativo

* Dados gerais da identificação

5.2.1 – Cor: A distribuição da cor entre os dois grupos dessa pesquisa revelou diferenças significantes considerando que 70,8% dos meninos de rua (Grupo I) e 51,8% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) pertenciam á raça negra ou desta descendiam.

A alta incidência de negros e descendentes destes entre os pobres marginalizados e principalmente entre os meninos de rua é registrada em vários trabalhos.

Minayo (1993), em pesquisa realizada em cinco capitais brasileiras: Rio de Janeiro, Porto Alegre, Cuiabá, Recife e Manaus, relatou que 83% das famílias pobres pesquisadas eram negras ou descendentes desta etnia e que o predomínio da cor negra entre as famílias com meninos nas ruas já fora referido em outros trabalhos como o de Monteiro Filho e colaboradores (1988), e o de Rizzini e colaboradores (1986). Especificamente com relação ao trabalho de Monteiro Filho em atendimento ambulatorial de meninos de rua foi constatado que 90% destes eram brancos.

Diniz a. (1994), em trabalho de pesquisa com adolescentes marginalizados na região amazônica descreveu textualmente: “Marrons, miúdos olhos redondos com levíssimo toque rasgado...”, quando fez referência àquela população alvo.

Este fato pode ser historicamente explicado quando tomamos consciência da fortíssima e secular discriminação e violência social da qual a raça negra em nosso país tem sido vítima (Minayo, 1993). No Brasil Império o escravo sempre fora visto como inferior, braçal, serviçal. Com advento do Brasil República, na rediscussão sobre nacionalidade e cidadania no país, ter-se-ia que englobar necessariamente as três raças componentes da formação nacional brasileira. No entanto, “como o paradigma científico hegemônico no contexto da proclamação da República era o racismo de inspiração biológica (o darwinismo social que fundamentava o positivismo e o evolucionismo) tal situação criava um constrangimento de como formar a nacionalidade e cidadania num país de ex-escravos e de miscigenados de raças inferiores” (Kaloustian, 1994), considerando principalmente o pressuposto da época de que o branco seria uma raça superior. Alicerçados nestes preconceitos, construímos a nossa história, até hoje

maculada pelo percentual elevado de miseráveis, sendo principalmente atingida a raça negra ou os adolescentes desta etnia.

5.2.2 – Sexo: A diferença de distribuição do sexo por grupo não se revelou significativa, considerando a própria intencionalidade do pesquisador em estabelecer grupos similares nesta variável para melhor estudo.

Chamamos atenção, entretanto, para a maior incidência do sexo masculino na demanda dos meninos (69,5%), fato também registrado na literatura.

Cheniaux (1982), em estudo social sobre a situação do menino de rua, já registrava a presença muito maior do sexo masculino.

Vainsencher (1989), estudando menores institucionalizados também registrou o mesmo fato.

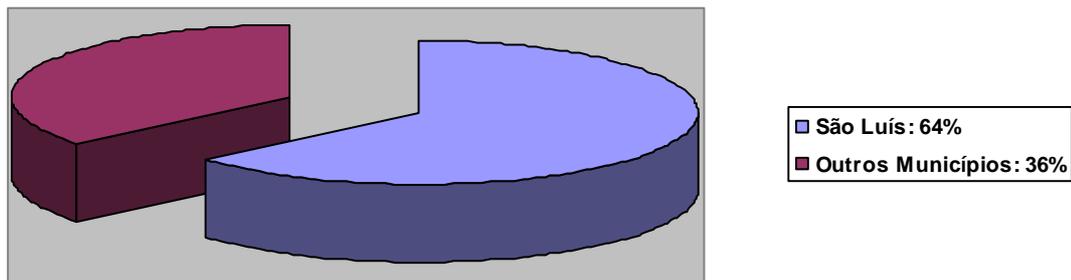
Rizzini e Rizzini (1991) descreveram estudos que registravam o predomínio no sexo masculino entre os adolescentes de rua em diferentes locais do país, tais como: Recife (1990) com 84%, Salvador (1990) com 89%, Belém (1990) com 90% e Goiânia (1990) com 88%.

A predominância masculina em todos os trabalhos levantados, ratificada nesta pesquisa, pode ser explicada ao considerarmos o fato de que é o menino quem mais precocemente vai às ruas em busca de recursos para sua sobrevivência e da família, enquanto, por questões até culturais, as meninas prosseguem por um tempo maior assumindo as responsabilidades domésticas.

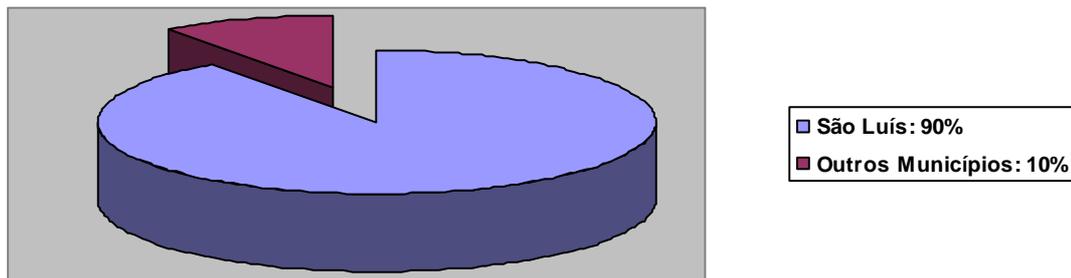
5.2.3 – Naturalidade: A comparação de procedência dos meninos de rua (Grupo I) e dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) revelou diferenças altamente significantes, posto que 63,2% dos meninos de rua e 90,4% dos adolescentes do PROSAD eram nascido em São Luís, enquanto 36,1% dos meninos de rua e 9,6% dos adolescentes do PROSAD nasceram em outros municípios do Maranhão ou em outros estados.

GRÁFICO 1 – NATURALIDADE DOS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E DOS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

Grupo I



Grupo II



Para explicar o percentual elevado dos nascidos em outros municípios, observado no Grupo I, recorreremos também à literatura sobre o assunto.

Violante (1989), em estudo social do adolescente institucionalizado no estado de São Paulo havendo, entretanto, outros oriundos até de outros estados. A mesma autora, entretanto, tece comentários sobre a “marginalidade” dos jovens frutos destas migrações, que é menos produzida pela “desadaptação” de seus familiares ao desenvolvimento urbano-industrial e muito mais recorrente da desqualificação para o trabalho assim como da escassa oferta.

Minayo (1993), também fez referencia a esta situação afirmando: “O fenômeno, essencialmente urbano, dos meninos e meninas de rua, só pode ser entendido na macroarticulação entre os problemas do campo e da cidades”. A autora ainda associa a problemática dos meninos e meninas de rua a situações de projetos colonizantes e desenvolvimentistas que atraem. Neste mesmo trabalho a autora informa que um em cada três meninos de rua é proveniente do interior.

Diniz (1994), no seu estudo da criança e do adolescente da região amazônica afirmou: “A migração desassistida é um dos itens de miséria em que vivem essas famílias”.

Uma pesquisa realizada pelo IPES/CNIA (1992) informa que o fluxo migratório em direção às cidades maranhense de maior porte sempre existiu. Entretanto houve uma intensificação nos últimos anos, quando grandes projetos surgiram em São Luís oferecendo oportunidades de emprego, fazendo com que milhares de trabalhadores que já vinham sofrendo a expulsão de suas terras pela ação da grilagem se motivassem à migração, passando a residir nas periferias (invasões) da capital do Estado, com todo o transtorno de falta de infra-estrutura urbana, falta de habitação, falta de serviços básicos de saúde e educação, falta de emprego que ampliam progressivamente os índices de pobreza e/ou miséria. Os meninos e as meninas que vivem nas ruas de São Luís são frutos deste contexto e ali estão em busca da sobrevivência.

* Dados familiares.

Para melhor analisarmos a questão família, nos dois grupos pesquisados, registraremos os dados de acordo com os seguintes sub-itens:

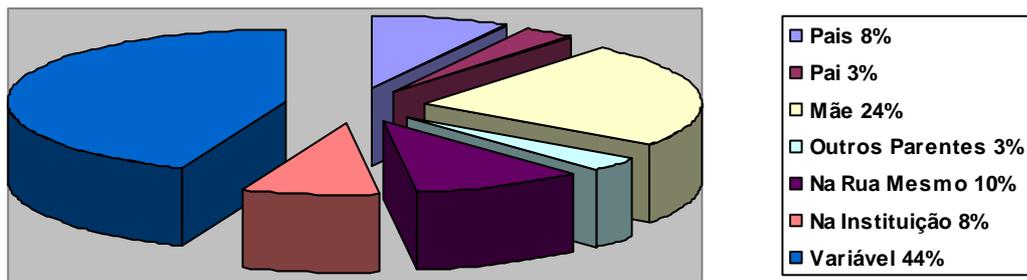
5.2.4 – Com quem residem:

A diferença foi consideravelmente significativa no sub-item moradia, posto que entre os meninos e as meninas de rua (Grupo I) um elevado percentual tem seu local de moradia variável (32%) enquanto que a grande maioria dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) reside de forma estável com seus pais (65,1%). Ressaltamos, entretanto, que somente 9,7% dos

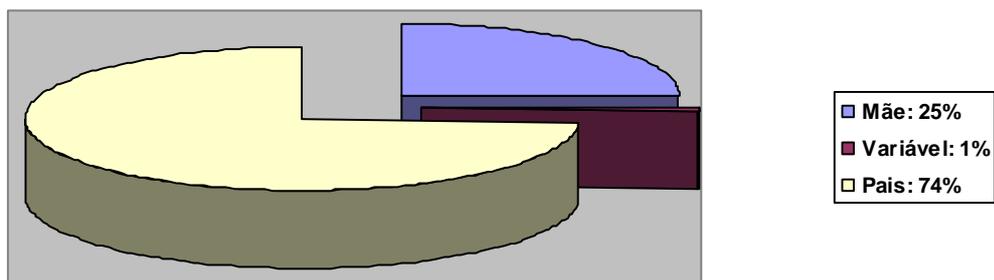
denominados meninos de rua já não retornavam para a casa de seus pais ou parentes há muito tempo, caracterizando a total perda do vínculo familiar. Também um percentual semelhante (8,3%) dessa população, embora ainda com vínculo familiar, já estabelecia um tempo maior de moradia em instituições de abrigo. Nos dois grupos existem situações de novos arranjos com vínculo familiar, já estabelecia um tempo maior de moradia em instituições de abrigo. Nos dois grupos existem situações de novos arranjos familiares, onde a mãe geralmente assume a chefia (23,6% do Grupo I e 21,7% do Grupo II).

GRÁFICO 2 – COM QUEM RESIDEM ATUALMENTE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

Grupo I



Grupo II



Registros semelhantes aos nossos tem sido feitos por outros autores.

Diniz (1994) relatou dados de moradia entre crianças e adolescentes da Amazônia e chamou a atenção para o fato de que o número dos que residem com terceiros ou sozinhos tem evoluído conforme a idade.

Vainsencher (1989) constatou, em estudo feito com menores institucionalizados, que apenas 14% moravam com pai e mãe, enquanto 28% já residiam exclusivamente com a mãe. Neste momento trabalho a autora registrou índices de 15% a 29%, dependendo do local, de menores que revelaram morar nas ruas, debaixo dos viadutos, pontes perto dos mercados públicos entre outros.

Oliveira (1989), em estudo com internos oriundos das ruas de Recife também descreveu a locomoção diária de um grande número de crianças e adolescentes, que na busca da sobrevivência, permaneciam afastados de suas residências por parte do dia ou o dia todo. Entretanto, esta mesma pesquisa revelou que 80% dos chamados meninos de rua possuíam um estreito vínculo familiar, residindo com parentes próximos e retornando regularmente para suas moradias à noite.

Considerando que, em nossa pesquisa, somente 9,7% dos denominados meninos de rua já não possuem vínculo familiar, de fato faz-se necessário uma reflexão: na verdade o rótulo “menino de rua” não reflete com clareza a situação, posto que a grande maioria dos meninos nas ruas das grandes cidades estabelece vínculo familiar e frequentemente retornam para casa de seus pais ou de outros parentes sob novos arranjos familiares. Isso reforça o pressuposto de que inúmeras crianças e adolescentes vistos nas ruas de São Luís estão na busca da sobrevivência, ávido por qualquer tipo de trabalho que os ajude a prosseguir o seu dia a dia. Segundo Minayo (1993), “Eles utilizam a rua como espaço de trabalho e sustento, retornando assiduamente a suas casa”. nestes termos, prossegue a autora, “a denominação meninos e meninas de rua certamente é inadequada para expressar, antropológicamente, a realidade dos

sujeitos sociais abrangidos”. Em todos os trabalhos apenas uma pequena parcela destes jovens efetivamente já não possui laços familiares. O “estar na rua”, portanto, pode expressar vários significados e devemos ter clareza de que para a grande maioria este fato representa a interseção entre criança e adolescentes pobres e a rua como espaço potencial de vivência e sobrevivência (IBASE, 1992).

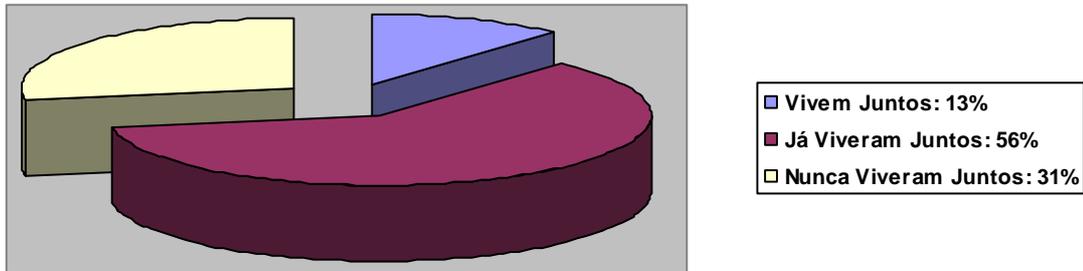
5.2.5 Existência e convivência dos pais

Houve uma diferença altamente significativa entre os dois grupos quanto à presença do pai e da mãe na vida destes jovens, considerando que entre os meninos de rua (Grupo I) a ausência do pai, quer por falecimento (26,4%), quer por desconhecimento (13,9%) representou um total de 40,3% neste grupo contra apenas 6% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II). Observação semelhante é válida para a presença da mãe no contexto familiar posto que entre os meninos de rua 19,4% tinham suas mães já falecidas, enquanto no grupo dos adolescentes do PROSAD este item representava apenas 1,2%. Ressaltamos que nos dois grupos não houve relato de mães desconhecidas.

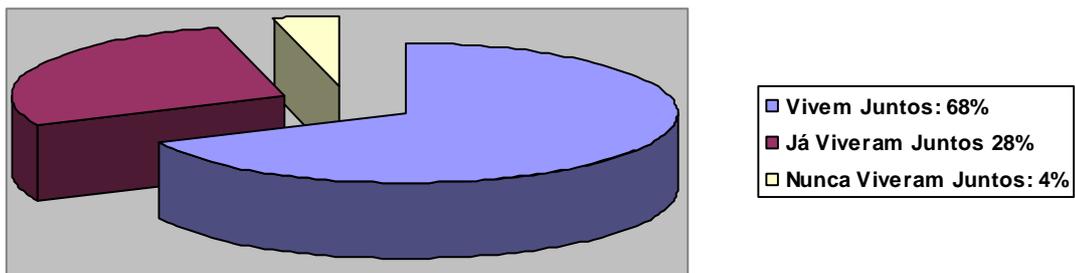
Também foram significantes as diferenças nos dois grupos quanto ao aspecto da convivência no mesmo teto dos pais desses jovens, considerando que 87,5% dos meninos de rua (Grupo I) e 31,3% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) tinham seus pais separados.

GRÁFICO 3 – SITUAÇÃO DE CONVIVÊNCIA DOS PAIS ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

Grupo I



Grupo II



A revisão bibliográfica, neste sentido, nos revelou dados semelhantes.

Estudo realizado por pesquisadores do CLAVE (1993), revelou que entre as famílias investigadas, 59% são constituídas por casais unidos; as demais representam ausência por separação ou falecimento (este último em menor escala).

Oliveira (1989) no seu estudo sobre a trajetória e vivência dos meninos na rua de Recife, observou a marcante presença da mãe à frente da família (30,4%); neste estudo 37,7% dos meninos registravam residir com os pais.

Vainsencher (1982), em pesquisa realizada com adolescentes institucionalizados, relatou que a figura paterna tem sido uma realidade fugidia na vida desses meninos, posto que 72% dos internos de sua pesquisa não contava com o convívio do pai, ou por desconhecimento,

ou por falecimento ou por abandono familiar; somente 14% dos menores institucionalizados residiam com pai e mãe.

Cheniaux (1982) destacou a importância da figura materna para a maioria dos meninos por ela estudados, justificados fundamentalmente por ser a mãe aquela que permanece mais tempo estabelecendo vínculo comesses, mesmo quando na ausência do pai e outras uniões são estabelecidas a partir de necessidades e/ou companheirismo.

Pereira Jr. et all (1992), fazendo referência à pesquisa do IBASE, registrou as novas formas de organização familiar e concluiu: “As famílias de origem das crianças manifestam um padrão de estabilidade familiar, persistindo na sua existência enquanto família”.

Macedo (1994) discorreu que: “Nos segmentos menos favorecidos da população, o numero de famílias chefiadas por mulheres é maior, observando-se nessas uma sobrecarga muito grande da mulher, tanto pela obrigatoriedade de prover a prole numerosa, como pela necessidade de abrigar maior número de pessoas mais velhas sob seus cuidados, bem como filhos jovens sem trabalho”.

As novas organizações familiares decorrem muitas vezes da própria necessidade de sobrevivência de cada um, onde as agregações e os novos arranjos funcionam às vezes como únicos recursos. Por questões estruturais, as famílias, principalmente as pobres, têm se organizado. Esse fato, porém, não delega a ninguém o direito de correlacionar as referidas reorganizações com ausência de afeto. Há muito mais a necessidade da sobrevivência que afasta fisicamente, oferecendo cada vez menos momentos de aproximação. A fome, a dor e o desespero muitas vezes gritam mais altos.

5.2.6 – Renda familiar:

Em nossa pesquisa não conseguimos informações precisas sobre a renda média mensal familiar entre os meninos de rua (Grupo I), visto que os mesmos revelaram ignorar

totalmente este dado. Mesmo entre os adolescentes do PROSAD (Grupo II) as informações foram imprecisas, pois dependeram do acompanhante de cada adolescente no momento da pesquisa.

Vejamos o que nos fala um pouco a literatura sobre este sub-item.

Um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 1994) a pedido do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, revelou que quase 15 milhões de crianças e adolescentes, portanto um quarto da população infanto-juvenil do país, pertencem às famílias indigentes, representando metade do total de 32 milhões de brasileiros que vivem na miséria.

Minayo (1993) referiu-se a trabalhos da década de 80, que apontavam para uma piora marcante da distribuição de renda ao longo desta década, agravando os elevados níveis da pobreza do país: “São as famílias chefiadas por mulher, sem conjugue, com filhos, as que mais sofrem as conseqüências da pobreza, fato agravado pelas atividades frequentemente pouco qualificadas e muitas inclusive sem carteira assinada, ficando entre essas ocupações as vendedoras ambulantes, faxineiras, empregadas domesticas, e outras”. Os homens também vítimas deste mesmo processo de desigualdade social ampliam os índices de sub-emprego e desemprego. Cruz Neto (1994) revelaram que entre as famílias por eles pesquisadas a renda familiar mensal é de 1,7 salário mínimo equivalendo a 32% de um salário mínimo per capitã, considerando-se uma média de seis pessoas por família naquela pesquisa.

Em estudo realizado pelo IPES (1992) observou-se que no Maranhão, no final da década de 80 e início de 90, 73% dos jovens entre 0 e 17 anos faziam parte de famílias cuja renda per capitã mensal era de apenas meio salário mínimo, caracterizando a situação de pobreza absoluta a grande parcela das famílias maranhenses. Entre os aspectos, reflexos dessa situação, evidenciamos, por exemplo, condições habitacionais inadequadas (aproximadamente para 88% das crianças e adolescentes maranhenses), rearranjos familiares e as saídas precoces de crianças e

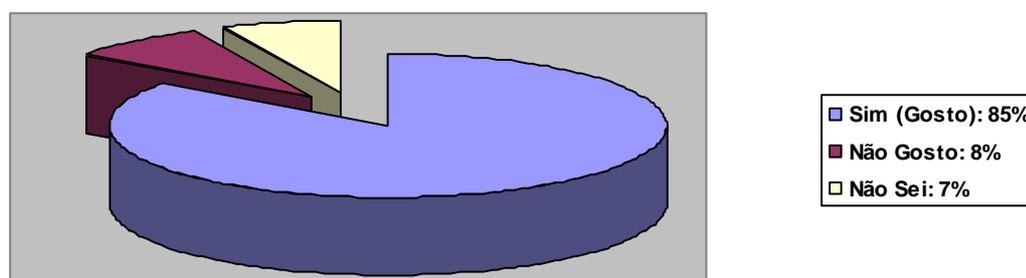
adolescentes para as ruas em busca da sobrevivência. Estes dados estatísticos de tamanha gravidade implicam, para muitos jovens, a suspensão dos seus direitos. Neste contexto, muito mais que uma família abandonando um filho constatamos milhões destas também à margem, abandonadas, maculadas em seus direitos constitucionais.

5.2.7 – Relação com a Família

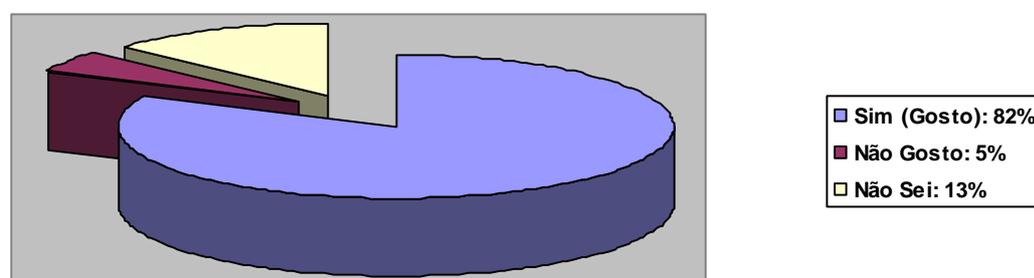
Procuramos analisar entre os dois grupos que sentimentos externavam com relação às suas famílias. Neste sentido constatamos não haver diferença significativa entre os grupos quando questionamos sobre “o gostar da família”: 84,8% dos meninos de rua (Grupo I) e 81,9% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) afirmaram gostar de suas famílias.

GRÁFICO 4 – EXTERIORIZAÇÕES SOBRE O GOSTAR DA FAMÍLIA ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

Grupo I



Grupo II



Quando perguntamos, entretanto de quem gostavam menos entre aqueles que residiam em suas casas, tivemos resposta de diferenças significantes, posto que apenas 29,2% dos meninos de rua e 81,9% dos adolescentes do PROSAD afirmaram gostar de todos sem restrições. Para os meninos de rua as restrições foram feitas aos padastros (26,4%), madastras (15,3%), irmãos/irmãs (12,5%), pai (9,6%), mãe (4,2%) e outros parentes (2,8%); enquanto para os adolescentes do PROSAD as restrições foram feitas principalmente para outros parentes (9,6%), padastro (6,1%) e pai (2,4%).

Mais uma vez as diferenças não se revelaram significantes quando questionamos os motivos que levavam os adolescentes dos dois grupos a não gostar de uma determinada pessoa em casa. Foram três as razões principais: para os meninos de rua tivemos os maus tratos/rejeições (47,1%) as apoderações dos dinheiros que ganharam (31,4%) e a falta do diálogo (21,6%). Para os adolescentes do PROSAD, por ordem de frequência tivemos a falta de diálogo (53,4%), os maus tratos/rejeições (33,3%) e as apoderações de dinheiro que ganhavam (13,3%).

Quando inquirimos sobre quem cada grupo buscava para resolver seus problemas, novamente constatamos diferenças significantes, considerando que os meninos de rua, com um tempo maior fora de casa, buscam primeiro a instituição de abrigo (69,4%) e em menor proporção a própria mãe (23,4%); enquanto que os adolescentes do PROSAD ainda estabelecem maior referencial com as mães (75,9%). Destacamos outrossim que a presença do pai na busca de ajuda para os dois grupos foi de baixo percentual: 1,4% do Grupo I e 4,8% do Grupo II.

Diante do cinco sub-itens levantados para analisarmos a situação da família com relação à questão do menino de rua algumas considerações merecem ser feitas. Inicialmente precisamos repensar o conceito de família antes de prejulgarmos o que comumente chamamos de “família desestruturada” (termo usado por muitos como expressão da ausência da tradicional

família nuclear) e tantas vezes responsabilizada pelo “abandono” de crianças e adolescentes nas ruas.

Segundo Sarti (1994): “A família para os pobres associa-se àqueles em quem se pode confiar. Sua delimitação não se vincula à pertinência a um grupo genealógico e à extensão vertical de parentesco, restringe-se àqueles com quem convivem ou conviveram, raramente passando dos avós. São estas redes de obrigações que delimitam os vínculos, fazendo com que as relações de afeto se desenvolvam dentro da dinâmica das relações descritas”.

Kaloustian (1994, 34) neste sentido também afirmou que: “A família brasileira, em meio a discussões sobre a desagregação e enfraquecimento, está presente e permanece enquanto espaço privilegiado de socialização, de prática de tolerância e divisão de responsabilidades, de busca coletiva de estratégias de sobrevivência e lugar inicial para o exercício da cidadania sob o parâmetro da igualdade, do respeito e dos direitos humanos”.

É alicerçados exatamente nesta busca coletiva de estratégias de sobrevivência que respaldamos algumas análises subsequentes. É consenso que a situação de vulnerabilidade das famílias está diretamente associada à sua situação de pobreza e ao perfil de distribuição da renda. É necessário entretanto não estabelecer como sinônimos pobreza, abandono e marginalidade, considerando que tanto em nossa pesquisa como em outras aqui referidas, a grande maioria destas crianças e adolescentes possuem vínculos familiares. Segundo Becker (1994): “O motivo que as levam a esta situação de risco não é, na maioria das vezes, a rejeição ou a negligência por parte dos seus pais, e sim as alternativas, às vezes desesperadas, de sobrevivência”.

Há de se considerar também as questões históricas étnico-culturais, que nos induzem a não admitir em nosso país o conceito da família padrão, dentro do estabelecido com bases na família patriarcal, sem considerar as outras formas de organização familiar, frutos de outras origens (indígenas e africanas) com características matrilineares, patrilineares, poligâmicas,

etc. Segundo Gomes (1994): “A família é aqui, entendida de acordo com a moderna historiografia, como instituição social básica, histórica que se transforma sincrônica e diacronicamente. Assim, a priori, está descartada a idéia de um modelo, de um padrão único de organização familiar. Nessa medida, seria mais apropriado falar-se em famílias e não família”.

A familiar, portanto, como instituição responsável pelos cuidados e pela socialização das novas gerações, não deve ser analisada como uma abstração, mas deve ser pensada, menos como um organismo fixo e imutável e mais como permeável às pressões que caracterizam a vida das populações urbanas pobres, porque “a proximidade com padrões muito próximos da miséria, a contínua experiência da simples sobrevivência obrigam-na a tornar flexíveis não só mecanismos adaptativos de ordem econômica, mas também de ordem emocional e afetiva” (Mello, 1994). Nem mesmo as famílias de classe média, em suas relações cotidianas, correspondem ao modelo linear idealizado (Pereira Jr., 1992) considerando situações estruturais que têm modificado as suas dinâmicas.

Os vínculos portanto permanecem, as relações afetivas são estabelecidas apesar das reorganizações familiares que se instituem às custas da luta pela sobrevivência. As diferenças não significantes entre os dois grupos dessa pesquisa quanto à manifestação do “gostar da família”, ratifica este pressuposto.

Sabemos, outrossim, que apesar da família ser o espaço maior de convivência entre os seres humanos isto não significa ausência de conflitos, principalmente em se tratando de adolescentes nela inseridos. A adolescência representa contestação, rebeldia em todos os níveis, inclusive o familiar. Em condições sociais de carência, privação, falta de objetivos, é fácil entendermos que as possibilidades de aceitar e dialogar podem ficar essencialmente comprometidas. Por outro lado, por conta da sobrevivência as reorganizações familiares têm muitas vezes agregado diferentes pessoas e/ou famílias. A presença do adolescente neste contexto

explica por si só o fato dos índices maiores no grupo de meninos de rua (Grupo I) quanto à dificuldade de relacionamento com algumas pessoas do seu local de moradia, embora este fato também seja observado entre os adolescentes do PROSAD (Grupo II) e reforçado por uma pesquisa realizada em 1993, por estudantes do serviço social, em centro educacionais de classe média do município de Florianópolis, constatando que 73,3% das famílias entrevistadas eram do tipo nuclear, com ou sem presença dos pais biológicos. Destas, entretanto, 40% se consideravam “desestruturadas” devido a problemas de ordem na dinâmica de interação.

Podemos portanto afirmar que o ambiente de miséria, de pobreza absoluta, pode contribuir para uma exacerbação dos problemas de ordem familiar, mas não temos o direito de defini-los como sendo exclusivos desse grupo social, fazendo-se simplório o pressuposto de que decorre fundamentalmente da propalada “desestruturação familiar” o abandono das crianças e dos adolescentes nas ruas de tantas cidades. É preciso não deslocarmos a questão de estrutura familiar das demais relações sociais e econômicas estabelecidas (Pereira Jr. 1992), fato que hoje em nosso país explica plenamente as inúmeras formas de organização do núcleo familiar, sem nos fixarmos ao parâmetro elitista de uma vida familiar “normal”, como sendo somente aquela da conceituada família nuclear.

Os vários trabalhos lidos e avaliados sobre a questão família e a presença de tantas crianças e adolescentes nas ruas fazem estreita vinculação deste a problemas econômicos que determinam cada família pobre a solicitar o trabalho dos seus filhos cada vez mais precocemente. As famílias também estão em situação de abandono, em graves condições econômicas. As condições de pobreza e/ou miséria, aliadas aos conflitos, concorrem para o processo de crianças e adolescentes buscarem nas ruas as estratégias de sobrevivência, inicialmente com vínculos bem estabelecidos, posteriormente com enfraquecimento destes.

Para o Programa de Saúde do Adolescente urge repensar o conceito de família. Quando distinguimos adolescência na concepção da integralidade, faz-se necessário perguntar sobre que família estamos falando com nossos jovens? Da nossa, que talvez ainda consiga permanecer nos conceitos tradicionais, nucleares e portanto, sob nosso olhar “normal e/ou estruturada”, ou de outras organizações com vínculos estabelecidos, com trocas de atividades, muito embora tantas vezes abalada por fatores sócio-econômicos que estabelecem dinâmicas de sobrevivência e que, sob nossa ótica, representam a “desestruturação”? Seriam os meninos de rua “diferentes” porque suas famílias assim o são, ou seriam adolescentes cujas famílias têm lutado nas mais diversas estratégias de sobrevivência? Deveriam esses meninos prosseguir estigmatizados como “diferentes” ou apenas apoiados como vítimas das desigualdades sociais existentes?

Carvalho (1994) contribuiu com mais uma reflexão nessa complexa análise sobre a família, afirmando: “muitas são as estratégias e os recursos utilizados pelo grupo familiar no sentido de garantir este viver cotidiano, continuamente ameaçado pelas contingências econômico-sociais da pobreza. Vive-se diuturnamente sobre o fio da navalha, num cenário onde as carências materiais se misturam à violência e à discriminação. Se estamos nos dispondo a estender a proteção à família é preciso também resignificá-la a partir de uma nova atitude para com ela. Neste mister, é preciso superar condutas pautadas na visão da família como incapaz, incompetente, desestruturada ou culpada”.

- Dados sobre escolaridade

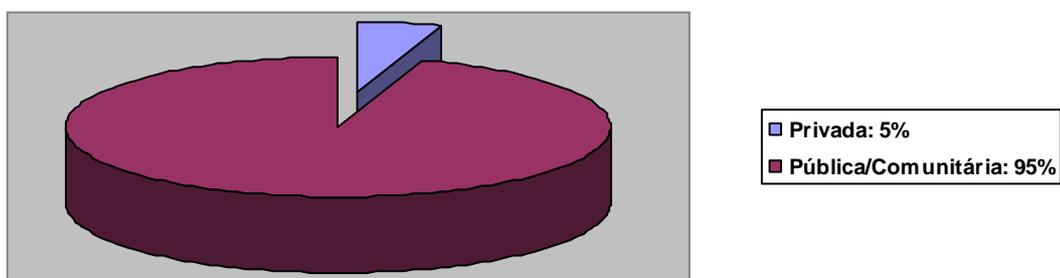
Procuramos analisar a questão da escolaridade entre os meninos dos dois grupos pesquisados comparando-os dentro dos seguintes sub-itens:

5.2.8 – Frequência à escola

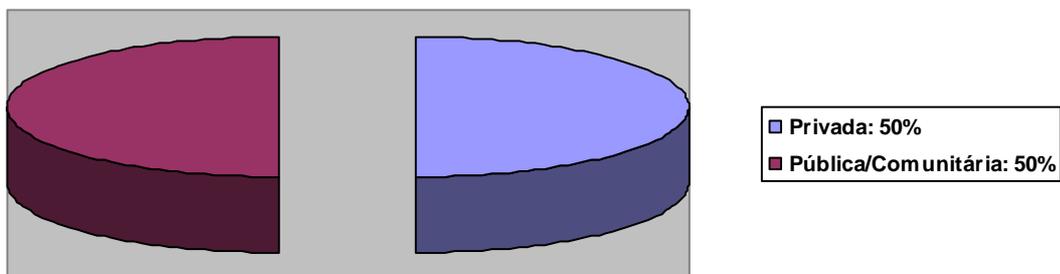
Houve uma diferença altamente significativa entre a frequência à escola dos meninos de rua (Grupo I) e dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) posto que 69,4% dos primeiros e apenas 6% dos segundos não freqüentavam a escola. Esta diferença qualitativamente torna-se mais significativa quando constatamos que os 6% do segundo grupo que já não freqüentavam a escola deixaram de fazê-lo por já terem concluído o 2º grau. Também sob o ponto de vista de qualidade, observamos que os 95,5% dos meninos de rua que freqüentava a escola, o faziam em escolas comunitárias nas próprias casas de abrigo, enquanto que os 94% do segundo grupo que freqüentavam a escola, estava em escolas públicas (50%) e colégios particulares (50%). Ressaltamos também que entre os meninos de rua, quanto maior o agrupamento etário menor a permanência na escola.

GRÁFICO 5 – TIPO DE ESCOLA FREQUENTADA PELOS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E PELOS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

Grupo I



Grupo II

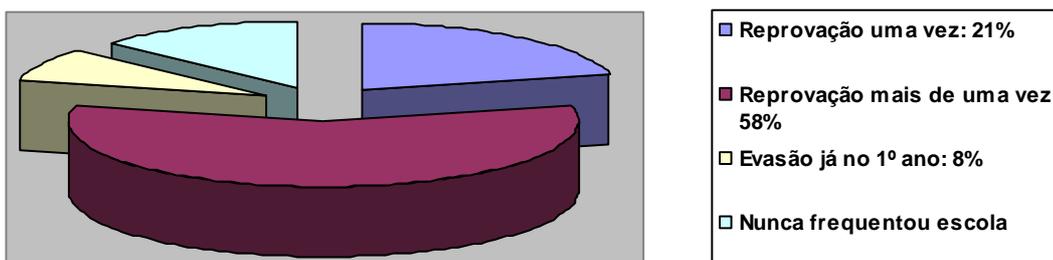


5.2.9 – Reprovação e/ou evasão

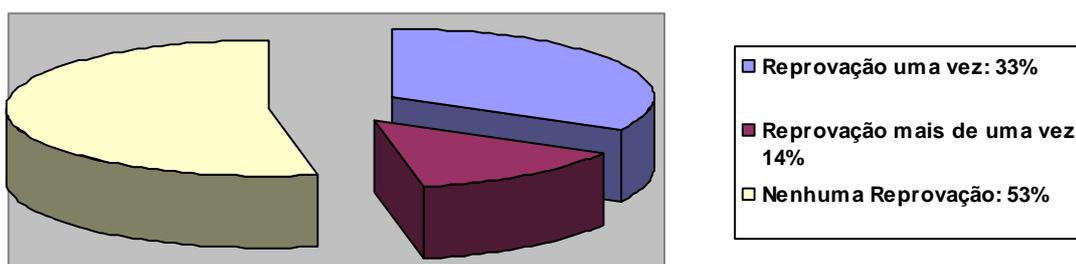
Neste item mais uma vez tivemos diferenças significantes. O maior percentual dos meninos de rua (Grupo I) já havia sofrido mais de uma reprovação (58,3%) ou pelo menos uma (20,8%) perfazendo neste grupo um total de 79,1% de reprovação. Entre os adolescentes do PROSAD (Grupo II) este mesmo somatório representou 47% sendo que 14,5% com mais de uma reprovação e 32,5% com apenas uma.

GRÁFICO 6 – SITUAÇÕES DE REPROVAÇÃO E EVASÃO VIVENCIADAS DURANTE O PERÍODO QUE FREQUENTARAM A ESCOLA OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

Grupo I



Grupo II



Outro dado com significantes diferenças estatísticas diz respeito à evasão escolar. De 69,4% dos meninos de rua que na época da pesquisa estavam fora da escola, 12,6% nunca a frequentaram e 8,3% já se evadiram no primeiro ano de estudo, fatos não registrados entre os adolescentes do PROSAD.

Quando perguntamos para os meninos de rua as razões que contribuiriam para o abandono da escola, varias foram citadas, entre as quais destacamos: necessidades materiais, falta de vaga, necessidade de trabalhar, escolas distantes, escolas sem atrativos, professores exigentes, desinteresse, entre outros.

Os dados sobre a escolarização dos pais ficaram prejudicados na pesquisa em razão da pouquíssima informação e respeito, principalmente por parte dos meninos de rua.

Caminhemos um pouco pela literatura existente sobre o tema escolaridade e adolescência.

Minayo (1994), estudando o assunto em diversas regiões brasileiras revelou que o percentual global de frequência escolar nas diversas regiões é de aproximadamente 50%. Entretanto, a mesma autora ressaltou que “por muitas vezes a criança entrevistada afirmar freqüentar a escola e na verdade não o faz ou o faz esporadicamente”. Tal constatação também podemos registrar em nossa pesquisa, posto que muitos dos meninos de rua incluídos no grupo que freqüentava a escola já o faziam de forma intermitente, na escola comunitária da própria casa de abrigo.

Estatísticas da PNAD (1989) confirmaram que na década de 80, a taxa de escolarização na classe de renda mais baixa (até ¼ do salário mínimo per capitã) era de 72,7% com uma observação de que muitos dos que estudavam já se encontravam atrasados, com grandes distorções entre a idade e a série. Estas mesmas distorções foram verificadas nesta pesquisa, principalmente entre os meninos de rua.

Diniz (1994), em seu estudo com crianças e adolescentes da região amazônica, registrou os principais fatores determinantes da evasão escolar e/ou reprovação, tais como: custo da manutenção de um jovem na escola (fardamento, livros, outros materiais, transporte, etc),

além de falta de vaga, fragmentação do tempo com estudo e trabalho, e outros. Argumentos semelhantes foram referidos pelos meninos de rua dessa pesquisa.

Dados do IPES (1992) revelaram que, no final dos anos 80, 67,1% das crianças e adolescentes maranhenses apenas estudavam enquanto 9,9% já conciliavam o estudo com o trabalho. Estes dados têm se tornados crescentes na direção do trabalho à medida em que evolui a faixa etária e se agravam os problemas econômicos familiares.

Estudos da UNICEF (A992) no Estado do Maranhão revelaram que apesar da expansão de matrícula e da escolarização, é evidente que diferenças entre os grupos sociais ainda permanecem. Há uma relação direta entre o nível sócio-econômico da família e a frequência da criança e do adolescente na escola. Os dados desse estudo revelaram, no início da década de 90, o perfil ainda discriminatório contra as populações mais carentes com taxas de 71,8% de escolarização, enquanto entre as crianças e os adolescentes de classes mais favorecidas esta taxa chegou a 92,8%.

Ratificando as queixas dos meninos de rua feitas em nossas pesquisas quanto à localização da escola, o mesmo estudo da UNICEF acima referido também registrou desigualdades sobre este tópico. Como elementos dessa desigualdade o estudo da UNICEF reproduz as queixas dos meninos de nossa pesquisa: oferta insuficiente e/ou inadequada na rede de ensino público, incapaz de atender à população infanto-juvenil, em especial na faixa de renda mais baixa; diferenças sócio-econômicas e culturais; necessidade de trabalho precoce e baixo nível de educação dos pais.

Por outro lado, apesar da expansão da rede de ensino fundamental, segundo a UNICEF, dois problemas persistem como importantes no ensino da criança e do adolescente no Maranhão: a reprovação e a evasão, que aparentemente podem expressar o fracasso dessa população alvo em superar os requerimentos avaliativos definidos pela escola. Não devemos

esquecer, entretanto que evasão e reprovação decorrem fundamentalmente de questões ligadas à saúde, à nutrição, ao desenvolvimento adequado, às necessidades econômicas, à escassez de material escola, ao currículo, à qualificação do professorado, às políticas avaliativas, etc. A reprovação e a evasão no Maranhão tem contribuído para distorções cada vez maiores entre a série freqüentada e a idade, assim como para a desmotivação do alunado. Repetência e evasão estão estreitamente ligadas e é através desse processo que se encontra o caminho da reprodução de desigualdades sociais que conduzem à exclusão. O perfil do Estado do Maranhão com relação ao efeito combinativo dos níveis de repetência e evasão escolar revela que do total de alunos matriculado na 1ª série, apenas 12,1% concluirão o primeiro ciclo e para tanto precisarão de 8,8% anos em média (UNICEF, 1992). No Maranhão, de acordo com a PNAD (1989) a taxa de analfabetismo da população de quinze anos a mais é de 40% e entre as crianças e adolescentes menores de quatorze anos, a média estadual de analfabetismo é de 40,3%.

Hasenbalg (1987), em pesquisa concluída pela equipe da Fundação Carlos Chagas, registrou discriminações do pobre e principalmente do negro, na escolaridade. A própria distribuição do aluno em área geográfica onde já no recrutamento das escolas públicas a absorção estabelece crivos diferenciados e, uma vez constituída a clientela socialmente “homogênea”, os próprios professores passam a atuar no sentido de reforçar estas diferenças “na crença de que os alunos pobres e negros, não são educáveis”. Ramos Dias (1979) em sua pesquisa sobre as desigualdades sociais e oportunidades educacionais – a produção do fracasso, comentou com os professores de escolas públicas estão pouco aparelhados para lidar com a heterogeneidade do alunado (de classes, étnicas, ou raciais), legitimando com isso as desigualdades sociais, gerando o “otimismo educacional” nas escolas para classe média (onde todos se orientam para a produção do sucesso escolar) ou a “ideologia da impotência”, nas escolas de clientela pobre onde partem

do pressuposto de que filhos de famílias “incompletas”, de pais desempregados e aculturados, não estão fadados ao sucesso escolar.

É dentro deste contexto, como negros ou descendentes desta etnia, e como pobre, miseráveis, que inúmeras crianças e adolescentes iniciam sua escola, no pressuposto dos que os recebem de que são “diferentes”, inferiores, para quem não vale a pena qualquer esforço. Considerando a educação como um “estar com”, perguntamos: como educadores, quantas vezes paramos para refletir sobre o porquê de muitos que iniciaram conosco já constituírem “ausências”? Neste “caminha com”, a escola tem deixado de exercer sua função de ajudar cada criança e adolescente, que necessita mais de apoio para vencer seus obstáculos naturais e menos de quem os imponha dificuldade ainda maiores. Tem faltado à escola olhar cada aluno como cidadão do ensino e não como consumidor deste. O modelo hegemônico da educação, onde a preferência ainda esta voltada para aqueles intelectualmente melhores, que dão sempre respostas que a escola quer ouvir e que potencialmente representam sucesso, contribui para a marginalidade, a exclusão de tantos que já vencendo obstáculo para galgar um lugar na sala de aula vêem seus potenciais podados e seus sonhos frustrados, só porque muitas vezes não representam o “modelo” que a escola estabelece como “normal”.

Estaria o Programa de Saúde do Adolescente querendo adotar o mesmo processo excludente na área da saúde?

* Dados do Trabalho

Analisamos a situação do trabalho entre os adolescentes dos dois grupos, considerando cinco subitens.

5.2.10 – Quantos Trabalham

Houve diferença significativa entre os grupos com relação ao trabalho visto que 30,6% dos meninos de rua (Grupo I) e somente 15,7% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) já estavam trabalhando. Ressaltamos entretanto que nos dois grupos o percentual dos que diziam não trabalhar foi considerável: 69,4% dos meninos de rua e 84,3% dos adolescentes do PROSAD. Entre os que não trabalhavam não houve diferença significativa entre os grupos na faixa etária de 10 a 14 anos (12,2% no Grupo I e 7,9% no Grupo II). A diferença tornou-se altamente significativa na faixa etária dos 15 aos 19 anos, quando 54,8% dos meninos de rua e apenas 22,2% dos adolescentes do PROSAD já se encontravam trabalhando.

5.2.11 – Fatores determinantes para a procura do trabalho

Em ambos os grupos o que mais impulsionou os adolescentes ao trabalho foi a falta de recursos (necessidade econômica), presente em 81,8% dos meninos de rua (Grupo I) e 69,2% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II). Outras causas menos comuns também foram referidas pelos dois grupos: ter um ofício, ocupar o tempo, gostar de trabalhar, etc.

5.2.12 – Fatores que impedem trabalhar

Mais uma vez as diferenças foram significantes posto que 40% dos meninos de rua (Grupo I) fizeram referência à pouca idade e à falta de instrução, enquanto que somente 17,1% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) fazem uso dessa justificativa. É importante frisar que para os dois grupos o grande fator determinante de não trabalhar é a falta de oportunidade/oferta de emprego escassa (60% do Grupo I e 82,9% do Grupo II).

5.2.13 – Atividades principais desenvolvidas

Também com diferenças significantes, considerando que 100% dos meninos de rua (Grupo I) que já trabalhavam desenvolviam suas atividades como bolsistas, ambulantes, vigias e/ou lavadores de carro, enquanto que 23% dos adolescentes do PROSAD se apresentavam na categoria de bolsistas ou ambulantes (feirantes). O maior percentual deste segundo grupo

(76,9%) trabalhava com a própria família ou pessoas próximas como auxiliares de profissionais autônomos (padeiros, marceneiros, funileiros, mecânicos de automóvel ou moto, etc); nenhum menino de rua desenvolvia algum tipo dessas atividades. Chamamos atenção outrossim que muitos daqueles, que na pergunta inicial sobre o trabalho responderam negativamente, diante de um posterior detalhamento nas perguntas subseqüentes demonstraram já trabalhar em suas próprias casas, cozinhando, lavando, limpando casa ou cuidando dos irmãos menores.

5.2.14 – Carteira profissional assinada

Observamos que 100% dos dois grupos não tinham relato de assinatura na carteira profissional de trabalho, atual ou pregressa.

Revedo a literatura dentro deste assunto retornamos ao conceito de família hoje, como o espaço social concreto através do qual os diferentes setores sociais conseguem sua sobrevivência e reprodução. Visando vencer obstáculos e desafios e alicerçados em particularidades culturais, econômicas, demográficas e políticas, quer sejam históricas ou conjunturais, a família tem assumido formas concretas de organização como já comentamos antes (as reorganizações ou os novos arranjos familiares). Dentro dessas reorganizações fica expressa a unidade cotidiana de prática e representações, definindo e integrando os diferentes papéis de cada componente familiar. Decorrente disto, inclui-se a necessidade do trabalho infanto-juvenil, dependendo é claro da disponibilidade de oferta, e tudo visando a sobrevivência. Inúmeros escritos têm abordado, sobre diferentes óticas, “o estudo das relações entre algumas características das famílias, suas formas de organização e o trabalho das crianças e adolescentes” (Cervini, 1991).

Cheniaux (1982), fazendo referência ao trabalho e o menino de rua, diz “o menor, quando não contribui diretamente com seu trabalho para o orçamento doméstico, contribui indiretamente, com sua ausência da família”. De certa forma a criança e principalmente o

adolescente na sua organização familiar, tem consciência da necessidade do trabalho ou de buscar na rua seu auto-sustento, visando a sobrevivência própria e de sua família.

Oliveira (1992) referiu-se à situação de crianças e adolescentes que, em sua grande maioria, se encontram desenvolvendo atividades de trabalho, inseridas informalmente no mercado e em idade cada vez mais precoce, sempre visando a sobrevivência da família.

Minayo (1993) referiu-se às recentes publicações de indicadores sociais sobre crianças e adolescentes, que afirmam estar esta população trabalhando muito e ganhando pouco. No Brasil, segundo a autora, 18% dos empregos no mercado formal são preenchidos por crianças e adolescentes, embora uma minoria deste grupo (10,6%) o façam com carteira assinada. Em seu trabalho Minayo afirma que “os meninos e meninas de rua compõem uma porção dos brasileiros no mercado informal, com os rendimentos produzidos por estes, importantes para a composição da renda de suas famílias”. Suas principais ocupações, conforme a mesma autora são: vendedores ambulantes, engraxates, limpadores e guardadores de carro e jornaleiros.

Desta forma, unidos ao problema do desemprego estão os do subemprego entre os adolescentes (OPS, 1985) posto que a grande maioria destes está inserida em trabalhos sem perspectivas de progresso, com baixos salários, ou constituem aqueles que têm atalhos ocasionais, inseguros, incapazes de oferecer possibilidades de maior qualificação, contribuindo com isto para a manutenção e/ou o aumento das situações de pobreza crítica. Agravam esses aspectos os déficits educacionais, gerando situações mais críticas de falta de emprego para o futuro, quando certamente a sociedade cada vez mais complexa, mais especializada e mais orientada tecnologicamente.

A realidade é que todos os dias deparamos com dezenas de crianças em nossas ruas, não sabemos quantas, posto que o próprio IPES (1992) afirmou: não há estatísticas precisas

sobre o contingente de crianças e adolescentes que de uma forma ou de outra trava todos os dias nas ruas de São Luís, uma verdadeira batalha pela sobrevivência”.

Um fato, porém, é inquestionável o de que o fator fundamentalmente determinante da saída de crianças e adolescentes das suas casas para as ruas é a necessidade material, a busca de recursos que possam vir a ser somados aos poucos rendimentos familiares. O acesso dificultado ao trabalho, quer pela pouca oferta quer pela baixa instrução, determina uma demanda cada vez mais reprimida de adolescentes em busca de emprego no mercado formal e o aparecimento cada vez mais crescente de trabalhos alternativos, sem qualquer garantia legal. Aqui, mais uma vez desrespeita-se o Estatuto da Criança e do Adolescente, haja visto que até mesmo os adolescentes do PROSAD desta pesquisa, quando trabalham, o fazem como aprendiz ou auxiliar, sem suas carteiras assinadas e percebendo menos de um salário mínimo mensal por uma carga horária que muitas vezes ultrapassa as 40 horas semanais.

* Esporte e Lazer

5.2.15 – Prática de esportes

Não constatamos diferenças significantes entre os dois Grupos, quando a pergunta feita era se praticavam ou não esporte. A resposta foi positiva para 61,1% dos meninos de rua (Grupo I) e 63,9% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II). Entretanto, quando investigamos se esta prática esportiva era supervisionada, isto é, com presença de técnico ou professor de educação física, a diferença entre os dois grupos já se revelou altamente significativa, posto que 100% dos meninos e das meninas de rua (Grupo I) não recebiam qualquer supervisão, enquanto 66% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) já a recebiam. Tivemos ratificada a diferença anterior, quando questionamos sobre os locais dessas praticas esportivas; 43,2% dos meninos e das meninas de rua e apenas 5,7% dos adolescentes do ROSAD a desenvolviam na própria rua

(campos e terrenos vazios); 94% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) já desenvolviam suas praticas esportivas em instituições como escolas, clubes, igrejas, etc.

Ao investigarmos outras formas de lazer, tivemos uma listagem grande de opções para os dois grupos. Destacamos, entretanto, como opções maiores de lazer para os meninos e meninas de rua (Grupo I) aquelas realizada ao ar livre, sem necessidade de equipamentos complementares, tais como: nadar nas mares e nos rios, freqüentar as praças, brincar de pegador, papagaio e bolinha de gude nas rua; como atividade complementar deste Grupo ainda podemos registrar os bailes. Entre os adolescentes do PROSAD (Grupo II) também registramos a opção do ar livre, com maior registro de equipamentos complementares, tais como: bicicleta, patins, pular corda, surf, ou em ambientes fechados (em casa, clube ou escola) tais como: jogos de mesa, leituras, televisão, videogame, embora sejam também registrados as opções de praias, papagaios e bailes como forma de lazer para este grupo.

Quando perguntamos sobre se optavam mais pelo lazer grupal ou solitário, não constatamos diferenças significativas nos dois grupos estudados (Grupo I com 59,7% e Grupo II com 60,2% de opção grupal). Fato que coloca os dois grupos de adolescentes dentro das características da grande maioria dos adolescentes sobre a necessidade de se viver em grupo.

A literatura tem pouco explorado este aspecto da vida do adolescente.

Diniz (1994), ao se fazer um estudo da criança e do adolescente pobre da região amazônica, relatou que as meninas associam a boneca à casinha, à ciranda, ao pular corda e, frequentemente brincando, copiam as casas e os trabalhos dos adultos com quem residem; também citou a queimada e muitas variedades de pegador. Relatou a mesma autora que a brincadeira preferida dos meninos era o futebol, alternando com as variedades de pegador e a brincadeira dos meninos era o futebol, alternando com as variedades de pegador e as brincadeiras nas águas dos rios.

Vainsencher (1989), relatando a situação dos meninos institucionalizados, destacou que a principal forma de lazer desses era o jogo de bola, seguidos da televisão da própria instituição; em escala menor, quando fora do abrigo, outras opções surgiram como: praias, parques, empinar papagaio, bailes e jogar domino, dama ou baralho. Salientando pela autora merece registro também o fato de que 15 a 20% da clientela institucionalizada mencionaram a existência do trabalho, nas próprias unidades, como atividades lúdicas: marcenaria, mecânica, venda de picolé, oficina, corte e costura, etc.

Osório (1982) falando em saúde integral fez referencia à prescrição na adolescência da pratica esportiva, afirmando que a individualidade biopsicossocial deve ser sempre considerada, para que alcancemos melhor resultado do adolescente nesta prática.

Para muitos dos meninos e meninas avaliados neste trabalho, o respeito à individualidade esta limitado a uma oferta espontânea, desassistida, muitas vezes fruto da própria criatividade de cada um deles, sem orientação e com muito risco.

Em São Luís, poucos são os espaços oferecidos para a prática do esporte e do lazer entre adolescentes. Os espaços existentes são ociosos e, muitas vezes, destinados para outros fins. As opções para desenvolver suas criatividades artísticas e culturais também são praticamente ausentes. Encontramos, com frequência, as “peladas na rua”, o lazer entre os carros (papagaio, pegador, etc) alternando-se com as diversas formas de trabalho que, na mesma rua, o adolescente busca como recurso de sobrevivência. Enfim, fazem da própria rua um local de sustento e lazer. O tempo livre dos adolescentes não tem sido preenchido, assistido, posto que o esporte, a recreação, o direito às manifestações artísticas e culturais lhes tem sido negados. A promoção e prevenção da saúde que, teoricamente induzem a propostas no sentido de desenvolver o jovem em suas potencialidades e ajudá-lo na socialização plena, ainda estão no campo da omissão, do descaso. Esquecemos que o adolescente pode ter características próprias de insegurança, rebeldia,

hipercinesia, muitas vezes conduzindo-o a criatividade diversificadas nem sempre canalizadas no sentido de construir. Como todo adolescente, o pobre também precisa de programas de socialização e lazer que incluam uma variedade de atividades/processos lúdicos, de esporte, cultura e arte, voltados ao desenvolvimento de relações, descanso, distrações e habilidade para a vida familiar e na sociedade (Kaloustian, 1994). Na ausência destes pressupostos de promoção de saúde, não temos o direito de julgar diferente um jovem na rua, criando sua própria forma de lazer.

* Sexualidade

5.2.16 – Aspectos da sexualidade

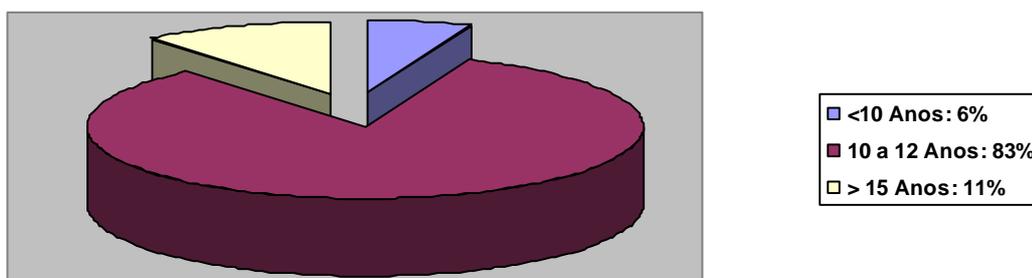
Procuramos analisar alguns aspectos da sexualidade com maturação corporal, prática sexual e gravidez entre os dois grupos estudados.

Neste sentido, quando inquirimos se já haviam tido a primeira relação sexual completa, constatamos diferença altamente significativa entre os dois grupos, considerando que os meninos de rua (Grupo I) registraram resposta positiva de 65,3% e os adolescentes do PROSAD (Grupo II) apenas 32,5%. Essa diferença entre os grupos foi de maior significância quando analisamos a faixa etária de 10 a 14 anos (Grupo I com 41,5% e Grupo II com 10,5%) e já se revelou fortemente significativa na faixa de 15 a 19 anos (Grupo I com 96,8% e Grupo II com 51,1%).

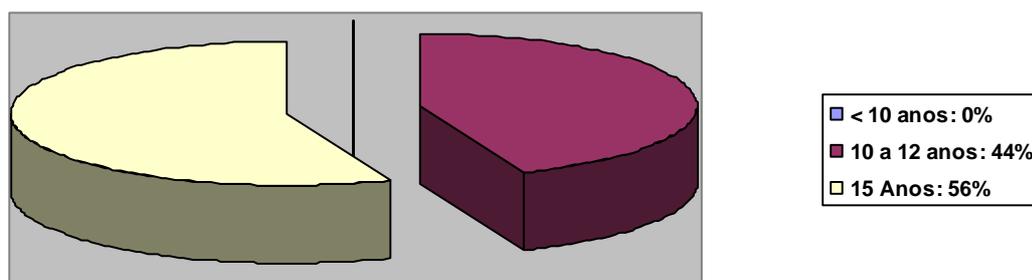
Também quanto à idade de início dessa prática sexual, registramos diferenças bem significantes: dos 47 meninos e meninas de rua com história positiva, 6,3% já a referiram com menos de 10 anos de idade e 83,1% entre 10 e 15 anos, perfazendo um total de 89,4% de positividade de primeira relação antes dos 15 anos, enquanto, somente 44,4% dos 27 adolescentes do Grupo II, nessa mesma faixa etária, responderam positivamente. O que nos leva a afirmar que entre os meninos de rua a iniciação sexual é acentuadamente mais precoce.

GRÁFICO 7 – IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL COMPLETA ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPOII)

Grupo I



Grupo II



Complementando, registramos que dos 47 meninos de rua que já haviam iniciado prática sexual completa, 54,2% prosseguiam habitualmente nessa prática, enquanto que, dos 27 adolescentes do PROSAD com esta mesma história positiva, somente 16,9% permaneciam nesta prática rotineiramente. O que nos permite concluir que os meninos e meninas de rua, além de iniciarem mais precocemente a prática sexual, a tem mantido com maior frequência.

Quando, entretanto, nesta prática sexual, a questão da parceria, pudemos constatar que, guardando as proporções numéricas do início e frequência da prática, não houve diferenças significativas quanto à escolha de parceria, predominando nos dois grupos a parceria múltipla, hetero e/ou homossexual (Grupo I com 84,6% e Grupo II com 64,3%). Da mesma forma, o uso de

preservativo, especificamente a “camisinha”, foi perguntado e 100% dos dois grupos estudados, já com prática sexual iniciada, não a utilizavam, rotineiramente por motivos similares, “as vezes não dá tempo”, “falta de dinheiro” e “dificuldade de conseguir na unidade de saúde”. Um outro aspecto que não revelou diferenças significantes foi o relativo aos motivos que induzem e/ou induziram à prática sexual, aparecendo como resposta: “pelo prazer” (como primeira alternativa) e “como parte do namoro”. Entre os meninos e meninas de rua surgiu também, como resposta, a “necessidade de dinheiro”, razão porque a parceria neste grupo, foi mais diversificada quanto à faixa etária (adolescentes, homens e mulheres adultos) e mais freqüente quanto à prática homossexual.

Com relação específica à prática homossexual, há o trabalho de Vainsencher (1989) que destacou o aumento dessa prática também entre os meninos de rua, quando institucionalizados, como forma de atender a carências afetivas e biológicas.

Quanto aos dados relatados acima, podemos acrescentar constatações como a de Djardins (1986) e Kantner (1985) que já referiram um aumento da atividade sexual na adolescência, fazendo-se inclusive cada vez mais precoce. Podemos estabelecer como marco dessas mudanças de comportamento, a década de 60, caracterizada por revoluções de costumes (Lima, 1985).

A mulher adolescente, também neste contexto, segundo Lima (1982), tem apresentado uma maturação sexual cada vez mais precoce (a idade média da menarca antecipou-se 5 anos nos últimos 100). Taquete (1992), em recente pesquisa, relatou que a idade média da menarca entre as adolescentes paulistas foi de 12 anos. E, quando investigamos a menarca entre as adolescentes desse nosso trabalho também registramos a faixa etária entre 11 e 12 anos como a maior incidência desse processo (47,1% do Grupo I e 46,7% do Grupo II) sem, portanto, diferenças significantes. Embora nos dois Grupos, ainda tenha havido adolescentes sem relato de

menarca (27,3% do Grupo I e 23,3% do Grupo II). Um outro fato, que merece registro diz respeito especificamente às meninas de rua, quando 22,7% ignoravam totalmente sua idade de menarca.

Dentre todo este contexto complexo da evolução da sexualidade, alguns autores ainda colocam que o aparecimento de conflitos nessa faixa etária pode ser gerador de angústias, levando o adolescente a assumir atitudes que, à primeira vista, parecem ser capazes de solucioná-las ou atendê-las; neste caso, a atividade sexual pode estar servindo como válvula e escape para muitas dessas questões.

Um outro aspecto muitas vezes decorrente desses conflitos é a gravidez. Entre as adolescentes estudadas neste trabalho, registramos uma diferença altamente significativa neste tópico, posto que houve relato desta intercorrência apenas no Grupo I, com 36,4% das meninas com história positiva; entretanto, a literatura sobre o assunto é extensa e revela ser este tópico importante na vida da adolescente em geral.

Coates (1990) referiu que os dados do IBGE de 1980 mostravam que, no Brasil, 23% da população adolescente na faixa de 10 a 19 anos de idade já contavam com gravidez na sua história de vida. Referiu também que aproximadamente 13% dos partos ocorridos nos hospitais do INAMPS, nesse mesmo período, foram de mulheres menores de 19 anos.

Takiuti (1994) afirmou que a proporção de mães com menor de 15 anos vem aumentando, inclusive com duplicação de valor entre 1975 e 80 com um crescimento marcadamente maior nesta faixa etária do que no restante das mulheres após 1982. Descreveu ainda a autora que uma pesquisa com adolescentes-mães, inscritas no Serviço de Referência do Posto do Tatuapé (São Paulo), revelou que 28% dessas, na faixa de 14 a 19 anos, engravidaram entre os três primeiros meses de iniciação da atividade sexual e que 70% destas não utilizavam qualquer método anticonceptivo na primeira relação, embora 80% soubessem que podiam engravidar.

Portanto, apesar das diferenças significantes entre os dois grupos dessa pesquisa, com relação à gravidez, não nos é dado o direito de considerar as meninas de rua diferentes pela sua incidência maior, posto que a literatura pesquisada mostrou claro o aumento de ocorrência deste fenômeno nas adolescentes em geral. O aumento dos índices de gestação entre adolescentes na literatura referênciada a: busca de identidade, rebeldia e necessidade de auto-afirmação, carências e busca de soluções conflituosas, maturação biológica mais precoce na mulher, início de prática sexual também mais cedo, desinformação, baixíssimo uso de métodos contraceptivos. Entre principalmente as meninas ditas de rua, talvez possamos registrar as próprias carências ou necessidades materiais, que as expõem à utilização do próprio corpo mais frequentemente, em troca de segurança, apoio, proteção, abrigo, etc.

Podemos definir como sexualidade a capacidade psicofisiológica de busca do prazer, existente desde a mais tenra idade. Nela interferem marcadamente variáveis étnicas, históricas e culturais, além da própria heterogeneidade dos diversos grupos de adolescentes (Eisenstein, 1989). Historicamente podemos registrar a considerável influência das questões financeiras no comportamento sexual do jovem, nas diversas gerações. Também nos meios de comunicação se fazem presente, estimulando condutas que privilegiem o erotismo, o culto ao corpo, o prazer pelo prazer físico, o sexo como artigo de consumo, enquanto a própria sociedade muito pouco oferece em termos de garantias físicas, psicológicas e sociais para que os adolescentes, principalmente os mais carentes, possam com tranquilidade usufruir da sua sexualidade (Takiuti, 1994). O menino e a menina de rua, inseridos neste contexto, vêm-se empurrados a enfrentar sozinho suas dúvidas no campo da sexualidade muitas vezes estimulados pelos próprios adultos com quem cruzam diariamente para a utilização do próprio corpo, como fonte de renda e forma de sobrevivência.

Minayo (1993) destacou a pesquisa do UNICEF, comentada na Folha de São Paulo em marco de 1991, que afirmou haver no Brasil aproximadamente 500.000 meninas prostituídas na faixa de 10 a 12 anos, tendo como principal fator determinante a condição financeira.

A pesquisa do IPES/CBIA (1992), com meninos e meninas de rua no Maranhão , revelou declarações de meninas que foram utilizadas sexualmente tanto por outros meninos como por homens adultos e, por viverem na rua, frequentemente impulsionadas a levar uma vida sexual ativa, ainda que com pouca idade, praticando uma espécie de prostituição difícil de ser definida.

Entre as 12 meninas de rua de nossa pesquisa, que já haviam tido a primeira relação sexual, 66,7% sofreram violência neste momento (estupro), fato também registrado em 40% das 5 adolescentes do PROSAD.

Em uma pesquisa realizada pelo Núcleo Cearense de Estudos e Pesquisas sobre a Criança (NUCEPEC), como proposta de socializar informações na área de criança e adolescente, Santos (1990) teceu algumas considerações acerca da prostituição e suas implicações sócio-político-econômicas e culturais, correlacionando-as com a situação de vida de adolescentes em Fortaleza.

Vasconcelos (1991) afirmou que “prostituição pressupõe uma relação de dominação econômica e uma relação de dominação sexual e afetiva. A criança e o adolescente, neste processo tido como trabalho, são forçados à busca da sobrevivência nas ruas, acreditando que o corpo vendido não é o seu. É o corpo que a sociedade lhes vestiu e do qual todos se sentem donos; esta mesma sociedade que não respeita o indivíduo e que mata os impulsos naturais de vida e de sexualidade, para que estes não se transformem em submissão ou perversão”.

Como já afirmamos, a sexualidade humana é um fenômeno complexo e que apresenta uma multiplicidade de facetas conectadas umas às outras, existentes desde a mais tenra

idade. No adolescente, em geral, dependendo de uma serie complexa de fatores que passam pela interação com seus pais, o grau de conhecimento destes, culturais e sociais, a maior mobilização do próprio jovem, as interferências dos meios de comunicação, as maiores ou menores carências afetivas e/ou materiais, o evoluir da sexualidade, pode ser com maior ou menos dano. Não podemos analisar os números desfavoráveis ao menino e menina de rua com relação à pratica sexual e à gravidez sob um paradigma positivista, onde os números falaria por si só; temos que interpretá-los no contexto geral das circunstancias de vida destes jovens, sem garantias sociais de atenção integral que vise a promoção de saúde e existência.

* Drogadição

5.2.17 – Conhecimento e uso de drogas

Esta foi uma das questões mais enfatizadas pelo técnicos do PROSAD durante toda a observação participativa dessa pesquisa, com argumentação para uma atenção separada dos meninos e meninas de rua, nas suas necessidades de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Investigamos, portanto, nos dois grupos estudados, aspectos relacionados aos conceitos e o uso das drogas lícitas (álcool, cigarro, medicamentos, inalantes e solventes) e ilícitas (maconha, cocaína, etc.).

Quando questionamos a ingestão habitual ou não de bebidas alcoólicas, não constatamos diferenças significantes entre os meninos e meninas de rua (Grupo I) 41,7% e os adolescentes do PROSAD (Grupo II) 31,3%. Estas diferenças prosseguiram não significantes quando subdividimos as faixas etárias de 10 a 14 anos (Grupo I com 19,5% e Grupo II com 7,9%) e de 15 a 19 anos (Grupo I com 71% e Grupo II com 51,1%). Entretanto, quando foi inquirida a frequência do uso desta bebida, verificamos diferenças altamente significantes nos

dois grupos, pois no Grupo I, 53,3% e, no Grupo II, somente 11,5% faziam uso do álcool, sempre que oferecido.

Os dados acima referidos nos levam a deduzir que a procura do álcool pela adolescente ocorreu de modo geral, sendo, entretanto, com maior frequência entre os meninos e meninas de rua. E perguntamos: não seria esta procura maior, pelos meninos e meninas de rua, apenas decorrente das suas próprias situações de vida, nas quais, na própria rua, as ofertas poderiam ser maiores, a ociosidade mais presente e as carências mais exacerbadas?

Em duas pesquisas feitas por Carlini e cols. (1989) e Carvalho (1991), a primeira com estudantes do primeiro e segundo grau, e a segunda com estudantes do terceiro grau (Medicina), já se destacam que as drogas mais usadas pela população pesquisada não foram as ilícitas, o álcool, tabaco, inalantes, tranqüilizantes e anfetaminas precederam o uso da maconha e muito o da cocaína. Os próprios modelos sociais constantes preestabelecem o uso social do álcool. Entretanto, os próprios autores relataram que o início do uso, em excesso, de álcool, é mais freqüente após os 20 anos e a ocorrência na adolescência é geralmente mais esporádica, com participação do grupo da mesma faixa etária, sendo praticamente inexistente o alcoolismo crônico nesta fase da vida.

Além de todos os fatores intrínsecos e extrínsecos que fragilizam e vulnerabilizam os inúmeros meninos e meninas de rua das grandes cidades, está, com relação ao álcool, o agravante de que o mesmo é aceito socialmente, estimulado no contexto social, fonte de renda e de interesses poderosos e escondidos nos preceitos da legalidade.

Interrogamos também sobre o cigarro e observamos haver diferenças altamente significantes quanto ao uso, presentes em 54,2% dos meninos e meninas de rua (Grupo I) e apenas 18,1% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II). Estas diferenças foram ratificadas,

quando distribuimos faixas etárias, de 10 a 14 anos (Grupo I com 36,6% e Grupo II com 10,5%), e de 15 a 19 anos (Grupo I com 77,4% e Grupo II com 24,4%).

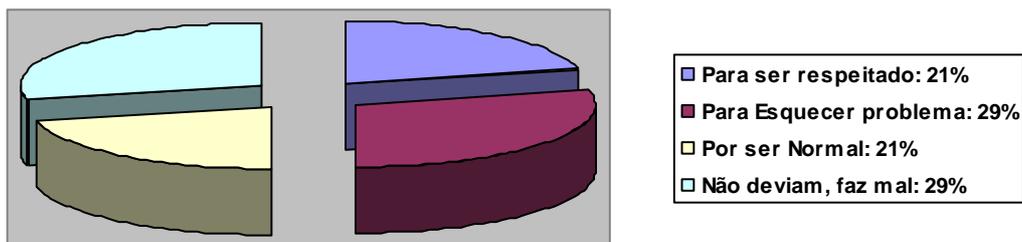
Embora também socialmente aceito, o hábito de fumar tem sofrido maiores repressões por parte dos não fumantes. Isso tem tido reflexo nas leis municipais, nas maiores cobranças em todo e qualquer ambiente público, enfim, exigindo mudanças comportamentais, ate mesmo do próprio fumante. Perguntamos: não estariam estes fatos contribuindo para as referidas diferenças entre os grupos, considerando que os adolescentes do PROSAD têm tido maior acesso aos mecanismos de informações sobre os efeitos colaterais do fumo, têm sofrido mais intensamente os efeitos das pressões sociais e legais e talvez também estejam tendo mais ofertas de praticas esportivas, geralmente incompatíveis com o hábito de fumar?

Quando perguntamos aos dois grupos que justificativas teriam para explicar o uso do álcool e do cigarro entre os jovens, não constatamos diferenças significantes, considerando que somente 20,8% dos meninos e das meninas de ruía (Grupo I) e 22,9% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) encaram a prática de ambos como “normal”. Percentuais bem mais elevados dos dois grupos já revelaram consciência do prejuízo à saúde dessas duas drogas (Grupo I com 29,2% e Grupo II com 48,2%). Outros itens referidos, sem contudo revelarem também diferenças significantes, enfatizaram: o esquecer problemas e o impor respeito.

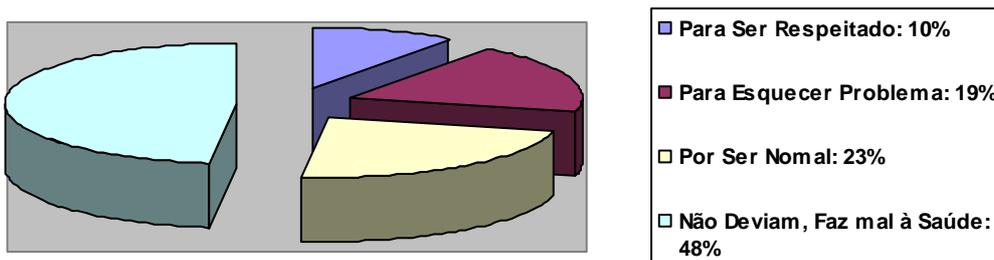
Os dados supracitados nos colocam em condições de afirmar que os conceitos teóricos a respeito do uso do álcool e do cigarro são comuns aos dois grupos; entretanto, a utilização pratica dos referidos conceitos depende de outros fatores extrínsecos ao adolescente, tais como: desinformação, ociosidade, acesso fácil e carência de muitos aspectos importantes na valorização da vida que podem determinar a exacerbação do uso por grupos mais fragilizados.

GRÁFICO 8 – PRINCIPAIS ARGUMENTOS USADOS PARA JUSTIFICAR COMPORTAMENTO DE USO DE ALCÓOL E CIGARRO ENTRE OS JOVENS, SEGUNDO OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

Grupo I



Grupo II



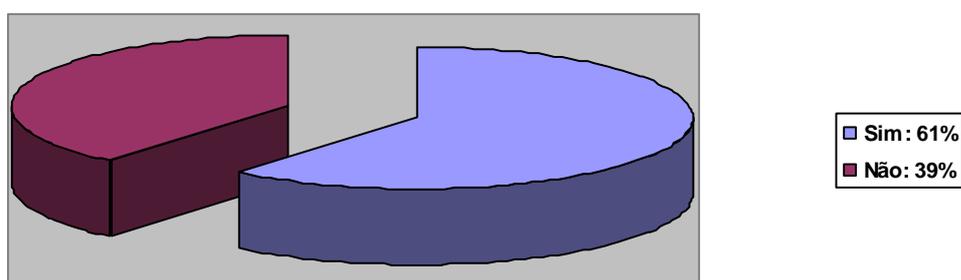
Também perguntamos aos dois grupos se conheciam algum tipo de droga, exceto o álcool e o cigarro, e não tivemos diferenças significantes nas respostas, posto que 91,7% dos meninos e das meninas de rua (Grupo I) e 89,2% dos adolescentes do PROSAD (Grupo II) responderam positivamente. Este dado foi ratificado quando subdividimos em faixas etárias; assim tivemos na faixa de 10 a 14 anos (Grupo I com 85,4% e Grupo II com 78,9%) e na faixa de 15 a 19 anos (Grupo I com 100% e Grupo II com 97,8%).

Somente quando questionamos sobre o uso habitual de qualquer outro tipo de droga, exceto álcool e cigarro, tivemos diferenças altamente significantes, com resposta positiva em 61,1% dos meninos e das meninas de rua e apenas 10,8% dos adolescentes do PROSAD.

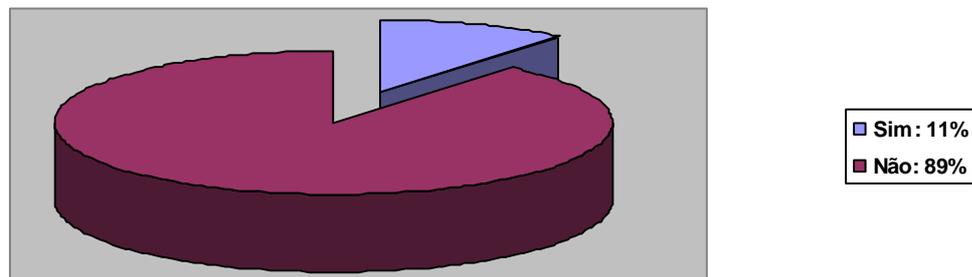
Avaliando a mesma pergunta, por faixa etária, ratificamos os dados, posto que responderam positivamente na faixa etária de 10 a 14 anos (Grupo I com 41,5% e Grupo II com 5,3%) e na faixa etária de 15 a 19 anos (Grupo I com 87,1% e Grupo II com 15,6%).

GRÁFICO 9 – ÍNDICE DE USO DAS DROGAS DITAS ILÍCITAS ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

Grupo I



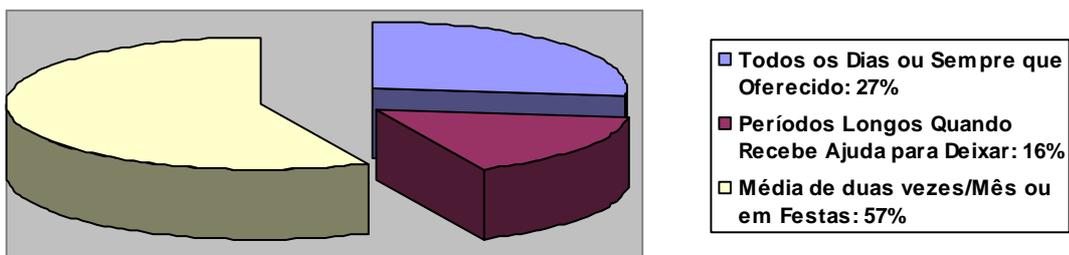
Grupo II



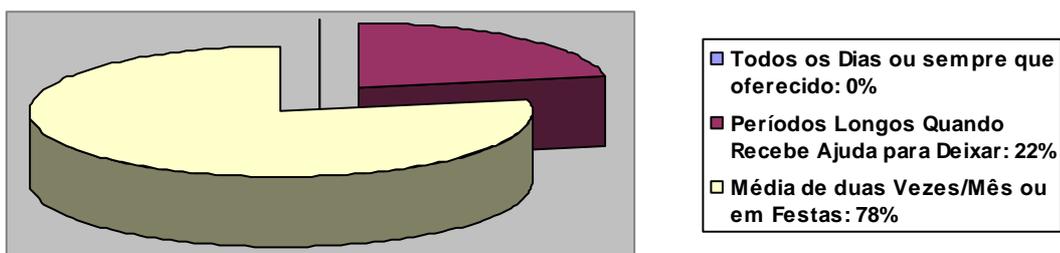
Entre os que usavam estas drogas nos dois grupos procuramos então avaliar a frequência de uso e verificamos que 27,3% dos meninos e meninas de rua o faziam sempre que oferecido, chegando inclusive alguns ao uso diário; não sendo observado relato desta ordem entre os adolescentes do PROSAD. As duas outras variáveis presentes, quanto à frequência de uso, não revelaram diferenças significantes nas respostas, tais sejam: em festa, em médias duas vezes ao mês (Grupo I com 56,8% e Grupo II com 78,8%); e em períodos logos de intervalos, principalmente quando recebiam ajuda para deixar (Grupo I com 15,9% e Grupo II 22,2%).

GRÁFICO 10 – COMPORTAMENTO QUANTO À FREQUENCIA DE USO DAS DROGAS ILÍCITAS ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

Grupo I



Grupo II



De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), descrito nas Normas e Procedimento na Abordagem do Abuso de Drogas do Ministério da Saúde (1991), o uso de drogas deve ser classificado em:

- Uso na vida: quando a pessoa fez uso de qualquer droga pelo menos uma vez na vida.
- Uso no ano: quando a pessoa utilizou drogas pelo menos uma vez ns doze meses que antecederam o atendimento.
- Uso no mês ou recente: quando a pessoa utilizou drogas pelo menos uma vez nos 30 dias que antecederam no atendimento.
- Uso freqüente: quando a pessoa utilizou drogas seis ou mais vezes nos 30 dias que antecederam os atendimentos.

Utilizando a mesma classificação em nosso grupo de pesquisa, podemos afirmar que apenas 27,3% dos meninos e das meninas de rua estariam na categoria de usuários freqüentes; enquanto que a grande maioria estaria na categoria de usuário mês (56,8% do Grupo I e 77,8% do Grupo II) ou na categoria de usuário ano ou na vida (15,9% do Grupo I e 22,2% do Grupo II).

Pesquisas realizadas entre meninos e meninas de rua, nas cidades de São Paulo, Porto Alegre e Fortaleza, referiram percentuais de usuários freqüentes de 40%, 18% e 21,5% respectivamente (CEBRID, 1990). O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID - (1990) realizou levantamento nacional, utilizando técnicas definidas pela OMS, nos anos de 1987 e 1989, com mais de 47.000 estudantes em 17 cidades brasileiras, e registrou o uso de drogas psicotrópicas em 21,2% dos estudantes em 1987 e 26,2% em 1989; estes 2,7% em 1987 e 3,5% em 1989 foram classificados como usuários freqüentes. A mesma pesquisa fez referência ao aumento relativo em dois anos de intervalo.

Os dados analisados em nossa e nas demais pesquisas envolvendo meninos e meninas de rua nos revelam que o maior percentual dessa população ainda se encontra fora da categoria de usuário freqüente, capazes, portanto de permanecer fora da ação de drogas, se outras oportunidades lhes fossem oferecidas. Segundo Carlini (1987), os meninos e meninas de rua continuam constituindo grupo de risco, neste aspecto, porque lhes faltam escola ou foram prematuramente afastados dela, lhes faltam trabalho, lhes faltam segurança, passam a maior parte do tempo nas ruas e em grupos, vêem enfraquecidos os laços familiares, vêem abalados os traços culturais, desenvolvendo enfim uma cultura e um ambiente sócio-familiar “de rua”.

Quando argüimos sobre que justificativas teriam para explicar o uso de drogas, ditas ilícitas, entre os jovens, observamos significantes diferenças nas respostas. Embora a grande maioria dos dois grupos, fizesse referência ao prejuízo à saúde (Grupo I com 40,3% e Grupo II

com 54,2%), as diferenças se revelaram significantes quando na concepção de causa proibida (Grupo I com 5,6% e Grupo II com 21,7%). Ficando claro, que nos dois grupos existe a preocupação em preservar a saúde. Entretanto, percebemos que os valores proibitivos de uso se revelaram mais acentuados entre os adolescentes do PROSAD, os as influencias familiares, culturais, culturais e religiosas ou o acesso maior a informação talvez possam estar conduzindo um pouco esta limitação. Ficaram também reveladas, nas respostas dos meninos e meninas de rua, suas carências, seus conflitos, suas dificuldades, suas insatisfações no uso da palavra “problemas”, que desejavam esquecer através da droga. Aqui vale também ressaltar, as dificuldades percebidas no momento da abordagem do tema, diferente entre os dois grupos, posto que enquanto não percebemos qualquer restrição ou bloqueio para falar do assunto entre meninos e meninas de rua, entre adolescentes do PROSAD sempre as respostas foram mais reticentes, cobertas de temor.

Reforçando todas as observações anteriores com relação às drogas, ainda fizemos uma última pergunta aos dois grupos usuários sobre como reagiriam se lhes fossem oferecidas oportunidade de ajuda no sentido de deixar. As respostas não revelaram diferenças significantes, chamando atenção principalmente que 67,6% dos meninos e meninas de rua. Usuários manifestaram o desejo dessa ajuda.

Conforme Carlini (1990) a bibliografia brasileira sobre o assunto é relativamente numerosa, contendo inúmeros trabalhos que frequentemente têm o objetivo de apenas avaliar a incidência do uso de drogas entre os estudantes e raramente tentando uma interpretação mais ampla, que articulo o comportamento do jovem diante do uso das drogas aos padrões culturais da sociedade em determinada época.

Negrete (1985), referiu a necessidade de enfocarmos a questão da droga não com propostas de intervenção no uso de drogas em si, mas nas condições sociais que se acredita facilitarem o hábito de consumi-las.

Defendem referidos autores que a questão do abuso de drogas tem suas razões em problemas e tensões sociais enfrentadas por nossos jovens, que tomariam a droga como escape à pressões e frustrações vivenciadas tais como: falta de perspectiva no mercado de trabalho, sistema educacional inadequado e distante da realidade dos jovens, ausência de opções de lazer e atividades culturais e fechamento de espaço de participação política.

Carvalho (1991) ratifica estas afirmativas, dizendo que não se pode mais encarar o problema da drogadição como algo relacionado somente ao individuo envolvido, mas a aspectos bem mais amplos, baseados em questões sociais, culturais, econômicas e políticas. Drogadição hoje não se restringe apenas a uma camada social; afeta todas as camadas da população e, dependendo das circunstâncias existenciais, em maior ou menor proporção. Afeta o adolescente em péssimas condições financeiras entregue à própria sorte, experimentando sentimentos de incerteza, desproteção, menos valia; afeta da mesma maneira o adolescente de classe privilegiada, que experimentando às vezes carências de outros níveis, vivencia também o mesmo sentimento de insegurança e menos-valia. Ambos, inúmeras vezes encontram na droga o seu refúgio. Portanto, não concebemos hoje que se permaneça a tratar a droga pela droga, esquecendo o individuo. E se é o individuo que conta, por que na prática o olhar e o agir se colocam tão ambíguos? Por que para alguns o uso de droga requer necessidade de apoio, visando o resgate de valores, e para outros a abordagem continua a ser repressiva, policial? Não podemos ter, com relação à droga visões simplistas que a colocam, ora como crime (um problema legal), ora como doença (um problema psiquiátrico) e portanto sob este olhar necessitando condutas “extremamente” especializadas, discriminatórias.

Saúde implica em qualidade de vida e, a droga esta inserida e decorre deste contexto. A tentativa de se compreender a pessoa que recorre a tais substancias deverá ser precedida de uma adequada compreensão da sociedade a que pertence e como este cidadão nela se insere. Como já afirmamos, a literatura muito tem feito referências às razões que determinam a busca das drogas como alívio de tensões internas, tais como angústias, sensações de vazio e/ou depressão de origem e intensidade das mais variadas, além do próprio modismo (Ministério da Saúde, 1991). Entre os meninos e meninas de rua, somam-se às tensões internas intensidades variáveis de tensões externas, como a fome, os sentimentos de abandono, a violência, sendo tantas vezes o uso da droga uma figura inebriante, que momentaneamente lhes oferece, no seu dia-a-dia de miséria e perseguição, uma sensação fantasiosa de bem-estar.

É preciso também desmistificar a afirmativa incorreta, oriunda mais uma vez de uma análise simplista, que tenta correlacionar o uso de drogas com a indução de ações perversas, o que muito contribui para o medo e preconceito na atenção ao menino e à menina de rua, nos serviços de saúde. Segundo as Normas e Procedimentos na Abordagem do Abuso de Drogas (Ministério da Saúde, 1991): “Fundamentalmente, as drogas induzem ações estimulantes ou depressoras no sistema nervoso central para o bem ou para o mal. O caráter qualitativo, destrutivo ou não, ação praticada por alguém sob efeito de uma substância psicoativa depende essencialmente de sua personalidade e das circunstâncias emocionais e sociais que induzem o consumo”.

Para enfrentar a questão, temos que preparar nossos adolescentes. Na prevenção do problema, concordamos com Tufik (1988) e não acreditamos na eficácia de atitudes meramente repressivas. Os dados não justificam atitudes discriminatórias. A atenção ao usuário deve ser pautada na promoção de saúde e de melhor qualidade de vida, seja ele residente em suntuoso prédio ou sobrevivente das ruas de qualquer cidade.

Carlini e Carlini (1987) comentaram pesquisa do uso de solventes e outras drogas em crianças e adolescentes de baixa renda na grande São Paulo, constatando que 77% dos meninos de rua e 34,8% dos menores internados por distúrbios relativos já inalaram algum solvente, principalmente cola de sapateiro, e 60% dos meninos de rua e 28,3% dos menores internados já haviam usado maconha. A utilização de medicamentos também já referida pelos dois grupos daquele trabalho.

Ratificando os dados acima, as substâncias mais utilizadas pelos dois grupos dessa pesquisa também foram inalantes: cola de sapateiro entre os meninos de rua e éter + clorofórmio (loló), entre os adolescentes do PROSAD, seguidos igualmente, nos dois grupos pela maconha. Os medicamentos estiveram em terceira ocorrência, entre os quais o Diazepan, o Rohipnol e Artane.

Inúmeros outros trabalhos a nível de diagnóstico podem ser referidos com relação à situação dos meninos de rua e drogadição, com pequenas variações regionais (Silva Filho, 1990; Janssem, 1990; Sudbrack, 1990; Santos, 1990).

* Violência

5.2.18 – Agressores ou agredidos

Outro aspecto bastante polêmico na proposta de atenção ao menino e menina de rua pelo Programa de Saúde do Adolescente, diz respeito à afirmativa feita por vários técnicos de que um dos fatores que justificaria a necessidade de uma atenção isolada seria o fato dessa população ser violenta, trazendo riscos aos técnicos e aos demais adolescentes, posto que muitos já tiveram inclusive passagens pela polícia, sendo portanto estereotipados de “delinquentes” e “marginais”.

Perguntamos aos dois grupos se em suas vidas já haviam sido presos, e constatamos realmente diferenças altamente significantes, considerando que a resposta positiva

foi presente em 51,4% dos meninos e das meninas de rua e apenas 1,2% dos adolescentes do PROSAD. Perguntamos também sobre os motivos que determinaram o envolvimento com a polícia e constatamos que a única prisão (1,2%) observada no grupo de adolescente do PROSAD foi por furto, enquanto entre os meninos de rua, além do furto também o uso de drogas na rua, a vadiagem, as brigas, etc.

Gostaríamos de, neste trabalho, analisar um pouco o que significa ser violento.

Vários autores já definiram a violência. Entre eles há o consenso na relação do poder, ferindo os direitos de pleno desenvolvimento e do bem estar das pessoas, sendo o seu caráter histórico social mutável, na função da mudança desse poder e distribuição diferencial de regras e recursos. Ela não é única, mas múltipla, razão porque podemos estabelecer distintos e vários tipos de violência, segundo os interesses em jogo, os agentes e as vítimas, os cenários centrais, os valores, os instrumentos utilizados e os efeitos produzidos. Desse modo, podemos ter a violência política, sexual, estrutural, social, física, psicológica, urbana, rural, etc. A agressão física, o terrorismo psicológico, a discriminação, a repressão pessoal, o engodo político, a coerção educativa e a destruição de sonhos e planos são formas concretas de violência.

Minayo (1990), classificou em seu estudo a violência brasileira em três categorias: a violência estrutural, quando programada pelo próprio sistema social, com suas conseqüências tais como a fome, o desemprego e tantos outros problemas que afligem grande parte da população do país; a violência revolucionária ou da resistência expressa por manifestações de classes e grupos discriminados da sociedade; e a violência da delinqüência, que se constitui na forma de violência melhor entendida pelo senso comum. A referida autora ainda afirmou que qualquer forma de violência deve ser ainda em rede e não de forma estanque e isolada.

Portanto, rotular o menino e a menina de rua como “marginais” e “delinqüente” porque os números acusam maiores envolvimento com a polícia é estabelecer uma análise mais

uma vez sob um olhar míope, pautada principalmente no terceiro tipo de violência da classificação de Minayo.

Analisar a problemática de saúde da criança e do adolescente na América Latina exige que nos aprofundemos em aspectos da realidade social. As agressões sociais que recebe esta população, produto dos conflitos sociais e políticos registrados em todas as regiões desse continente.

Analisemos um pouco a situação brasileira. Sabemos que a violência que aflige crianças e adolescentes na realidade brasileira atual é de tamanha gravidade, que tem incomodado todos os setores da sociedade, sendo, inclusive, reconhecida como relevante problema de saúde pública principalmente a partir do final da década de 80, segundo documentos produzidos no próprio Ministério da Saúde (1993). Este e outros documentos têm afirmado que o mais freqüente tipo de violência a que estão sujeitas as crianças e os adolescentes no Brasil é a denominada estrutural.

Recordemos dados citados na introdução deste trabalho. Segundo pesquisas do IBGE (1992), 53,5% das crianças e adolescentes brasileiros, entre 0 a 17 anos encontram-se em famílias com renda mensal de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo per capita ; são 30 milhões de crianças e jovens vivendo em situação de pobreza e miséria. Apenas 45,1% da população infanto juvenil, no início da década de 90, viviam em domicílios considerados adequados (com água encanada e rede de esgoto instalada); ainda, que 14,4% dos jovens entre 10 a 14 anos são analfabetos e apenas 20% dos alunos matriculados na 1ª série , conseguem concluir a 8ª série; e finalmente, 7 milhões e meio de crianças e adolescentes estão trabalhando em ocupações de baixa remuneração e qualificação, além de carga horária elevada impossibilitando estudo e trabalho. Estes são os adolescentes e as crianças chamadas de “alto risco”, que tem uma imediata probabilidade de sofrer cotidiana e permanentemente a violação dos seus direitos humanos mais elementares,

devido ao profundo processo de espoliação a que são submetidos em seus direitos à vida, à alimentação, à moradia, à educação, à segurança, à saúde e ao lazer, entre outros.

Segundo Minayo (1993), a gravidade dos casos nesta questão revela a face adulta da sociedade brasileira, marcada pelas profundas desigualdades sociais, pela concentração de renda, pelas discriminações de raça, cor, sexo, pela expropriação econômica e cultural; pela exclusão da cidadania e pelos privilégios de grupos. Hoje essa face monstruosa e adulta do país constitui a violência fundamental no seio do qual são gerados e reproduzidos bio-psíquico-social-culturalmente nossos jovens e nossas crianças.

Partindo do pressuposto de que é nas relações sociais que a criança e o adolescente adquirem a identidade, à medida que, confrontando-se com os outros, confrontam-se consigo mesmos, sendo estabelecidos assim as condições favoráveis para o desenvolvimento de representação e sentimentos à respeito de si próprios e do mundo (Graciani, 1992), vemos a identidade dos “meninos e meninas de rua” se construindo no conflito, posto que o seu ambiente existencial é pautado na violência, quando sofrem continuamente ataques da sociedade, em todas as dimensões.

Citamos Oyamma (1989), Siqueira e cols. (1993) ao afirmarem que o desenvolvimento físico e psíquico pode ser visto como produto de um sistema de desenvolvimento, no qual fatores intrínsecos à criança e ao ambiente são “interagentes herdados”. Os autores afirmam que “crenças, idéias, valores, hábitos e ações são parte do contexto sócio-ambiental, historicamente desenvolvido, a partir do qual as vidas são construídas por interações co-reguladas entre ambiente, criança e sociedade”.

Ora, se frequentemente na rua, para cada criança e/ou adolescente, sozinho e sem afeto, surge a condição propícia de relacionamentos que ofereçam “proteção, segurança, em troca de cobertura para furtos, tráfico de drogas e prostituição, sendo pouco ou nada lhes oferecido

como outra opção, por que estigmatizá-los como “marginais”, “trombadinhas”, etc? Eles se vêm, para sobreviver, sob a dominação de adultos inescrupulosos e, pelas circunstâncias do domínio que, este relacionamento lhes impõem, são obrigados, circunstancialmente, a colaborar com o crime organizado. Mais uma vez, a mesma rua que representa a forma de trabalho, também representa o perigo.

E neste contexto da violência estrutural, pelas razões supracitadas, um fato novo, a partir do final da década de 80, nos tem paralisado, quando constatamos um novo perfil epidemiológico no país, passando as chamadas “causas externas” (homicídios, suicídios e acidentes) para terceiro lugar no quadro geral da mortalidade (12% dos óbitos), e já se constituindo, nesta década que atravessamos, a primeira causa de morte entre adolescentes. Perguntamos então: quem está morrendo realmente? Quem está matando? Quem é violento de fato?

Segundo o Movimento Nacional do Meninos e Meninas de Rua e o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (1991), a grande maioria que sofreu homicídio é do sexo masculino, com idade de 15 a 18 anos, negro e mulato. Foram assassinados em brigas de gangues, roubos, uso de tóxicos, “queima de arquivo” ou simples suspeita. Enfim, situações que representam “o propósito de exterminar hoje o possível delinqüente de amanhã”. Neste mesmo trabalho do MNMMR, os exterminadores foram detectados como justiceiros, participantes de gangues de extermínio, esquadrão da morte a serviço de negociantes que se sentem ameaçados, mandantes de tráfico de drogas ou simplesmente participantes da polícia ou egressos dela.

E o que é mais grave, o Relatório da Comissão Internacional dos Direitos Humanos (ONU, 1992) observou que não há mobilização da opinião pública, na sua maioria, com relação ao extermínio de crianças e adolescentes. Os inquéritos policiais, quando abertos, são inconclusivos.

Por tantas razões expostas, a questão da violência se coloca como importante problema no Brasil.

Lefèvre (1993) tem-nos levado a refletir sobre a dicotomia criança-adulto, em nosso país. Ou seja, sobre a relação entre estes dois papéis sociais e entre os seres humanos que os encarnam. Na busca de sua sobrevivência, entre as ameaças de todas as ordens na rua onde vivem, estes jovens carregam consigo medos maiores do que aqueles que nos damos o direito de sentir ao pensar em contactar com eles. Conforme o próprio Lefèvre (1993): “é preciso avançar na idéia de que o enfrentamento social como um todo, junto com a criança e o bandido que coabitam o mesmo corpo biológico e psicológico, a questão das múltiplas exclusões, o que implica evidentemente em abordar, integrada e concomitantemente, os aspectos orgânicos, psicológicos, antropológicos e econômicos do problema”.

Discriminar estes meninos, pelas infrações cometidas, fechar-lhes as portas dos serviços de saúde pelo medo que o problema nos cause, não os ajudaria. Segundo Costa (1990), “não podemos aceitar esta triagem, que separa adolescentes que vão se mantendo no campo da aceitabilidade social, mesmo que com pequenas incursões no território do delito, daqueles que entram em curso de colisão com a moralidade e a legalidade vigentes na sociedade marginalizadora, gerando-se dessa forma o ciclo perverso da segregação, da estigmatização e da institucionalização compulsória”. É preciso desenvolver uma convivência política. A iniquidade na saúde é também violência e, portanto, ilegal.

*** Gostar ou não gostar da rua. Os planos para o futuro**

Perguntamos enfim, exclusivamente aos meninos e às meninas de rua (Grupo I) desta pesquisa, se gostavam de viver na rua, e 83% afirmaram “não ser bom”.

Ratificando com este percentual o pressuposto de que eles estão nas ruas não por opção, mas por circunstância, procuramos analisar outros trabalhos correlatos.

Oliveira (1989), em estudo sobre a trajetória e vivência dos meninos e das meninas de rua de Recife, afirmou que, embora haja as oportunidades de “lazer”, “trabalho” e “desafios” oferecidos pelas ruas, 70,4% destes não consideraram e não desejaram a rua como local permanente de vida, configurando-se mais como uma situação transitória que garante apenas a sobrevivência imediata.

Cheniaux (1982), em seu trabalho com a população alvo, afirmou que eles convivem nas ruas numa situação limite caracterizada pelo medo, em que a repressão, seja policial ou não, exerce o controle social, gerando o medo, a insegurança, a revolta, ratificados em inúmeros depoimentos em sua pesquisa, onde estes meninos e estas meninas enfrentam a referida situação desgostando totalmente desta.

A pesquisa do CBIA/IPES (1992) feita em São Luís/MA, com estes meninos ditos “de rua” constatou que suas vidas na rua possuem significados variados, que variam desde o ser “livre” até o viver sobre constantes perigos, constantes ameaças. Por conta disto, revelaram sua insatisfação quanto a forma de viver.

Oliveira (1992) entrevistando 71 meninos de rua (68% do sexo masculino) em duas cidades brasileiras, pesquisou suas percepções de saúde, seus estilos de vida, suas atitudes, seus comportamentos e características psicológicas, suas ambições e seus planos, e verificou que embora todos se considerassem aptos para desenvolver uma série de coisas, a serem produtivos, há entre eles uma acentuada baixa-estima e limitadas aspirações, assim como um “imediatismo” decorrente do grau de necessidades.

Também a pesquisa do CEDEC, descrita por Violante (1989), com meninos e meninas de rua, constatou que a liberdade de ação e locomoção destes é aparente, encobrendo uma realidade de medo e insegurança, uma vida alicerçada no temor, na violência, na tensão, na provisoriedade e a solidão, levando-os, na busca de suas sobrevivências, a serem individualistas,

imediatistas, desconfiados, pelo fato de conviverem com a violência em todos os níveis. Por tudo isto, inúmeras vezes externaram também suas insatisfações sobre esta forma imposta de viver.

Segundo Pereira Jr. e cols. (1992) é importante entender o “estar na rua” como espaço estratégico de sobrevivência e como um dos elementos de um quadro geral de marginalização social e ausência de direitos da população infanto-juvenil.

Em contato com esses meninos e meninas durante o ano de pesquisa, inúmeros foram os momentos em que nos revelaram seus medos, sua inseguranças, suas tristezas pelas condições de suas vidas na rua e suas incertezas quanto ao futuro.

A tristeza maior destes jovens, entretanto, diz respeito ao olhar de “crítica” dirigido por tantos que por eles cruzam. Como afirmou Silva e cols. (1995): “quando se fala em menino de rua o senso comum logo reage com o retrato acabado de um ser em abandono, sem laços familiares, desamarrado para o que der e vier, armado com o seco temperamento dos desprovidos de afeto e com os instrumentos letais que o crime organizado coloca em suas mãos”. Realmente, nas suas queixas está o fato de que, por recorrerem muitas vezes às estratégias das ruas como forma de sobrevivência, logo são enquadrados no esteriótipo da delinquência. De fato. “grande parte da opinião pública, possuindo esta percepção fracionada do processo, faz prevalecer a lógica da proteção da sociedade frente aos perigos oferecidos pelos pivetes”. Razão das atitudes dos que cruzam com estes meninos acabarem entre a fria indiferença, o medo, o assistencialismo ou até o desejo de extermínio.

Perguntamos ainda, aos meninos e meninas de rua dessa pesquisa, como pensavam o futuro para si, abrindo-se um leque de respostas que oscilaram desde a limitada e pequena ambição, até os planos impregnados de sonhos e fantasias. Interessante, entretanto, em todas as respostas, foi que, por menores que fossem as aspirações de futuro, sempre estiveram expressos os desejos de ter sua família, sua casa, seu trabalho e para alguns, inclusive o do retornar à escola.

Para nenhum deles a rua esteve como plano futuro. Mesmo nas ambições mais limitadas que representavam, às vezes, necessidade de soluções modestas da sobrevivência e da segurança, sem horizontes mais longínquos, estiveram sempre as aspirações positivas.

Claro está, portanto que esta situação “de rua” não é uma opção desses menino, mas uma exigência cruel ditada pelas desigualdades. E poucas vezes paramos de fato para pensar em ações destinadas à eliminação das causas geradoras. Por isto, tantas vezes a presença de um menino vagando nas ruas, ou de um outro nos vidros laterais dos nossos carros, tentando vender alguma coisa, nos incomoda tanto. Sabemos que eles representam somente alguns personagens de um quadro geral de discriminação social e de sonegação das garantias de direitos básicos da população infanto-juvenil.

* Saúde / Doença: Avaliação clínica-neurológica

5.2.19 – conceito saúde / doença

Iniciamos esta avaliação questionando aos adolescentes dos dois grupos sobre como viam suas próprias condições de saúde. Se consideravam sadios. Não constatamos diferenças significantes entre eles, porque 55,6% dos meninos e das meninas de rua e 67,5% dos adolescentes do PROSAD se julgavam sadios.

Quando perguntamos sobre o que representava ser sadio, constatamos que, para a totalidade dos dois grupos, o “ser sadio” significava apenas “não ter doenças”. Acreditamos que se tivéssemos partido para esta auto-avaliação, no pressuposto de uma compreensão mais ecológica de saúde, implicando no conhecimento dos seres humanos em sua integralidade, em harmonia com seu meio interno e externo, as respostas seriam bem diferentes. É bastante difundido o conceito de que o adolescente pouco adoeça, entretanto convém lembrar que tanto a saúde como a doença podem ser consideradas, numa escala gradativa, inversamente proporcional, não apenas no campo biológico; portanto não se concebe planejar, por exemplo, o

desenvolvimento sócio-econômico de um país sem ter como base a formação da saúde, assim como, não podemos admitir um bom nível de higiene sem uma sólida estrutura sócio-econômica.

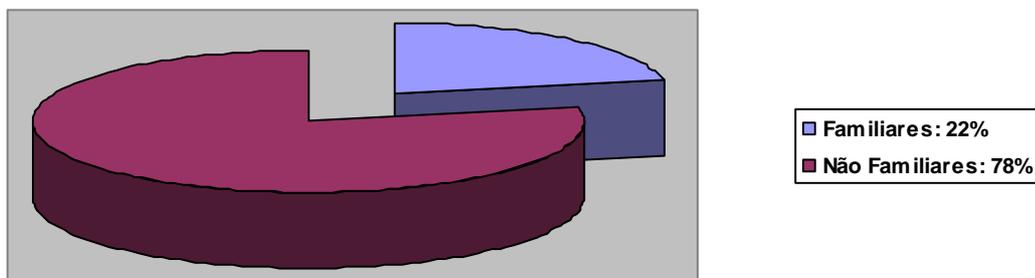
Em seguida, quando inquirimos sobre a quem recorriam como auxílio, nos casos de doenças, obtivemos então diferenças altamente significantes, visto que 54,2% dos adolescentes do PROSAD procuravam ajuda em suas próprias famílias e com elas iam ao posto de saúde; os demais (45,8%) procuravam diretamente as unidades de saúde onde havia um núcleo do PROSAD ou se automedicavam. Entre os meninos e meninas de rua, somente 22,2% ainda recorriam as famílias para ajuda e a grande maioria (77,8%) ou procuravam apoio nas instituições de abrigo, ou buscavam pessoalmente o serviço de urgência do Hospital Djalma Marques, ou se automedicavam, às vezes com auxílio de balconista ou outros meninos. Destacamos que entre os meninos e as meninas de rua não houve relato da presença do PROSAD em suas vidas.

A situação vivenciada pelos meninos e pelas meninas das ruas de São Luís, com relação aos recursos disponíveis para tratar suas doenças, é também relatado em outro trabalho dessa ordem.

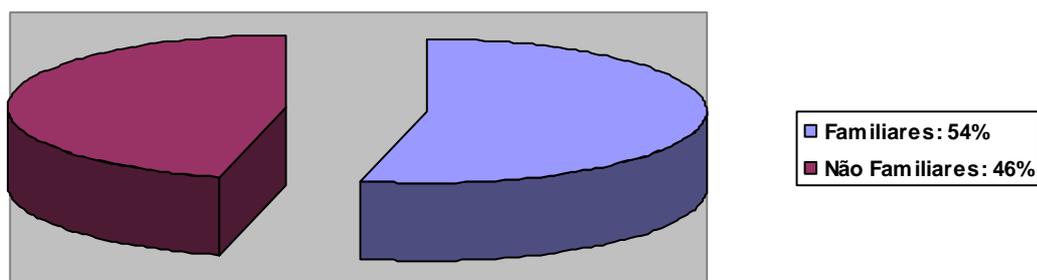
Diniz (1994) relatou, no seu estudo com menores da Amazônia, que para eles, diante da precariedade de suas vidas, chegam a existir dois tipos básicos de doenças: a “doença” e a “doença grave”, sendo a primeira tratada em casa com chás e auto-medicação e, a segunda exigindo inúmeros sacrifícios para ter acesso à assistência sendo geralmente esta, de caráter emergencial.

GRÁFICO 11 – QUANDO COM PROBLEMAS DE SAÚDE, A QUEM SOLICITAM AJUDA OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

Grupo I



Grupo II



Se, a nível de recuperação de saúde, a desigualdade de assistência já é marcante, imaginemos como ficam estes meninos e estas meninas nos níveis de prevenção e promoção, tão bem descritos e difundidos nos diversos documentos do Ministério da Saúde e melhor ainda reproduzidos no Programas Estaduais de Atenção Integral à Saúde do Adolescente.

5.2.20 – Alguns aspectos clínicos

Diante de problemas referidos pelos técnicos como mais frequentes entre os adolescentes, neste e em outros trabalhos, passamos a analisar as questões de maiores especificidades ou que representaram diferenças significantes entre os dois grupos.

Doenças Sexualmente transmissíveis (DST / Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida (SIDA)

Um dos aspectos frequentemente citados na literatura médica, quando o assunto é adolescente, diz respeito as DSTs. Os técnicos do PROSAD do Maranhão, quando consultados sobre o tema, as enfatizaram principalmente como sendo patologias comuns aos meninos e às meninas de rua.

Para melhor investigarmos esta questão, procuramos ouvir as histórias pregressas, realizar o exame da genitália e áreas afins, realizar a sorologia para Lues em todos os adolescentes e a pesquisa do HIV entre as que desejassem.

Tivemos diferenças significantes quando investigamos histórias pregressas, posto que a “gonorréia” entre os homens e os “corrimentos” entre as mulheres estiveram presentes em 22,25% das histórias dos meninos e das meninas de rua e em apenas 7,2% das histórias do adolescente do PROSAD.

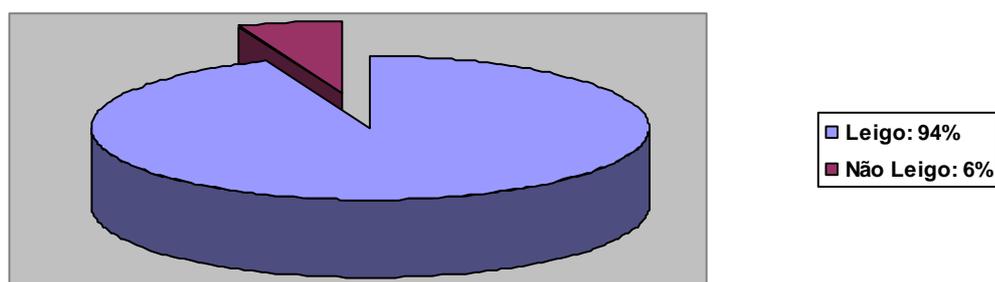
Quando perguntamos a quem recorriam para tratar suas DSTs, tivemos respostas que também revelaram diferenças altamente significantes entre os grupos, posto que 93,8% dos meninos e das meninas de rua e somente 16,7% dos adolescentes do PROSAD com história pregressa positiva recorreram ao leigo para tratamento (balconista de farmácia, remédios caseiros ou outros amigos). Aqui, mais uma vez, 88,3% dos adolescentes do PROSAD com história positiva já recorreram aos postos de saúde onde o programa de saúde do adolescente está implantado, fato não registrado entre os meninos e as meninas de rua onde os 6,3% que não recorreram aos leigos, buscaram ajuda ao serviço de emergência do hospital municipal Djalma Marques, já referido antes.

Não existem dados de grande confiabilidade nos serviços públicos com relação à ocorrência das DSTs em adolescentes, posto que, geralmente estas são subdiagnosticadas por falta de recursos técnicos e frequentemente pouco notificadas, apesar de consideradas como de notificação compulsória. As próprias dificuldade de acesso aos serviços, principalmente para os

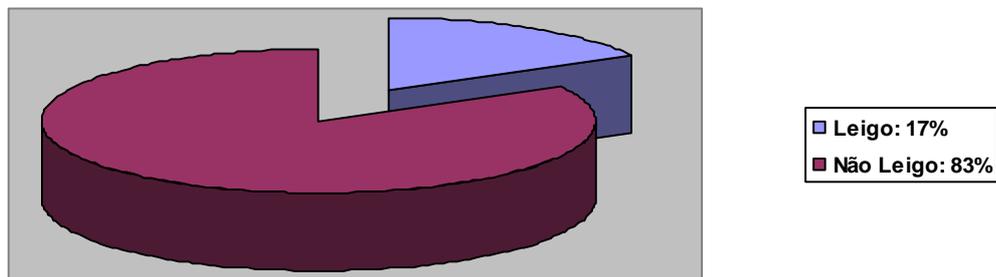
adolescentes mais vulneráveis devido a verdadeiras barreiras institucionais aos seus atendimentos, contribuem para os subregistros.

GRÁFICO 12 – BUSCA DE APOIO PARA O TRATAMENTO DAS DST's ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

Grupo I



Grupo II



Entre os adolescentes da pesquisa, detectamos no exame clínico casos de uretrite gonocócica (1,2% dos meninos de rua). Coletamos também, em 11 meninas de rua e 8 adolescentes do PROSAD a secreção vaginal; destas, 63,3% das meninas de rua e 37,5% das adolescentes do PROSAD tiveram suas culturas positivas por agentes específicos (monília, trichomonas e gonococos).

Segundo Coli (1988), uma das causas frequentes de corrimento entre adolescentes é a leucorréia fisiológica, conseqüente das alterações do epitélio vaginal sob a influencia dos

estrogênio; em seguida, por ordem de frequência, estão as causadas por infecções inesperadas (*E. coli*, *streptococcus*), resultantes, muitas vezes, de condições de higiene não adequadas; finalmente estão as específicas (*trichomonas*, *cândida*, *hemophilus vaginalis*, *neisseria gonorrhoea*, etc.)

Os dados registrados entre os dois grupos femininos de adolescentes expressam também as diferenças sociais onde vivem. As meninas de rua, estão mais expostas aos riscos de contaminação por agentes específicos por motivos já discutidos antes, quando falamos sobre os aspectos da sexualidade. Entre os adolescentes do PROSAD, ratificamos na pesquisa os dados registrado por Coli (1988) com relação à maior incidência da leucorréias fisiológicas ou inespecíficas.

Solicitamos ainda, entre os exames considerados complementares, a sorologia para Lues, aos adolescentes dos dois grupos. Não constatamos diferenças significantes entre eles, posto que somente 5,6% dos meninos e meninas de rua e 1,2% dos adolescentes do PROSAD apresentaram resultados positivos; todos diagnosticados como portadores de sífilis latente, uma forma adquirida, na qual não observamos sinais e situações clínicas, sendo o diagnóstico estabelecido pelos testes sorológicos (Manual para Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis / MS, 1993).

A dificuldade de acesso às unidades e a inadequação das rotinas e dos serviços à população adolescente, principalmente os mais carentes, das ruas, têm sido uma constante em várias regiões do país, onde o sistema público de saúde é um somatório de desacertos, falido totalmente nas suas funções de prevenir, controlar, tratar e, principalmente, orientar as comunidades nas discussões dos seus problemas de saúde, ajudando-as desta forma na busca de suas soluções.

Como reflexo de todo este caos, as DTSs vêm aumentando de incidência entre os adolescentes, nos últimos vinte anos (Silber, 1985).

Diniz (1994), constatou em seu estudo que, é quase completa a ignorância de informações sobre doenças sexualmente transmissíveis, na região amazônica, ainda conhecida como “venéreas”, embora os jovens estejam iniciando a prática sexual cada vez mais precocemente, havendo uma alta incidência principalmente de “gonorréia” e não havendo qualquer preocupação através do uso da camisinha.

Sabemos que as DSTs estão diretamente envolvidas com problemas sociais e culturais e sua abordagem na adolescência deve ser desprovida de preconceitos e/ou medo, menos centrada na própria doença e mais preocupada no cidadão portador da mês (Petri, 1993).

Especialmente com relação à Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (SIDA), perguntamos aos adolescentes dos dois grupos se tinham informações sobre a doença. Houve diferenças pouco significantes nas respostas, considerando que 100% dos adolescentes do PROSAD e 90,3% dos meninos e das meninas de rua revelaram já ter ouvido falar a respeito da patologia. As diferenças se tornaram bem mais significantes quando procuramos saber se conheciam as formas de prevenção. Aqui somente 36,1% dos meninos e das meninas de rua e 90,4% dos adolescentes do PROSAD responderam positivamente. Enquanto isto, já registramos que a camisinha não é de uso habitual entre os adolescentes dos dois grupos. E quando oferecemos a oportunidade da realização, caso desejassem, do Teste de Elisa para HIV – SIDA, verificamos que o interesse maior esteve exatamente entre os meninos e as meninas de rua (79,2%) e menos entre os adolescentes do PROSAD (41%) com diferenças significantes.

A Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (SIDA) passou a ser motivo maior de preocupação no Brasil, principalmente a partir da década de 80. No período 80/93 foram registrado 45.049 casos colocando o Brasil, num incomodo 4º lugar entre os países do mundo em número de casos notificados à Organização Mundial de Saúde, com 500 mil portadores do HIV. Mantendo-se as condições atuais, há uma tendência a chegarmos ao ano 2000 com 1,5 milhões de

contaminados, segundo o boletim do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (MS, 1993). Neste mesmo período (80/93), no Maranhão, constatávamos registros de casos da SIDA na faixa etária de 10 a 14 anos, decorrente de: hemofilia (15,2%), transfusão de sangue e derivados (1,5%), uso de drogas injetáveis (0,3%) e não definidas (0,4%); e na faixa de 15 a 19 anos, decorrentes de hemofilia (16,2%), uso de drogas injetáveis (6,3%), transmissão sexual (3,6%) e não definidos (1,4%), segundo dados do setor de estatística e do programa estadual de prevenção das DSTs / SIDA. Estas mesmas fontes ainda informam que na faixa etária dos 20 a 24 anos, as transmissões sexuais (homo e hetero) passam a representar o principal fator de transmissão com 28,7% seguida pelo uso de drogas injetáveis com 24,1% hemofilia com 11,3% e não definidas com 9,2%. Estes últimos dados também são preocupantes, considerando que muitos dos casos diagnosticados nesta faixa etária tiveram suas histórias de contaminação no período da adolescência. Stephen (1991) registrou recentes índices de infecção da SIDA entre adolescentes, como sendo de 0,5 a 1% e prevalência maior entre aqueles de maior frequência da atividade sexual.

A Organização Panamericana de Saúde (1994) já tem alertado sobre a questão preocupante do problema da SIDA e os meninos de rua, caracterizando-o como necessidade urgente de ação.

Poucas informações estatísticas obtivemos com relação à situação dos meninos e meninas de rua e a SIDA. Há estimativas de que 1 a 2% dos adolescentes que vivem nas ruas do nosso país seriam soro positivos ou estariam em alto risco para infecção e conversão, segundo Eisentein (1989). A mesma autora reportou um estudo realizado durante 18 meses (julho/87 a outubro/88) em 3389 meninos carente e/ou infratores encaminhados ao hospital da antiga FUNABEM, no Rio de Janeiro, dos quais 1,47% foram HIV positivo.

Entre os meninos e meninas de rua de nossa pesquisa, ratificamos as observações quanto ao início de vida sexual mais precoce e o pouco hábito de uso de camisinha (esta última observação inclusive também registrada entre os adolescentes do PROSAD).

Preocupamo-nos muito com o fato de que as informações sobre a SIDA ainda não tenham atingido e sensibilizado 100% dos nossos meninos e meninas de rua, considerando a precocidade e a maior frequência na prática sexual deste grupo. Preocupamo-nos também com os dados estatísticos acima referidos quando constatamos registro e elevação do número de portadores entre adolescentes e adultos jovens, em geral, e em particular entre os meninos e meninas de rua, como mostraram os dados do Rio de Janeiro. Preocupamo-nos mais ainda com o fato de que entre os testes de Elisa realizados como opcionais nos adolescentes dos dois grupos destas pesquisas, encontramos um soro positivo entre os meninos de rua (1,4%) cuja seqüência diagnóstica não foi concluída pela evasão do garoto e, principalmente pela falta constante, na época da pesquisa, dos kits para os testes nas unidades responsáveis para sua realização em São Luís. Falhamos, enquanto saúde, deixando ficar a incerteza se seria um falso positivo (considerando que estatisticamente, em cada mil testes realizados, dois poderão apresentar falsos resultados) ou se estávamos diante de um portador que por falha de todo um sistema público de saúde, deixou de ser orientado e apoiado, contribuindo para a proliferação do vírus e aumento dos índices de soro-positivos. O correto no caso teria sido a repetição do Teste de Elisa, pois sabemos ser este um processo imuno-enzimático que detecta anticorpos e que, se bem realizado, revela-se bastante adequado para testagem inicial apenas (Machado, 1994). Caso repetisse a positividade, teríamos que prosseguir investigação diagnóstica.

Fomos informados posteriormente, por uma educadora de rua que acompanhou estes meninos e meninas nas diversas etapas desta pesquisa, que o referido menino, após um período evadido pelo interior (aproximadamente 18 meses), retornou a São Luís para dar entrada

no Hospital Municipal Djalma Marques (emergência) com quadro convulsivo que o levou ao óbito. Infelizmente sem diagnóstico definitivo, morreu mais um menino de rua. Que importância tem este fato para o sistema público de saúde, se este lhe fecha as portas e não lhe garante o direito da equidade?

Esquecemos que ficam implícitas na crescente ocorrência de DSTs em adolescentes, possibilidades que representam fundamentalmente negligências sociais, entre outros fatores.

O medo e o preconceito ameaçam ocorrer qualquer “boa intenção” de inúmeros profissionais de saúde. Medo decorrente de múltiplos complicadores expressos nas repercussões emocionais, familiares, éticas e legais. E neste contexto, enquanto “autoridades da saúde”, determinamos critérios aleatórios para exclusão, onde a punição deverá ocorrer para todos “os que tiverem revelada, de algum modo, sua má conduta sexual ou transgressiva de outra ordem” (Petri, 1993).

Também presentes no relato dos técnicos desta pesquisa como preocupação entre os adolescentes, ratificada nas relações de queixas destes em vários serviços de outros estados está a baixa estatura.

Avaliamos a estatura dos adolescente de ambos os grupos e as comparamos às curvas do Padrão Referencial Santo André IV (Marques, 1984). Escolhemos referido referencial por ser originário de pesquisa em adolescentes e crianças brasileiras (São Paulo) no período de 1978 e 1979 e, desta forma, concordamos com Saito (1993), acreditando ser o melhor referencial aquele que se coloca mais próximo da população avaliada, posto que apresenta semelhantes características étnicas, biológicas e de padrão de crescimento e maturação sexual, entre outros. O escolhemos também porque este referencial trabalhou com os mesmos limites de idade de nossa pesquisa (10 a 20 anos). O Padrão Santo André estabelece como canais extremos de limite para

baixa e alta estatura (limites de normalidade) os percentis 2,5 e 97,5; e considera, entretanto, como canal de vigilância para baixa estatura os limites entre os percentis 10 e 2,5 e para alta estatura entre os percentis 90 e 97,5 (Marcondes, 1994).

Encontramos diferenças significantes na representação de curvas entre os dois grupos com relação à estatura, principalmente decorrente das diferenças presentes entre os que se localizam abaixo do canal de vigilância para baixa estatura (abaixo do percentil 2,5) representada por 20,8% dos meninos e das meninas de rua e por 6% dos adolescentes do PROSAD. Encaminhamos todos os adolescentes dos dois grupos, nesta situação, para uma avaliação endocrinológica, não sendo constatado entre eles qualquer caso de distúrbio genético, displasia óssea ou disfunção hormonal, ficando portanto estabelecida para eles o diagnóstico definitivo de baixa estatura de causa familiar e/ou decorrente de fatores ambientais adversos.

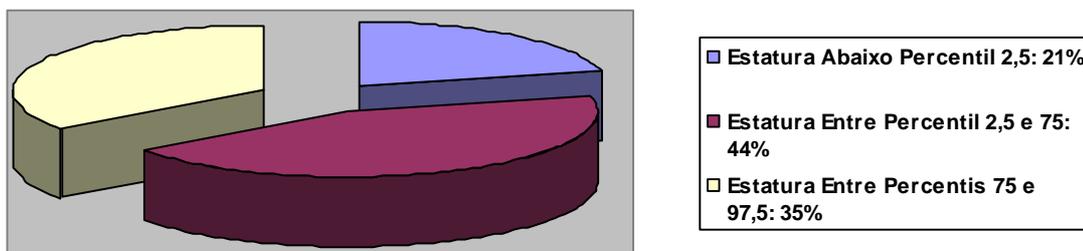
Alguns trabalhos têm referido a importância da baixa estatura como referencial marcante para avaliação das situações sociais presentes e, principalmente pregressa do adolescente.

Coli (1988) fez referências às questões de carências nas populações adolescentes economicamente desprovidas, nas quais a falta de estimulações positivas como o esporte e o lazer, assim como as deficiências nutricionais se faziam presentes desde a mais tenra idade, resultando em comprometimentos estaturais significativos, com intensidade variável, entre eles.

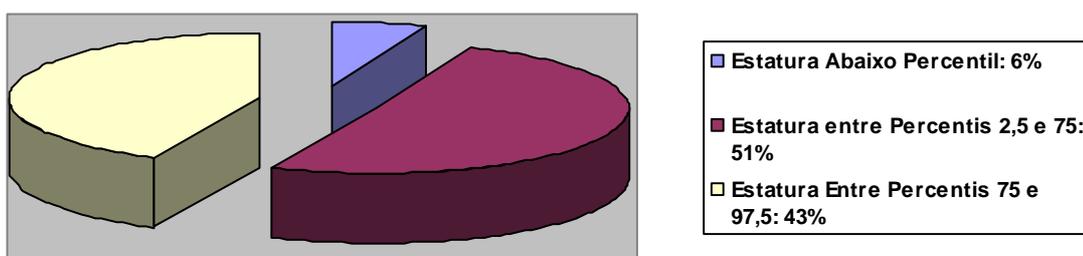
Segundo Conceição (1992), a baixa estatura deve ser um parâmetro importante nos trabalhos comunitários para demonstração de seqüelas de desnutrição pregressa, servindo, conseqüentemente, como elemento fundamental nas avaliações de condições pregressas de ambiente de vida.

GRÁFICO 13 – CARACTERÍSTICAS DE ESTATURA DOS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E DOS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

Grupo I



Grupo II



Também Sutphen (1985) e Dreizen (1967) já afirmavam que, particularmente na adolescência, as variáveis antropométrica têm sido cada vez mais utilizadas como indicadores de saúde e estado nutricional em avaliações de composição corporal, quer em estudos clínicos como populacionais, já que o crescimento físico e a própria maturação sexual dependem de condições nutricionais adequadas.

Complementando a investigação dos fatores de espoliações e carência nos dois grupos, solicitamos a todos os adolescente, como rotina complementar os exames: parasitológico de fezes, hemograma completo e sumário de urina. Não constatamos diferenças significantes entre os grupos nestes três exames. Entretanto, gostaríamos de ressaltar que a anemia (taxa de hematócrito e hemoglobina baixos) esteve presente em 37,5% dos meninos de rua e 34,9% dos adolescentes do PROSAD, talvez decorrente também dos hábitos alimentares regionais. Um

outro fato importante desta mesma exploração foi registrado no parasitológico de fezes, quando somente 34,7% dos meninos de rua e 27,7% dos adolescentes do PROSAD não se mostraram infectados com helmintos e/ou protozoários. Como sabemos que as infecções urinárias têm incidência razoável entre adolescentes, principalmente do sexo feminino, e como sabemos que a referida infecção, exerce sua exfoliativa, solicitamos o sumário de urina, que não revelou diferenças significativas entre os grupos, com resultado positivo para infecção em 15,3% dos meninos e das meninas de rua e 10,8% dos adolescentes do PROSAD.

Os aspectos carenciais registrados nesta pesquisa refletem a situação de precariedade sócio-econômica de um percentual elevado dos nossos adolescentes e mais agravados entre aqueles que fazem da rua seu recurso de sobrevivência.

*Maturação Sexual

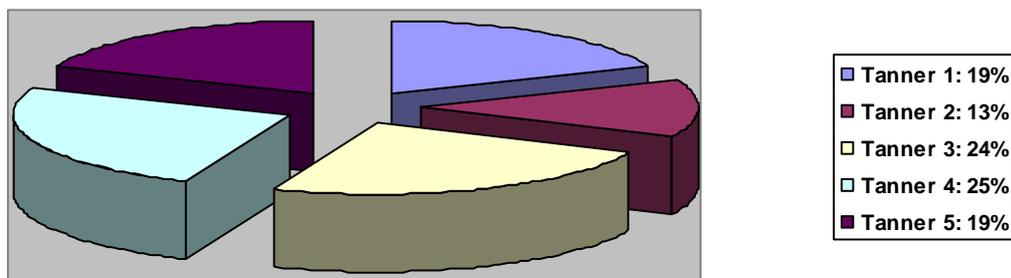
Para avaliarmos a maturação sexual (biológica) dos adolescentes, utilizamos os Critérios de Tanner (1967) hoje universalmente aplicados para o referido propósito. Essa escala é subdividida em cinco estágios de maturação; no sexo masculino avalia-se a genitália (G) e os pelos (P) e no sexo feminino avalia-se os pelos (P) e as mamas (M).

De acordo com o estágio mais próximo de cada adolescente desta pesquisa, organizamos uma tabela representada por cinco níveis assim denominados: Tanner 1, 2, 3, 4 e 5.

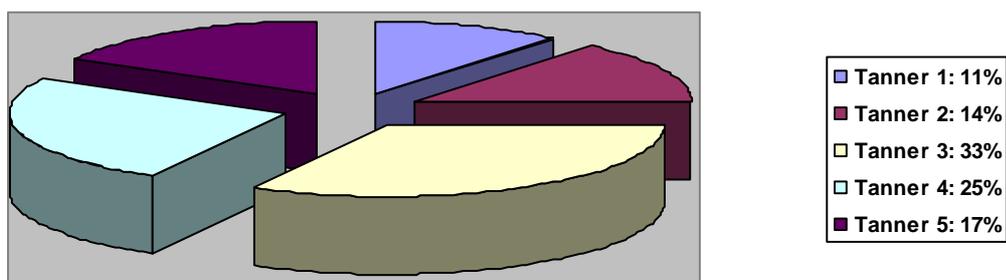
Observamos apenas que o início de maturação foi levemente mais precoce entre os adolescentes do PROSAD, posto que o Tanner I da tabela ainda se revelava presente em 19,4% dos meninos e das meninas de rua e em somente 10,8% dos adolescentes do PROSAD, resultante talvez da interferência de carências nutricionais e/ou de outras ordens a que estão sujeitos mais intensamente os meninos e meninas de rua, e que, segundo vários trabalhos já referidos, podem interferir também negativamente sobre a maturação sexual, da mesma forma que interfere no crescimento.

GRÁFICO 14 – DISTRIBUIÇÃO DA ESCALA DE TANNER PARA DESENVOLVIMENTO PUBERAL ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

Grupo I



Grupo II



* Problemas Oftalmológicos

Uma queixa freqüente entre os adolescentes, segundo registro de levantamentos sobre queixas da 1ª consulta em vários serviços (São Paulo/SP, San-Martinho/rio; PAM-Diamante e Hospital Universitário/MA), diz respeito aos problemas oftalmológicos.

Para avaliarmos problemas oftalmológicos.

Para avaliarmos a acuidade visual, utilizamos a Tabela ou Optotipo de Snellen, por sua praticidade e reconhecida eficiência na avaliação em grupo populacionais (principalmente escolar). E todos os adolescentes dos dois grupos que apresentaram falhas na execução deste exame e/ou que tenham trazido outras queixas oftalmológicas, foram encaminhados para avaliação oftalmológica especializada (Maakaroun, 1991).

Constatamos que houve diferenças significantes entre os adolescentes dos dois grupos em relação a indicativos de falhas na acuidade visual pelo Teste de Snellem, posto que 21,7% dos adolescentes do PROSAD e 8,3% dos meninos e das meninas de rua acusaram dificuldades na leitura da tabela. No exame físico também verificamos uma considerável incidência (19,4%) da hiperemia ocular e/ou conjuntivite entre os meninos e meninas de rua. Por referida razão, foram encaminhados para avaliação especializada 20 meninos e 7 meninas de rua e 38,9% (7) dos adolescentes do PROSAD tiveram confirmado o diagnóstico de deficiência de refração.

Coli (1988) também na sua prática profissional relatou apreciável proporção de adolescentes que apresentavam deficiências visuais de tipo e intensidade variáveis.

Osório (1982), em levantamento de fichas clinicas dos adolescentes de seu serviço observou registro de visão diminuída em 8% das adolescentes e 4,5% dos adolescentes.

Marcondes (1992) fez referencia à pesquisa de Yunes com 12.618 escolares de 155 municípios do Nordeste, onde 10,8% dos estudados apresentavam defeito visual.

* Problemas Dentários

constatamos diferenças significantes entre os grupos quanto ao estado de conservação e permanência dos dentes na cavidade oral. Verificamos que 77,8% dos meninos e das meninas de rua e 48,2% dos adolescentes do PROSAD tinham sua saúde oral fortemente comprometida. Estes dados, embora revelem diferenças que coloquem os meninos e as meninas de rua na categoria de precária saúde oral, expõem também a total impotência da prevenção e recuperação da saúde oral na rede pública do Estado, considerando que, quase 50% dos próprios adolescentes do PROSAD, portanto já assistidos em alguma unidade da rede pública, também apresentaram graves problemas dentários, desde simples caries até ausências de dentes ,com intensas repercussões na adolescência.

Se analisarmos, mesmo que com brevidade, a rede pública de saúde na cidade de São Luís, logo perceberemos a precariedade de oferta nas ações de prevenção e recuperação da saúde bucal, posto que até mesmo nas unidades onde o núcleo do PROSAD já se encontra instalado, o atendimento odontológico é de difícil acesso, com vagas limitadas e realizado, quase que em sua totalidade, sob forma de tratamento de cáries simples e exodontia. As orientações de higiene oral, muitas vezes, ficam limitas às escolas ou grupo pequenos nas próprias unidades. E se esta é a realidade da capital, não precisamos detalhar a situação dos diversos municípios do Maranhão.

Segundo Coli (1988), a cárie dentária representa um freqüente problema de saúde na adolescência, talvez relacionado a mudanças de hábitos alimentares, inadequadas condições de higiene oral e condições sócio-econômicas desfavoráveis, onde os cuidados odontológicos prévios (na infância) são ausentes, resultando uma adolescência com comprometimentos graves: perdas de elementos da dentição permanente, serias afecções periodontais e grandes defeitos de oclusão, com repercussões orgânicas e psicossociais.

Conceição (1992) relatou uma pesquisa realizada na rede escolar, onde 64,4% de todos os escolares apresentavam cáries dentárias.

Se percebêssemos a situação sócio-econômica que agride os meninos e as meninas de rua e se considerássemos ainda a origem dos mesmos (a grande maioria oriunda do interior maranhense) nos sensibilizaríamos mais por bocas “violentamente” mutiladas.

* Problemas Dermatológicos

Relatórios de atendimento realizados com adolescentes colocam os problemas dermatológicos como freqüentes nesta faixa etária, conforme dados dos serviços (San Martinho / rio de Janeiro, Séc. de Saúde / São Paulo, PAM-Diamante e HU / Maranhão). Os técnicos do

PROSAD/MA, na entrevista semiaberta registraram este fato quando citaram as patologias usuais entre adolescentes.

Com relação à pele e anexos, vários foram os problemas referidos e detectados no exame clínico dos adolescentes dos dois grupos. Podemos citar: acne, escabiose, tinea corporis e capitis, pitíriase vesicolar e finalmente a furunculose. Com exceção das acnes, todos os outros foram mais frequentes entre os meninos e meninas de rua, não havendo entretanto, registro de diferença entre os dois grupos. A ocorrência maior entre os meninos e meninas de rua de várias dessas patologias decorre das próprias situações da vida, onde as condições do ambiente, a dificuldade na higiene e a falta total de orientação e assistência à saúde estão contribuindo para a continuidade dos processos. Dois itens citados e detectados na avaliação dermatológica dos dois grupos revelaram diferenças significantes: a pediculose e as cicatrizes traumáticas. A primeira apresentou-se positiva em 16,7% dos meninos e meninas de rua e somente em 3,6% dos adolescentes do PROSAD; talvez pelas mesmas razões já referidas quando comentamos a ocorrência de escabiose, tineas, pitíriase, piodermite e furunculose. A segunda (cicatrizes traumáticas) também se fez presente em 31,9% dos meninos e meninas de rua e apenas em 12% dos adolescentes do PROSAD. Quando conversamos com os adolescentes dos dois grupos sobre os fatores que determinaram as referidas seqüelas cicatriciais, as diferenças se revelaram qualitativamente mais significantes, posto que entre os adolescentes do PROSAD as histórias dos traumas decorreram de quedas ou acidentes, enquanto entre os meninos e meninas de rua, principalmente envolvendo adultos (marginais da área, traficantes, policiais e até transeuntes). Relembremos aqui todos os aspectos relacionados com a violência na vida desses meninos e meninas de rua, já registrados neste trabalho. As marcas de seus corpos muitas vezes determinam marcas muito mais profundas e duradouras em suas mentes, em suas vidas.

* Problemas Ortopédicos

Avaliamos também no exame clínico a coluna vertebral de todos os adolescentes e, para aqueles com história positiva de dores pára-vertebrais ou com dados positivos de assimetria ou desvio no exame, solicitamos parecer especializado e raio-X de coluna. Assim tivemos confirmado o diagnóstico de escoliose e outros defeitos posturais em 2,8% dos meninos e das meninas de rua e 18,1% dos adolescentes do PROSAD, caracterizando diferenças significantes entre os grupos.

Colli (1988) já descreveu alguns problemas que surgem na adolescência, tais como: defeitos posturais, escoliose, doença de Osgood-Schlatter e outros. Alguns são transitórios, como os defeitos posturais, muitas vezes resultados de fatores físicos e emocionais, entre eles a defasagem entre crescimento ósseo e muscular, a falta ou escassa atividade física, a timidez, a não incorporação do novo esquema corporal, a solicitação de adultos, etc. Também a escoliose, que é geralmente idiopática e ocorre no início da fase de aceleração do crescimento acometendo principalmente o sexo feminino.

Tirico (1993) também relatou que a escoliose mais freqüente em 80% dos casos é a do tipo isiopática, cuja etiologia e patogenia permanecem desconhecidas.

As diferenças significantes registradas nesta pesquisa entre os meninos e as meninas de rua e os adolescentes do PROSAD com relação a esses dois aspectos talvez mereçam estudos mais apurados. Arriscaríamos afirmar, apenas, que a própria exigência de maior atividade física pelas ruas, quem sabe desde muito cedo, esteja contribuindo para uma maturação muscular mais rápida e precoce dos meninos e meninas de rua, favorecendo maior suporte da estrutura óssea, independente de qual a estatura final atingida.

* Infecções mais específicas

Procuramos investigar todas as queixas, principalmente quando de referiam a dados que induziam a processos infecciosos mais específicos, tipo atividade reumática,

osteomielite, tuberculose, etc. Dessa forma, tivemos somente um caso de tuberculose confirmado entre os meninos e meninas de rua. O referido garoto trazia uma história de processos respiratórios cíclicos, tosse crônica e emagrecimento. Com o auxílio do especialista na área, após a execução da prova tuberculínica, da baciloscopia, da cultura e da investigação radiológica o diagnóstico foi confirmado, obedecendo as orientações científicas de dois trabalhos recentes sobre o tema (Dias, 1993; Sant'Anna, 1994; MS, 1992).

Como a tuberculose está diretamente relacionada a condições estruturais, não precisamos maiores argumentos para justificar o caso deste menino. Preocupamo-nos, entretanto, por que o ciclo da contaminação permanecera se o sistema público de saúde (inclusive o Programa de Saúde do Adolescente) não se mobilizar.

* Problemas neuro-psicológicos

Foi freqüente, no discurso dos técnicos do PROSAD avaliados nesta pesquisa, o relato das graves questões comportamentais dos meninos e meninas de rua que justificariam até atendimentos especializados (psiquiátricos) e reforçariam até atenção separada dos outros adolescentes do PROSAD.

Em uma análise simplista do comportamento, não estaríamos criando esteriótipos que relacionam a imagem desses meninos e dessas meninas aos problemas psiquiátricos, à delinqüência, à violência, colocando-os como responsáveis por todo este processo, enquanto que as situações de carência, da ignorância, da desnutrição, de dificuldades na escola e no trabalho de escassas perspectivas de realização pessoal têm sido frequentemente esquecidas?

Os adolescentes destas pesquisas, meninos e meninas de rua ou adolescentes do PROSAD, foram avaliados neurologicamente. Todos passaram pelo exame neurologicamente. Todos passaram pelo exame neurológico tradicional e não constatamos diferenças significantes entre eles. Todos que trouxeram história de desmaio e convulsão recente ou progressiva (13,9% dos

meninos e meninas de rua e 14,5% dos adolescentes do PROSAD), tiveram oportunidades de realizar o eletroencefalograma convencional, no qual os resultados positivos para processos disrítmicos não revelaram também diferenças significantes entre os grupos (meninos e meninas de rua 11,2% e adolescentes do PROSAD 18%).

Castle e Fishman (1973) encontram-se 9,9% de casos de epilepsia entre adolescentes em geral. E um elevado percentual destes casos foi iniciado ainda na infância.

Com dados similares de exame neurológico, com histórias clínicas e exames complementares sem revelar diferenças significantes, podemos afirmar que do ponto de vista neurológico, nenhum aspecto se nos apresentou que justifique uma proposta de atendimentos diferenciados para os meninos e meninas de rua.

O Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, quando se reporta às questões psicológicas do adolescente, enfoca sempre a Síndrome da Adolescência Normal, integrada pelas seguintes características, segundo Aberastury e Knobel (1970): busca de si mesmo e da identidade, tendência grupal, necessidade de intelectualizar, atitudes sociais reivindicatórias sucessivas em todas as manifestações de conduta, separação progressiva dos pais, constantes que o conceito de “normalidade” não é fácil de estabelecer, sendo variável na dependência do meio sócio-econômico, político e cultural.

Interessante trabalho foi desenvolvido por Silva e col. (1995), que avaliaram o universo mental destes meninos de rua a partir do que eles pensam, sentem e expressam acerca de suas experiências de vida, sem registro de maiores anormalidades. Também na Colômbia, a avaliação dos testes psicológicos em 56 crianças de rua daquele país demonstrou que eles evoluem com adequada saúde mental, sem registro de patologias maiores, exceto por agravos ambientais.

Apesar de não termos, neste trabalho, aprofundado o estudo especializado dos aspectos psicológicos dos dois grupos, embora os técnicos do PROSAD/MA inquiridos tenham atribuído aos distúrbios comportamentais uma das justificativas para o atendimento discriminatório, recorreremos mais uma vez à afirmativa de Aberastury e Knobel (1970) sobre o conceito de normalidade, lançando duas perguntas para reflexão: - que padrões de “normalidade” comportamental a sociedade exige para estes meninos e meninas de rua, quando ela própria os coloca em viver incerto? Que comportamento “normal” esperamos de quem, nos períodos fundamentais de sua formação bio-psíquica-social, recebe uma herança que os colocam, segundo Minayo (1991), “de um lado, num mundo sem fronteiras, sem limites, de sonhos, que tem apenas a constrangê-los o lixo da miséria, da fome, da delinquência; e de outro, num mundo sem esperanças, sem possível social?”.

5.3 – Considerações Finais

Em vários momentos deste trabalho as diferenças foram enfatizadas. Quer na linguagem dos técnicos, quando procuravam justificar suas posições, quer no estudo comparativo bio-médico e social.

Procuramos então recorrer ao Dicionário da Língua Portuguesa (Buarque de Holanda, 1986) no sentido de compreender melhor o que significaria “ser diferente”, na nossa língua:

“Diferente [do lat. Diferente] Ad. 2g. 1- Que não é igual; que não coincide; que difere; que diverge; divergente; diversos; desigual... 2 – Não semelhante. 3 – Variado ... 4 – Alterado, modificado ...”

Ora, se “ser diferente” é “não ser igual”, “não ser semelhante”, sempre nos inquietou o reforço manifesto no discurso dos técnicos dessa pesquisa, partindo do pressuposto de que cada indivíduo representa sua singularidade e as circunstâncias; conforme Peres (1995)

também já afirmou ao fazer referência à Adolescência trata-se de “um conceito socialmente construído, que se refere a uma etapa do ciclo vital humano, portanto, parte do desenvolvimento por que passam os homens concretos, localizada entre a infância e a fase adulta e que ganha visibilidade e significado social somente na medida em que seja vista dentro do processo do desenvolvimento humano-processo unitário e totalizante, que comporta todas as dimensões do existir humano: biológica / psicológica / sócio-cultural, cujas formas características (ou até mesmo a sua existência) se apresentam de distintas formas, como expressões das condições concretas de vida em cada contexto sócio-cultural”.

Por que então, tanta ênfase nas diferenças e tanto receio no trabalhar com estes meninos, estigmatizados como “de rua”.

Talvez, na linguagem dos técnicos, o ser diferente represente fundamentalmente fugir dos pressupostos de universalização, padronização, serialização que a literatura tem tratado a adolescência, principalmente na área da saúde, fazendo “perder de vista singularidades, principalmente na área da saúde, fazendo “perder de vista singularidade, ou mais precisamente, processos desiguais e diferentes de adolescer em sociedades de classes, que discriminam, excluem grupos sociais, na medida em que elegem aqueles que têm acesso ao direito a ter direitos” (Peres, 1995).

Segundo Elias (1994), “mesmo dentro de um mesmo grupo, as relações conferidas a duas pessoas e suas histórias individuais nunca são extremamente idênticas”.

Não há homogeneidade na adolescência. Todo adolescente é diferente, singular. Diferente na forma de agir, no tempo de amadurecer, nos objetivos a atingir, nos planos a concretizar. Quando insistimos serializá-los, tendemos também a homogeneizar condutas. Sem fugir a esta regra, o chamado “menino e menina de rua”, também serializado quando se lança a luta pela sobrevivência, logo é estigmatizado e posto à margem.

No campo da saúde, principalmente na prática médica, é comum dirigirmos o olhar mais para a “doença” e menos para o “doente”, fato que nos impulsiona tantas vezes ao uso de expressões tipo “caso interessante”, “caso diferente”. E aqui, nestes casos, o “diferente” nos atrai.

Ao trabalharmos com adolescentes, somos exigidos a desviar nossos olhos da doença para o indivíduo até porque é um período de vida de baixa morbidade. Este fato se refere principalmente aos adolescentes ditos “de rua”, isto é, adolescentes em circunstâncias hostis, insistimos primeiramente em patologizá-los como “drogaditos”, “violentos”, “delinquentes”, “desviantes de conduta”, talvez inclusive para manter o caso como “interessante”.

Esquecemos de que estamos lidando com “adolescentes concretos, que vivem suas cotidianidades, em suas diversas e desiguais condições de existências” (Peres, 1995) e que são exatamente estas “desiguais possibilidades de existir, em diversas situações culturais, agravadas pelas diferenças sociais que determinaram e reforçam as diferentes maneiras de encarar a vida” (Peres, 1996).

Mais uma vez, precisamos destacar que o conceito de vida não pode e não deve ficar limitado à concepção paradigmática biológica, mas, que esta concebida como diferentes processos e cursos, construídos sócio-cultural e historicamente (Feartherstone, 1991). E nesta concepção, Ortega y Gasset (1989) já destacou a importância de valorizarmos o que chamou “circunstância” (cirum – stantia = presença em torno), no existir de cada ser vivente, razão porque afirmou que “o indivíduo vive envolvido pelo ambiente geográfico-histórico-social-cultural” e, que esse contorno, para cada um pode se apresentar mais ou menos hostil, mais ou menos favorável, mas, queiramos ou não, temos de contar com ele, completando que “a vida é essencialmente um diálogo com o contorno; é-o em suas funções fisiológicas mais simples como

em suas funções mais sublimes. Viver é conviver, e o outro que conosco convive é o mundo que nos rodeia”.

As diferenças detectadas no estudo comparativos dessa pesquisa e aquelas destacadas no discurso dos profissionais de saúde encontram, no pensamento filosófico de Ortega y Gasset, fundamentação para suas justificativas. Não devemos perder de vista, ao lidarmos com adolescentes, que estamos diante de indivíduos com suas singularidades, em dialogo com seu contorno. As circunstâncias onde cada um está inserido determinam fundamentalmente suas formas de caminhar na vida. Diferentes sim, pois mais que simples indivíduos massificados, modelados, serializados, são seres humanos, singulares assumindo e vivendo a subjetividade. A singularidade é um conceito existencial e dentro dele cada ser humano é ele próprio e, por conseguinte diferente; enquanto que a subjetividade é modelada no registro social e desta forma assumida por indivíduos, em suas existências particulares. Segundo Gattari (1993), “o modo pelo qual os indivíduos vivem esta subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão ou uma relação de expressão, de criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que se chamaria de singularização”. E, segundo Elias (1994), “cada pessoa parte de uma posição única em sua rede de relações, atravessa uma história singular de vida... e esse eu, essa essência pessoal forma-se num entrelaçamento contínuo de necessidades, num desejo e realização constantes numa alternância de dar e receber”.

Portanto singulares, será que estes meninos e meninas, hoje em condição de sobreviventes nas ruas, em circunstâncias mais favoráveis que as atualmente vividas não seriam capazes de caminhar na vida de modos também diferentes, menos estigmatizados?

Partindo dos pressupostos acima, concluímos que as diferenças são fundamentalmente normais, posto que cada adolescente é um ser singular, único; anormais são

portanto as circunstâncias em que cada um destes jovens vive, acentuadamente desiguais. Assim sendo, faz-se necessário intensificarmos nossa atenção e preocupação mais nas desigualdades sociais presentes nas vidas destes meninos e menos nas diferenças que eles possam representar.

Singulares, essencialmente diferentes, vêm-se estes meninos submetidos pela sociedade a fatores que acentuam marcantes desigualdades, principalmente quando não se lhes oferece oportunidades de acesso iguais aos direitos. E, por conta desta mesma desigualdade, que não é intrínseca, mas estrutural, os meninos e meninas ditos de rua terminam todos estigmatizados como “diferentes”. Essencialmente são diferentes, mas não deveriam ser desiguais.

Neste momento, retornamos aos conceitos de equidade e recorreremos a Soberón (1988) citado por Peres (1995) que ao afirmar que o referido conceito “não ficaria completo se não incluísse o compromisso de boa qualidade. O tratamento igualitário aos cidadãos não se limita a um acesso universal aos serviços de assistência, mas implica também oferecer a melhor assistência possível”. Havemos portanto, segundo o conceito de equidade, de considerar realmente a igualdade de direitos ou persistir trabalhando um discurso que reforce as diferenças, segundo o qual os tratamentos terminariam por acentuar as desigualdades?

Propor atenções diferenciadas ou separadas para estes meninos e meninas significa o caminhar na contra-mão da história das políticas públicas de saúde. Entendemos que a luta, pela atenção integral ao adolescente, deve estar exatamente centrada no respeito às diferenças e na redução das desigualdades.

6 – Conclusões

Com o objetivo de descrever a posição em que se colocam os profissionais de saúde frente a proposta de atenção aos meninos e meninas ditas “de rua” no Programa de Saúde do Adolescente do Maranhão, constatamos, nos contatos feitos com os referidos profissionais, quer na observação participativa, quer na entrevista semi-estruturada, que:

1 – Até a conclusão desta pesquisa, nenhum núcleo assistencial do PROSAD-MA, se dispunha a desenvolver qualquer atividade assistencial e/ou educativa com a população em estudo (meninos ditos “de rua”), apesar dos esforços descritos, antes e durante esse trabalho.

2 – Na análise do discurso dos profissionais do PROSAD-MA, constatamos o registro do “medo”, muito presente, revelando os traços preconceituosos dos técnicos, com relação à clientela dita “de rua”, portanto estigmatizadas como “perigosa”, “violenta”, “delinqüente”.

Com o objetivo de identificar as semelhanças e as diferenças entre os adolescentes do PROSAD-MA e os chamados “meninos de rua”, o estudo quantitativo bio-médico e social revelou que:

1 – Houve diferenças significantes nas seguintes variáveis estudadas:

- cor, naturalidade, com que residem, existência e convivência com os pais, gostar menos das pessoas da família, procura de apoio para o problema, frequência à escola, evasão escolar, se trabalha, fatores responsáveis pelo desemprego, atividades desenvolvidas, pratica de esporte assistido, locais de praticas esportiva, idade da primeira relação sexual, frequência de uso do álcool e cigarro, frequência e uso de outras drogas, justificativas para o uso de drogas, envolvimento com a policia, quem procura no caso de adoecer, incidência de DSTs, desejo de

fazer o teste de Elisa / HIV, conservação e extração dentária, cicatrizes traumáticas, defeitos posturais, fimose e correlatos, pediculose, estatura, sanidade visual.

2 – Não foram constatadas diferenças significantes, nas seguintes variáveis estudadas:

- gostar da família, fatores determinantes da busca de trabalho, carteira assinada entre os que trabalham, gostar de esporte, tipos de parceiros na prática sexual, menarca, uso habitual de bebidas alcoólicas, conhecimento das drogas, justificativas para o seu uso, maturação biológica sexual.

Os técnicos do PROSAD-MA, em seus discursos, adjetivaram frequentemente os “meninos de rua” como “diferentes” e por estas razões justificaram a necessidade de atendimentos segregatórios; as avaliações bio-médicas e sociais dos dois grupos revelaram também diferenças em inúmeras variáveis estudadas. Entretanto, têm-se a percepção de que as referidas diferenças, mesmo que estatisticamente significantes representam, fundamentalmente as desigualdades estruturais, as condições circunstanciais “diferentes” de sobrevivência e/ou existência.

Questionamos, finalmente, se os traços preconceituosos marcadamente presentes no discurso dos profissionais do PROSAD-MA com relação à situação do “estar na rua” de tantas crianças e adolescentes, não seriam reflexos do comportamento da sociedade como um todo que, ao estigmatizar, contribui para reforçar a exclusão?

RECOMENDAÇÕES

Este trabalho se propôs fazer pensar à respeito da situação de saúde em que vivem tantos adolescentes em nossas ruas de São Luís e, sem pretensões de esgotar o assunto mas sempre dispostos a repensar e atuar juntos, ousamos apresentar algumas recomendações finais:

1 – Que o Programa Saúde do Adolescente desenvolva atividades que favoreçam aos técnicos o rever de preconceitos e estigmas relacionados à condição especial de tantos adolescentes que na rua buscam sobrevivência sua e da família.

2 – Que o Programa de Saúde do Adolescente assuma o seu real papel de defesa dos direitos à saúde de todos os adolescentes indistintamente, trabalhando sempre pela redução das desigualdades e pelo respeito às singularidades.

3 – Que as organizações governamentais e não governamentais responsáveis pela atenção ao adolescente possam estabelecer diálogos e atuações cada vez mais afinadas visando garantir todos os direitos dessa população alvo, e em especial o da equidade na saúde.

7 - ANEXOS

7.1 - TABELAS

TABELA 1 – DISTRIBUICAO DA COR ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO 2).

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
BRANCOS	21	29,2	40	48,2
MULATOS/NEGROS	51	70,8	43	51,8
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor <0,05
 $\chi^2 = 0,32$

TABELA 2 – DISTRIBUICAO DO SEXO NOS DOIS GRUPOS: MENINOS DE RUA GRUPO I) E ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
MASCULINO	50	69,5	53	63,9
FEMININO	22	30,5	30	36,1
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 0,32$

TABELA 3 – NATURALIDADE DOS MENINOS DE RUA (GRUPO I E DOS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
São Luís / Ma	46	63,9	75	90,4
Outros Municípios do Maranhão e de outros Estados	26	36,1	8	9,6
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor <<0,05
 $\chi^2 = 14,27$

TABELA 4 – COM QUEM RESIDEM ATUALMENTE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
PAIS	6	8,3	54	65,1
PAI	2	2,8	-	-
MÃE	17	23,6	18	21,7
OUTRO PARENTE	2	2,8	-	-
NA RUA MESMO	7	9,7	-	-
NA INSTITUIÇÃO	6	8,3	-	-
VARIÁVEL	32	44,4	1	1,2
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor << 0,05

$\chi^2 = 87,54$

obs: Variável inclui: vários locais entre parentes, amigos, vizinhos, instituições e a própria rua (as vezes)

TABELA 5 – SITUAÇÃO ATUAL DA EXISTÊNCIA DE PAIS ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II).

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
VIVOS	43	59,7	78	94,0
FALECIDOS	19	26,4	3	3,6
DESCONHECIDOS	10	13,9	2	2,4
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor << 0,05

$\chi^2 = 26,45$

TABELA 6 – SITUAÇÃO ATUAL DA EXISTENCIA DE MÃES ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
VIVAS	58	80,6	82	98,8
FALECIDAS	14	19,4	1	1,2
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor << 0,05

$\chi^2 = 12,66$

TABELA 7 – SITUAÇÃO DE CONVIVÊNCIA DOS PAIS ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
VIVEM JUNTOS	9	12,5	57	68,7
JÁ VIVERAM JUNTOS	41	56,9	23	27,7
NUNCA VIVERAM JUNTOS	22	30,6	3	3,6
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor $\ll 0,05$
 $\chi^2 = 53,90$

TABELA 8 – EXTERIORIZACOES SOBRE O GOSTAR DA FAMILIA ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO 2)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
GOSTO	61	84,8	68	81,9
NÃO GOSTO	6	8,3	4	4,8
NÃO SEI	5	6,9	11	13,3
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor $> 0,05$
 $\chi^2 = 2,26$

TABELA 9 – PESSOA RESIDENTE NO MESMO DOMICILIO DE QUEM MENOS GOSTA, ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
MÃE	3	4,22	-	-
PAI	7	9,6	2	2,4
MADRATA	11	15,3	-	-
IRMÃO / IRMÃ	9	12,5	-	-
TIOS / AVÓS	2	2,8	8	9,6
GOSTA DE TODOS	21	29,2	68	81,9
PADASTRO	19	26,4	5	6,1
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor $\ll 0,05$
 $\chi^2 = 61,90$

TABELA 10 – MOTIVOS QUE JUSTIFICAM O “GOSTAR MENOS” DE PESSOAS RESIDENTES COM OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
FICA COM DINHEIRO QUE GANHA	16	31,4	2	13,3
NÃO CONVERSA	11	21,6	8	53,4
MALTRATA / REJEIÇÃO	24	47,1	5	33,3
TOTAL	51	100,0	15	100,0

P valor = 0,05

$\chi^2 = 5,94$

TABELA 11 – PESSOA GERALMENTE PROCURADA PARA AJUDAR NOS PROBLEMAS DE CADA MENINO DE RUA (GRUPO I) E DE CADA ADOLESCENTE DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
PAI	1	1,4	4	4,8
MÃE	17	23,6	63	75,9
IRMÃO / IRMÃ	3	4,2	6	7,3
OUTRA PESSOA DA FAMÍLIA	1	1,4	7	8,4
PESSOA FORA DE CASA	50	69,4	3	3,6
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor << 0,05

$\chi^2 = 75,03$

TABELA 12 – FREQUENCIA REGULAR À ESCOLA ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	22	30,6	78	94,0
NÃO	50	69,4	5	6,0
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor << 0,05

$\chi^2 = 65,00$

TABELA 12A – FREQUENCIA REGULAR À ESCOLA ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II) NA FAIXA ETÁRIA DOS 10 AOS 14 ANOS.

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	14	34,11	38	100,0
NÃO	27	65,9	-	-
TOTAL	41	100,0	38	100,0

P valor << 0,05
 $\chi^2 = 35,15$

TABELA 12B – FREQUENCIA REGULAR À ESCOLA ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II), NA FAIXA ETÁRIA DOS 15 AOS 19 ANOS.

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	8	25,8	40	88,9
NÃO	23	74,2	5	11,1
TOTAL	31	100,0	45	100,0

P valor << 0,05
 $\chi^2 = 28,74$

TABELA 13 – TIPO DE ESCOLA FREQUENTADA PELOS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E PELOS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO S)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
PÚBLICA / COMUNITÁRIA	21	95,5	39	50,0
PRIVADA	1	4,5	39	50,0
TOTAL	22	100,0	78	100,0

P valor << 0,05
 $\chi^2 = 12,94$

TABELA 14 – SITUAÇÕES DE REPROVAÇÃO E EVASÃO VIVENCIADAS DURANTE O PERÍODO QUE FREQUENTARAM A ESCOLA OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
REPROVAÇÃO UMA VEZ	15	20,8	27	32,5
REPROVAÇÃO: MAIS DE UMA VEZ	42	58,3	12	14,5
EVASÃO JÁ NO PRIMEIRO ANO	6	8,3	-	-
NUNCA FREQUENTOU ESCOLA	9	12,6	-	-
NENHUMA REPROVAÇÃO	-	-	44	53,0
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor << 0,05
 $\chi^2 = 78,71$

TABELA 15 – DISTRIBUIÇÃO DOS QUE TRABALHAM ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	22	30,6	13	15,7
NÃO	50	69,4	70	84,3
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor < 0,05
 $\chi^2 = 7,69$

TABELA 15A – DISTRIBUIÇÃO DOS QUE TRABALHAM ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II), NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS.

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	5	12,2	3	7,9
NÃO	36	87,8	35	92,1
TOTAL	41	100,0	38	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 0,07$

FISCHER EXACT: 1 TAILED P VALUE: 0,3998939
 2 TAILED P VALUE: 0,7134690

TABELA 15B – DISTRIBUIÇÃO DOS QUE TRABALHAM ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II) NA FAIXA ETÁRIA DE 15 A 19 ANOS.

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	17	54,8	10	22,2
NÃO	14	45,2	35	77,8
TOTAL	31	100,0	45	100,0

P valor \ll 0,05
 $\chi^2 = 7,16$

TABELA 16 – FATORES QUE DETERMINAM A BUSCA DO TRABALHO ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II).

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
NECESSIDADE	18	81,8	9	69,2
OUTROS: ter um ofício, gostar, ocupar o tempo	4	18,2	4	30,8
TOTAL	72	100,0	13	100,0

P valor $>$ 0,05
 $\chi^2 = 0,19$

FISCHER EXACT: 1 TAILED P VALUE: 0,3249362
 2 TAILED P VALUE: 0,4327226

TABELA 17 – FATORES MAIORES QUE DETERMINAM O NÃO TRABALHAR ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
FATORES COMO: Pouca idade, escola, desinteresse	20	40,0	12	17,1
UNICAMENTE COMO FALTA DE OPORTUNIDADE	30	60,0	58	82,9
TOTAL	50	100,0	78	100,0

P valor \ll 0,05
 $\chi^2 = 6,67$

TABELA 18 – GRUPAMENTOS DAS PRINCIPAIS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
BOLSA DE TRABALHO/AMBULANTE (FEIRA)/ VIGIAS E LAVADORES DE CARRO	22	100,0	3	23,1
AUXILIARES OU APRENDIZES DE PROFISSIONAIS AUTÔNOMOS	-	-	10	75,9
TOTAL	22	100,0	13	100,0

P valor << 0,05
 $\chi^2 = 20,07$

FISCHER EXACT: 1 TAILED P VALUE: 0,0000016
 2 TAILED P VALUE: 0,0000016

TABELA 19 – SITUAÇÃO DA PRÁTICA DE ESPORTES ENTRE OS MENINOS DE RUA E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
PRATICAM	44	61,1	53	63,9
NÃO PRATICAM	28	38,9	30	36,1
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 0,03$

TABELA 20 – TIPO E QUALIDADE DE PRÁTICAS ESPORTIVAS DESENVOLVIDAS PELOS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E PELOS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SEM SUPERVISÃO (Futebol / esportes de quadra)	44	100,0	35	66,0
COM SUPERVISÃO (Ed. Física, ginástica, natação)	-	-	18	34,0
TOTAL	44	100,0	53	100,0

P valor << 0,05
 $\chi^2 = 16,17$

TABELA 21 – LOCAIS DAS PRÁTICAS DE ESPORTE ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
CAMPOS OU TERRENOS VAZIOS	19	43,2	3	5,7
ENSTITUICOES (Abrigo, escolas, clubes)	25	56,8	50	94,3
TOTAL	44	100,0	53	100,0

P valor << 0,05

$\chi^2 = 17,20$

TABELA 22 – EXPERIÊNCIA SEXUAL (RELAÇÃO SEXUAL COMPLETA) VIVIDA PELOS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E PELOS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	47	65,3	27	32,5
NÃO	25	34,7	56	67,5
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor << 0,05

$\chi^2 = 15,29$

TABELA 22A – EXPERIÊNCIA SEXUAL (RELAÇÃO SEXUAL COMPLETA) VIVIDA PELOS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E PELOS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II), NA FAIXA ETÁRIA DE 15 A 19 ANOS.

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	30	96,8	23	51,1
NÃO	1	3,2	22	48,9
TOTAL	31	100,0	45	100,0

P valor << 0,05

$\chi^2 = 16,04$

TABELA 22B – EXPERIÊNCIA SEXUAL (RELAÇÃO SEXUAL COMPLETA) VIVIDA PELOS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E PELOS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II), NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	17	41,5	4	10,5
NÃO	24	58,5	34	89,5
TOTAL	41	100,0	38	100,0

P valor < 0,05
 $\chi^2 = 8,15$

TABELA 23 – IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL COMPLETA ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
< 10 ANOS	3	6,3	-	-*
10 A 14 ANOS	39	83,1	12	44,4
> 15 ANOS	5	10,6	15	55,6
TOTAL	47	100,0	27	100,0

P valor << 0,05
 $\chi^2 = 18,22$

TABELA 24 – CONTINUIDADE DE PRÁTICA SEXUAL APÓS A PRIMEIRA EXPERIÊNCIA ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
CONTINUAM	39	54,2	14	16,9
NÃO CONTINUAM	33	45,8	69	83,1
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor << 0,05
 $\chi^2 = 22,21$

TABELA 25 – SITUAÇÃO DA PARCERIA ENTRE OS QUE MANTÊM VIDA SEXUAL ATIVA NO GRUPO I (MENINOS DE RUA) E NO GRUPO 2 (ADOLESCENTES DO PROSAD)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
PARCEIRO ÚNICO DO SEXO OPOSTO	6	15,4	5	35,7
MÚLTIPLOS PARCEIROS DO SEXO OPOSTO E/OU MESMO SEXO	33	84,6	9	64,3
TOTAL	39	100,0	14	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 1,50$

FISCHER EXACT: 1 TAILED P VALUE: 0,1124587
 2 TAILED P VALUE: 0,1344473

TABELA 26 – USO DA VIOLÊNCIA NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL DAS ADOLESCENTES DO GRUPO I (MENINAS DE RUA) E GRUPO II (ADOLESCENTES DO PROSAD)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SEM VIOLÊNCIA	4	33,3	3	60,0
COM VIOLÊNCIA	8	66,7	2	40,0
TOTAL	12	100,0	5	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 0,23$

FISCHER EXACT: 1 TAILED P VALUE: 0,3144796
 2 TAILED P VALUE: 0,5927602

TABELA 27 – OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ ENTRE AS ADOLESCENTES DO GRUPO I (MENINAS DE RUA) E DO GRUPO II (ADOLESCENTES DO PROSAD)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	8	36,4	-	-
NÃO	14	63,6	30	100,0
TOTAL	22	100,0	30	100,0

P valor << 0,05
 $\chi^2 = 10,25$

FISCHER EXACT: 1 TAILED P VALUE: 0,0004249
 2 TAILED P VALUE: 0,0004249

TABELA 28 – FAIXA ETÁRIA DA MENARCA ENTRE AS MENINAS DE RUA (GRUPO I) E AS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
AINDA AUSENTE	6	27,3	7	23,3
11-12 ANOS	8	47,1	14	46,7
13-14 ANOS	3	17,6	9	30,0
IGNORAM IDADE	5	22,7	-	-
TOTAL	22	100,0	30	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 1,21$

TABELA 29- O USO DE BEBIDA ALCOÓLICA ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	30	41,7	26	31,3
NÃO	42	58,3	57	68,7
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 1,37$

TABELA 29A O USO DE BEBIDA ALCOÓLICA ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II), NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	8	19,5	3	7,9
NÃO	33	80,5	35	92,1
TOTAL	41	100,0	38	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 1,36$

TABELA 29B – O USO DE BEBIDA ALCOÓLICA ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II), NA FAIXA ETÁRIA DE 15 A 19 ANOS.

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	22	71,0	23	51,1
NÃO	9	29,0	22	48,9
TOTAL	31	100,0	55	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 2,23$

TABELA 30 – FREQUÊNCIA DO USO DE BEBIDA ALCOÓLICA ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
DIARIAMENTE / SEMPRE QUE OFERECIDO	16	53,3	3	11,5
ESPORADICAMENTE / SÓ NOS FINAIS DE SEMANA	14	46,7	23	88,5
TOTAL	30	100,0	83	100,0

P valor << 0,05
 $\chi^2 = 9,07$

TABELA 31 – USO DE CIGARRO ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	39	54,2	15	18,1
NÃO	33	45,8	68	81,9
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor << 0,05
 $\chi^2 = 20,56$

TABELA 31A – USO DE CIGARRO ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II), NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	15	36,6	4	10,5
NÃO	26	63,4	34	89,5
TOTAL	41	100,0	38	100,0

P valor < 0,05
 $\chi^2 = 5,97$

TABELA 31B – USO DE CIGARRO ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II), NA FAIXA ETÁRIA DE 15 A 19 ANOS

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	24	77,4	11	24,4
NÃO	7	22,6	34	75,6
TOTAL	31	100,0	55	100,0

P valor << 0,05
 $\chi^2 = 18,66$

TABELA 32 – PRINCIPAIS ARGUMENTOS USADOS PARA JUSTIFICAR COMPORTAMENTOS DE USO DE ALCOOL E CIGARO ENTRE OS JOVENS, SEGUNDO OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
PARA SER RESPEITADO	15	20,8	8	9,6
PARA ESQUECER PROBLEMA	21	29,2	16	19,3
POR SER NORMAL	15	20,8	19	22,9
NÃO DEVIAM, FAMILIA MAL À SAÚDE	21	29,2	40	48,2
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 2,26$

TABELA 33 – ÍNDICE DE CONHECIMENTO DE ALGUMA DROGA DITA ILÍCITA ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	66	91,7	74	89,2
NÃO	6	8,3	9	10,8
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 0,06$

TABELA 33A – ÍNDICE DE CONHECIMENTO DE ALGUMA DROGA DITA ILÍCITA ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II), NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	35	85,4	30	78,9
NÃO	6	14,6	8	21,1
TOTAL	41	100,0	38	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 0,20$

TABELA 33B – ÍNDICE DE CONHECIMENTO DE ALGUMA DROGA DITA ILÍCITA ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II), NA FAIXA ETÁRIA DE 15 A 19 ANOS.

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	31	100	44	97,8
NÃO	-	-	1	2,2
TOTAL	31	100,0	45	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 0,04$

FISCHER EXACT: 1 TAILED P VALUE: 0,5921053
 2 TAILED P VALUE: 1,0000000

TABELA 34 – ÍNDICE DE USO DAS DROGAS DITA ILÍCITAS ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	44	61,1	9	10,8
NÃO	28	38,9	74	89,2
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor << 0,05

$\chi^2 = 41,09$

TABELA 34A – ÍNDICE DE USO DAS DROGAS DITA ILÍCITAS ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II), NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS.

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	17	41,5	2	5,3
NÃO	24	58,5	36	94,7
TOTAL	41	100,0	38	100,0

P valor << 0,05

$\chi^2 = 12,24$

TABELA 34B – ÍNDICE DE USO DAS DROGAS DITAS ILÍCITAS ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II), NA FAIXA ETÁRIA DE 15 A 19 ANOS

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	27	87,1	7	15,6
NÃO	4	12,9	38	84,4
TOTAL	31	100,0	45	100,0

P valor << 0,05

$\chi^2 = 35,16$

TABELA 35 – COMPORTAMENTO QUANTO À FREQUENCIA DE USO DAS DROGAS ILÍCITAS ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
TODOS OS DIAS OU SEMPRE QUE OFERECIDO	12	27,3	-	-
PERÍODOS LONGOS QUANDO RECEBE AJUDA PARA DEIXAR	7	15,9	2	22,2
MÉDIA DE 2 VEZES/MÊS OU EM FESTAS	25	56,8	7	77,8
TOTAL	44	100,0	9	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 3,17$

TABELA 36 – PRINCIPAIS ARGUMENTOS USADOS PARA JUSTIFICAR COMPORTAMENTO DE USO DE DROGAS ILÍCITAS ENTRE OS JOVENS, SEGUNDO OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
NÃO DEVIAM FAZ MAL À SAÚDE	29	40,3	45	54,2
É COISA PROIBIDA	4	5,6	18	21,7
FAZ SER MAIS RESPEITADO	10	13,9	4	4,8
FAZ ESQUECER PROBLEMAS	28	38,9	5	6,0
AJUDA A FICAR NO GRUPO	1	1,4	11	13,3
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor << 0,05
 $\chi^2 = 38,72$

TABELA 37 – COMO REAGIRIAM OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II) USUÁRIOS DE DROGA, SE LHESS FOSSE OFERECIDA AJUDA PARA DEIXAR.

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
ACEITARIAM	25	67,6	3	33,3
NÃO SABEM OU NÃO ACEITARIAM	12	32,4	6	66,6
TOTAL	37	100,0	9	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 2,27$

TABELA 38 – INCIDÊNCIA DE PRISÃO ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SIM	37	51,4	1	1,2
NÃO	35	48,6	82	98,8
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor << 0,05
 $\chi^2 = 49,79$

TABELA - 39 – (CONDIÇÕES GERAIS DE SAÚDE) AUTO-AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E DOS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
CONSIDERAM-SE SADIOS	40	55,6	56	67,5
CONSIDERAM-SE COM SAÚDE FRÁGIL	32	44,4	27	32,5
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 1,8$

TABELA 40 – QUANDO COM PROBLEMAS DE SAÚDE, A QUEM SOLICITA AJUDA O MENINO DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
NÃO FAMILIARES (Instituição, outro menino, urgência, balconista, etc.)	56	77,8	38	45,8
FAMILIARES	16	22,2	45	54,2
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor << 0,05

$\chi^2 = 15,22$

TABELA 41 – PREVALÊNCIA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
POSITIVO (PRESENTE)	16	22,2	6	7,2
NEGATIVO (AUSENTE)	56	77,8	77	92,8
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor < 0,05

$\chi^2 = 5,94$

TABELA 42 – BUSCA DE APOIO PARA O TRATAMENTO DAS DSTs ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
LEIGO (Balconista de farmácia, outro colega, remédio caseiro)	15	93,8	1	16,7
NÃO LEIGO (Posto de saúde ou emergência)	1	6,3	5	88,3
TOTAL	16	100,0	6	100,0

P valor << 0,05

$\chi^2 = 9,47$

FISCHER EXACT: 1 TAILED P VALUE: 0,0013000

2 TAILED P VALUE: 0,00208335

TABELA 43 – RESULTADOS DOS PARECERES GINECOLÓGICOS SOLICITADOS, SEGUNDO SINAIS E/OU SINTOMAS CLÍNICOS, REFERIDOS PELAS MENINAS DE RUA (GRUPO I) E PELAS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
LEUCORRÉIA FISIOLÓGICA E/OU VULVOGAGINITES INESPECÍFICAS	4	36,4	5	62,5
VULVOVAGINITES ESPECÍFICAS (Moníia, Tricomonas, Gonococos)	7	63,6	3	37,5
TOTAL	11	100,0	8	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 0,44$

FISCHER EXACT: 1 TAILED P VALUE: 0,2549417
 2 TAILED P VALUE: 0,3698500

TABELA 44 – INCIDÊNCIA DA POSITIVIDADE DE SOROLOGIA PARA LUES ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
SOROLUES NEGATIVO	68	94,4	82	98,8
SOROLUES POSITIVO	4	5,6	1	1,2
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor > 0,05
 $\chi^2 = 1,15$

FISCHER EXACT: 1 TAILED P VALUE: 0,1422724
 2 TAILED P VALUE: 0,1838376

TABELA 45 – DEMONSTRAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE A AIDS ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
BEM INFORMADOS	65	90,3	83	100,0
MAL INFORMADOS	7	9,7	-	-
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor < 0,05
 $\chi^2 = 6,35$

TABELA 46 – PREOCUPAÇÃO QUANTO ÀS FORMAS DE PREVENIR A AIDS ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
PREOCUPADOS	26	36,1	75	90,4
NÃO PREOCUPADOS	46	63,9	8	9,6
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor << 0,05
 $\chi^2 = 47,62$

TABELA 47 – INTERESSE EM FAZER O TESTE DE ELISA HIV / AIDS, ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
COM INTERESSE	57	79,2	34	41,0
SEM INTERESSE	15	20,8	49	59,0
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor << 0,05
 $\chi^2 = 21,66$

TABELA 48 – CARACTERÍSTICAS DE ESTATURA DOS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
ESTATURA ENTRE PERCENTIS 2,5 E 75	32	44,4	42	51,2
ESTATURA ENTRE PERCENTIS 75 E 97,5	25	34,7	36	43,4
ESTATURA ABAIXO PERCENTIL 2,5	15	20,8	5	6,0
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor < 0,05

$\chi^2 = 7,59$

TABELA 49 – INCIDÊNCIA DE ANEMIA REGISTRADA NOS HEMOGRAMAS DOS MENINOS (GRUPO I) E DOS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
HEMOGRAMA NORMAL	45	62,5	54	65,1
ANEMIA	27	37,5	29	34,9
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor > 0,05

$\chi^2 = 0,03$

TABELA 50 – INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO URINÁRIA REGISTRADA NOS SUMÁRIOS DE URINA FEITO PELOS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E PELOS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
EAS NORMAL	61	84,7	74	89,2
INFECÇÃO URINÁRIA	11	15,3	9	10,8
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor > 0,05

$\chi^2 = 0,34$

TABELA 51 – INCIDÊNCIA DE PARASITORES INTESTINAIS REGISTRADAS NO EXAME DE FEZES DOS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E DOS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
NEGATIVO	25	34,7	23	27,7
ÚNICO HELMINTO	20	27,8	14	16,9
POLI-INFESTAÇÃO POR HELMINTOS	9	12,5	13	15,7
ÚNICO PROTOZOÁRIO	5	6,9	4	4,8
POLI-INFESTAÇÃO POR HELMINTOS E PROTOZOÁRIOS	13	18,1	29	34,9
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor > 0,05

$x^2 = 7,33$

TABELA 52 – DISTRIBUIÇÃO DA ESCALA DE TANNER PARA DESENVOLVIMENTO PUBERAL ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
TANNER 1	14	19,4	9	10,8
TANNER 2	9	12,5	12	14,5
TANNER 3	17	23,6	27	32,5
TANNER 4	18	25,0	21	25,3
TANNER 5	14	19,4	14	16,9
TOTAL	72	100,0	83	100,0

P valor > 0,05

$x^2 = 3,2$

T

TABELA 53 – RESULTADOS DE PARECERES OFTALMOLÓGICOS, SOLICITADOS SEGUNDO QUEIXAS NESTA ÁRES, APRESENTADAS PELOS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E PELOS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II	
	Nº	%	Nº	%
AV. OFTALMOL. Sem alteração de reflexão	11	55,0	11	61,1
AV OFTALMOL. REGISTRANDO ALTERAÇÕES (Astigmatismo, Miopia, Estrabismo)	9	45,0	7	38,9
TOTAL	20	100,0	18	100,0

P valor > 0,05

$\chi^2 = 0,00$

TABELA 54 – DADOS POSITIVOS CONSTATADOS NO EXAME CLÍNICO-NEUROLÓGICO INICIAL, ENTRE OS MENINOS DE RUA (GRUPO I) E OS ADOLESCENTES DO PROSAD (GRUPO II)

	GRUPO I		GRUPO II		P valor	χ^2
	Nº	%	Nº	%		
DENTES MAL CONSERVADOS E/OU EXTRAÍDOS	56	77,8	40	48,2	<<0,05	13,09
CICATRIZES TRAUMÁTICAS	23	31,9	10	12,0	<<0,05	7,96
ESCOLIOSE / DEFEITOS POSTURAI	2	2,8	15	18,1	<<0,05	7,74
PEDICULOSE	12	16,7	3	3,6	<0,05	6,10
SINAIS DE ONICOFAGIAS	-	-	8	9,6	<0,05	5,48
FIMOSE e Correlatos	-	-	7	8,4	<0,05	4,55
TESTES INDICADORES DE FALHAS DE ACUIDADE VISUAL	6	8,3	18	21,7	<0,05	4,28

OUTROS DADOS POSITIVOS NOS DOIS GRUPOS, SEM DIFERENÇAS SIGNIFICANTES:

Tinea e Piodermite, Dentes Extraídos, Escabiose, Sinais Clínicos de Gravidez, Pitiríase Versicolor, Cicatrizes Cirúrgicas, Roncos e Exertores Pulmonares, Testículos Retráteis, Falhas na Coordenação Motora, Gagueira e Outros Distúrbios da Fala, Alterações Temporais da Marcha, Corrimentos Vaginais, Ecmoses, Dores à Palpação Abdominal, Acne, Hérnia Inguinal, Abscesso Dentário, Ginecomastia, Secreção de Uretra Peniana, Estrabismo, Membro Inferior com Fratura, Deformidade em Mão (Lesão Traumática), Tatuagem, Sopro Sistólico Pan-Cardíaco, Assimetria Facial Congênita, Dores Articulares, Exantema, Sintomas de Rinite, Nevos-Planos.

Sendo os mais freqüentes nos dois grupos: Dentes Extraídos, Pitiríase Versicolor, Acne, Corrimento Vaginal e Escabiose.

7 – 2 QUESTIONÁRIO PARA ADOLESCENTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA III
PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE

QUESTIONÁRIO - PESQUISA

I – IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Nº _____ DATA: ___/___/_____

II – IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Entrevistado (a) _____

1. Sexo: 1.M [] 2.F []

2. Idade: _____ anos (especificar)

3. Cor: 1.Branca [] 2. Mulata ou Negra [] 3.Outra []

4. Religião _____ (Especificar)

5. Estado Civil: 1.Solteiro [] 2.Casado [] 3.Amariado [] 4.Viúvo(a) []
5.Separado []

6.Ocupação principal _____ (Especificar)

7.condições dos pais:

1.Pai: 1.vivo [] 2.falecido [] 3.desconhecido []

2.Mãe: 1. viva [] 2.falecida [] 3.desconhecida []

8. Situação dos pais: 1.Casados [] 2.Separados [] 3.Nunca moraram juntos []

9. Média dos rendimentos mensais da família.

1.Até 1 SM 2.Mais de 1 a 2 SM [] 3.Mais de 2 a 5 SM []

4.Mais de 5 a 10 SM [] 5.Mais de 10 a 20 SM [] 6.Mais de 20 SM []

10.Grau de Instrução

1.Pai []

Mãe []

1.Analfabeto

2.1º Grau menor

3.1º Grau maior

4.2º Grau (científico/profissionalizante)

5.superior incompleto

6.Superior completo

11. Com quem você mora?

1. Pai e Mãe [] 2.Parente [] 3.só com mãe [] 4. Só com pai [] 5. Na rua []

6.Alguma Instituição []

7.Outros: _____

12. Onde você nasceu?

Município: _____ Estado: _____

III – ESCOLARIDADE

13. Você estuda? 1. Sim [] 2. Não []**14. (Em caso negativo) Por que não estuda?**

1. Não gosta [] 2. Porque trabalha [] 3. Tem que cuidar de casa e dos irmãos []
 4. A escola é distante [] 5. Falta de vaga na escola [] 6. Porque é doente []
 7. Outros motivos _____

15. que série cursa? _____**16. Qual o horário que você estuda?** 1. Manhã [] 2. Tarde [] 3. Noite []**16.1 Sua escola é:** _____

1. Estadual [] 2. Municipal [] 3. Federal [] 4. comunitária [] 5. Particular []
 6. Outra: _____

17. (Sendo escola particular) Quem paga a escola?

1. Você [] 2. Seus pais [] 3. Outros _____

18. Quem lhe ajuda nos estudos de casa?

1. Pai [] 2. Mãe [] 3. Irmão (ã) [] 4. Professor particular [] 5. Ninguém []

19. você já foi reprovado(a)?

1. Uma vez [] 2. Duas [] 3. Três vezes [] 4. Quatro vezes ou mais []
 5. Abandonou no 1º ano [] 6. Nunca []

20. Você gosta de sua escola?

1. Sim [] 2. Não []

21 (Em caso negativo). Por que não gosta?

1. É distante [] 2. Não gosta dos professores [] 3. Sem condições físicas []
 4. Falta de material didático [] 5. Não gosta de estudar [] 6. Outro motivo _____

22. Como vai para a escola?

1. A pé [] 2. De carro [] 3. Ônibus comum [] 4. Ônibus da escola [] 5. Outro []

23. Você pratica esporte?

1. Sim [] 2. Não []

24. (Em caso afirmativo) Que tipo de esporte? _____**Onde pratica?** _____ (especificar) **Com supervisão?** _____

25. Quais as formas de diversão que mais gosta?

_____ (Especificar)

25.1. Com quem se diverte? _____ (Especificar)

IV - TRABALHO

26. Você trabalha? 1. Sim [] 2. Não []

27. (Em caso negativo) por quê?

1. Não arranhou emprego [] 2. Não precisa [] 3. Porque é muito jovem []
 4. Porque os pais não permitem [] 5. Preferem estudar e ter mais chance []
 6. Não gosta [] 7. Outros _____

28. (Em caso afirmativo) Com quem?

1. Com o pai [] 2. Com a mãe [] 3. Com parente [] 4. Por conta própria []
 5. empregado []

29. Que tipo de atividade exerce? _____

30. Porque você trabalha?

1. Por necessidade [] 2. Por ser obrigado [] 3. Para ocupar o tempo []
 4. Para ter um ofício [] 5. Porque gosta [] 6. Outros _____

31. Você tem carteira assinada? 1. Sim [] 2. Não []

32. (Em caso negativo) Por que não tem carteira assinada?

1. O patrão não assina [] 2. Não sabe que precisa []
 3. Trabalha por conta própria [] 4. Outros: _____

Condição de trabalho

33. Quantas horas você trabalha por dia?

1. 02 horas [] 2. 03 horas [] 3. 04 horas [] 4. 05 horas
 5. 06 horas [] 6. 07 horas [] 7. 08 horas [] 8. Mais de 08 horas []

34. Recebe pagamento por seu trabalho? 1. Sim [] 2. Não []

35. (Em caso afirmativo) De que forma recebe?

1. Em dinheiro [] 2. Em roupa e calçado [] 3. Em comida [] 4. Outro: _____

36. (Se recebe em dinheiro) Quanto em média por mês? _____

37. O que você faz com o dinheiro que recebe?

1. Ajuda em casa [] 2. Ajuda em casa e compra suas coisas [] 3. Só compra suas coisas []
 4. Gasta em diversão [] 5. Outro: _____

38. O que você gostaria de ser no futuro? _____

V – SAÚDE E VIDA SEXUAL

39. Você se considera sadio (a)? 1. Sim [] 2. Não []

40. Que tipo de doença você tem com frequência? _____

41. Quando adoece, quem procura?

1. Balconista/farmácia [] 2. Hospital de Urgência [] 3. Médico particular []

4. Mãe []

5. Benzedeira/curandeiro/rezador []

6. Ninguém []

7. Posto de Saúde/Amb. Pub (PROSAD []

8. Outro: _____

42. Você já teve alguma experiência sexual? 1. Sim [] 2. Não [] (Se não passar item vícios)

43. Com que idade fez sexo pela primeira vez? _____

PARA MENINAS

44. Como se deu essa primeira vez?

1. Porque quis [] 2. Foi forçada [] 3. Pelo casamento [] 4. Outros _____

45. (Se for forçada) Quem forçou?

1. Pai [] 2. Parente [] 3. Padastro [] 4. Amiga [] 5. Padrinho []

6. Vizinho []

7. Irmão []

8. Colega menino []

9. Patrão []

10. Outro: _____

PARA MENINOS

46. Com quem você teve relação sexual pela primeira vez?

1. Animal [] 2. Menina [] 3. Prostituta [] 4. Vizinha [] 5. Irmão []

6. Empregada de casa [] 7. Homem adulto [] 8. Outro menino [] 9. Mulher Adulta []

10. Patroa []

11. Outro _____

47. Você foi forçado a ter relação sexual? 1. Sim [] 2. Não []

PARA MENINOS E MENINAS

48. Você continua a manter relações sexuais? 1. Sim [] 2. Não []

49. (Em caso afirmativo) Com quem?

1. Único Parceiro Hetero [] 2. Único Parceiro Homo [] 3. Múltiplos parceiros Hetero []

4. Múltiplos parceiros Homo []

5. Múltiplos parceiros Homo e Hetero []

50. Por quê?

1. Aceita []

2. É forçada []

3. Por dinheiro []

4. Outro motivo []

51. Você já teve doenças venéreas?

1. Sim []

2. Não []

52. Quais? _____**53. (Em caso afirmativo) Com quem se tratou?**

1. Farmacêutico []

2. Remédios Caseiros []

3. Médico []

4. Outros []

54. Você tem alguma informação sobre a AIDS?

1. Sim []

2. Não []

55. Caso tenha oportunidade de fazer o HIV você aceitaria?

1. Sim []

2. Não []

56. (Em caso afirmativo). Você sabe como evitá-las?

1. Sim []

2. Não []

PARA MENINAS

57. Você já engravidou?

1. Sim []

2. Não []

58. (Em caso afirmativo) Quantas vezes? _____**59. Os filhos nasceram vivos?**

1. Sim []

2. Não []

60. (Em caso negativo) Por quê? _____**61. (Se tem filhos vivos) Quem cuida deles?**

1. Você próprio []

2. Sua mãe []

3. Avós []

4. Parentes []

5. Outros _____

62. Você utiliza ou utilizou forma para evitar gravidez?

1. Sim []

2. Não []

63. Quais os métodos que utiliza? _____**64. Você já abortou alguma vez?**

1. Sim []

2. Não []

65. (Em caso afirmativo) Quantas vezes? _____**66. Como abortou?**

1. Foi espontâneo []

2. Provocou []

67. (Em caso de aborto provocado). A quem recorreu para abortar?

1. Tomou remédio caseiro []

2. remédio de farmácia []

3. Usou sonda []

4. Fez lavagem []

5. Médico []

6. Parteira conhecida []

7. Outro []

68. Por que abortou?

1. Por medo dos pais []

2. A pedido do pai da criança []

3. Não queria ter filho []

4. Por que os pais me mandaram [] 5. Outro _____
VÍCIOS

PARA MENINOS E MENINAS

69. Você toma algum tipo de bebida alcoólica? 1. Sim [] 2. Não []

70. (Em caso afirmativo). Em média, quantas vezes?

1. Diariamente [] 2. Quase todos os dias [] 3. Só em finais de semana []
 4. Sempre que oferece [] 5. Outro _____

71. Que tipo de bebida?

1. Cachaça [] 2. Cerveja [] 3. Vinho [] 4. Conhaque [] 5. Qualquer bebida []
 6. Catuaba [] 7. Outra _____

72. Você fuma cigarro? 1. Sim [] 2. Não []

73. (Em caso afirmativo) Quantos cigarros você fuma por dia?

1. Menos de 5 cigarros [] 3. 01 carteira [] 2. 10 cigarros [] 4. Mais de 1 carteira []

74. O que você acha dos jovens que fumam e bebem?

1. Procuram ser respeitados [] 2. Procuram esquecer dos problemas []
 3. Acha normal / comum [] 4. Acha que não deviam porque prejudicam a saúde []
 5. Outro _____

75. O que você acha do uso de drogas?

1. Faz mal à saúde [] 2. É coisa que todos condenam [] 3. Custa muito dinheiro []
 4. Faz a pessoa ser mais respeitada [] 5. Faz esquecer os problemas [] 6. Outro []

76. Você conhece algum tipo de droga? 1. Sim [] 2. Não []

77. Se conhece, qual?

1. Loló [] 2. Cola [] 3. Remédios [] 4. Maconha/diamba []
 5. Cocaína [] 6. Outros _____

78. Você já usou algum tipo de droga? 1. Sim [] 2. Não [] (Se não, passar para 90)

79. (Em caso afirmativo) Qual (is) _____

80. Através de quem? Quem lhe ofereceu?

1. Amigo(a) [] 2. Irmão (ã) [] 3. Colega de colégio [] 4. Colega de rua []
 5. Colega de serviço [] 6. Outro: _____

81. O que você achou?

1. Gostoso [] 2. Fez se sentir livre e forte [] 3. Fez se sentir triste []
 4. Enganou a fome [] 5. Sentiu necessidade de comer [] 6. Outro _____

82. Você ainda usa droga?

1. Sempre que oferecida [] 2. Todos os dias [] 3. Tem deixado com ajuda []
 4. Só de vez em quando [] 5. Muitas vezes / sem controle []

83. Quando você usa droga, costuma estar só ou em grupo? 1. Só [] 2. Em grupo []**84. Como a droga é adquirida?**

1. Compra [] 2. Troca ou presta serviço [] 3. Ganha [] 4. Rouba [] 5. Outra []

85. Você já pensou em deixar a droga? 1. Sim [] 2. Não []**86. Se alguém quiser lhe ajudar a deixar a droga, você aceita?**

1. Sim [] 2. Não [] 3. Não sabe [] 4. Talvez []
 5. Já está sendo orientado(a) para deixar []

87. Você foi preso(a) alguma vez? 1. Sim [] 2. Não []**88. (Em caso afirmativo) Por qual motivo?**

1. Por roubo [] 2. Por uso de droga [] 3. Por briga na rua []
 4. Por ameaçar alguém com arma [] 5. Outra _____

89. Quantas vezes foi preso (a)

1. Uma vez [] 2. Duas vezes [] 3. Três vezes [] 4. Mais de quatro vezes []

VII – RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA

90. Você gosta de sua família? 1. Sim [] 2. Não []**91. De quem você menos gosta em sua casa?**

1. Mãe [] 2. Pai [] 3. Padastro [] 4. Madastra [] 5. Tios/Avós []
 6. Gosta de todos [] 7. Não gosta de vários: _____

92. Por que você não gosta desta pessoa?

1. Por que maltrata [] 2. fica com todo o dinheiro que ganha em seu trabalho []
 3. Por que se sente rejeitado(a) [] 4. Por que não conversa / só grita []
 5. Usa mentiras e intrigas [] 6. Outros _____

93. Quando você tem algum problema, a quem recorre?

1. Pai [] 2. Mãe [] 3. Irmão [] 4. Irmã [] 5. Pessoa da família [] _____
 6. Pessoa fora de casa (instituição) [] _____

94. Você acha que Deus interfere na sua vida?

1. Sim [] 2. Não [] 3. Não sabe [] 4. Não acredita em Deus []

95. Você faz contato com sua família?

- 1.Diariamente [] 2.uma vez por semana [] 3.uma vez por mês []
 4. Raramente [] 5.Nunca mais fez []

96.Sua família reside:

- 1.Em São Luís [] 2.No interior [] 3.Em outro estado [] 4.Não sabe []

- 97.Quantos irmãos você tem?** 1.Menores que você [] 2.Maiores que você []

VIII – CONDIÇÕES DE VIDA

98.Onde você dorme?

- 1.Instituição tipo casa do papaizinho [] 2.Variável [] 3.Casa de amigo []
 4.Na rua mesmo [] 5.Em casa de família []

- 99. você anda durante o dia?** 1.Sozinho [] 2.Em grupo []

100.Onde você se alimenta durante o dia?

- 1.Tentando alguma forma de trabalho [] 2.Pedindo dinheiro []
 3. Ganhando comida nas casas [] 4. Na instituição [] 3.Em casa []

- 101.Você gostaria de voltar para casa?** 1.Sim [] 2.Não [] ⇒ por que não?_____

- 102.Você é atendido por alguma instituição?**1.Sim [] 2.Não [] Qual?_____

- 103.Você gosta desta instituição?** 1.Sim [] 2.Não [] (Por quê?_____)

- 104.Onde você toma banho?**_____

- 105.Você gosta de viver nas ruas?** 1.Sim [] 2.Não [] 3.Não sabe []

106. Diga uma frase que representa “viver na rua”

107.Quais os seus planos para o futuro?

- 108.Desde que idade você frequenta a rua?**_____

7.3 – FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO PARA OS TÉCNICOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA III
PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE

Formulário para Entrevista Semi-Aberta com Técnicos

- 1) Os adolescentes atendidos no seu núcleo geralmente comparecem à consulta acompanhados pelos pais ou responsáveis?
- 2) Relacione de três a cinco problemas trazidos pelos adolescentes do seu núcleo que você tenha maiores dificuldade em abordar e/ou orientar.
- 3) Você ainda encontra dificuldade ou bloqueios para assumir e/ou acompanhar as situações de suicídio, drogas, meninos de rua, violência familiar, no trabalho com adolescentes? Caso positivo, por que?
- 4) Especificamente com relação aos meninos de rua, como você planejará o atendimento desta clientela nas suas necessidade de atenção à saúde?
- 5) Sob o paradigma bio-médico, que patologias você imagina serem específicas da clientela dita de rua, com acentuadas diferenças aos demais adolescentes do PROSAD/MA?
- 6) Você reconhece dificuldades individuais ou grupais na abordagem com adolescentes de rua? Caso positivo relacione.
- 7) Como você acha que os pais dos adolescentes atendidos neste núcleo receberiam a idéia de inserção dos adolescentes ditos de rua no atendimento rotineiro do PROSAD/MA?
- 8) Como você imagina que os demais técnicos desta unidade onde o PROSAD/MA está implantado, receberiam a idéia do atendimento regular aos adolescentes ditos de rua?

REFERENCIAS

- BERASTURY, A, KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Artes Médicas. 9ª edição, Rio Grande do sul, 1981.
- AZEVEDO, Maria Amélia et al. **Crianças vitimizadas. A síndrome do pequeno poder**. IGLU Editora, São Paulo, 1989.
- BARRENEDREA, Juan, J; URIBE, E, T. Salud para todos em el año 2000 – implicaciones a la planificación y administración de los sistemas de salud. Estratégias. **OPS**. Washington, 1980.
- BECKER, Maria J. A ruptura dos vínculos: quando a tragédia acontece. In: Kaloustian, Sílvio. **Família Brasileira – A base de tudo**. Cortez Editora, Brasília, DF, 1994.
- BRASIL – Ministério da Saúde. Bases Programáticas do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde / Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. Brasília – DF, 1989.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal 8.069/90. Brasília – DF, 1990
- BRASIL. Constituição Federal da Republica Federativa do Brasil. Brasília – DF, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 980 / GM / 1989. Define diretrizes, objetivos e estratégias do PROSAD. Brasília – DF, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis / AIDS – **Boletim Epidemiológico**, ano VII, Nº 01, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno – Infantil. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente. **Violência contra a criança e o adolescente**. Proposta preliminar de prevenção e assistência à violência domestica. Brasília. Ministério da Saúde. 1993
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Pneumologia Sanitária. **Controle de tuberculose, uma proposta de integração ensino – serviço**. CNC / NUTES – 3º ed. Rev. Rio de Janeiro, 1992.
- BRASIL / Ministério da Saúde. **Manual para controle de doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília – DF, 1991.
- BRASIL / Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Normas e procedimentos na abordagem do abuso de drogas**. Brasília – DF, 1991.

BUARQUE de HOLANDA, Aurélio. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Ed. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1986.

CANGUILHEM, G. Ideologia e racionalidade nas ciências da vida. **Edições 70**. Lisboa, 1995.

CARLINI, Cotrim B, e CARLINI, EA. **O consumo de solventes e outras drogas em crianças e adolescentes de baixa renda na cidade de São Paulo**. Revista ABC.APAL, (9): 49-58, São Paulo, 1987.

CARLINI, Beatriz e ROSEMBERG, Fúlvia. **Drogas: Prevenção no cotidiano escolar**. Cad. Pesq. (74) : 40-46, São Paulo, 1990.

CARLINI, E. A. et. Al. **O uso de drogas por estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual em dez capitais em 1987**. in: BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça Consumo de Drogas Psicotrópicos no Brasil, 1987. Brasília, 1989 (Série Estudos e Projetos)

CARVALHO, Fernando Valera. **Realidade atual sobre o consumo de drogas**. In: Anais do IV congresso Brasileiro de Adolescência, Pernambuco, 1991.

CARVALHO, Maria do Carmo B, GUARÁ, Isa Maria. **A família: um sujeito pouco refletido no movimento de luta pelos direitos da criança e do adolescente**. Rev. Bras. Cresc. Des. Hum. IV (1), São Paulo, 1994.

CARVALHO, Maria do Carmo. **O protagonismo de movimento social de luta pela criança**. Rev. Fórum. DCE. Brasília – DF, 1992.

CASTELLANOS, P; MENDES, E; SONIS, A; e SUAREZ, R. **Esquema tentativo para el analisis de las implicaciones de acciones primárias de La Salud Para Todos / 2000**. Documento preliminar OPS. Washington DC, 1987.

CASTLE, G. F.and FISHAMAN, L. S. **Seizures in adolescent medicine**. Pediatr. Clin. N. Am.20 (4): 819-835, USA, 1973.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas. **Recomendação nº 1**. in: Abuso de drogas entre meninos e meninas de rua do Brasil. Publicações CEBRID, São Paulo, 1990.

CERVINI, Ruben et. Al. **O menino trabalhador no Brasil Urbano dos anos 80**. Cortez editora, São Paulo, 1991.

CHENIAUX, Sônia. **Trapaceados e trapaceiros – o menor de rua e o serviço social**. Cortez editora, São Paulo, 1982.

CLAVES – Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde. **Estudo multidisciplinar sobre as atuais condições de atendimento a crianças e adolescentes do Rio de Janeiro em situações especialmente difíceis. Municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias**. Rio de Janeiro, CLAVES / ENSP / Fiocruz, 1993.

COATES, Verônica, CORREA, Magda. **Gravidez na adolescência e anticoncepção**. In: Manual de adolescência da sociedade de Pediatria – Comitê de adolescência. Diretoria de Publicação, Rio de Janeiro, 1990.

COLI, Anita S. **Problemas de Saúde na Adolescência**. In: Adolescência e Saúde – Comissão de Saúde do Adolescente. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Paris Editorial, São Paulo, 1988.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde / Ministério da Saúde. O Sistema Único de Saúde. Leis 8080/90 e 8142/90. Brasília – DF, 1992

CONCEICAO, José A. N. **Morbidade e Mortalidade do escolar**. In: MARCONDES, E. *Pediatria Básica*. Savier, 8º ed. Vol I, São Paulo.

COSTA Antonio C. G. **De Menor a Cidadão-Criança e Cidadão-Adolescente**. Caderno do CBI. Brasília –DF, 1991.

COSTA, Antonio Carlos G. **A política de atendimento**. In: Revista fórum DCA. Secretaria Nacional do Fórum. Brasília – DF, 1994.

COSTA, Antonio Carlos G. **Trabalhando com infratores: uma ciência árdua e sutil**. Caderno FUNDAP, São Paulo, Ano 10. Nº 18, pg 51-60, 1990.

NETO, Otávio Cruz; et al. **Rede familiar: a reconstrução pela desconstrução**. In: Mynaio, M. C. de S. O limite da exclusão social. Meninos e meninas de rua no Brasil. Hucitec – Abrasco. São Paulo / Rio de Janeiro, 1993.

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos da Criança – Assembléia Geral das Nações Unidas, Genebra, 1942 / adesão do Brasil em 1959.

DIAS, Marialda H. P. Tuberculose: Diagnóstico e conduta. In: COATES, Verônica et. Al. **Medicina do Adolescente**. Ed. Savier, São Paulo, 1993.

DINIZ, Ana. **Correndo atrás da vida**. Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua / UNICEF. Ed. Cejup, Pará, 1994.

DJARDINS, M. F. et. al. Enquête epidemiologique sur la sexualité d'adolescents fréquentant un cegep. **Unión Méd. Canadá**. V. 115, 1986.

DREIZEN, S. et. Al. A comparasion of sheletal growth and maturation in undernourished and wellnourished girl before and after menarche. **J Pediatric**., 70: 256, USA, 1976.

EISENSTEIN, E e COATES, M. V. Adolescent Health care in Brazil. **Bulletin of Internatinal Pediatric Association**: 10, nº 1: 12-26, 1989.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1994.

FEATHERSTONE, Mike. **Reorientando o Curso da Vida**. Centro de Estudo Sobre a Vida Adulta, Escola de Estudos Sociais, Políticas e de Saúde – Inglaterra. Palestra pública apresentada a profissionais paulista da PUC – SP em 1991.

FERNANDES, H. P. **Sintoma social dominante e moralização infantil – um estudo sobre a Educação Moral em Emile Durkheim**. EDUSP / ESCUTA, São Paulo, 1994.

FIBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Crianças e Adolescentes – Indicadores sociais**. Vol. 4, Rio de Janeiro, 1992.

GASSET, Ortega y. **Em torno a Galileu. Esquema das crises**. Ed. Vozes, Rio de Janeiro, 1989.

GAUDERER, E. Christian. **Suicídio na infância e adolescência**. In: Tratado de Adolescência – um estudo multidisciplinar. Ed. Cultura médica Ltda. Rio de Janeiro, 1991

GOMES, Jerissa V. **Socialização primária. Tarefa familiar?** Cad. Pesq. Rio de Janeiro, 1975.

GOVERNO do Estado do Maranhão. Secretaria do Estado da Saúde. Portaria nº 440 de 29/06/1990. Cria o Programa de Saúde do Adolescente na Estrutura da SES. Maranhão, 1990.

GRACIANI, Maria Stela S. **A construção social da identidade dos meninos (as) de rua**. Rev. Bras. Cresc. Des. Hum. II (1), São Paulo, 1992

GUATTARI, F. et. Al. **Micropolítica – Cartografias do desejo**. Ed. Vozes, Rio de Janeiro, 1993.

HALLAL, Roberto e EISENSTEIN, C. **E o outro lado da moeda. Meninos de rua e AIDS**. Conferência proferida no Congresso Internacional de Meninos e Meninas de Rua. Rio de Janeiro, 1990.

HASENBALG, Carlos A. **Desigualdades sociais e oportunidade educacional – a produção do fracasso**. Cad. Pesq. (63), Rio de Janeiro, 1987.

HENRIQUES, Maria Helena et al. **Adolescentes de hoje, Pais do amanhã: Brasil**. Editorial Presencia, Bogotá – Colômbia, 1989.

IBASE - Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. **Levantamento de Meninos e Meninas de ruas do Rio de Janeiro. Relatório de Pesquisa**. Cadernos do IBASE 5, Rio de Janeiro, 1992.

IPEA / UNICEF. **A criança no Brasil: o que fazer?** Instituto de Pesquisa Econômica aplicada. IPEA / JPLAN. Série Acompanhamentos de Políticas, 23, Brasília, 1994.

IPES – Instituto de Pesquisas Econômicas e Sociais. **Perfil Socioeconômico da Criança e do Adolescente no Maranhão – Indicadores sociais**. Vol. 1, CBIA / IPES, Maranhão, 1992.

IPES / CBIA. Perfil Socioeconômico da Criança e do Adolescente: **Maranhão: meninos de rua de São Luís. Um estudo de caso** – vol. 2. Instituto de Pesquisas Econômicas e Sociais / Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência, Maranhão, 1992.

JANSEN. **Abuso de drogas entre meninos e meninas de rua no Brasil**. Movimento Nacional de Meninos e Meninas de rua. Pernambuco, 1990.

KAHN, R. L. e CANNEL, C. F. **The dynamics of interviewing: theory technique and cases**. John Wiles, N. York, 1962

KALOUSTIAN, Sílvio M. et. al. **Família brasileira – a base de tudo**. UNICEF / Cortez Editora, São Paulo, 1994.

KANTNER, J. F. et. al. Sexual experience of young onmarried woman in the united States. **Ferm. Plann. Perspect.** V. U., USA, 1972.

LEFÉVRE, Fernando. **Essa criança é um bandido! Esse bandido é uma criança!** Ver. Brás. *Cresc. Des. Hum.* III (2): 71-77, São Paulo, 1993.

LEVIN, Jack. **Elementary Statistics in Social Research**. 2º Ed. Ed. Harper e Row, Publishers, Inc, USA, 1987.

LIMA, César. et. al. **Gestação na adolescência**. *Acta Médica*. HUP, 477 – 90, ATP^a 85.

MAAKAROUN, M. et al. **Tratado de Adolescência - Um Estudo Multidisciplinar**. Ed. Cultura Médica Ltda. Rio de Janeiro, 1991.

MACEDO, C. Guerra. La salud como producto social em el estado moderno. **OPS**. San José, Costa Rica, 1993.

MACEDO, Rosa Maria. A família do ponto de vista psicológico: lugar seguro para crescer? **Cad. Pesq. N° 91**: 62-68, São Paulo, 1994.

MACHADO, Adão R. L. et al. AIDS na infância: orientação básica no atendimento. **Jornal de Pediatria Vol. 70**, N° 1, Rio de Janeiro, 1994.

MADURO, Otto. **Mapas para a Festa – Reflexões latino americanas sobre a crise e o conhecimento**. Editora Vozes, Rio de Janeiro, 1994.

MARCONDES, Eduardo. **Desenvolvimento da criança – desenvolvimento biológico: crescimento**. Sociedade Brasileira de Pediatria, Rio de Janeiro / São Paulo, 1994.

MARCONDES, Eduardo. **Pediatria Básica**. 8º edição, vol. I. Savier, São Paulo, 1992.

MARQUES, Q. M; BERQUIÓ, E. e YUNES, J. **Crescimento e Desenvolvimento Pubertario em Crianças e Adolescentes Brasileiros II. Altura e Peso**. Ed. Brasileira de Ciências, São Paulo, 1982.

- MARSHAL, W. A.e TANNER, J. M. Puberty. In: DAVIS, J. A. And DOBBING, j. **Scientific Foundation of Paediatrics**. Saunders, Philadelphia, 1984.
- MELLO, Sylvia L. Famílias das Classes Populares: Tradição e Mudança. **Rev. Bras. Cresc. Hum. IV** (1), São Paulo, 1994.
- MENDES, Eugênio Vilaça. O processo de construção do sistema único de saúde. Reflexões sobre uma agenda mínima para a reforma sanitária. **OMS**. Brasília, DF; 1992.
- MINAYO, M.C.S. A violência na adolescência: um problema de saúde publica. **Cad. Saúde Pública**. V. G. nº 3, 1990.
- MINAYO Maria Cecília de S. violência: a face monstruosa do Brasil adulto. Conferência proferida no IV Congresso Brasileiro de Adolescência, Pernambuco, 1991.
- MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento. Pesquisa quantitativa em saúde**. Ed. Hucitec / Abrasco, São Paulo / Rio de Janeiro, 1992.
- MNMMR – Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua e Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE). **Aspectos da violência contra crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro, 1991.
- MONTEIRO FILHO, Lauro. et al. Adolescente de rua. Trabalho apresentado no 2º Congresso Brasileiro de Adolescência, Rio de Janeiro, 1988.
- MONTEIRO FILHO, Lauro. O adolescente de alto risco. In: **Manual de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria** – Comitê de Adolescência, Diretoria de publicação, Rio de Janeiro, 1990.
- MONTEIRO FILHO, Lauro. Et al. Tentativas de suicídios em adolescentes. **J. Pediatria**. **58**. 32, Rio de Janeiro, 1985.
- MOURA, J. Valdez. Suicídio na adolescência: por uma abordagem existencial. Conferência proferida na universidade de Taubaté, São Paulo, 1995.
- MOUSMER, Conceição A. Medidas específicas de proteção. In: **Cadernos CBIA 6** – violação de direitos: faces e disfarces. Rio de Janeiro, 1994.
- NEGRETE, J. C. Primary prevention of alcohol abuse: Latin american perspective. In: Carlini et al. Drogas prevencao no cotidiano escolar. **Cad. Pesq. (74)**: 40-46, São Paulo, 1990.
- OLIVEIRA, Cleide de F. G. **Se essa rua fosse minha – um estudo sobre a trajetória e vivencia dos meninos de rua do Recife**. UNICEF / Fundação Joaquim Nabuco, Pernambuco, 1989.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. 28ª Assembléia Mundial de Saúde. **Resolução WHA 3034. OPS**, Washington ,1975.

OMS – Organización Mundial de la Salud. The Health of Youth. Documento de trabajo para las discusiones técnicas. Documento A42 / Technical Discussions / Genebra, 1989.

OMS / UNICEF. Organização Mundial da Saúde / Fundo das Nações Unidas para a Infância. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde., Alma Ata, URSS, 1978. Relatório UNICEF / Brasil, 1979.

ONU – Organização das Nações Unidas. Relatório da Comissão Internacional dos Direitos Humanos, 1992.

ONU / UNICEF – Organização das Nações Unidas / Fundo das Nações Unidas para a Infância. Declaração Mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança. Nações Unidas, 1990.

OPS. Organização Panamericana da Saúde. **Salud Integral de los Adolescentes**. XXXVI Reunión. OPS, Washington DC, 1992.

OPS – Organización Panamericana de la Salud. **Marco conceptual – salud integral de los adolescentes**. Washington DC, 1990

OPS – Organización Panamericana de la Salud. **Promoción de la salud y equidad: Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud**. Santa Fé de Bogotá, Colômbia, 1992.

OSÓRIO, Luís Carlos et al. **Medicina do Adolescente**. Ed. Artes Médicas, Rio Grande do Sul, 1982.

OTTAWA Charter For Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association. Health and Welfare Canadá, 1986.

PARKER, Júlia. In: Abramdes, Sérgio et al. **Política Social e Combate à Pobreza**. Jorge Zahar Editor. 2ª Edição, Rio de Janeiro, 1989.

PASSETI, Edson. **O menor no Brasil republicano**. In: PRIORI, Mary. História da criança no Brasil. Ed. Contexto, São Paulo, 1992.

PEREIRA Jr. ALMR et al. **Os impasses da cidadania – infância e adolescência no Brasil**. IBASE, Rio de Janeiro, 1992.

PERES, F. Adolescência em busca de sujeitos sociais. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da USP – São Paulo, 1995.

PESN – Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição. **Crianças e Adolescentes no Maranhão. Saúde, Educação e Trabalho**. PESN / UNICEF, Maranhão, 1992.

PETRI, Valeria e EISENSTEIN, E. Doenças sexualmente transmissíveis (DST). In: COATES, Verônica et al. **Medicina do Adolescente**. Ed. Sarvier, São Paulo, 1993.

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. **PNAD / IBGE. Vol. 11.Nº 4.** Rio de Janeiro. 1989

PNUD / ONU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento / Organizações das Nações Unidas. Relato do ano de 1990. Transcrito no **Jornal do Brasil de 26/05/1990.**

RAMOS Dias, M. Teresa. Tese de Mestrado. In: HASENBALG, Carlos. Desigualdades sociais e oportunidade educacional, a produção do fracasso. IUPERJ. **Cad. Pesq. (63)**, Rio de Janeiro, 1987.

RESTREPO, Helena E. Promoción de la Salud e Equidad: Un macro concepto para la acción em Salud Publica. In: **Educación Médica y Salud. Vol. 29, Nº 5,** 1995.

RIOS, Terezinha A. **Ética e competência. 2ª Edição.** Cortez Editora, São Paulo, 1994.

RIZZINI e Rizzini. “Menores” institucionalizados e meninos de rua os grandes temas de pequenos na década de oitenta. In: FAUSTO, Ayrton et al. **O trabalho e a rua – crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80.** Cortez Editora, São Paulo, 1991.

RIZIINI, I, et al. A geração de rua. Um estudo sobre as crianças marginalizadas no Rio de Janeiro. **Série estudos e pesquisas, 1.** 1-58. Rio de Janeiro, 1986.

RIZZINI. Irene. A infância pobre e excluída da sociedade brasileira: reflexões sobre a produção e a socialização do conhecimento. Coordenação de Estudo e Pesquisa sobre a Infância (**CESPI / USU**), Rio de Janeiro, 1994.

RODRIGUES, R. Teoria y Práctica em Salud Pública Ponencia a La I Conferencia Panamericana em Salud Pública. Rio de Janeiro, 1994.

ROVERE, M. Reconfiguración de la teoria y practica de la salud pública em la década de los 90. Universidad Andina, Bolívia, 1993.

ROZENTAL, M. Conferencia de Educacion Médica em el Área Andina. **OPS / ASCOFAME,** Contagena, 1993.

SAITO, Maria Ignez. A avaliação nutricional na adolescência: a escolha de referencial. **Jornal de Pediatria. Vol. 69 (3)**, Rio de Janeiro, 1993.

SANT’ANNA, Clemax C. Diagnóstico de Tuberculose Pulmonar na Infância por Método Sorológico (Elisa). Tese de Doutorado na Universidade Federal do Rio de Janeiro / área de concentração: Doenças Infecciosas e Parasitárias, Rio de Janeiro, 1994.

SANTO, Benedito R. Breve olhar sobre as políticas públicas para a infância. **Rev. Fórum DCA.** – Secretaria Executiva, Brasília – DF, 1990.

SARTI, Cynthia A. A família como ordem moral. **Cad. Pesq. Nº 91,** 46-53, São Paulo, 1994.

- SCHWARTZ, M. e SCHWARTZ, C. G. Problems in Participant Observation. **American Journal of Sociology**. Nº 60. USA, 1995.
- SIEGEL, Sidney. **Estatística Não Paramétrica**. Ed. Mac Graw – Will do Brasil, 1975.
- SILBER, T. Enfermidades de transmissão sexual durante la adolescência. In: **Organización Panamericana de la Salud del Adolescente y el Jovenes em las Américas**. 1985 (Publicación científica nº 489)
- SILVA FILHO, A. R. et al. Uso de psicotrópicos por meninos de rua. Comparação entre dados coletados em 1987 e 1989. In: **Abuso de Drogas entre Meninos e Meninas de Rua do Brasil. Publicação CEBRIO**, 1-27, São Paulo, 1990.
- SILVA, Hélio R; MILITO, Cláudia. **Vozes do Meio-Fio**. Ed. Relume / Dumará, Rio de Janeiro, 1995.
- SIQUEIRA, Arnaldo A. F. et al. Contexto Sócio Ambiental de Crianças Urbanas de Baixa Renda. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum. III (1)**, São Paulo, 1993.
- SUDBRACK. A Situação do Menor em Brasília. Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua. Brasília – DF, 1990.
- SUTPHEN, J. L. Growth as a measure of nutritional status. **J. Pediatr. Gastroentero. Nut. 4:** 169, USA, 1985.
- TAKIUTI, Albertina, Gravidez na Adolescência – Mitos e Tabus da Condição Feminina. Conferência proferida no Encontro dos Fundos de Solidariedade Municipais. São Paulo, 1994.
- TANNER, J. M. **Growth at Adolescence**. 2ª ed. Blackwell, oxford, 1962.
- TANNER, J. M. Growing up. **Sci. Amer.** 229 = 35, USA, 1973
- TAQUETE, Stella. Sexo e Gravidez na Adolescencia. **Jornal de Pediatria. Vol. 68 (3/4)**. Rio de Janeiro, 1992.
- TEEN Suicide. **American Academy Pediatrics News**. 1:4, 1985.
- TIRICO Sérgio, LEAL, Marta. Problemas Ortopédicos mais comuns. In: COATES, Verônica. Et al. **Medicina do Adolescente**. Ed. Sarvier, São Paulo, 1993
- TUFIK, Sérgio. Abuso de drogas. In: **Adolescência e Saúde – Comissão de Saúde do Adolescente**. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Paris Editorial, São Paulo, 1988.
- UFMA - Universidade Federal do Maranhão. Conselho de Ensino e Pesquisa (CONSEPE). Resolução nº 16/89. Reconhece o Projeto de Extensão: Atenção Integral à Saúde do Adolescente do Maranhão, 1989.

UNICEF / Governo do Estado do Maranhão. **Crianças e adolescentes no Maranhão: saúde, educação e trabalho.** UNICEF / Maranhão, 1992.

VAISENCHER, Semira A. **O projeto de Vida do Menor Institucionalizado.** UNICEF, Pernambuco, 1989.

VASCONCELOS, Ana et al. Adolescência e prostituição: uma experiência vivida com meninos de rua na casa de passagem. Pernambuco. In: **Anais do IV Congresso Brasileiro de Adolescência.** Pernambuco, 1991.

VAZQUEZ, A. S. **Ética.** 2ª edição. Trad. João Dell'Anna. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1975.

VELHO, Gilberto. O estudo do comportamento desviante: a contribuição da antropologia social. In: VELHO, Gilberto. **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social.** 5ª edição. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1985.

VIOLANTE, Maria Lúcia V. **O dilema do decente malandro.** 5ª edição. Cortez Editora, São Paulo, 1989.

ZIONI GOMES, F.; ADORNO, R.C.F. Criança e Menor na Sociedade Brasileira: Serviços, Cuidados e Exclusão. **R. B. D. H.** (1), São Paulo, 1991.