
PROMOÇÃO DE SAÚDE E ADOLESCÊNCIA: UM EXEMPLO DE INTERVENÇÃO COM ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA*
HEALTH PROMOTION AND ADOLESCENCE: AN EXAMPLE OF INTERVENTION WITH STREET-YOUTH

Normanda Araujo de Moraes
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Camila de Aquino Moraes
Universidade de Brasília, Brasília-DF, Brasil

Sílvia Reis
Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil

Sílvia Helena Koller
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

RESUMO

O artigo discute o conceito de promoção de saúde e sua relação com as práticas de saúde direcionadas à adolescência em situação de vulnerabilidade social e pessoal. Nas últimas décadas, os crescentes indicadores de morbimortalidade nesse grupo social, sobretudo devido às chamadas causas externas, reiteram a importância de uma maior atenção das políticas de saúde direcionadas à adolescência. Nesse sentido, o artigo expõe as diretrizes do Ministério de Saúde para o atendimento integral à saúde dessa população e ilustra, com o relato de uma intervenção direcionada à saúde de adolescentes em situação de rua, como os princípios de promoção de saúde podem ser colocados em prática. Por fim, sugere-se que a atuação dos psicólogos deve alicerçar-se nos princípios propostos pelo campo da promoção da saúde, tanto em termos de concepção do processo saúde-doença enquanto produção social quanto de objetivo da prática terapêutica - promoção de autonomia, co-responsabilização, empoderamento e conscientização.

Palavras-chave: promoção de saúde; adolescência; situação de rua.

ABSTRACT

The paper discusses the concept of promotion of health and the relationship with the practices of health addressed to the adolescence in situation of social and personal vulnerability. In the last decades, the crescent indicatives of morbimortality in that social group, above all due to external causes, reiterate the importance of a larger attention of the politics of health addressed to the adolescence. In that sense, this study exposes the guidelines of the Ministry of Health for the integral service to the health of that population and illustrates by the report of an intervention addressed to the adolescents' health in street situation, as the beginnings of promotion they can be put in practice. Finally, suggests that the psychologists' performance must be found in the beginnings proposed by the field of the promotion of the health, so much in terms of conception of the process health-disease while a social production as of objective of the therapeutic practice - autonomy promotion, co-responsibility, empowerment and awareness.

Keywords: health promotion; adolescence; street-youth.

Durante as últimas décadas, sobretudo, a temática da promoção de saúde tem recebido destaque. A partir de um entendimento ampliado do conceito de saúde, da implementação do Sistema Único de Saúde e das discussões acerca de novas políticas no setor, diversas áreas do conhecimento começam a estruturar suas práticas em torno da prevenção e da promoção de

saúde. Tal fato tem ocorrido por se perceber que manter um sistema de saúde centrado em formas de cuidado exclusivamente curativas não viabiliza a melhoria da atenção, não diminui a sobrecarga de atendimentos, e, tampouco, incentiva a população à tomada de decisões em vista de aderir aos comportamentos de saúde.

A psicologia também entrou nesse debate, e o(a) psicólogo(a) tem sido importante no processo de construção e fortalecimento de práticas e “modos de viver” mais saudáveis. Já podemos perceber uma expansão dos espaços de atuação desse profissional para além da tradicional e elitista clínica particular, prática essa que por algumas décadas manteve-se como principal universo de atuação dos psicólogos (Dimenstein, 1998). Cada vez mais se verifica a inserção de psicólogos na rede pública de saúde, na assistência social e em organizações não-governamentais (ONGs) que trabalham com diferentes perfis de população em situação de vulnerabilidade pessoal e social, especialmente crianças e adolescentes. Alguns exemplos de programas federais que incluem o psicólogo em seus quadros são: o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), o Programa de Atendimento Integral à Família (PAIF), o Serviço Sentinela e o Pró-Jovem, todos voltados para a atuação junto a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e suas famílias. Diante dessa realidade, surgem algumas questões: que práticas o psicólogo tem desenvolvido ao estar inserido no campo da promoção da saúde? Como ele contribui com a criação desses novos fazeres?

Este artigo tem como objetivo fomentar a discussão acerca da temática da promoção de saúde, de seus conceitos e do relato de uma intervenção realizada por um serviço de saúde com adolescentes em situação de rua na cidade de Porto Alegre. Por fim, buscar-se-á enfatizar a importância do conceito de promoção de saúde para as práticas de intervenção *psi*, ressaltando o papel dos psicólogos como importantes atores nesse campo, como educadores sociais e agentes de saúde.

Adolescência e saúde: um relato da situação atual

No Brasil, dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2000 revelaram um total de 35.287.882 milhões de crianças e adolescentes entre 10 e 19 anos, fato que representa 20% da população total do Brasil (IBGE, 2000). Além do critério de magnitude, a adolescência tem recebido bastante destaque no cenário social e científico devido a outros fatores, tais como: a sua importância social e política, a sua condição especial de desenvolvimento biopsicossocial e também pela obrigatoriedade posta pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) da necessidade de que Estado e sociedade atuem na garantia dos seus direitos (Moreira, Neto, & Sucena, 2003).

Para além da definição etária do que vem a ser adolescência, a qual varia de acordo com os parâmetros utilizados (Estatuto da Criança e do Adolescente e Organização Mundial de Saúde, por exemplo), ressalta-se aqui a necessidade de considerar essa etapa do desenvolvimento humano a partir do contexto histórico-cultural

no qual cada adolescente se situa. Nesse sentido, *a priori*, não existe uma adolescência, mas adolescências que se configuram de formas singulares a partir de determinados condicionantes, tais como: gênero, classe social, configuração familiar etc. (Traverso-Yépez & Pinheiro, 2002).

No que se refere à saúde dessa população, verifica-se que há alguns anos a adolescência era descrita como o período do ciclo vital caracterizado como de menor risco de adoecimento e morte. No entanto, nas duas últimas décadas, observou-se um aumento da morbimortalidade nesse grupo populacional (Claro, March, Mascarenhas, Castro, & Rosa, 2006). Essa, por sua vez, tem sido relacionada, sobretudo, às consequências da violência (ferimentos, deficiências e homicídios), suicídios, acidentes e contaminação por doenças, resultantes das precárias condições de vida e iniquidade social a qual os jovens estão submetidos. De acordo com Moreira, Neto e Sucena (2003, p. 163), “a conjunção diária entre a ausência de perspectivas de futuro, a pobreza, a exclusão social, delinquência e violência estrutural” são as principais influências para a morte de cidadãos adolescentes.

Dados do Ministério da Saúde mostram que são persistentes e crescentes os índices de mortalidade por causas externas, sendo que nos grupos etários de 5 a 14 anos e 15 a 24 anos causas externas são o principal grupo de causas de morte nesta população infanto-juvenil. Entretanto, a incidência entre o sexo masculino é superior ao feminino (IBGE, 2009; Ministério da Saúde, 2004a).

No entanto, apesar da constatação da influência das “causas externas” e dos aspectos socioemocionais na morbimortalidade dos adolescentes brasileiros, ressalta-se a fragilidade do sistema de saúde vigente no Brasil para atender às demandas dessa população (Formigli, Costa, & Porto, 2000; Muza & Costa, 2002; Saggese & Leite, 1999; Soares, Salvetti, & Ávila, 2003; Traverso-Yépez & Pinheiro, 2002). Esses mesmos autores destacam que a maior procura dos adolescentes segue sendo por ações curativas. Esse fato revela a persistência do modelo assistencial clínico, assim como a existência de uma grande lacuna na assistência à saúde do adolescente brasileiro, a qual esteja baseada numa visão mais integral e ampla de saúde.

Outra característica dos serviços direcionados à saúde do adolescente, de acordo com Maddaleno, Morrello, e Infante-Espínola (2003), é a tendência dos mesmos a enfocarem os comportamentos de risco (gravidez, uso de drogas, problemas escolares e delinquência, por exemplo). Dessa forma, perde-se de vista a integralidade da saúde dos adolescentes e se negligencia um conjunto de fatores intrinsecamente relacionados a tais comportamentos, como por exemplo: qualidade do relacionamento familiar, concepções e valores, autoestima etc. Reconhece-se que programas centrados em condutas- problema e

no indivíduo não são capazes de mudar a vida dos jovens, além de resultarem em altos custos.

No Brasil, o Ministério da Saúde não preconiza que o psicólogo seja integrante das equipes de saúde da família, mas sim que integre, juntamente com outros profissionais que não compõem a equipe de saúde da família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), potencializando essas equipes e dando-lhes o suporte necessário (Ministério da Saúde, 2004b, 2008a) ou, ainda, que seja alocado nos serviços que chamamos de atenção secundária ou especializada - ambulatórios de saúde mental e Centro de Atenção Psicossocial-CAPS. Também não há uma proposta de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, exceto nos casos de transtornos mentais graves (CAPS-infantil). Uma importante questão, portanto, surge quando o paciente adolescente traz uma queixa que não justifique um atendimento psiquiátrico, nem a inserção em um CAPSi, mas indique a necessidade de aprofundar uma avaliação, receber atendimento psicoterápico ou aconselhamento psicológico. De fato, como destaca Santos (2006), esse aspecto constitui-se de ampla relevância, uma vez que as maiores queixas verificadas em clínicas-escola e serviços públicos de Psicologia Infantil relacionam-se ao mau desempenho acadêmico, comportamento agressivo e desobediência (casa e escola), situações talvez não tão graves, mas que dizem de algum sofrimento do sujeito e/ou de sua família, o que denota uma demanda por atenção. Dada a inexistência de serviços de atenção a essas necessidades, Santos (2006) alerta para o risco que essas situações (aparentemente “menores”) podem ter para a saúde futura de crianças e adolescentes.

De acordo com Maddaleno, Morello, e Infante-Espínola (2003) e Muza e Costa (2002), os adolescentes geram uma baixa demanda nos serviços de saúde. Eles figuram como o grupo etário mais sadio, sofrendo de menos enfermidades se comparados ao grupo das crianças e idosos. Além disso, os hábitos nocivos adquiridos nessa faixa etária não se traduzem em morbidade e mortalidade durante a adolescência mesma. Esses fatores explicam de certa forma a omissão no que se refere às políticas de saúde para a faixa etária da adolescência. Muza e Costa (2002) atestam tal hipótese afirmando que devido a “essa baixa demanda, os adolescentes têm recebido pouca atenção das políticas públicas de saúde” (p.322).

Outro fator bastante citado na literatura diz respeito à resistência dos adolescentes a uma aproximação com as instituições de saúde, ao mesmo tempo em que estas têm dificuldade de acolherem os adolescentes que a procuram (Claro et al., 2006; Muza & Costa, 2002). Embora frequentemente se destaque a baixa procura aos serviços, quase nunca se vê o movimento dos profissionais de saúde em expandirem as suas atividades a fim de tornarem-se extramuros, de agregarem as famílias

e serem realizadas de forma intersetorial, integrada às escolas, projetos e comunidade em geral. Dessa forma, termina-se por não alcançar a maior “fatia” de adolescentes, que são justamente aqueles que não expressam em demanda ao serviço de saúde as suas necessidades de saúde. Não porque não as tenha, mas porque entre o reconhecimento de sua necessidade e o “pedido de ajuda” há um longo caminho. A esse respeito, Traverso-Yépez e Pinheiro (2002) fazem uma crítica ao modelo de intervenção hegemônico no sistema de saúde, o qual reforça a violência simbólica, através de intervenções verticalizadas, que pouco espaço dá à subjetividade e ao protagonismo dos usuários adolescentes. Esses tendem a ser vistos a partir de estereótipos desqualificadores e são alijados do poder que possuem de atuar como agentes de transformação de sua própria vida e condição de saúde.

Apesar do quadro negativo relatado (baixa demanda, pouca atenção das políticas oficiais, dificuldade de acolhimento por parte dos serviços), verifica-se que em termos oficiais, o Ministério da Saúde brasileiro apresentou um documento no ano de 2005 com orientações para a implantação de ações e serviços de saúde que atendam aos adolescentes e jovens de forma integral, resolutiva e participativa. A seguir, são apresentadas as principais diretrizes de tal documento. É bastante relevante ler tais diretrizes, confrontando-as com as principais críticas descritas, uma vez que teoricamente elas parecem responder totalmente às lacunas apontadas na atual situação de atendimento à saúde dos adolescentes.

Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização dos serviços de saúde

A fim de se alcançar os objetivos de integralidade, resolutividade e garantir a participação dos adolescentes, o documento do Ministério da Saúde (2005) afirma que:

1. É indispensável a organização da demanda e a identificação dos grupos vulneráveis e em situação especial de agravo, como as vítimas de exploração sexual comercial, os adolescentes soropositivos e/ou aids, as vítimas de violência etc.
2. A partir desse “diagnóstico” inicial, as atividades deverão ser planejadas com base no conhecimento do contexto, das características das famílias, suas condições de vida, recursos comunitários e condições de atendimento disponíveis.
3. O atendimento deverá estar baseado nos seguintes princípios: ética, privacidade e confidencialidade/sigilo.
4. O trabalho deverá ser inter e multiprofissional, e a equipe deverá buscar uma educação permanente.
5. Buscar-se-á a articulação intersetorial, tanto intra quanto interinstitucionais, a fim de integrar grupos

de intervenções. De acordo com Moysés, Moysés, e Krempel (2004), a intersetorialidade, que é uma das diretrizes do SUS, diz respeito à "articulação de sujeitos de setores sociais diversos e com saberes, poderes e vontades diversos para enfrentar problemas complexos" (p.630). Na prática, vê-se isso através do estabelecimento de alianças estratégicas entre agências governamentais, instituições de saúde, educação, justiça, legislação, transporte, cultura, esporte, ONGs, mídia e igrejas, por exemplo.

6. As ações não deverão se limitar ao espaço da unidade de saúde, mas a equipe deverá desenvolver ações que tragam os jovens e adolescentes para as unidades. Dentre as estratégias de captação (são assim mesmo descritas: "captação") estão: divulgação interna na unidade, visitas domiciliares, divulgação na comunidade (rádio, carro de som) e parcerias institucionais (escola, igreja, associações).
7. Por fim, as ações de participação juvenil são encorajadas, uma vez que fortalecem a autoestima, a assertividade e a construção do projeto de vida. Nos serviços de saúde, a participação ativa e autônoma de adolescentes e jovens no planejamento, na execução e na avaliação das ações contribui decisivamente para a eficácia, a resolução e o impacto social delas.

Promoção de saúde e adolescência

A promoção de saúde está relacionada a todas as práticas e condutas que procuram melhorar o nível de saúde da população por meio de medidas que não se restringem a resolver problemas de doenças ou qualquer desordem orgânica, mas sim que visam a aumentar a saúde e o bem-estar geral (Santos & Bógus, 2007). No entanto, é importante considerar outros dois importantes critérios relevantes ao entendimento do conceito de promoção de saúde, sob pena de se usar o termo indiscriminadamente, como se toda prática de intervenção fosse, por si só, promotora de saúde.

O primeiro deles, de acordo com Moysés, Moysés, e Krempel (2004), é o de que a promoção de saúde está baseada no paradigma da produção social do processo saúde-doença. A partir desse critério, entende-se que a saúde de cada indivíduo, grupos sociais e comunidades depende das ações humanas, interações sociais, políticas públicas e sociais, modelos de atenção à saúde, intervenções sobre o meio ambiente etc. Nesse sentido, Campos, Barros, e Castro (2004) afirmam que isso exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Sendo assim, defende-se que saúde é o resultado do desfecho positivo da implementação de políticas públicas saudáveis e não exclusivamente de ações restritas ao setor saúde,

sobretudo se se compreende este último como o acesso a serviços de laboratório e medicação, exclusivamente.

A segunda característica central ao campo da promoção de saúde é o reforço da capacidade dos indivíduos e da comunidade de atuarem no controle, implementação e manutenção do seu bem-estar, visto nas suas múltiplas dimensões (física, mental, social e espiritual). Deste ponto, o sujeito é legitimado como ator social através de sua ação protagonista no contexto, capacitando o desenvolvimento da autonomia, autoestima e cidadania (Ferretti, Zibas, & Tartuce, 2004).

Com base nas definições acerca de promoção de saúde, passa-se a seguir a um relato de uma experiência brasileira sobre a promoção de saúde de adolescentes em situação de rua. Considera-se que tal proposta atende às prerrogativas citadas na definição do conceito de promoção de saúde, assim como às diretrizes postas pelo Ministério da Saúde (2005), sendo por isso relevante a sua descrição.

O atendimento à saúde de adolescentes em situação de rua: relato de uma experiência de Porto Alegre

A realidade de vida na rua expõe as crianças e adolescentes a uma série de fatores de risco, como uso de drogas, sexo de sobrevivência, perda de apoio e de abrigo seguro, além da falta de necessidades básicas de alimentação e higiene, que as colocam em situação de vulnerabilidade para muitas consequências negativas de saúde, dentre as quais: dependência química, DSTs, infecção pelo HIV, má nutrição, déficits de crescimento, lesões por acidentes, gravidez indesejada e morte prematura resultante de suicídio e homicídio (Ensign & Bell, 2004; Farrow, Deisher, Brown, Kulig, & Kipke, 1992; Mejía-Soto, Castañeda, González, Ramirez, & Avendaño, 1998; Moraes & Koller, 2010; Panter-Brick, 2001, 2002; Raffaelli, 1999).

De acordo com Ribeiro (2003), as consequências de viver na rua não tardam a aparecer, e é na saúde que esse custo se faz sentir de várias formas e graus. Diante das condições de vida das crianças e adolescentes em situação de rua, assim como das suas formas particulares de conceber e acessar os serviços de saúde, é necessário que ações de saúde específicas sejam planejadas e colocadas em prática tendo em vista a melhoria do acesso desse grupo social.

O relato que segue apresenta aspectos relevantes do atendimento à saúde de adolescentes em situação de rua de Porto Alegre, RS. Ele é feito com base em uma pesquisa com profissionais de saúde e educadores da rede de assistência dessa cidade, realizada por Moraes (2005), acerca da condição de saúde de crianças e adolescentes em situação de rua (características do atendimento

oferecido – rotina e objetivo, relacionamento com os adolescentes, concepções de saúde e doença, encaminhamentos e adesão ao tratamento e percepção sobre o papel das instituições na vida dos adolescentes).

A pesquisa foi realizada em duas instituições destinadas a crianças e adolescentes em situação de rua (abrigo diurno e serviço de atendimento à saúde) e teve como participantes cinco profissionais de saúde e quatro educadoras. Sete das participantes tinham curso superior (medicina, enfermagem, psicologia e serviço social), uma possuía o magistério e estava concluindo o curso de educação física e outra participante era técnica de enfermagem. No serviço de atendimento à saúde entrevistou-se: uma médica clínica, uma psiquiatra, uma psicóloga, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. No abrigo diurno, por sua vez, foram entrevistadas uma monitora e três assistentes sociais, sendo que uma delas exercia o cargo de coordenação. A idade média das participantes foi de 36 anos ($DP=9,75$), variando de 23 a 49 anos. O tempo de trabalho nas instituições variou de dois meses a quatro anos ($M=2$ anos; $DP=1,5$ anos).

Trata-se de dois serviços diferentes, os quais possuem um trabalho em rede visando a atender integralmente os adolescentes que dela fazem parte. O primeiro deles, um abrigo diurno, desenvolve atividades lúdicas, esportivas e pedagógicas nos dois turnos e funciona em regime aberto, atendendo crianças e adolescentes até 15 anos de idade. Ele é composto por assistentes sociais, psicólogos e monitores. O segundo, um serviço de saúde específico à saúde de crianças e adolescentes em situação de rua, está ligado à Secretaria Municipal de Saúde e representava (desde 2001 até 2005, quando abriu as portas para o atendimento de demandas de saúde mental de adolescentes de uma forma geral), a principal porta de entrada das crianças e adolescentes em situação de rua ao serviço de saúde. Nesse serviço, encontrava-se uma equipe de saúde composta por clínico geral, psiquiatra, enfermeira, técnicos de enfermagem, assistente social e psicóloga. Ambos os serviços foram escolhidos a partir da pesquisa realizada por Santana (2002), que identificou as quatro instituições mais citadas pelas crianças e adolescentes em situação de rua como fazendo parte do seu dia a dia. Dessas, julgou-se importante a realização da pesquisa no serviço específico ao atendimento à saúde dessa população. Já o abrigo diurno representou a possibilidade de verificar como os profissionais desse serviço percebiam questões de saúde da clientela atendida. A escolha por duas instituições de características e objetivos diferenciados justifica-se pela proposta de se identificar semelhanças e diferenças entre os discursos dos profissionais acerca da condição de saúde de crianças e adolescentes em situação de rua atendidos em dois espaços distintos. Quanto aos pro-

fissionais, o critério de escolha dos participantes foi a atividade exercida e a sua disponibilidade em participar da pesquisa. Buscou-se entrevistar um representante de cada função existente nesses locais e, nos casos em que a mesma função era ocupada por mais de um profissional, optou-se por entrevistar aquele com maior tempo de serviço na instituição.

Realizaram-se entrevistas com as profissionais dos serviços, as quais aconteceram durante o processo de Inserção Ecológica da pesquisadora e sua equipe nas instituições. A Inserção Ecológica é uma proposta de operacionalização da Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano, para o estudo do desenvolvimento humano no contexto (Bronfenbrenner, 1979/1996; Cecconello & Koller, 2003). Esse método privilegia a inserção do pesquisador no ambiente de pesquisa, com o objetivo de estabelecer proximidade com o seu objeto de estudo e, assim, responder às questões de pesquisa. Os três meses em que a equipe de pesquisa acompanhou as atividades das instituições favoreceram a vinculação entre equipe e profissionais e facilitaram o processo de realização das entrevistas. Essas foram sempre realizadas após marcação prévia de horários com os profissionais e depois dos mesmos consentirem em participar. As entrevistas foram gravadas e duraram em média quarenta minutos. Em seguida, essas entrevistas foram transcritas para a realização das análises. A análise seguiu o modelo de análise de conteúdo proposto por Bardin (1979/1977) e foi enriquecida pelos dados dos diários de campo elaborados durante a inserção ecológica.

A seguir, apresenta-se a descrição dos principais resultados das entrevistas.

1. Rotina, objetivo do atendimento e relacionamento com os adolescentes:

No que se refere à rotina das profissionais, percebe-se que, em ambas as instituições, além de desempenharem as atribuições específicas do seu cargo, elas também participam de outras atividades da instituição, não necessariamente relacionadas à sua função. Envolve-se nisso pela proposta interdisciplinar dos serviços, assim como pela consciência de que se trata de uma realidade diferenciada de atendimento. Nesse sentido, foi possível verificar-se profissionais de enfermagem coordenando a oficina de pintura, profissional da psiquiatria coordenando oficina de leitura, dentre outros exemplos. Ainda que não seja propondo outras atividades, a participação diferenciada da qual se fala aqui envolve, sobretudo, um contato permanente entre equipe e adolescentes atendidos, seja durante os momentos de refeição, seja em passeios, conversas informais etc. Para essas profissionais, todos os espaços tornam-se espaços terapêuticos, de conversa e troca de informações.

Sobre o objetivo da sua atuação, as profissionais tenderam a enfatizar nas suas respostas o desejo de que possam contribuir para uma melhoria da qualidade de vida das crianças e adolescentes em situação de rua. Muitas vezes, esse desejo vem acompanhado de indignação e vontade de ver cumprida a justiça social, tal como afirma a profissional de Serviço Social, por exemplo: *"Sou muito indignada, eu não suporto ver o absurdo que é o jeito que a criança é tratada."*, e a psicóloga do serviço de saúde: *"Existencialmente e politicamente eu busco uma justiça social. ... Eu quero ser uma formiguinha aí, uma gota nesse oceano, né, porque eu acho que as coisas têm que mudar."*

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

Nada a ver, sabe, em achar que eu vou tirar eles dessa, porque na verdade eu acho que tem que tentar conscientizá-los disso e ajudá-los nessa descoberta, né, do caminho de vida deles. Não adianta a gente querer impor projetos de vida pra eles. ... eu acho que eu tô aqui nesse papel, de ajudar a buscar o caminho. (Enfermeira)

A relação estabelecida com os adolescentes foi descrita por todas as participantes como sendo bastante positiva. As expressões "irmã mais velha" e "mãezona" foram comumente usadas para ilustrar o tipo de relação "familiar" estabelecida entre eles. Essa relação foi descrita como sendo marcada pela intimidade, muita expressão de afeto positivo, mas também pela colocação de limites. Como afirma a assistente social: *"Sou super afetiva ... sabe assim, tipo mãe, sabe, porque eles precisam de controle, assim, sabe, controle não, é de limite com afeto sempre."* O estabelecimento de vínculos de confiança e respeito foi visto como fundamental ao desenvolvimento do trabalho, uma vez que elas pretendem ser uma referência diferenciada de cuidador para esses adolescentes e, principalmente, porque se entende que as crianças e adolescentes atendidos *"têm uma história de adultos traidores da confiança deles"* (Psicóloga). De acordo com a técnica de enfermagem: *"A gente funciona como irmão mais velho deles, apoiar eles quando precisa e puxa a orelha quando precisa."*

2. Concepções de saúde e doença:

As concepções de saúde que as participantes possuem podem ser classificadas em quatro categorias: posse de "condições adequadas de vida" (lugar para morar, dinheiro, nutrição adequada, lazer etc.); bem-estar físico, mental e social, conforme descrito pela Organização Mundial de Saúde em 1948; qualidade de vida (condições adequadas de vida somadas a um bem-estar emocional, relações positivas no trabalho, na

família e na sociedade); e bem-estar da pessoa, ou seja, dimensão "subjetiva" do conceito de saúde, para a qual o que importa é como a pessoa se sente, e não o diagnóstico médico. Pode-se concluir que a prática desses profissionais é ampliada, justamente pelo entendimento ampliado que possuem acerca do conceito de saúde, fazendo com que suas práticas não sejam estritamente curativas. A esse respeito, Sarriera et al. (2003) reiteram a importância de profissionais da saúde terem consciência das concepções que orientam a sua ação, de forma a poderem melhor avaliar a sua atuação.

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

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

No que se refere aos transtornos mentais mais comuns, as patologias mais citadas foram: a dependência química; transtorno de humor (depressão, principalmente); transtornos de conduta e deficiência mental. Assim como verificado nas falas dos próprios adolescentes, a questão da droga apareceu como sendo a maior "rival" a ser vencida pelas instituições e profissionais. Quase sempre a droga foi vista como uma alternativa usada pelos adolescentes para "medicar sintoma", como uma substância química que é usada

para “preencher um vazio” e uma “carência emocional” anterior. O maior desafio, de acordo com uma participante, está em descobrir:

como é que tu tira essa... troca essa droga por outra, preenche com outra coisa legal pra eles. O que que é o legal pra eles? Do que eles precisariam mesmo? ... Tentar preencher aquele buraco ali é o mais difícil. (Assistente Social)

3. Encaminhamento e adesão ao tratamento:

A respeito do encaminhamento dado pelas profissionais aos casos de adolescentes que estão doentes e precisam de um atendimento médico, verificou-se que todas as participantes do abrigo diurno afirmaram encaminhar os adolescentes para o serviço de atendimento à saúde. Já as profissionais que trabalham nesse serviço destacaram que a sua preocupação é a de tentar usar ao máximo os recursos de que dispõem para ver os problemas solucionados ali mesmo. Quando isso não é suficiente ou possível, recorre-se a outros serviços da rede pública de saúde, principalmente os serviços de atendimento às DSTs e AIDS, as especialidades médicas e os casos que precisam de internação.

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

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

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

Quanto à adesão ao tratamento por parte dos adolescentes, as profissionais destacaram que essa é “*cheia de altos e baixos, eles aderem e desaderem, aderem e desaderem...*” (Psicóloga). Os principais pontos positivos são a confiança que possuem no serviço e nos profissionais que lá trabalham. Logo, quando precisam de ajuda, a buscam. Isso acontece, principalmente, quando eles estão muito doentes e se sentindo muito mal. Muitas participantes fizeram, inclusive, uma diferenciação entre aderir ao tratamento e ao atendimento proposto pelo serviço de saúde. Enquanto eles tendem a aderir ao atendimento, frequentando regularmente o serviço, eles mostram uma dificuldade maior em seguir o tratamento.

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

Apesar da maioria das participantes ter citado os empecilhos à adesão ao tratamento pelos adolescentes, uma participante destacou que está satisfeita com a adesão dos mesmos. Ela afirmou que aprendeu, com a sua prática profissional que, apesar deles não seguirem as recomendações conforme mandado, eles melhoram mesmo assim. Além do mais, ela salientou que se trata de capacitá-los a partir do que eles necessitam para viverem na rua, e não do que o profissional julga que eles necessitam.

Tu não pode querer mudar a vida deles nem a saúde deles. Não é a saúde que tu quer pra eles, é a saúde que eles necessitam. O bom pra se sair bem na rua é assim, tu não pode querer agredi-los. Certas coisas que eu posso tentar fazer aqui, que eu faço a nível de consultório, como dar remédio de vermes pra todo mundo,

aqui não pode ser assim pra todos, só quando eles têm sintoma. Então, os antibióticos, como eu te disse, a gente vai usando, e em dois, três dias tá bom, não podemos exigir sete dias, dez dias. Eu nem dou remédio pra dez dias porque vai fora, tentando não haver desperdício também pra Casa, eu não dou. (Médica)

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

Se tu quiser que eles se obriguem a fazer o que tu quer, tu não consegue trabalhar. Tem que ser mais ou menos um jogo assim, eles cedem de um lado, e a gente cede um pouco do outro e aí tem um convívio harmonioso. Se nós formos assim tipo xerife, nós mandamos e eles obedecem, não funciona. (Médica)

Não medico nenhuma criança sem a criança aceitar, né. Então eu consulto a criança, ofereço, digo que poderia haver alguma coisa pra ajudar e digo em quê, ajudar na fissura com a droga, né, ajudar nas irritações, ajudar a poder prestar mais atenção, pergunto se aceita, né. E aí eles aceitam ou não. Eles aceitando eu faço uma combinação de quando vão tomar e como vão administrar a medicação e aí eu acompanho. ... Então tem algumas crianças que no começo não aceitaram, depois começaram a me ver sempre aqui, ver que eu participo das coisas, né, já não, porque às vezes, uma coisa normal, né, meio paranóide, assim, "Quem é essa que nunca veio aqui, né, e tá me oferecendo remédio, que que é isso?". Então tem sempre muito o pensamento que o remédio vai mudar a cabeça deles, que eu sou poderosa, que eu vou estar dentro do pensamento... Com o tempo vão aliviando essas ansiedades. ... Nós temos crianças aqui que pediram, né. Tem um gurizinho aqui que disse "Ué, tu não ia me dar um remédio?", eu digo "Ué, mas tu não aceitou", "Ah, mas eu quero". E tá muito melhor, né. (Psiquiatra)

4. Papel das instituições na vida dos adolescentes:

Quanto à avaliação do papel que as instituições têm na vida dos adolescentes, verificou-se que as participantes do abrigo diurno enfatizaram questões relativas à "garantia de aspectos necessários à sobrevivência" dos adolescentes, sobretudo alimentação e higiene. No serviço de saúde, destacaram-se: a higiene, o fácil acesso a consultas e remédios, assim como o fato de se tratar de um "espaço de inclusão", no qual os adolescentes podem desenvolver a sua autonomia e refletir sobre a sua vida. Apesar de muitas vezes as participantes terem questionado o papel das instituições como um fator a

mais, que poderia estar contribuindo para a permanência dos adolescentes nas ruas, foram unânimes em afirmar que as instituições têm um papel muito importante na vida dos adolescentes, os quais viveriam muito pior se não fosse a existência da rede de atendimento.

Considerações finais

Pensar intervenções pautadas na promoção de saúde implica mudanças importantes na lógica assistencial. É o que percebemos nessa intervenção que trazemos como exemplo, na qual os profissionais já não apostam em ações cujo foco recai sobre a doença do adolescente. Embora esse tipo de atendimento seja contemplado, busca-se, sobretudo, trabalhar sobre os determinantes do processo saúde-doença, seja provendo alimentação e higiene e/ou acolhendo as histórias de vida desses adolescentes, que são vistos como sujeitos singulares, e não apenas a partir de seus sintomas. Por isso é que se percebe nos relatos das profissionais a preocupação em se discutir projetos de vida, solicitar auxílio de outros serviços da rede e em constituir os seus espaços de atendimento como espaços de convivência, de educação, de criação de novos vínculos e de exercício de cidadania. Tal perspectiva de atuação é bastante coerente com a proposta de promoção de saúde, discutida na parte inicial deste artigo.

No entanto, é importante situar as participantes deste estudo como um grupo de profissionais bastante diferenciadas, no que diz respeito à sua forma de conceber a prática e atuar. Trata-se de profissionais muito engajadas politicamente e reconhecidas pelo seu grande comprometimento no trabalho com adolescentes em situação de rua. Inclusive, o próprio fato de trabalhar com essa população já diz algo a respeito das mesmas, uma vez que a maioria dos profissionais de saúde e mesmo educadores sociais se recusam a trabalhar com a população em situação de rua.

Vale dizer que, embora nosso exemplo envolva serviços de atendimento à população de crianças e adolescentes em situação de rua, não é apenas nesse contexto que se apresentam as situações de vulnerabilidade. A população adolescente em geral (seja ela oriunda de contextos sociais mais ou menos abastados) tem demandado maior atenção nos últimos anos devido ao aumento da incidência do uso de drogas, contaminação com HIV, homicídios, transtornos alimentares, suicídios, dentre outros (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas, 2003; Centro Estadual de Vigilância em Saúde, 2006), e, por isso, também merece receber um olhar através da promoção da saúde. Faz-se necessário olhar o adolescente em sua integralidade, considerando a especificidade desta fase do ciclo de vida e as peculiaridades de cada contexto.

Nesse sentido é que Morais (2009) propõe a existência de um *continuum* de vulnerabilidade social entre fatores de risco e proteção na vida de adolescentes que vivem diferentes tipos de vulnerabilidade social nas comunidades, vilas e favelas das cidades e aqueles que vivem em situação de rua. Estudando adolescentes pobres que moravam com suas famílias e outros adolescentes em situação de rua, Morais (2009) mostrou que eventos estressores e resultados desenvolvimentais negativos já existiam anteriormente à vinda para a rua. Por isso, defendeu a necessidade de que maior visibilidade seja dada para a infância e adolescência que vive em diferentes situações de vulnerabilidade social, seja trabalhando e/ou morando nas ruas ou aquela que está invisível nas comunidades, vilas e favelas. Tal constatação implica a necessidade de medidas preventivas (ou seja, de promoção de saúde) que sejam anteriores à vinda para a rua e de medidas que atendam crianças e adolescentes que já estão na rua.

Certamente a situação de rua coloca algumas situações particulares ao atendimento e tratamento dos adolescentes que vivem nessa condição, tais como: a dificuldade de acesso ao serviço pela ausência de um adulto responsável ou de um endereço residencial fixo; algumas características comportamentais (humor, modo de vestir, linguajar, “barganhas” etc.), as quais demandam muito “traquejo” dos profissionais; assim como a falta de rotina e as condições precárias de sobrevivência em que vivem. Em conjunto, esses fatores contribuem para a baixa frequência do acesso ao serviço de saúde por parte desses jovens. Por isso é que alguns autores ajudam a propor importantes sugestões para o delineamento dos serviços de atenção à saúde de crianças e adolescentes em situação de rua (ver Morais & Koller, 2010; Oliveira & Ribeiro, 2006). Dentre os pontos comuns mencionados estão: a defesa do espaço da rua como um espaço de assistência (profissionais de saúde e educadores sociais precisam ir aonde as crianças e adolescentes estão); a valorização das capacidades e potencialidades das crianças/adolescentes em situação de rua (preservação do potencial saudável); e o atrelamento das intervenções em saúde ao contexto familiar e social da criança, assim como a outros programas que trabalham com essa população e sua família (educação, moradia, assistência social etc.).

Diante da constatação das sérias limitações impostas pelo modelo médico tradicional ao atendimento da população de crianças e adolescentes em situação de rua, reconhece-se que é preciso desenvolver diferentes modelos de serviços de cuidado à saúde dessa população. Farrow et al. (1992) citam, por exemplo, as vans de cuidado móveis que andariam nas ruas trazendo informação e cuidado para os adolescentes, assim como

os serviços clínicos regulares, o desenvolvimento de material educativo específico, sistema de abrigamento e moradias. Desse modo, a proposta de inovação nos modelos de serviços deve partir da escuta das necessidades da população à qual se busca favorecer com melhorias das condições de cuidado. Os estudos que investigam crianças e adolescentes em situação de rua subsidiam a proposição de novas atividades ao prover conhecimento do contexto desses e apresentar as condições da família e de vida.

A interlocução dos saberes, das instâncias gestoras nas diversas áreas – educação, saúde, assistência social –, bem como dos diferentes profissionais propicia o desenvolvimento da integralidade ao buscar reconhecer a potencialidade e singularidade com que cada área pode contribuir no provimento das condições de assistência à saúde. Além disso, enfatiza-se a inserção e participação da clientela assistida, como visto na atuação das profissionais deste estudo, as quais reformularam algumas estratégias de cuidado a fim de adequar a realidade da população de rua atendida.

Essa foi uma experiência diferenciada e em um contexto específico. Entretanto, vemos que a mudança de comportamento dos profissionais frente ao modelo médico tradicional de atendimento foi eficiente e proporcionou a aproximação da relação médico-paciente. Essa estratégia de acolhimento (baseada na escuta do adolescente, diálogo com outros profissionais, respeito pela autonomia do adolescente, provisão de direitos básicos, dentre outras) favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e serviços, podendo ser estendida a outros contextos, pois o que a embasa é a escuta qualificada dos profissionais através de uma atitude de inclusão. Essa é defendida e propagada pela política nacional de humanização na atenção e gestão do Sistema Único de Saúde que visa a proporcionar a adequação e melhoria dos atendimentos ao potencializar protagonismo e vida no processo de produção de saúde (Ministério da Saúde, 2008b).

A clientela das crianças e adolescentes em situação de rua é uma população diferenciada dos demais jovens brasileiros, entretanto, seu espaço de assistência não deve ser negligenciado, pois o direito à saúde é uma prerrogativa constitucional a todo cidadão. De acordo com as diretrizes para gestores e trabalhadores da saúde, “um SUS humanizado é aquele que reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (Ministério da Saúde, 2008c, p.5). A promoção de saúde para essa população em situação de rua deve considerar as condições de adoecimento mais frequentes entre eles, como citado neste estudo - dependência química, transtorno de humor (depressão, principalmen-

te), transtornos de conduta e deficiência mental. Uma recente resposta à necessidade dessa população foi o financiamento de "consultórios de rua" – compostos de equipe multiprofissional - a fim de oferecer ações de promoção de saúde, cuidados básicos e redução de danos a estes que moram ou estão em situação de rua e são usuários ou dependentes de álcool e drogas. Essa ação visa a minimizar os danos ocasionados pelo problema da dependência química, principalmente do *crack*, que se tornou uma questão de saúde pública (Ministério da Saúde, 2009).

Entretanto, essa não é a única demanda da população de rua. As estratégias de produção de saúde para atender à população de rua requerem discussão em diferentes esferas que integrem gestão e profissionais de saúde e se pautem no reconhecimento das necessidades dessa população.

No que se refere à atuação do psicólogo, acredita-se que essa deva estar alicerçada nos princípios propostos pelo campo da promoção da saúde, tanto em termos de concepção do processo saúde-doença enquanto uma produção social (perspectiva construtivista, tal como definido por Spink, 1992) quanto de objetivo da prática terapêutica - promoção de autonomia, corresponsabilização, empoderamento e conscientização, por exemplo. Assim, de acordo com Benevides (2005), trata-se de pensar e propor práticas psicológicas que estejam imediatamente comprometidas com o contexto no qual vivemos, com as condições de vida da população brasileira e que impliquem a produção de sujeitos autônomos, protagonistas, copartícipes e corresponsáveis por suas vidas. O psicólogo pode, dessa forma, potencializar a criação de ações adequadas a cada contexto, que levem em consideração as demandas de cada grupo social, ao invés de partir de conhecimentos clínicos descontextualizados, os quais pressupõem uma visão naturalizada e universalista do ser humano (Dimenstein, 1998).

No nível institucional, por sua vez, a atuação do psicólogo pode se dar no sentido de colocar em questão os processos de trabalho, de abrir espaços mais democráticos de convivência, de problematizar as relações entre os profissionais e entre profissionais e usuários, visando à potencialização de ações integrais e relações mais humanizadas (Camargo-Borges & Cardoso, 2005).

Por fim, embora se pense que a inserção do profissional psicólogo nos serviços seja relevante, lembramos que ações de promoção de saúde são prioritariamente intersetoriais e, portanto, interdisciplinares (Benevides, 2005; Dimenstein, 1998). Ao atuar em diversos contextos como escola, comunidade, rua, família, sistema de saúde, o psicólogo pode ser um interlocutor entre esses microssistemas, junto aos

demais profissionais, permitindo a maior integração de esforços na efetivação de ações promotoras de saúde. Em uma equipe de saúde, o psicólogo é um profissional a mais a contribuir, e não o único. Sua ação deve caminhar, portanto, sempre em conjunto com os outros profissionais da instituição.

Este artigo veio ressaltar a relevância de práticas promotoras de saúde no campo da psicologia através, inicialmente, de uma discussão sobre esse conceito e da ilustração com um modelo de intervenção na área da adolescência em situação de rua. No entanto, como dito anteriormente, reitera-se aqui o fato de que práticas promotoras de saúde não devem se restringir às intervenções em contextos de vulnerabilidade social. Ao contrário, acredita-se que todas as práticas de intervenção psi devem ser em essência "promotoras de saúde", independente da faixa etária ou condição social da população alvo, assim como do contexto onde a intervenção ocorre (escolas, serviços de saúde, empresas, etc.). Se para promover saúde é necessário entender e intervir sobre as condições de vida de uma população, precisamos estar atentos ao que produz saúde na vida desses sujeitos, e trabalhar nesse sentido. É a isso que devemos estar atentos para que possamos, de fato, construir práticas promotoras de saúde.

Nota

* Agência de financiamento: CNPq

Referências

- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trads.). São Paulo: Edições 70/ Martins Fontes. (Original publicado em 1977)
- Benevides, R. (2005). A psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1979)
- Camargo-Borges, C. & Cardoso, C. L. (2005). A psicologia e a estratégia de saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 26-32.
- Campos, G. W., Barros, R. B., & Castro, A. M. (2004). Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), 745- 749.
- Cecconello, A. M. & Koller, S. H. (2003). Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 16, 515-524.
- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. (2003). *Apostila de treinamento: entrevistadores. Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.
- Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). Secretaria Estadual da Saúde. Rede Estadual de Análise e Divulgação

- de indicadores para a saúde. (2006). *A saúde da população do estado do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Autor.
- Claro, L.B.L., March, C., Mascarenhas, M. T. M., Castro, I. A. B., & Rosa, M. L. G. (2006). Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1565-1574.
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-81.
- Ensign, J. & Bell, M. (2004). Illness experiences of homeless youth. *Qualitative Health Research*, 9, 1239-1254.
- Farrow, J. A., Deisher, R. W., Brown, R., Kulig, J. W., & Kipke, M. D. (1992). Health and health needs of homeless and runaway youth. *Journal of Adolescent Health*, 13, 717-726.
- Ferretti C. J., Zibas D. M. L., & Tartuce, G. L. B. P. (2004). Protagonismo juvenil na literatura especializada e na reforma do ensino médio. *Cadernos de Pesquisa*, 122 (34), 411-423.
- Formigli, V. L. A., Costa, M. C. O., & Porto, L. A. (2000). Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3), 831-841.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2000). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*. Acesso em 15 de julho, 2008, em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhorendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2009). *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE/Coordenação de população e indicadores sociais.
- Maddaleno, M., Morello, P., & Infante-Espínola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*, 45, 132-139.
- Mejía-Soto, G., Castañeda, R. R., González, M. A., Ramirez, A. G., & Avendaño, E. S. (1998). Índices de morbidade dos meninos de rua. *Adolescência Latinoamericana*, 1(3), 175-182.
- Ministério da Saúde. (2004a). *Saúde Brasil 2004 – Uma análise da situação de saúde*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2004b). *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2005). *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização dos serviços de saúde*. Acesso em 29 de janeiro, 2007, em http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/06_0004_M.pdf
- Ministério da Saúde. (2008a). *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. Acesso em 02 de agosto, 2008, em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2008b). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* (Textos Básicos de Saúde, Série B, 2ª ed.). Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2008c). *Documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (Textos Básicos de Saúde, Série B, 4ª ed.). Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009). *Ministério investe R\$ 700 mil em Consultórios de Rua*. Acesso em 16 de dezembro, 2009, em http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10952
- Morais, N. A. (2005). *Um estudo sobre a saúde de adolescentes em situação de rua: o ponto de vista dos adolescentes, profissionais de saúde e educadores*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Morais, N. A. (2009). *Trajetórias de vida de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social: entre o risco e a proteção*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Morais, N. A. & Koller, S. H. (2009). Aspectos biopsicossociais da saúde de crianças e adolescentes em situação de rua. In F. J. Penna & V. G. Haase (Eds.), *Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência* (pp. 185-198). Belo Horizonte: Coopemed.
- Morais, N. A. & Koller, S. H. (2010). Saúde de crianças e adolescentes em situação de rua. In N. A. Moraes, L. Neiva-Silva, & S. H. Koller (Eds.), *Endereço desconhecido: crianças e adolescentes em situação de rua* (pp. 235- 262). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moreira, M. R., Neto, O. C., & Sucena, L. F. M. (2003). Um olhar sobre condições de vida: mortalidade de crianças e adolescentes residentes em Mangueiras, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, 19(1),161-173.
- Moysés, S. J., Moysés, S. T., & Krempel, M. C. (2004). Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 627-641.
- Muza, G. M. & Costa, M. P. (2002). Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes – o olhar dos adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 321-328.
- Oliveira, A. & Ribeiro, M. (2006). O cuidar da criança de/na rua na perspectiva dos graduandos de enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 15, 246-253.
- Panter-Brick, C. (2001). Street children and their peers: Perspectives on homelessness, poverty and health. In H. Schwartzman (Ed.), *Children and anthropology: Perspectives for the 21st Century* (pp. 83-97). Westport, CT: Greenwood Press.
- Panter-Brick, C. (2002). Street children, human rights and public health: A critique and future directions. *Annual Reviews of Anthropology*, 31, 147-171.
- Raffaelli, M. (1999). Homeless and working street youth in Latin America: A developmental review. *Interamerican Journal of Psychology*, 33(2), 7-28.
- Ribeiro, M. O. (2003). A rua: um acolhimento falaz às crianças que nela vivem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11, 622-629.
- Saggese, E. G. & Leite, L. C. (1999). Saúde mental na adolescência: um olhar sobre a reabilitação psicossocial. *Cadernos, Juventude, Saúde e Desenvolvimento*, 1, 197-205.
- Santos, K. F. & Bógus, C. M. (2007). A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17(3), 123-133.
- Santos, P. L. (2006). Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 315-321.
- Sarriera, J. C., Moreira, M. C., Rocha, K. B., Bonato, T. N., Duso, R., & Prikladnick, S. (2003). Paradigmas em psicologia: compreensões acerca da saúde e dos estudos epidemiológicos. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 88-100.

Soares, C. B., Salvetti, M. de G., & Ávila, L. K. (2003). Opinião de escolares e educadores sobre saúde: o ponto de vista da escola pública de uma região periférica do Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(4), 1153-1161.

Spink, M. J. P. (1992). A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. *Saúde e Sociedade*, 1(2), 125-139.

Traverso-Yépez, M. A. & Pinheiro, V. de S. (2002). Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade*, 14(2), 133-147.

Recebido em: 09/08/2008

Revisão em: 04/01/2010

Aceite em: 05/08/2010

Normanda Araujo de Moraes é Psicóloga (UFRN), Mestre e Doutora em Psicologia (UFRGS), membro do CEP-Rua - Centro de Estudos Psicológicos sobre Meninos e Meninas em Situação de Rua. Endereço: Instituto de Psicologia, UFRGS. Rua Ramiro Barcelos, 2600/104. Porto Alegre/RS, Brasil. CEP 90035-006. Email: normandaaraujo@gmail.com

Camila de Aquino Moraes é Psicóloga (UNIFOR), Especialista em terapia familiar e de casal, Mestre em Psicologia (UFRGS), Doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura (UnB) e membro do CEP-Rua.

Sílvia Reis é Psicóloga (UFRGS) e Especialista em Saúde da Família e Comunidade (Grupo Hospitalar Conceição). Consultora técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Sílvia Helena Koller é Professora do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS, Pesquisadora do CNPq e Coordenadora do CEP-Rua.

Como citar:

Morais, N. A., Aquino Moraes, C., Reis, S., & Koller, S. H. (2010). Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, 22(3), 507-518.