

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL**

**CIBEREN QUADROS OURIQUES**

**DO MENINO AO JOVEM ADULTO DE RUA PORTADOR DE HIV/AIDS:**

**Um Estudo acerca de sua Condição e Modo de Vida**

Porto Alegre

2005

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL**

**CIBEREN QUADROS OURIQUES**

**DO MENINO AO JOVEM ADULTO DE RUA PORTADOR DE HIV/AIDS:**

**Um Estudo acerca de sua Condição e Modo de Vida**

Dissertação de Mestrado em Serviço Social  
Para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social  
Faculdade de Serviço Social

Orientadora: Profa. Dr. Jane Cruz Prates

Porto Alegre

2005

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL**

**CIBEREN QUADROS OURIQUES**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para  
obtenção do título de

**MESTRE EM SERVIÇO SOCIAL**

E aprovada em sua versão final em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005. Atendendo às normas da  
legislação vigente da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de  
Pós-Graduação em Serviço Social.

Banca Examinadora:

---

Profa. Dr. Jane Cruz Prates  
Orientadora

---

Prof. Dr. Francisco Arseli Kern  
PUCRS

---

Profa. Dr. Regina Pimentel Loureiro  
ESP/PUCRS VIRTUAL

## AGRADECIMENTOS

*Em primeiro lugar, agradeço a Deus e aos Orixás, que sempre estiveram comigo lutando contra todas as dificuldades emergidas durante toda minha vida;*

*À minha avó, pela ajuda e pelo apoio que recebi não só nesse período, mas em toda a minha vida! Obrigada por tudo;*

*À minha mãe, pela força espiritual que ajudou a vencer mais essa batalha;*

*Ao meu pai e minha tia Mara, por sempre apostarem em minha capacidade;*

*À querida orientadora Jane Prates Cruz, por todas as dificuldades e pelas alegrias que vivenciamos. Acredito que este foi o presente mais importante desta etapa da minha vida profissional;*

*A CAPES e ao CNPQ, pela oportunidade em estudar e garantir o meu aprendizado em pesquisa;*

*Também às minhas Professoras Berenice Rojas Couto e Leonia Bulla Capaverde, por acreditarem no meu potencial e por me ensinarem a valorizar o meu processo de trabalho;*

*Aos professores dessa faculdade, pelo carinho e incentivo recebido;*

*Às minhas amigas da época da faculdade que ainda continuam na caminhada da vida lutando para ser feliz: Andréia Sandri, Sandra, Grazi, Clári e Andréia Lima;*

*À psicóloga Maria Alice, por todos os momentos de reflexão;*

*Às minhas colegas, em especial, a Marelí;*

*Às minhas colegas, no NEDEPS, em especial, a Paula, Rosemara, Rosilaine, Tati, Thaís, Gabriele e Luámillia, pelos tempos de convivência, quando compartilhamos momentos inesquecíveis;*

*Aos meus irmãos Juliana, Mariana, Matheus, Igor, Liziana e Sabrina pelo simples fato deles existirem em minha vida;*

*À mãe Nelly Santos Amorim, por tudo o que fizeste por mim e aos irmãos (em especial a Teresinha, Letícia, Giana, Ligiana, Emanoel e Marco);*

*Aos demais familiares que em algum momento contribuíram para ser o que sou hoje;*

*Ao Flávinho a sua mãe Nara pelo apoio e o incentivo.*

*Aos funcionários das instituições da pesquisa, pela contribuição e disponibilidade que recebi; e,*

*Em especial, aos jovens adultos de rua que foram os principais atores deste trabalho. Aguardem-me, em breve, estarei trabalhando com vocês!*

## *Mensagem de Paz*

*Dialogar é descobrir.*

*Quanto mais avançarmos na descoberta dos outros, tanto mais substituiremos as tensões por laços de paz.*

*Pelo diálogo, aprenderemos a: respeitar a pessoa humana, seus valores, sua cultura, sua autonomia legítima, sua autodeterminação; olhar para além de nós mesmos, a fim de compreender e apoiar o que há de bom nos outros; contribuir para um desenvolvimento e crescimento justo; transformar a solidariedade e o diálogo em características permanentes do mundo em que vivemos.*

*A paz é um valor sem fronteiras.*

*João Paulo II*

*Mensagem para o Dia Mundial da Paz*

(Retirado do cartão recebido pelos Moradores de Rua de aniversário em outubro de 2001).

## RESUMO

O presente trabalho versa sobre as condições e o modo de vida de jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids a partir do desvendamento de suas vivências e percepções frente à sua realidade. A escolha deste tema deve-se ao fato de existirem poucas iniciativas no sentido de realizar o processo de transição entre a proteção integral garantida legalmente, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e as políticas direcionadas à realidade do jovem adulto, o que nos motiva a estudar e dar visibilidade a este processo que se constitui como expressão da questão social. Tal realidade agrava-se quando os sujeitos adquirem o HIV/Aids e/ou doenças oportunistas. Soma-se a isto, o fato de que nesta faixa etária os sujeitos encontram-se mais vulneráveis a contaminação por DST's. Considerando a pouca produção científica na área social sobre a relação – jovem adulto X morador de rua X portador de HIV/Aids – e os níveis de vulnerabilidade a que estão expostos estes sujeitos ao estarem nas ruas, e considerando, ainda, nossa experiência nas áreas da Assistência Social e Saúde vinculadas a este segmento, delimitamos o tema de nosso estudo trazendo-o como núcleo central da investigação na tentativa de contribuir para o seu enfrentamento. Além de apresentar aportes teóricos sobre o contexto brasileiro e as políticas sociais, exclusão social, HIV/Aids e a explicitação sucinta dos serviços de atenção a moradores de rua nas áreas da Assistência e da Saúde. O presente trabalho privilegia a exposição da expressão dos sujeitos e da metodologia de pesquisa. Destacamos como principais resultados a precária condição de vida destes e o seu modo de vida experimentado de acordo com suas vivências na rua. Além do alto índice de perdas por falecimento de alguém querido e a freqüente exposição à violência social.

**Palavras-chave:** exclusão social; moradores de rua; jovens adultos de rua; HIV/Aids; pesquisa social.

## ABSTRACT

The present paper addresses the conditions and lifestyle of homeless young adults carrying HIV/AIDS by unveiling their experiences and perceptions of reality. The choice of this topic derives from the fact that few initiatives exist for carrying out a transition between a legally guaranteed whole protection, by means of the Child and Teenager Code, and the policies directed at the young adult's reality, which motivates us to study and give visibility to this process which is an expression of the social issue. This reality worsens when the subjects acquire HIV/AIDS and/or opportunistic diseases. Additionally, in this age group the subjects are more vulnerable to STD contamination. Considering the scarce scientific production in the social field on the relationship – young adult x homeless x HIV/AIDS carrier – and the vulnerability levels these subjects are exposed to while on the streets, and also considering our experience in Welfare and Healthcare associated to this segment, we outlined our study theme, making it the focus of our investigation in an attempt to contribute to its addressing. In addition to presenting a theoretical basis on the Brazilian context and social policies, social exclusion, HIV/AIDS, and a brief description of services for the homeless in the Welfare and Healthcare fields, the present paper privileges the subjects' expression and the study methodology. We highlight as main results the precarious life conditions of these and their lifestyle experienced according to their life on the streets, as well as the high mortality rate of individuals they hold dear and frequent exposure to social violence.

**Keywords:** social exclusion; homeless; homeless young adults; HIV/AIDS; social research.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>6</b>
<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1 A EXCLUSÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO DE RUA COMO UMA EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL.....</b>	<b>19</b>
<b>1.1 A QUESTÃO SOCIAL ENTRE A DESIGUALDADE E A RESISTÊNCIA .....</b>	<b>21</b>
<b>1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A EXCLUSÃO SOCIAL NO CONTEXTO GLOBAL E LOCAL.....</b>	<b>32</b>
<b>1.3 A EXCLUSÃO SOCIAL EXPRESSA NA POPULAÇÃO DE RUA .....</b>	<b>45</b>
<b>1.3.1 A rualização como expressão do processo de exclusão social .....</b>	<b>46</b>
<b>1.3.2 As características da população de rua .....</b>	<b>51</b>
<b>1.3.3 A saúde do morador de rua.....</b>	<b>54</b>
<b>1.4 AS POLÍTICAS E A REDE DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE PARA ATENÇÃO A POPULAÇÃO DE RUA DE PORTO ALEGRE/RS.....</b>	<b>57</b>
<b>1.4.1 A Política de Assistência Social e a rede de serviços de Porto Alegre .....</b>	<b>58</b>
<b>1.4.2 A política de saúde e a rede de serviços em Porto Alegre.....</b>	<b>69</b>
<b>2 O PROCESSO DA ADOLESCÊNCIA E OS JOVENS ADULTOS DE RUA .....</b>	<b>75</b>
<b>2.1 A FASE ADOLESCENTE.....</b>	<b>76</b>
<b>2.1.1 A construção dos direitos direcionado à criança e ao adolescente no Brasil.....</b>	<b>79</b>
<b>2.1.2 O processo da transitoriedade.....</b>	<b>82</b>
<b>2.2 O JOVEM ADULTO DE RUA .....</b>	<b>85</b>
<b>2.2.1 A invisibilidade como processo de exclusão social .....</b>	<b>86</b>
<b>2.2.2 As características do jovem adulto de rua .....</b>	<b>91</b>
<b>2.2.3 As relações do jovem adulto de rua .....</b>	<b>94</b>
<b>3 A REALIDADE DO HIV/AIDS NO BRASIL E SUA RELAÇÃO COM OS JOVENS ADULTOS DE RUA.....</b>	<b>97</b>
<b>3.1 O HIV/AIDS NO CONTEXTO BRASILEIRO .....</b>	<b>98</b>

3.1.1	O HIV/Aids e o tratamento .....	98
3.1.2	Aspectos históricos da epidemia no Brasil.....	100
3.1.3	Transmissão e Prevenção do HIV/Aids no Brasil .....	101
3.1.4	Os impactos do HIV/Aids .....	106
3.2	O HIV/AIDS NO JOVEM ADULTO DE RUA.....	109
4	O CICLO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO .....	112
4.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA: MÉTODO ORIENTADOR E AS PARTICULARIDADES DA PESQUISA SOCIAL.....	113
4.2	O PLANEJAMENTO DA PESQUISA .....	119
5	RESULTADOS DO ESTUDO.....	136
5.1	AS CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS INVESTIGADOS.....	137
5.2	CONDIÇÕES E MODO DE VIDA DO JOVEM ADULTO DE RUA PORTADOR DO HIV/AIDS.....	143
5.3	A SAÚDE DO JOVEM ADULTO DE RUA PORTADOR DO HIV/AIDS.....	152
5.4	A HISTÓRIA DE VIDA DOS JOVENS ADULTOS DE RUA PORTADORES DE HIV/AIDS .....	168
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	192
	REFERÊNCIAS .....	208
	APÊNDICES .....	215
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE PESQUISA – ROTEIRO NORTEADOR .....	216
	APÊNDICE B - ROTEIRO NORTEADOR PARA O DESENHO.....	218
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INSTITUIÇÃO .....	220
	APÊNDICE D - ACEITE DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO RS .....	222
	APÊNDICE- E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O USUÁRIO.....	223

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Etapas da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1979).....	135
Figura 2 - Jovens adultos portadores de HIV/Aids segundo motivo que os levou a viver nas ruas .....	146
Figura 3 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids conforme estratégias de abrigagem das intempéries no espaço da rua .....	148
Figura 4 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo estratégias para conseguir dinheiro .....	150
Figura 5 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo o processo de transição de abrigos juvenis para rede adulta de atendimento .....	151
Figura 6 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo extratos de suas histórias de vida – aspecto da perda .....	172
Figura 7 - O futuro próximo .....	173
Figura 8 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo extratos de suas histórias de vida – Aspecto da Violência familiar.....	176
Figura 9 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo extratos de suas histórias de vida – Aspecto da Violência por abuso sexual.....	177
Figura 10 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo a violência vivenciada no espaço da rua .....	180
Figura 11 - Como me vejo hoje.....	181
Figura 12 - Como me vejo hoje .....	181
Figura 13 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo vivências de violência policial .....	183
Figura 14 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo organização do grupo de rua para conseguir a droga .....	155
Figura 15 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo a necessidade do tratamento para drogas.....	157
Figura 16 - Como me vejo hoje .....	157

Figura 17 - Como me vejo hoje .....	158
Figura 18 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo as tentativas de suicídios .....	160
Figura 19 - Comparando o “eu” de hoje com o “eu” que quero para o amanhã... .....	163
Figura 20 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo as perspectivas de vida .....	186
Figura 21 - O futuro próximo... .....	187
Figura 22 - O futuro próximo... .....	188
Figura 23 - O futuro próximo... .....	188
Figura 24 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids conforme as perspectivas de vida relacionadas à infecção pelo vírus .....	189

## **INTRODUÇÃO**

A presente produção busca dar visibilidade aos processos de exclusão social vivenciados por moradores de rua através da investigação sobre sua condição e modo de vida, com o objetivo de contribuir para subsídio de políticas públicas (principalmente, as políticas de Assistência Social e de Saúde) por meio de ações efetivas que contemplem as reais necessidades cotidianas desta parcela da população.

Nas duas últimas décadas, no cenário brasileiro, houve um crescimento expressivo de estudos científicos que abordam os problemas sociais, entre eles, a realidade de moradores de rua. Observa-se que isso ocorre devido ao aumento de pessoas vivendo nas ruas e, consequentemente, a ampliação da preocupação consciente da sociedade com este segmento ao se deparar cotidianamente nas calçadas, marquizes e pontes ou viadutos com esta realidade, especialmente, nos grandes centros urbanos. Este contexto social exige respostas do poder público que, ao desejar implantar ações efetivas para a resolução do problema, a partir da realidade concreta, necessitará dos aportes e contribuições da pesquisa social.

A necessidade de realizar estudos relacionados a estes temas pressupõe a discussão sobre os processos de exclusão social enfrentados mundialmente, sendo estes resultado do

sistema econômico e da própria relação capital X trabalho, o que configura a questão social. Como resultado, esse processo conforma-se num conflito de desigualdades sociais, as quais afetam, diretamente, as condições de sobrevivência da população, expressas através da fome, da habitação irregular, da saúde fragilizada, do desemprego, da violência, entre outras refrações, mas também de seu contraponto, as resistências.

Destacamos a expressão violência para debate nesta introdução, pois de alguma forma sensibiliza a sociedade atualmente, gerando sentimentos de revolta, culpa, impotência, medo e insegurança entre os diferentes segmentos. Os dados sobre a violência no país vêm evoluindo. Crimes como homicídios entre os anos de 1991 a 2000, aumentaram 50,2%, sendo que estes percentuais são bem superiores ao incremento populacional. A região que apresentou o maior crescimento neste indicador foi o Nordeste (60,7%); seguido pelo Sudeste (55,8%) e Centro-Oeste (55,9%). A Bahia foi o estado que teve o maior aumento no número de homicídios (47,7%), enquanto que o Maranhão registrou queda de 24,6%. Nos últimos 10 anos, aumentou em 77% o número de jovens vítimas de homicídios no Brasil (WAISELFISZ, 2002). Os estados em que os números decenais mais que duplicaram foram a Bahia, o Amapá, o Piauí e o Mato Grosso (WAISELFISZ, 2002).

Um arquétipo disto ocorreu no estado de São Paulo, onde aconteceram diversas situações de violência contra moradores de rua. Reportagens diárias, nos meios de comunicação, davam visibilidade ao acontecimento, passando a direcionar um olhar mais sensível da sociedade para este segmento que vive e sobrevive nas ruas.

O atual projeto do Governo Federal para a área social visa à inclusão das populações menos favorecidas nas principais políticas sociais, no intuito de superar as políticas pouco

efetivas direcionadas a esta finalidade desenvolvidas no Brasil desde o período colonial (há 500 anos). No entanto, ainda, há muitas contradições na execução destas políticas e pouco se pode verificar como resultado durante os dois primeiros anos de mandato deste governo no que concerne aos problemas sociais. As ações que vêm sendo realizadas são focais, desarticuladas e possuem caráter assistencialista e meramente benéfico. O programa “Fome Zero” é um exemplo disso, resume-se a distribuição de alimentação à população de baixa renda e sua inclusão em programas sociais para mero repasse de auxílio financeiro, sem articulações mais consistentes que efetivamente viabilizem a inserção social e produtiva, desse modo, mantendo o caráter assistencialista.

Esta situação é representativa do contexto mundial no qual se verifica um movimento contrário à justiça e à inclusão social, anunciado por meio do desmonte dos direitos destinados à área da Seguridade Social (Assistência Social, Saúde e Previdência Social). Este desmonte possui relação direta com a economia, resultado de uma crise do sistema e da implementação do ideário neoliberal.

O neoliberalismo, caracterizado pela minimização do Estado e flexibilização da economia, traz como consequência: a informalidade no trabalho, desemprego estrutural, subemprego, desproteção trabalhista e geração de pobreza. Conforme Soares (2000), tal modelo implica na perda da identidade dos direitos sociais, com isso restringindo a concepção de cidadania, aprofunda-se a separação entre público-privado, a legislação trabalhista evolui para a mercantilização e desproteção social e a configuração de um Estado assistencialista, como já mencionado.

Este processo atinge a todos os cidadãos – mas aqueles menos favorecidos sofrem suas refrações com maior intensidade. A população de rua vivencia diariamente o processo de exclusão social – talvez o mais perverso: o de ir para e de permanecer nas ruas, durante muitos anos, sem condições básicas para a sua sobrevivência e sem perspectivas de superação. São eles jovens adultos moradores de rua e portadores de HIV/Aids que possuem idade entre 18 e 24 anos.

Para melhor introduzir esta temática é importante aportarmos reflexões sobre a história de vida destes sujeitos: estima-se que grande parte desta parcela passou sua infância e adolescência na rua e, nela, permanecem na fase adulta, com as mesmas dificuldades e carências; abandonados pela família e por outros grupos sociais, bem como pelo poder público. Em algumas situações, reproduziram suas histórias de vida com seus filhos, pois estão em fase sexualmente ativa e em idade fértil.

Agravando este contexto desigual, historicamente produzido, acrescenta-se a realidade do HIV/Aids. No país, o seu enfrentamento é efetivado através de políticas sociais frágeis, que pouco abordam o caráter preventivo das infecções sexualmente transmissíveis, principalmente, entre os jovens que estão em fase sexualmente ativa. O acesso dos portadores de HIV/Aids aos serviços de saúde para o acolhimento é ainda precário e permeado por contradições na medida em que, por um lado, existe uma legislação que garante o direito universal desses sujeitos ao Sistema Único de Saúde (SUS), devendo ser oferecida à integralidade do atendimento no seu acompanhamento, mas; por outro, as condições materiais e concretas de acessibilidade impendem que esse direito seja efetivado. A real possibilidade à assistência de saúde é dificultada pela precariedade de área física dos locais, número reduzido de profissionais qualificados para o atendimento na atenção primária em saúde, filas de espera

para o atendimento, demora para a realização de consultas, redução de cotas para exames clínicos, falta de medicamentos disponíveis, entre outros.

A doença Aids na população em geral e, em especial, na de rua, surgiu no mesmo período de revisão jurídica e institucional do Estado brasileiro – com a Constituição Federal de 1988, e, posteriormente, com a regulamentação das políticas sociais houve a garantia legal dos direitos, no entanto, as ações, até então realizadas, pouco se articulam entre si, para o enfrentamento do problema. Para os sujeitos que moram e vivem das ruas, que são portadores dessa patologia, torna-se mais um agravante a ser enfrentado, verifica-se o seu adoecimento precoce, geralmente, ocasionado pela dificuldade de acesso ao tratamento, uso incorreto da medicação, alimentação precária, água contaminada, uso de substâncias psicoativas, exposição ao mau tempo, entre outros fatores. É fundamental discutir o aumento verdadeiro desta epidemia ao analisar a realidade destes sujeitos, pois, como afirma a literatura, quanto mais precárias as condições de vida, maiores as chances da população aumentar o grau de adoecimento pela falta de condições objetivas de sobrevivência.

Após estas breves reflexões sobre o tema central do presente estudo, apresentaremos um resumo sobre de cada local escolhido para a realização do processo da coleta de dados. Esses locais desenvolvem serviços vinculados à política de Assistência Social e Saúde que atendem, entre vários segmentos, os moradores de rua. O período de desenvolvimento do processo de coleta foi de dezembro de 2004 a março de 2005.

As instituições de Assistência Social têm a finalidade de prestar atendimento com vistas à proteção integral da população infanto-juvenil e de proteção à população de rua adulta que envolve serviços de abrigagem e acolhimento. São eles: Atendimento Social de Rua

(ASR)/Casa de Convivência (CV), Abrigo Municipal Bom Jesus (AMBJ). Estes serviços são desenvolvidos em equipamentos da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), gestora da política de Assistência Social no município de Porto Alegre.

A instituição de saúde escolhida para realização da pesquisa é o Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS), órgão vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, cujo atendimento é prestado em nível secundário de atenção, especializado no diagnóstico e tratamento de agravos dermatológicos de interesse sanitário, sendo referência para atendimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e HIV/Aids.

Consideramos, assim, a pesquisa como uma importante estratégia para a aproximação e intervenção na realidade, em especial, ao Serviço Social, que é uma profissão que se caracteriza por ser intervenciva. O método que fundamentou o presente estudo foi o dialético-crítico, logo, privilegiamos as categorias historicidade, totalidade e contradição como constitutivas desse método. Ressaltamos que a historicidade perpassa todo o processo da pesquisa, desde a análise crítica do contexto em que se conformam as políticas públicas (Assistência Social e Saúde) no Brasil ou para o desvendamento do modo como vem se manifestando a temática estudada, até para interpretar e explicar as condições e o modo de vida dos sujeitos na contemporaneidade – jovens adultos de rua portadores do HIV/Aids.

A escolha do tema de pesquisa emergiu a partir da articulação entre as áreas de intervenção profissional da pesquisadora na Assistência Social e na Saúde. Durante a graduação em Serviço Social, a nossa experiência era em abrigos da área de Assistência Social do município. Foi nesse momento que ocorreu a motivação e sensibilidade para a atuação em pesquisa com moradores de rua, em especial, os jovens adultos.

Mais recentemente nossa experiência profissional foi na área da saúde, como residente de Serviço Social, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), onde observávamos diariamente o crescente aumento da demanda de sujeitos que vivem nas ruas, solicitando atendimento neste serviço, por estarem infectados pelo HIV, e percebemos a dificuldade de acesso destes sujeitos aos serviços do SUS.

Esperamos com este estudo poder aportar subsídios que possam contribuir, de alguma forma, para a qualificação dos serviços existentes e para a problematização/enfrentamento da temática, certos de que o Serviço Social muito tem a contribuir nesse processo de desocultamento/proposição.

No primeiro capítulo, abordamos o contexto no qual a exclusão social se expressa e a realidade concreta da população de rua. Além de aportarmos conteúdos teóricos sobre a exclusão social em nível mundial e na realidade local, procurando avaliar como se expressa na realidade de moradores de rua. Dando prosseguimento, problematizamos a questão social como objeto de trabalho do Assistente Social e por último abordamos a rede de serviços para atenção à população de rua de Porto Alegre.

No segundo capítulo, apresentamos o processo da adolescência buscando dar visibilidade a seus aspectos evolutivos que caracterizam a chamada “crise” desta etapa da vida e as características dos jovens adultos de rua, visto que por suas condições singulares a vivenciam de modo particular. No terceiro capítulo, discutimos a realidade do HIV/Aids no Brasil e sua relação com os jovens adultos de rua.

O quarto capítulo mostra o ciclo metodológico da investigação que inclui um subcapítulo sobre as particularidades da pesquisa social e do método que fundamenta o estudo. No seguinte, abordamos o planejamento da experiência de pesquisa e o modo como foi efetivada.

No quinto capítulo, apresentamos os resultados do estudo sobre a condição e modo de vida do jovem adulto de rua portador do HIV/Aids, utilizando não só dados de realidade representados de formas diversas, mas também a expressão dos sujeitos a partir de aportes de extratos ou trechos de suas falas.

## 1 A EXCLUSÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO DE RUA COMO UMA EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL

[...] Viver não dói....  
Definitivo, como tudo o que é simples.  
Nossa dor não advém das coisas vividas,  
Mas das coisas que foram sonhadas e não se cumpriram.  
(*Carlos Drummond de Andrade*).

Propomo-nos, neste capítulo, a realizar reflexões que articulem os seguintes temas: questão social, exclusão social e população de rua – com o objetivo de mostrar ao leitor quais foram as bases teóricas que fundamentaram nosso estudo no que concerne ao tema investigado. Este capítulo foi construído e reconstruído, ao longo do desenvolvimento do estudo, a partir de novos aportes teóricos apreendidos dos debates realizados efetivados nas disciplinas do Mestrado, no Núcleo de Pesquisa<sup>1</sup>, ao qual estávamos vinculados durante o curso e, principalmente, durante as orientações. Segue um breve resumo sobre os temas que serão abordados no desenvolvimento do capítulo.

Entendemos pertinente esse aprofundamento considerando que para melhor explicar nosso tema de estudo, realizadas as devidas mediações teóricas, quando do aporte de nossas inferências aos dados coletados a partir de uma leitura crítica, é de fundamental importância desvendar, mesmo que de forma breve, as múltiplas expressões da questão social e as complexas formas de exclusão a que estão sujeitos os moradores de rua, como uma de suas expressões, permeada por fatores diversos que a condicionam, nem sempre, muito explícitos.

---

<sup>1</sup> Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Demandas e Políticas Sociais (NEDEPS) da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (FSS/PUCRS).

As expressões da questão social, no final do século XX, não estão vinculadas somente às modificações no mundo do trabalho devido ao avanço tecnológico, mas também à redução dos direitos sociais e do papel do Estado. Segundo Bulla et al. (2004), a exclusão social transforma-se efetivamente como uma expressão da questão social no momento em que é percebida como parte de um setor social que equaciona e transforma uma necessidade política envolvendo conflitos sociais em uma expressão de desigualdade, de resistências e de contra-hegemonia.

Enfrentar coletivamente o processo da exclusão social implica conhecer o contexto global e local como uma desigualdade social existente – expressa a partir da questão social. A problemática da população de rua é uma demanda política que exige subsídios para a efetivação de ações vinculadas aos direitos sociais, o que obriga o Estado a ser um agente interventor nas políticas públicas e a reconhecer que o enfrentamento desta situação é mais amplo e estrutural, relacionada com a redistribuição de renda.

Consideramos estas questões complexas de serem abordadas em uma dissertação de Mestrado, pois as teorias existentes sobre o assunto são amplas e vastas – o que acaba exigindo do pesquisador um aporte teórico extenso, justificando o imenso número de páginas deste capítulo. Encontramos diversas análises de um mesmo contexto social e optamos por um referencial que estivesse de acordo com o método dialético-crítico. A seguir, apresentaremos então a referida análise.

## 1.1 A QUESTÃO SOCIAL ENTRE A DESIGUALDADE E A RESISTÊNCIA

A discussão historicamente construída sobre a questão social abrange um elemento básico de análise: tem sua gênese na relação de conflito entre o capital e o trabalho – ou seja, é na exploração, na dominação e na apropriação concreta do trabalho pelo capital que ocorrem as contradições do modo de produção capitalista. Assim, resultando no aumento da desigualdade social e como seu contraponto as formas de resistência.

O processo de trabalho, no modo de produção capitalista, conforme Marx (1982), situa-se entre as relações de produção (entre o homem no trabalho) e as forças produtivas ou capacidade de produção (instrumentos, técnicas de produção e a força de trabalho do homem), gerando, assim, contradições inerentes a este sistema.

Bulla et al. (2004, p.35) referem que:

[...] as contradições entre as relações de produção e as forças produtivas acabam levando ao colapso um determinado modo de produção e a sua substituição por outro, dando, assim, lugar ao que Marx denominava de épocas progressivas de formação econômica e social.

A questão social surge no século XVIII, na Inglaterra, durante a Revolução Industrial, em meados de 1760. A economia era baseada no Liberalismo Clássico e o Estado tinha a função de subsidiar o seu crescimento utilizando aparatos legais para responder às necessidades do mercado, pois acreditava-se que era através desse meio que os problemas poderiam ser resolvidos, inclusive os sociais (PRATES, 2003).

O agravamento da questão social no mundo ocorreu entre os séculos XIX e XX, principalmente, após a Revolução Industrial, quando se consolidava o capitalismo imperialista e monopolista (PRATES, 2003). Nesse período, tinha-se a percepção de que ocorria um avanço significativo no âmbito social, contudo o que se sucedia era apenas um progresso econômico devido à industrialização mundial acelerada, no entanto, a instabilidade monetária somada às pressões sociais resultaram, em 1914, na I Grande Guerra Mundial.

Como consequência, houve um crescente número de desempregados que migravam de um país a outro em busca de melhores condições de vida. Houve também uma estabilidade relativa na economia, mas não no âmbito político e social devido aos conflitos que ocorriam entre os países (PRATES, 2003). Concomitantemente, os trabalhadores mobilizavam-se através dos sindicatos para lutarem por seus direitos. Essa pressão resultou na garantia de alguns direitos trabalhistas.

No Brasil, o agravamento da questão social não ocorreu de modo muito diferente; teve início a partir da década de 1930, do século XX. O modo de produção capitalista, na época, caracterizava-se como urbano-industrial.

As mudanças tecnológicas (luz elétrica, metrô, telefone, entre outras) ocorridas no Brasil expandiam-se rapidamente, trazendo a idéia de um importante avanço econômico, porém, como contraponto, trazia uma maciça eliminação de postos de trabalho, resultando na substituição da mão-de-obra trabalhadora por máquinas – o que consequentemente aumentava a concentração de renda e o número de desempregados, ampliando, desse modo, as desigualdades sociais.

As condições de trabalho que se precarizavam e, junto a isso, o enfraquecimento das lutas sindicais, exigiam do Estado respostas urgentes. O Estado, enquanto reproduutor deste sistema, passa a atuar para: “[...] a adoção de políticas de ajuste que têm como objetivo o combate à crise fiscal, o que se traduz na redução das possibilidades de financiamentos dos serviços públicos e, notadamente, das políticas sociais” (BULLA et al., 2004, p.34).

Em decorrência disso, as condições de vida da população não obtiveram avanço ao contrário agravaram-se. As políticas sociais existentes nesse período não ofereciam respostas concretas para a solução das crescentes expressões da questão social, que, segundo Bulla et al. (2004), não resultavam somente das modificações no mundo do trabalho devido ao avanço tecnológico, mas também da redução dos direitos sociais e do papel do Estado.

Castel refere que a questão social hoje:

[...] põe em causa essa função integradora do trabalho, desestabilizando a vida social como um todo. Neste sentido, segundo ele, a questão social configura-se como uma dificuldade central, a partir da qual essa sociedade se interroga sobre sua coesão e suas fraturas (CASTEL, 1997 apud BÓGUS; YAZBEK; WANDERLEY, 2000, p.12).

Adensando o conceito de questão social, temos a contribuição de Iamamoto, para quem, a questão social pode ser apreendida como:

[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2000, p.27).

O conjunto de expressões das desigualdades sociais pode ser expressa por meio da fome, da miserabilidade, do desemprego ou do emprego precário, da carência de acesso aos serviços públicos, das diversas formas de violência, do trabalho infantil, da saúde precária, das habitações irregulares, do baixo nível de escolaridade, do preconceito, da concentração de renda e do aumento de cidadãos sobrevivendo nas ruas. O Estado brasileiro neste contexto passa a ter, inicialmente, a função de regulação social e acaba desenvolvendo políticas sociais que respondem apenas parcialmente às necessidades da população – a partir de um sistema desintegrado de programas e projetos ao quais somente alguns indivíduos têm acesso.

Contudo, o conceito de questão social, analisado sob a perspectiva dialética e, portanto, contemplando a contradição, não envolve somente essas expressões, mas também as formas de resistência e de enfrentamento da população contra as desigualdades e, por consequência, contra aqueles que devem investir em alternativas para a sua redução, o Estado e a sociedade burguesa. Essas expressões podem se verificar em vários momentos históricos no país, por exemplo, durante o agravamento da questão social na década de 1930, tivemos como contraponto ou resistência as lutas sindicais. Na década de 1950, foi exemplo de resistência a mobilização em prol das “modificações de base” com a participação de vários atores e segmentos da sociedade.

O importante processo de resistência da população brasileira, durante os quase dez anos de ditadura enfrentada no país (1964-1974), também, é exemplo da contradição ou negação inclusiva – desigualdade – resistência. Para enfrentar o sistema repressivo houve lutas acirradas, desde ações clandestinas que motivaram perseguições, torturas e a morte de muitos combatentes, a mobilizações em massa na busca de liberdade e democracia. Na década de 1970, conforme Prates (2003, p. 49): “Começou a ruir o Welfare States, devido

basicamente a um conjunto de determinantes, tais como: a resistência crescente dos trabalhadores às formas de organização taylorista (mecânica, alienante, repetitiva)”.

Nos anos 80, do século XX, ocorreu o surgimento da chamada “nova questão social” (ARCOVERDE, 1999, p.75) devido à crise que o Estado enfrentava e do disfuncionamento da sociedade industrial de massa indicando uma inadaptação dos antigos métodos de gestão. O disfuncionamento social aliado ao problema de financiamento questionam os princípios organizacionais da solidariedade e da concepção de direitos sociais, produzindo um quadro insatisfatório para pensar a situação dos excluídos ou desfiliados.

Com isso, a população brasileira passa a questionar novamente estes disfuncionamentos, assim, mobilizando-se novamente para melhorar suas condições de vida. O processo democrático no país se materializa com a Constituição Federal de 1988, resultado do processo de resistência social.

Conforme Bulla et al. (2004, p. 37-38), compreender a questão social é apreender a sua relação conflituosa entre os interesses antagônicos dos diversos atores sociais e suas diferentes posições na estrutura social, “[...] na qual, os atores dominados conseguem impor-se como forças políticas estratégicas na conquista de ganhos sociais relativos, na medida em que obrigam os poderes públicos a um posicionamento frente aos diferentes interesses em jogo”.

Isso pode ser visualizado por meio das estratégias de sobrevivência que utilizam, da busca pelos serviços oferecidos pelo estado ou sociedade civil, das articulações dos

movimentos sociais e dos conselhos de direitos, ou seja, do desenvolvimento de processos sociais.

É importante destacar que a reflexão sobre questão social e as suas implicações na realidade brasileira tem uma profunda relação com a profissão Serviço Social. Esta relação merece expressivo destaque neste momento de discussão conceitual teórica desta dissertação de Mestrado em Serviço Social – principalmente, porque esta relação perpassa pelo processo de trabalho do Assistente Social – na medida em que seu objeto de trabalho é a própria questão social. Para compreendermos profundamente tal relação faz-se necessário contextualizarmos a trajetória do Serviço Social no Brasil enquanto profissão que intervém diretamente entre as desigualdades sociais e as resistências geradas da questão social.

Ressaltamos que a questão social existe independentemente da profissão Serviço Social. Entretanto, esta profissão sem a questão social e suas implicações não existiria – é justamente esta a principal relação entre questão social e Serviço Social. Esta relação está reproduzida em todas as esferas da vida em sociedade e a legitimação desta profissão, enquanto interventora da área social, torna-se um importante aliado da população excluída para o combate da própria questão social.

No Brasil, a história da questão social e suas expressões de desigualdade e de resistência acompanham a trajetória do Serviço Social, pois a constituição da sua identidade profissional está intimamente vinculada às metamorfoses sofridas por seu objeto de trabalho, ao longo do tempo, embora sua relação com este objeto nem sempre tenha sido muito clara para a categoria e altere-se a partir de uma tomada de consciência quanto aos compromissos da profissão com relação à sociedade e, em especial, à população vulnerabilizada e excluída.

O Serviço Social no Brasil começou a se legitimar como profissão quando da expansão urbano-industrial, período em que o Estado, o empresariado e, principalmente, a Igreja Católica passam a administrar e regular as tensões sociais, surgindo, assim, na década de 1930 e 1940, as primeiras iniciativas ao combate da questão social junto às famílias dos trabalhadores.

Nesse momento histórico, a questão social ainda era vista como caso de polícia, e a intervenção do Assistente Social como questão moral. Segundo Iamamoto (1997, p.92):

O processo de surgimento do Serviço Social está diretamente ligado ao amplo movimento social em que a igreja buscava um novo projeto de recristianização da origem burguesa, onde visava ganhar a classe operária na disputa com as influências comunistas e liberais, donde a relevância da “questão social”, para a igreja era fundamentada na questão moral [...].

O Serviço Social, nessa época, trabalhava com a perspectiva da consciência “moral”, influenciado pela interferência da Igreja, intervindo, diretamente, na realidade social junto às diversas instituições de cunho assistencial – estatais, autárquicas ou privadas, na década de 1940, período considerado importante para a legitimação da profissão como executante de políticas sociais nas diferentes instituições.

A institucionalização do Serviço Social a partir dessa época foi bastante intensa, quando passa a ser uma categoria assalariada. Sua ação caracterizava-se como assistencialista. Nesse período, o projeto profissional do Serviço Social ainda era frágil e novo, suas ações eram marcadas pela origem das ações realizadas pela Igreja Católica, ou seja, pela caridade e

pela intervenção voltada para uma consciência moral do sujeito. No ensino e na prática, predominavam a ideologia de ajuda aos necessitados.

O desenvolvimento do trabalho do Assistente Social era basicamente direcionado aos relacionamentos interpessoais. Tais relações materializavam-se através de processos de atendimentos de casos individualizados, grupos e comunidades, nos quais o profissional refletia ou julgava atuar por meio de fatores psicossociais inerentes à sua própria personalidade para influenciar nos posicionamentos pessoais dos sujeitos.

Na década de 1960, a profissão sofreu algumas transformações nas suas dimensões teórica, metodológica e técnica, passando a atuar, por exemplo, nas áreas de planejamento e coordenação de projetos e programas assistenciais, áreas que passaram a ser valorizadas na época. Ressaltamos, no entanto, que tinham uma feição tecnocrática.

Nesse momento histórico da profissão, que se inicia o processo de reformulação das fundamentações teórico-metodológicas a partir da preocupação com práticas profissionais que rompessem com as idéias liberais e positivistas de neutralidade que marcaram a profissão durante as décadas anteriores (SILVA, 1999). O movimento de reconceituação, que tem início nesse período, buscava garantir que a profissão trabalhasse na perspectiva da execução de políticas sociais públicas e realizasse ações junto ao setor privado ou empresarial. Embora ocorresse uma importante mudança de paradigma e referenciais teóricos utilizados pela profissão que se aproximavam à teoria fundamentada no marxismo, essa apropriação acontece de modo “enviesado”, como avalia Netto (1992), valendo-se de materiais de pouca densidade teórica com forte influência mecanicista que convivem com perspectivas mais conservadoras, as quais buscavam processos de adaptação orientados por outros fundamentos.

A partir dessa década, a categoria de profissionais do Serviço Social passou a refletir e questionar o fato de reduzir sua ação profissional à mera execução de caridade, atendendo aos interesses da Igreja ou do Estado.

Logo após esse período, os profissionais da área começaram a se indagar e a problematizar o tipo de atendimento que realizavam, principalmente, dentro das instituições, pois terminava por se constituir em espaços para a escuta de “queixas” dos usuários, mas não contemplavam a busca por soluções concretas à problemática apresentada e, também, não se pautavam em avaliações mais profundas e críticas da situação, orientando-se basicamente por valores sociais do próprio Assistente Social (FALEIROS, 1997).

Na transição da década de 1970 para a 1980, o Serviço Social passou a problematizar novamente o seu processo de trabalho institucionalizado, revendo as mediações da atuação profissional a partir de uma perspectiva mais global, a ponto de situá-las no contexto do Estado capitalista. Voltou-se, então, para a realização de práticas extra-institucionais, buscando uma vinculação com os movimentos sociais e com as principais lutas populares (FALEIROS, 1997).

Os assistentes sociais passam, desse modo, a questionar a efetividade das políticas sociais já existentes, propondo-se a lutar em conjunto com a população para garantir a promulgação da Constituição democrática, que veio a ser aprovada em 1988. Tendo como pressuposto de trabalho a garantia de direitos sociais em caráter universal, para a população “[...] os assistentes sociais passam a reconhecer o usuário como sujeito que, se transforma em um elemento primordial na força construtiva, critica e capaz de estar propondo e mudando, protagonizando sua história” (FUNDAÇÃO, 2002, p.03).

Conforme Prates (2003), foi nesse período que o projeto de ruptura com o Serviço Social tradicional consolidou-se com apoio da Associação Nacional de Assistentes Sociais (ANAS) e dos Sindicatos dos Assistentes Sociais nas diversas regiões do país e em outros espaços diversos de luta e resistência.

No final da década de 1980 e início de 1990, do século XX, a profissão passou a lutar, em conjunto com os diferentes organismos de participação, sejam eles governamentais ou não-governamentais pelo reordenamento político-institucional das políticas sociais do país, o que resultou na promulgação da Constituição Federal de 1988. A partir disso, este profissional passou, também, a executar políticas sociais, tais como Saúde (1989), Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e a Assistência Social (1993). Políticas estas que, na época, contribuíram e ainda contribuem para a inserção de profissionais de Serviço Social em diversos espaços sócio-ocupacionais onde atuam, assim, contribuindo para o desenvolvimento da cidadania dos sujeitos.

Conforme os diversos documentos oficiais norteadores do Serviço Social, o seu objeto de trabalho é a questão social. Segundo estes documentos:

- a profissão se particulariza nas relações sociais a partir da produção e reprodução da vida social, estabelecendo uma relação estreita com a questão social;
- o agravamento da questão social em face às particularidades do processo de reestruturação produtiva do país é compreendido a partir da ideologia neoliberal e os processos de trabalho, que são determinados pelas novas configurações estruturais e conjunturais da questão social e das formas históricas de seu enfrentamento (ABESS/CEDEPSS, 1997).

O compromisso ético-político dessa categoria profissional é contribuir para a redução das desigualdades e fortalecer as resistências, desvendando, através da sua intervenção social – seja no atendimento direto na gestão ou por meio da pesquisa – as formas de fortalecer os sujeitos para a busca de sua autonomia. Uma das competências exigidas ao Assistente Social é ter a capacidade de realizar uma leitura crítica sobre a questão social e sobre a realidade social, uma leitura que, conforme Martinelli (1987, p.42):

[...] se faz sempre em função de uma finalidade. Sendo neste sentido uma ação intencional e complexa de natureza política, através da qual se procura desvelar o real em suas tramas constitucionais de forma a identificar a relação de forças, que aí se processa e o fundamento crítico desta relação.

No que concerne aos jovens adultos de rua, a questão social se expressa basicamente de duas formas. A primeira é através do conjunto das desigualdades sociais sofridas pelos sujeitos pesquisados e a segunda é nas formas de resistências que se utilizam para enfrentar essas desigualdades, o que procuramos abranger em nosso problema de pesquisa, assim formulado: Como o jovem adulto de rua portador de HIV/Aids enfrenta a sua condição e constrói seu modo de vida?

O conjunto das desigualdades sociais foi evidenciado nesta pesquisa por meio do desvendamento da condição e modo de vida do jovem adulto morador de rua, portador de HIV/Aids, através das situações enfrentadas em seu cotidiano, como a fome, a miséria, a violência familiar e nas ruas, a saúde debilitada, a falta de acesso aos serviços públicos e entre outras expressões. Também foram observadas as suas formas de resistência, por meio da

investigação das estratégias de sobrevivência, da inclusão nos serviços de atendimento e movimentos sociais, entre outras que serão apresentadas ao longo dessa exposição.

Estas evidências poderão contribuir para dar maior visibilidade à problemática, para o subsídio de políticas de inclusão social dirigidas a este segmento populacional e para o desenvolvimento de processos sociais, como mais uma forma de resistência. É nosso compromisso, portanto, devolver os resultados, inferências e sugestões por nós produzidas às instituições que prestam atendimento nas áreas de assistência social e saúde, mais especificamente no atendimento aos jovens adultos de rua portadores do HIV/Aids através de uma exposição previamente acordada com as instituições.

O conjunto de desigualdades sociais e de resistências que foram visualizados neste estudo é, na verdade, o resultado de todo um longo processo de exclusão social que os moradores de rua vivenciam e enfrentam em seu cotidiano. A exclusão é a expressão mais concreta da questão social na contemporaneidade. Assim, faz-se necessário problematizar o significado da exclusão social a que nos referimos e o contexto no qual se materializa.

## **1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A EXCLUSÃO SOCIAL NO CONTEXTO GLOBAL E LOCAL**

A exclusão social, atualmente, é um fenômeno que atinge todo o contexto global sem limite de fronteiras ou territórios. O seu adensamento ocorre, principalmente, devido às transformações ocorridas no modo de produção capitalista ao longo das últimas décadas do

século XX, que, por sua vez, não melhoraram as condições de vida de grande parcela da população mundial, ao contrário, agravaram-nas.

A primeira transformação passível de destaque foi o processo de globalização política, econômica, social e cultural entre países do mundo. A principal característica desse processo é a integração dos mercados mundiais, com a exploração de grandes multinacionais e a grande revolução tecnológica com o uso cada vez maior da telefonia, computação e a transmissão de informações via internet e dos canais de televisão por assinatura. Com isso, os países passaram a interagir não só na economia e na política, como também na massificação da cultura.

Contudo, essas transformações não ocorrem de forma justa para com os países em desenvolvimento como o Brasil, pois a grande maioria da população não tem acesso aos meios de comunicação e ao desenvolvimento tecnológico. Além desse aspecto, é importante destacar que o uso desses equipamentos e instrumentos de veiculação de massa podem servir para consolidar a cultura dominante como a única possível através do controle econômico desses meios.

Segundo Anderson et al. (1998), as transformações que vêm se desenvolvendo no mundo são contraditórias, pois, por um lado, consolidam-se mercados globais, por meio dos mercados monetários e financeiros, que acabam reduzindo a capacidade dos Estados nacionais dirigirem seu próprio sistema econômico-social; e, por outro, a proporção dos gastos públicos para seus respectivos PIBs não param de crescer. Refere ainda o autor que:

Por um lado se desmontam barreiras monetárias e alfandegárias em nível nacional em nome de uma integração econômica inevitável e irreversível. Por outro, se generalizam barreiras não-tarifárias e se consolidam grandes blocos e territórios econômicos com lógicas eminentemente protecionistas (ANDERSON et al., 1998, p.156-157).

Tais contradições materializam-se, no âmbito do Estado, com a implementação de políticas neoliberais para, fundamentalmente, reduzir o seu papel e sua intervenção na garantia de direitos sociais – o que contribui com a sua “desresponsabilização”, incentivando ações focais e assistencialistas, geralmente, executadas por órgãos da sociedade civil que continuam historicamente “selecionando” a quem atender e para quem serão destinadas às ações das políticas sociais, principalmente, designadas para os “bons pobres”.

Nas duas últimas décadas, no contexto global, a implementação do ideário neoliberal nas políticas sociais e também na economia gerou consequências negativas para a área social. Segundo Soares (2000), na América Latina, este ingresso foi o responsável por um “desajuste social”, tornando-se incompatível com a política social de caráter justa e universal, como é proposto pelo sistema de Bem-Estar Social, implementado no Brasil com a Constituição Federal de 1988 e com as demais leis que regulamentam o tripé da Seguridade Social (Previdência Social, Saúde e Assistência Social).

O neoliberalismo iniciou quarenta anos depois da primeira grande crise do capitalismo no século XX, os países industrializados experimentam a segunda crise que ocorreu até a década de 1980, tendo como implicações desajustes macroeconômicos, financeiros e de produtividade, que se espelham pela economia internacional. Esta crise de cunho financeiro se expressou por meio do baixo investimento do comércio internacional, inflação crônica e, consequentemente, um baixo crescimento econômico.

Naquele momento, tratou-se de uma crise global de um modelo social de acumulação, cujas tentativas de resolução têm produzido transformações estruturais que dão lugar a um modelo diferente – denominado de neoliberal que inclui: “[...] a informalidade no trabalho, o desemprego estrutural, o subemprego, a desproteção trabalhista e a geração de pobreza” (SOARES, 2000, p.12). O desemprego estrutural ou tecnológico, outrossim, defini-se: “[...] por oposição ao desemprego conjuntural, o qual resulta de mudanças nas técnicas de produção que tornam obsoletas ou desnecessárias crescentes parcelas de empregados” (PEREIRA, 1999, p. 49).

Conforme Bulla et al. (2004), o desemprego é membro de uma ideologia que defende a dissociação entre trabalho e seu produto, elemento básico que evidencia a precarização do mundo do trabalho e que afeta as condições de vida dos sujeitos, que acabam sendo responsabilizados e culpabilizados por estarem na situação de exclusão social.

As consequências dessa exclusão social geram três processos consecutivos de perdas negativas que atingem a vida do trabalhador por não estarem inseridos no mercado formal de trabalho: a primeira é quando não ocorre a sua inserção no sistema de emprego estruturado, a segunda acontece quando este sujeito é considerado desnecessário economicamente ao sistema, o que gera o terceiro processo de exclusão, que é a possibilidade de sua eliminação de qualquer espaço social (OLIVEIRA, 1997).

A não integração dos sujeitos no mundo formal de trabalho tem relação com a atual precarização social das relações que envolvem o trabalhador e o contexto social. Os sujeitos que não conseguem sua inserção neste mundo acabam procurando formas diferenciadas para sua sobrevivência, através da inserção no mercado informal de trabalho, exercendo atividades

precárias, como camelôs, catadores de papéis e de latinhas ou se submetem aos empregos temporários, em que não há uma estabilidade e não são garantidos seus direitos de proteção social, como o direito a pensões, a seguros, a aposentadorias e auxílios diversos. Essas atividades informais são estratégias de sobrevivência nesse contexto de exclusão social, onde existe um sistema de: “ganhadores e perdedores” ou seja, os ricos ficam mais ricos e os pobres ficam mais pobres (PEREIRA, 1999).

A segunda é quando o sujeito está sendo considerado desnecessário economicamente, diz respeito à substituição da sua mão-de-obra do homem pelo avanço tecnológico de máquinas de alta velocidade e precisão de seus processos produtivos. Esse processo afirma a idéia de que os trabalhadores não estão qualificados para novos processos produtivos, portanto são considerados dispensáveis ao sistema econômico, seja porque não produzem ou porque não consomem com mais freqüência.

Castel (1997) refere que a não inserção no mercado formal de trabalho gera não somente um exército de reserva de trabalhadores, mas também um contingente de sujeitos “sobrantes” por não terem condições de igualdades para competir no mercado. Segundo Bulla et al. (2004, p. 36):

Vivem em meio a um mercado do qual suas vidas dependem, mas que não mais depende de sua força de trabalho, único valor de que dispõem para o processo de troca. Como não participam do processo de circulação de mercado, eles simplesmente sobram, e como sobra, não requerem investimentos para a sua reprodução como fatores de produção.

Quando esta inserção não ocorre, os sujeitos são eliminados do espaço social, ou seja, excluídos socialmente. Em muitas situações, terminam vivendo nas ruas por falta de emprego e renda que poderiam custear um local de moradia e, com isso, sujeitam-se a levar uma vida subumana em relação aos “padrões da sociedade”; são estigmatizados como “mendigos ou vagabundos” e como indivíduos socialmente ameaçantes e nefastos, encontrando-se eliminados totalmente dos processos produtivos.

Soares (2000) afirma que o neoliberalismo vincula-se ao projeto de sociedade que vinha sendo desenvolvido anteriormente e a implementação desse sistema tem relação com o modelo de acumulação que implica na perda da identidade dos direitos sociais restringindo a concepção de cidadania. Aprofunda-se a separação entre público-privado, a legislação trabalhista evolui para a mercantilização e desproteção social e a configuração de um Estado assistencialista.

O neoliberalismo não é apenas de natureza econômica, faz parte de uma redefinição global do campo político-institucional e das relações sociais. A autora esclarece que com o neoliberalismo passa a existir um projeto de “Reintegração Social” – os pobres passam a ser mais uma categoria classificatória, alvo das políticas focalizadas de Assistência Social, com isso, mantendo a lógica do individualismo (ganhadores e perdedores ou fracos e fortes...), responsabilizando o sujeito pelo seu fracasso pessoal.

A adesão ao modelo neoliberal pelos EUA e Inglaterra, na década de 1980, causou impactos na estrutura da América Latina, com a explosão da dívida externa levando a um reforço desse modelo, de caráter estrutural, com medidas políticas liberalizantes, privatizantes

e de mercado que exigiam a diminuição o déficit fiscal reduzindo os gastos públicos (FLEURY, 1994; SOARES, 2000; COUTO, 2003).

No Brasil, o neoliberalismo causou uma dependência econômica em relação ao Fundo Monetário Internacional (FMI) e das empresas transnacionais, resultado da solicitação de empréstimos monetários que estão condicionados a altíssimas taxas de juros com o intuito de quitar as dívidas públicas. Como consequências, tivemos o aumento da dívida externa, a falta de investimentos públicos para o enfrentamento do desemprego, dos baixos salários, a redução das políticas sociais, o que agrava ainda mais a situação do país.

As políticas sociais, nos Estados de Bem-Estar Social, sofreram restrições e tiveram como consequências cortes lineares do gasto social e deterioração dos padrões do serviço público. Nos Estados onde não existia tradição de Bem-Estar-Social, as políticas sociais de ajuste tiveram um cunho mais econômico – abertura comercial, deslocalização de indústrias, atividades e desemprego. Os países que não tinham projetos na área social foram obrigados a criar programas sociais de caráter emergencial. Conforme destaca Soares (2000, p. 21): “[...] essas políticas foram manifestamente insuficientes para diminuir a desigualdade social e a pobreza preexistente e, sobretudo, agravadas pelo próprio neoliberalismo”.

Segundo Soares (2000), o impacto do neoliberalismo na desigualdade social e na pobreza com o agravamento de velhos problemas e o surgimento de novas exclusões sociais no contexto brasileiro geram, sobretudo, demandas sociais incompatíveis com as restrições impostas pelo ajuste às políticas sociais. Complementa, o autor, dizendo: “[...] vive-se hoje, no Brasil, uma crescente fragmentação da gestão do social - acorde com a pulverização

daqueles que demandam os serviços sociais, crescentemente destituídos de voz e poder de decisão sobre seu destino [...]” (SOARES, 2000, p.82).

Exemplo disso ocorre nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, onde a execução da política de assistência social acontece por meio de programas assistenciais destinados às famílias de baixa renda que estão em situação de vulnerabilidade social. A resolutividade destes programas sociais são questionáveis, pois possuem caráter emergencial e focal, além de não darem conta dos problemas sociais que são complexos e de grande dimensão, especialmente porque são desarticulados de outras estratégias de inserção social (políticas de inserção produtivas, educacional, habitacional, etc.).

As relações de alienação e dominação expressas por meio dos conflitos entre o capital X trabalho influenciam, diretamente, o sistema sociopolítico dos países em posição de subalternidade àqueles detentores do capital, formando um abismo entre ambos no que se refere às questões relativas ao seu desenvolvimento e autonomia na implementação de políticas sociais universais.

A evolução dos indicadores sociais na América Latina não ocorreu de forma linear e apresenta retrocessos em dois sentidos: o primeiro é em relação a alguns avanços sociais obtidos no continente e, principalmente, no Brasil, que correm o risco de desaparecer e/ou sofrer perdas consideráveis no sistema universal de proteção social. O segundo diz respeito ao surgimento de um quadro social, epidemiológico e demográfico que incorporam características que seriam típicas do chamado processo de transição em direção à modernidade – resultando no adoecimento da população com a Aids, o câncer, as doenças cardiovasculares e entre outras (SOARES, 2000).

Do ponto de vista epidemiológico, o processo de exclusão social é amplo e em alguns momentos impossível de ser demarcado, pois cada local possui suas fragilidades e necessidades com relação à saúde da população. Contudo, no contexto ocidental, segundo Bulla et al. (2004, p. 41): “se poderia dizer que excluídos são todos aqueles que são rejeitados de nossos mercados materiais e simbólicos, de nossos valores....são também aqueles cujos valores não são reconhecidos socialmente, logo são excluídos culturalmente”.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) refere que a análise do processo de exclusão com relação aos aspectos epidemiológicos e das condições de saúde da população brasileira pode ser realizada a partir de três dimensões: uma visão geral da mortalidade, a situação sanitária dos grupos mais vulneráveis e uma abordagem focalizada em algumas áreas de intervenção particularmente importantes no campo da saúde pública (BRASIL, 2004).

Na primeira dimensão, destacamos as diferenças observadas na mortalidade conforme faixa etária, sexo e região do país, considerando a ilustração apenas do ano de 2001. Segundo informação do PNS, o principal grupo de causas de morte, em todas as regiões, independente do sexo, foram as doenças do aparelho circulatório. Em seguida, aparecem as causas externas nas regiões Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste; e as Neoplasias, na região Sul. Nesta última região, foi o grupo de homens que predominou nos dados (BRASIL, 2004).

No país, o risco de morte por câncer foi maior entre as mulheres – em todas as regiões citadas – quando comparadas aos homens, principalmente, na faixa etária de 25 a 44 anos de idade. O PNS aponta que as mortes ocorridas por doenças transmissíveis apresentam um quadro complexo de ser analisado, que pode ser resumido em três tendências:

Doenças transmissíveis com tendência declinante ou erradicadas são patologias, como varíola, sarampo, raiva humana, tétano neonatal, difteria, coqueluche, o tétano accidental, doença de chagas, hanseníase, febre tifóide, rubéola, oncocercose, fibrose e a peste;

Doenças transmissíveis com quadro de persistência ou de redução em período ainda recente são doenças, como malária, tuberculose, meningites, leishmaniose e a febre amarela;

Doenças transmissíveis emergentes e reemergentes podem incluir patologias, como cólera, dengue e a HIV/Aids<sup>2</sup> (BRASIL, 2004).

As referidas tendências podem ser analisadas a partir do foco das condições de saúde dos diferentes grupos sociais, porém esta avaliação deve observar as reais condições de vida de cada grupo. Vale ressaltar que os grupos mais vulneráveis (índios, mulheres, negros, idosos e portadores de deficiências) acabam sendo os mais prejudicados pela falta de acesso aos serviços de saúde.

A análise do PNS com relação aos aspectos demográficos da população brasileira é bastante preocupante – apesar do pequeno avanço observado nos últimos anos. Segundo informações deste Plano, o Brasil ocupa uma área de 8,5 milhões de km<sup>2</sup>, sendo o maior país em extensão territorial da América Latina e o 5.º do mundo. A sua administração político-administrativa compreende a União, 26 estados, 5.560 municípios e o Distrito Federal – distribuídos em cinco regiões (BRASIL, 2004).

---

<sup>2</sup> A discussão sobre os dados epidemiológicos sobre o HIV/Aids será apresentada nesta dissertação no capítulo III.

Dentro deste contexto, encontramos uma realidade que expressa um profundo quadro de desigualdades sociais. O atual conjunto demográfico é resultado de várias transformações, tais como a queda da fecundidade, a redução da natalidade, o aumento da esperança de vida e o progressivo aumento do envelhecimento da população<sup>3</sup>.

Do ponto de vista demográfico, este progressivo seria o principal agravante – com todas as implicações de Saúde e Previdência, a manutenção de jovens em busca da inserção no mercado de trabalho e as crianças que nascem sem condições de sobrevivência. Outro agravante é o aumento da pobreza extrema e da desigualdade social – exemplo morador de rua e/ou famílias extremamente pobres, além do expressivo crescimento do setor informal (FLEURY, 1994).

A pobreza aumentou nos países de grandes populações como Brasil, Venezuela, Argentina e México, principalmente entre os extratos médios urbanos da população – com a visível deterioração da qualidade de vida. Durante os anos de 1980, houve uma ampliação das diferenças de acesso aos bens e serviços vinculadas às necessidades básicas de Habitação, Assistência Social, Educação e Saúde, pois têm relação com a Constituição Federal.

Na escala da exclusão social, o Brasil assume o pior lugar nos dados referentes à desigualdade social. Considerando a realidade mundial e o contexto latino-americano – sua posição é a última, na escala entre os treze países com o pior índice da distribuição de renda.

---

<sup>3</sup> O PNS aponta para os seguintes dados: “Conforme o último censo populacional realizado no país, a taxa de crescimento populacional no Brasil foi da ordem de 1,6% ao ano, no período de 1991 a 2000. A taxa de fecundidade total passou de 2,6% filhos por mulher, em 1991, para 2,2 filhos, em 2000, representando uma redução de 15,4%. A taxa de natalidade reduziu-se de 23,6% em 1990, para 21,2%, em 1990, um acréscimo de 10,2%. A esperança de vida ao nascer, em 1990, era de 69,7 anos, passando para 68,5 anos, em 2000, correspondendo um amento de quase 8 anos” (BRASIL, 2004).

Tal fato gera um grande contingente de trabalhadores sobrantes e, com isso, o aumento da exclusão social. Segundo Yazbek (2001, p. 34):

[...] o Brasil é campeão de concentração de renda e riqueza. O salário mínimo é um dos mais baixos do mundo segundo o IBGE - Indicadores sociais 1999 - um rico ganha o mesmo que 50 pobres; 1% da população brasileira detém 13,8% da renda total do país e os 50% mais pobres ficam com 13,5%. Conforme o IPEA 60 milhões de brasileiros vivem abaixo da linha da pobreza (80 reais por mês) e dentre estes 24 milhões vivem abaixo da linha de indigência, isto é, com 40,00 reais por mês.

As despesas financeiras diárias de sobrevivência da população da classe menos favorecida com habitação e alimentação aumentaram em relação à renda muito mais do que as pessoas de maior poder aquisitivo (os ricos), pois os aumentos salariais não têm acompanhado os gastos com moradia e alimentação. Os salários dos trabalhadores estão deteriorando dia-a-dia. Esta situação é agravada pelo desemprego que já faz parte do cotidiano das famílias, fazendo com que criem novas estratégias de sobrevivência, como o trabalho informal e/ou infantil, prostituição, furto e o tráfico de drogas, retirando o sustento diário das ruas.

Estes dados demonstram a precária condição de vida da população do Brasil, com o evidente aumento do número de excluídos. Mas para problematizar o complexo significado de exclusão social faz-se necessário esclarecer que: “[...] excluído não é aquele indivíduo que se encontra em situação de carência material, mas aquele que não é reconhecido como sujeito, que é estigmatizado, considerado nefasto ou perigoso à sociedade” (NASCIMENTO, 1994, p.61).

Para bem entender tal conceito aportamos o significado da exclusão:

Chamar de excluído todo e qualquer segmento social desfavorecido, pode levar a contra-sensos como a de aplicar um mesmo conceito tanto a miseráveis moradores de rua quanto a pessoas que, apesar de portadores de uma deficiência física, gozam de uma situação financeira bastante favorável (OLIVEIRA, 1997, p.17).

Como mencionam os autores, o termo excluído não deve ser empregado em qualquer situação, pois o processo da exclusão não é homogêneo, existem diversas formas de expressão, realidades culturais diferenciadas que contornam esse processo de forma adversa. Conforme Reis (2003), o fenômeno da exclusão social é complexo de ser abordado, pois sua essência é multidimensional.

Conforme Baráibar (1999), a exclusão social é um fenômeno que articula basicamente três dimensões, tais como a econômica, a sociocultural e a política. A dimensão econômica, segundo a autora, está vinculada ao mundo do trabalho com a precarização, a informalidade e o desemprego estrutural. A dimensão sociocultural refere-se à possibilidade de participação ou não dos sujeitos nas redes sociais (a família, o grupo, os partidos ou os sindicatos) – é a possibilidade concreta do sujeito de se integrar e relacionar-se socialmente. A dimensão política está vinculada à questão da cidadania e refere-se ao acesso a direitos de três tipos: civis, políticos e sociais. Além destas dimensões da exclusão social, destacamos outra – a subjetiva. Esta refere-se aos pré-conceitos, aos processos de discriminações e de não aceitação social de determinados segmentos sociais.

Baráibar (1999) refere ainda a exclusão como um conceito que contempla múltiplas dimensões, transcende à dimensão econômica e tem como centro os processos e mecanismos que geram a dificuldade ou impossibilidade de acesso aos bens, direitos e oportunidades para os sujeitos. A superação da exclusão social, para a autora, é gradual e não pode ser resolvida a

partir de somente uma das dimensões que a envolvem. Portanto, o processo da exclusão não se esgota somente na pobreza e não pode ser formatado por este ângulo, pois é dinâmico e vivencial e não determinado.

O conceito de exclusão social vai além do conceito de pobreza material da população, alcança os valores culturais, as discriminações, as perdas de vínculos, as fragilidades das relações de convívio, que necessariamente não perpassam pela pobreza. O segmento que estudamos sofre cotidianamente o processo de exclusão social. Assim, faz-se necessária uma contextualização da realidade vivenciada pelos moradores de rua para que se tenha uma visão mais ampla da exclusão social vivenciada por estes sujeitos.

### **1.3 A EXCLUSÃO SOCIAL EXPRESSA NA POPULAÇÃO DE RUA**

A exclusão social expressa na população de rua reúne o conjunto de quase todas as manifestações ou expressões da desigualdade social ao mesmo tempo, de forma perversa e cruel, pois, além destes sujeitos estarem em situação de rua, vivenciam a fome, a mendicância, o trabalho precário, a saúde debilitada, dificuldades de acesso aos serviços públicos e também a exposição cotidiana à violência social. Neste sub-capítulo veremos profundamente as repercussões destas expressões na vida destes sujeitos com o objetivo de conhecer a sua realidade social e aprimorar nosso aporte teórico.

### 1.3.1 A rualização como expressão do processo de exclusão social

O processo de exclusão social vivenciado por moradores de rua pode incidir bem antes do seu ingresso de fato no contexto da rua, geralmente, ocorre quando estes sujeitos ainda estabelecem minimamente alguma relação social com a família, o vizinho, o amigo ou o grupo de trabalho. Tal processo tem relação, segundo Paugam (1999), com a fragilização dos vínculos sociais, que é produto de um acúmulo de fracassos que conduz a uma forte marginalização.

A fragilização dos vínculos sociais pode iniciar quando ocorre uma precarização na situação de sobrevivência que o indivíduo enfrenta. O sujeito acaba não tendo mais nenhuma esperança de sair dessa situação, gerando um sentimento de inutilidade social, que resulta, em muitas situações, na ruptura de seus vínculos sociais e, consequentemente, do seu isolamento através da rualização.

A rualização não apresenta um tempo determinado para ocorrer, podendo ser de forma gradual ou imediata e o que a diferencia é a distinta história de vida de cada sujeito. Conforme Bulla et al. (2004), o que se verifica na ruptura dos vínculos sociais destes sujeitos é a apresentação de dificuldades até mesmo para garantir, minimamente, a sua sobrevivência. No entanto, não significa que estes sujeitos vão morar nas ruas por somente enfrentarem dificuldades financeiras ou a falta de moradia, este processo é mais complexo e envolve outros aspectos, como dizem os referidos autores (BULLA et al., 2004, p.92):

O processo de rualização [...] é resultado de um conjunto de condicionantes econômicos, sociais, psicológicos e culturais, que exclui as pessoas do convívio

social ou que não deixa inserir-se, não permitindo que se estabeleçam, segundo Castel (apud Bulla et al, 2004, p.92), “relações de utilidade social, relações de interdependência como o conjunto da sociedade”.

Snow e Anderson (1998) consideram o processo de rualização como a dinâmica do desabrigio. Esta dinâmica tem profundas raízes estruturais que se referem

aos arranjos e tendências sociais que afetam a probabilidade de que eventos específicos ou trajetórias de vida sejam vivenciados. Ao estreitar ou expandir as chances e oportunidades de vida, eles facilitam ou restringem as opções dos indivíduos (SNOW & ANDERSON, 1998, p.373).

Existem basicamente dois fatores trabalhados pelos autores para explicar os fatores que levam o sujeito à dinâmica do desabrigio: o deslocamento residencial e o deslocamento econômico.

O primeiro refere-se à dificuldade do indivíduo em conseguir um lugar de residência seguro, adequado e higiênico que seja predominantemente fixo. Os estudos apontam, em diferentes graus, o jogo de três tendências deslocadoras: a desinstitucionalização dos doentes mentais, o decaimento na reserva de moradia da baixa renda (aluguéis e compra) e os altos juros na aquisição da casa própria. O segundo fator que leva o sujeito à dinâmica do desabrigio é o deslocamento econômico que se refere a qualquer que seja a oferta e custo de moradia de baixa renda, o acesso a ela depende em parte da situação econômica dos que precisam desse tipo de moradia. Os autores mencionam ainda que:

[...] se a renda acompanha o custo de moradia, então a base estrutural do desabrigio não é tão forte. Se, no entanto, os custos de moradia aumentam muito mais rapidamente que a renda [...] então é provável que a incidência de desabrigio aumente (SNOW & ANDERSON, 1998, p.373).

Faz-se necessário referir que os fatores da dinâmica do desabrigio ou os condicionantes do processo de rualização estão relacionados ao conjunto das expressões da questão social. Segue a apresentação das principais expressões e dos fatores ou condicionantes que selecionamos para discussão e compreensão do tema.

Um dos principais fatores ou condicionantes que levam os sujeitos a viverem nas ruas é o alto índice de desemprego estrutural. Seguido de problemas de relacionamento familiar relacionado à doença da dependência química (álcool e/ou drogas). Paugam (1999, p. 51) confirma este dado dizendo que estes sujeitos: “[...] perdem o sentido de suas vidas. Procuram, então, com freqüência, na bebida, a compensação para seus males e fracassos”.

Dentro desse processo, ocorre o que denominamos de fragilidade acompanhada de ruptura dos vínculos sociais, pois apresentam histórias de sucessivas perdas, que não são somente das condições de vida, afetando também, o modo de vida destes sujeitos, tais como emprego, vínculos familiares, relações interpessoais com amigos, a auto-estima e, na medida em que o tempo passa, os sonhos e perspectivas quanto ao projeto de vida.

Para ilustrar tal afirmação, apresentamos algumas exposições orais de moradores de rua atendidos em um abrigo municipal, retirados de um estudo: “[...] o percurso que fiz até chegar às ruas foi longo, com perdas de pessoas que eu amava. Tudo isso por causa do desemprego” (H. S. M. 69 anos) e “[...] primeiro me perdi na vida, segundo na bebida,

*terceiro perdi os documentos, o emprego e minha filha*” (J. C. A. 42 anos) (OURIQUES, 2002).

As pesquisas sobre o tema servem para auxiliar na reflexão referente ao processo de rualização: numa pesquisa realizada, em 1996, sobre a realidade da população de rua de Porto Alegre, com total de 222 entrevistados, aponta-se que 22,5% dos principais motivos que os levaram a morar nas ruas é a dependência química de álcool e drogas. Dos entrevistados, 28,8% referiram-se a problemas de relacionamento familiar; 7,6% a falta de recursos para pagar moradia e 6,3% ao desemprego (PRATES, 1998). Estudos realizados na região Sudeste do país, pela Secretaria de Assistência Social do município de São Paulo, apontam como principais causas o desemprego, alcoolismo, drogadição, problemas de saúde mental, abandono e rupturas afetivas na família e o preconceito (SÃO PAULO, 2000, p. 06).

A população de rua não está nesta situação por uma opção ou por desejo próprio, mas quando: “[...] vêm esgotadas todas as possibilidades de conseguir uma opção de moradia (desde a casa de parentes até o aluguel de um cômodo em cortiços) é que se sujeita a ficar ao desabrigado e ter que encontrar uma forma de sobreviver nessa situação” (SIMÕES, 1992, p.27).

Percebemos, então, que esse expressivo aumento de sujeitos nas ruas não ocorre somente no Brasil. Segundo Prates (1998), países como a França, Estados Unidos e Canadá questionam sua posição, realizando estudos com objetivo de buscar os principais motivos que levam os cidadãos a viverem nas ruas e o significado de quem sobrevive nela e dela.

O processo de exclusão social chegou a tal ponto que sequer nos censos populacionais os moradores de rua estão incluídos. Apenas, são registrados os dados dos sujeitos que se encontram abrigados em albergues e abrigos que representam uma pequena parcela dessa população, logo, a maioria da população de rua não é contabilizada por esses dados. Neste caso, temos um exemplo clássico de exclusão social subjetiva – na medida em que estes sujeitos acabam não sendo considerados cidadãos.

Os grandes centros de pesquisa utilizam como argumento para explicar tal fato a dificuldade de realizar a contagem desses sujeitos porque eles não possuem moradia fixa e os locais onde se abrigam não possuem controle adequado, podendo induzir a erros técnicos na caracterização dessa população. Em algumas cidades do país, como Porto Alegre e São Paulo, por exemplo, já se conseguiu caracterizar esta população através de estudos quanti-qualitativos por amostragem na primeira e censo na segunda pesquisa. Na capital gaúcha, a equipe utilizou a técnica de anilhamento, colocando uma “fita” no braço do sujeito morador de rua entrevistado, possibilitando a não repetição da coleta quando ainda este se deslocava de um lugar para outro – o que poderia ser observado no seu deslocamento.

Contudo, a experiência pontual dessas capitais impede que a grande maioria da população de rua permaneça fora dos dados estatísticos mais importantes do país, que revelam os principais índices de pobreza, mortalidade, natalidade e outros. Isto de certo modo revela o descaso da sociedade e, principalmente, do Estado com estes excluídos. Incluí-los nestes dados é dar visibilidade à realidade brasileira. O reconhecimento de todos os segmentos sociais é uma questão de cidadania, entendida como:

[...] o reconhecimento dos indivíduos e do coletivo como sujeito na construção da história, pela participação política, pelo exercício da autonomia e pela garantia que lhes é dada, num estado de direito, das condições e meios de vida tanto como direitos individuais, quanto como direitos políticos, e direitos sociais, ao meio ambiente saudável e a bioética (FALEIROS, 1999, p.43-44).

Os moradores de rua conquistam sua cidadania fora e dentro do espaço institucional e o papel social das instituições que acolhem essa parcela é informar e orientar a respeito de seus direitos e deveres enquanto cidadãos. Para que isso aconteça, os profissionais devem compreender o modo de vida e o cotidiano desses sujeitos. Segundo Lefebvre (apud NETTO e CARVALHO, 1987, p.67), comprehende-se por vida cotidiana:

[...] o dado sensível, o vivido, as emoções, os afetos, hábitos e comportamentos e o dado abstrato, isto é as representações e imaginações que fazem parte do real cotidiano, sem no entanto, perder-se o imaginário. A vida cotidiana é caracterizada por atividades rotineiras e repetitivas, dirigidas mais por gestos mecânicos do que pela consciência, no entanto nos momentos em que fazemos sua ruptura ou superação temos a possibilidade de transformá-la. A vida cotidiana é heterogênea e hierárquica. Também é imediata e funcional.

### **1.3.2 As características da população de rua**

Faz-se necessário, primeiramente, para a compreensão do processo de exclusão social vivenciado pela população de rua a realização de uma contextualização, de forma geral, sobre as suas condições de vida (objetiva e material), como também as alternativas de sobrevivência por eles utilizadas, além das relações sociais estabelecidas. Mas também é necessário conhecer o seu modo de vida, ou seja, a sua subjetividade, suas representações e o significado que atribuem ao seu viver histórico.

A contextualização da condição de vida dos moradores de rua passa, primeiramente, pelo aporte de suas características no intuito de verificar quais são as suas condições objetivas e materiais e, com isso reforçar a importância deste estudo para o desvendamento de suas necessidades sociais. O ponto central desse processo é a constatação de que este perfil é heterogêneo, apresentando características diversificadas, principalmente de idades, raça e gênero, tais como crianças, adolescentes, mulheres com filhos, homens de diferentes idades, homossexuais, portadores de deficiência física e mental, idosos, entre outros. No que se refere à história de vida de cada sujeito, há uma semelhança, geralmente, são marcadas pela violência familiar, perdas e rupturas dos laços afetivos.

Tais sujeitos habitam as marquises de prédios, logradouros, praças, sob viadutos ou toldos de lojas das cidades, em pequenos grupos ou sozinhos, principalmente, nas regiões centrais, onde o fluxo de sujeitos é bastante intenso. Isso ocorre, por dois principais motivos: o primeiro refere-se à questão da segurança, pois onde existe movimentação de ônibus, carros e cidadãos, o risco é menor de serem “queimados” e/ou sofrerem agressões físicas e psicológicas da sociedade. O segundo motivo é para garantir a sua sobrevivência, nessas regiões, existem em abundância trabalhos informais e instituições não-governamentais que fornecem alimentação no espaço da rua, ajudando-os a sobreviver. A alimentação diária, para alguns, não é a principal dificuldade, no entanto, o que não pode faltar a estes sujeitos são as substâncias psicoativas (álcool e/ou drogas), pois grande parcela é dependente delas, assim, nesses locais, as mesmas existem em abundância, facilitando acesso a elas.

O trabalho informal é uma das estratégias de renda para manter o vício e a sobrevivência. As atividades mais freqüentes são: juntar materiais do lixo para a reciclagem, cuidar carros, mendigar e, para alguns, furtar. Algumas dessas ações levam-nos a refletir

sobre a importância não reconhecida pela sociedade que os morados de rua têm no que se refere aos cuidados com o meio ambiente. Ao realizarem atividades como a reciclagem de lixo, conforme Zaluar (1994, p.24), os moradores de rua são: “inconscientes precursores da ecologia, ajudam a preservar muitas árvores sem ganhar o crédito por isto, numa das atividades mais mal pagas nas cidades: a de catador de papel”.

O lixo e a sobra de uns adquirem valor de uso para outros e valor de troca para o reaproveitamento. Contudo, revela-se também a consequência do desemprego e da falta de oportunidade para a melhora da qualidade de vida a esses cidadãos, pois a coletagem de lixo sem os equipamentos de segurança necessários torna-se um risco constante para esses sujeitos, expostos ao contágio de doenças através de seringas ou a se machucarem com objetos cortantes.

Outra informação interessante é com relação ao nível de escolaridade deste segmento considerado baixo para as exigências do mercado formal de trabalho. A maioria das pesquisas divulga que este nível está entre 1.<sup>a</sup> a 4.<sup>a</sup> série do ensino fundamental, dificultando ainda mais a inserção no mercado formal de trabalho (ABREU et al., 1999; BULLA et al., 2004).

As suas vestimentas, geralmente, estão “sujas” e “maltrapilhas” – o que caracteriza socialmente o ser morador de rua. De acordo com Bulla et al. (2004), apesar dessa situação, expressam sua individualidade na preservação de seus poucos pertences que carregam em sacolas e bolsas.

As relações sociais estabelecidas entre os moradores de rua são de bastante afeto e solidariedade, em muitas situações, os papéis familiares são substituídos, a sua família passa a

ser a de convivência e não mais o núcleo do qual faziam parte antes de ir para a rua. Entretanto, suas expectativas em relação a essa vida são bastante diferenciadas, pois a sua subjetividade, apesar de ser “empobrecida” quanto a perspectivas de vida, é um dos principais pontos que deve ser considerado ao planejarmos um trabalho que contribua na construção da cidadania desses sujeitos.

A falta de higiene pessoal, a exposição ao mau tempo e a utilização freqüente de substâncias psicoativas contribuem significativamente para o agravamento das condições de saúde destes sujeitos. A debilidade física, em muitas situações, dificulta ainda mais a garantia de sua sobrevivência.

### **1.3.3 A saúde do morador de rua**

A saúde debilitada por doenças, como a dependência química, o HIV/Aids, a hepatite, a tuberculose, as doenças respiratórias e vasculares e patologias relacionadas à parte psíquica e mental, são comuns de serem observadas nessa população. No estudo realizado em Porto Alegre, em 1994-95, de um universo de 222 moradores de rua, as doenças mais freqüentes foram as pulmonares (11,7%), doenças de pele (4,9%), alcoolismo (41,9%), HIV/Aids (3,6%), DST (2,7%) e outras doenças que são conseqüências destas, tais como cirrose, úlcera, eplepsia, doença mental e bronquite. Destacamos que 30% dos sujeitos compunham o universo não tiveram condições de serem entrevistados devido à desorganização mental em que se encontravam no momento da abordagem (REIS, PRATES, MENDES, 1996).

Outro estudo importante sobre as condições sociais e de saúde mental de moradores de rua de Porto Alegre foi realizado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre população de rua (NESPRua), em 1998-99, verificando, em um universo de 207 sujeitos pesquisados, que 60% apresentavam diagnóstico sindrômico de transtorno de humor, psicose e deficiência mental (ABREU et al., 1999).

Os tratamentos de saúde, em algumas situações, são interrompidos pela própria “dificuldade de organização pessoal” – por não terem pleno conhecimento dos dias e horários dos atendimentos, pela falta de acesso aos serviços de saúde ou pela forma como são tratados pelas equipes da rede pública. Os atendimentos na rede municipal de saúde não ocorrem adequadamente, principalmente, devido ao fato desses cidadãos não possuírem residência com endereço fixo, pois, conforme determinação da política de saúde, todos os indivíduos devem estar vinculados a uma comunidade e, no mínimo, apresentar “comprovante de residência” para receber o atendimento da rede primária de saúde (posto ou unidade). Assim, se o indivíduo não tem residência fixa e um comprovante de moradia para apresentar nestes locais não recebe atendimento e nem a medicação para o tratamento.

Nas instituições estaduais de saúde, como no Ambulatório de Dermatologia Sanitária, a falta de atendimento a moradores de rua não ocorre pelo critério localização geográfica de residência, por ser um serviço estadual. Entretanto, este acaba sendo o único local de atendimento referência a moradores de rua da cidade, logo, recebe encaminhamentos de outras instituições de toda Porto Alegre, principalmente, da Assistência Social, o que tem ampliado a procura por atendimento à saúde, que, por sua vez, não consegue proporcionar acompanhamento integral a todos os sujeitos em situação de rua que demandam o serviço. Outro fator limitador é o fato deste local somente atender e acompanhar pessoas com

problemas de pele, DST e HIV/Aids, o que faz com que grande parcela de sujeitos sejam excluídos do sistema de saúde.

Estes dados revelam a dimensão do problema da exclusão social experimentada cotidianamente por este segmento da população no que se refere às suas necessidades básicas. O que nos faz refletir sobre a contradição existente entre o avanço da política de saúde e a dificuldade de sua materialização. Afinal, é dever do Estado proporcionar solução efetiva de tais dificuldades, dentro deste contexto, é direito do cidadão o acesso aos serviços. Constatamos, através das pesquisas, que os moradores de rua enfrentam maiores dificuldades que outros na busca de alternativas à sua sobrevivência em políticas básicas cujo direito lhes é garantido constitucionalmente. Concomitantemente, além de não serem reconhecidos socialmente, também, acabam vivenciando o processo de exclusão pela própria rede de serviços que o atendem.

Nessa perspectiva, nossa pesquisa procurou estudar somente um segmento desta população: os jovens adultos que por estarem numa faixa etária que, se não compreendida como crise normal, provoca maior rejeição, ainda, são acometidos pelo HIV, o que é sem dúvida mais um fator que amplia o processo de exclusão já tão significativo.

No próximo subcapítulo, serão apresentadas às políticas e a rede de serviços da Assistência Social e da Saúde para atenção à população de rua de Porto Alegre no intuito de dar visibilidade às ações que vêm sendo desenvolvidas pela rede de atenção a esta população. Dando prosseguimento, discutiremos a fase adolescente e a sua relação com os jovens adultos de rua.

#### **1.4 AS POLÍTICAS E A REDE DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE PARA ATENÇÃO A POPULAÇÃO DE RUA DE PORTO ALEGRE/RS**

As políticas sociais no Brasil, desde 1988, vêm se configurando como públicas e de responsabilidade do Estado. Desde então, o Estado vem procurando redefinir suas ações, programas e projetos conforme as exigências da nova legislação brasileira. A Constituição Federal de 1988 ampliou consideravelmente a concepção de direitos sociais, resultando no alargamento das políticas aos segmentos populacionais mais vulneráveis – que, nas constituições anteriores, não estavam contemplados. Determinou um maior comprometimento do Estado e da sociedade nos gastos e descentralizou o poder de gestão, passando agora a responsabilidade de intervenção na área social para as três esferas do governo: federal, estadual e municipal.

A constituição representa um grande avanço para o modelo de proteção social vigente no país. Contudo, para que estes conteúdos expressos na Lei de fato se concretizem há necessidade de um conjunto de medidas legais e políticas que serão ou não executadas ao longo da história. O Sistema Único de Saúde, regulamentado em 1990, e a Política de Assistência Social, regulamentada em 1993, fizeram, e ainda fazem, parte de um processo de avanços e dificuldades que envolvem a realidade das políticas sociais no país. Para compreendermos este processo faz-se necessário uma contextualização destas políticas a partir de sua conexão à realidade local na qual estamos inseridos.

#### **1.4.1 A Política de Assistência Social e a rede de serviços de Porto Alegre**

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) foi implementada no Brasil a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, com vistas a garantir a defesa e proteção social dos sujeitos que dela necessitarem, no entanto foi regulamentada somente a partir de 1993. A sua regularização ocorreu após um processo de intensa mobilização social e de luta, envolvendo vários segmentos da sociedade (sindicatos, associações, movimentos sociais, partidos políticos, plenárias populares, instituições privadas e outras) e do Estado que trabalhavam com a área social (CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA Social de Porto Alegre – CMAS, 2001, p.02).

Grande parte das ações que envolvem a política de Assistência Social era realizada, antes de sua regulamentação, pela Legião Brasileira de Assistência (LBA). Esta instituição foi criada em 1942, com o objetivo de ajudar aos “pobres” ou “necessitados”, as suas ações eram realizadas por profissionais da área social que realizavam um trabalho sério e comprometido com os excluídos. Para o período histórico, esta instituição foi importante porque respondia à política populista da época em que foi implementada, mas, por sua vez, as práticas desta instituição foram permeadas pela politicagem e pela burocracia.

A Assistência Social, como política pública, trabalha a partir da ótica da garantia de direitos sociais, com caráter universalista e voltado à autonomia e emancipação dos sujeitos através de ações para auxílio à população de caráter provisório. Constitui-se, portanto, em dever do Estado garantir o acesso a esta política a todos que dela necessitarem, uma vez que é direito do cidadão reconhecido constitucionalmente. Desse modo, a lógica implementada a partir da promulgação da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS difere substancialmente

do trabalho até então realizado, por diversos aspectos sobre os quais buscaremos trazer algumas reflexões.

Contudo, anteriormente, aportamos, sob a forma de síntese, os principais avanços trazidos pela LOAS. Prates (2005, p.05-06) refere que:

A Descentralização e consequente aproximação das realidades locais, mas como contraponto os processo de prefeiturização (repasse de encargos, sem os devidos recursos para sua execução efetiva);

Controle da sociedade (práticas conselhistas);

Definição conjunta de convênios (que devem ser aprovados pelos conselhos evitando beneficiamentos políticos desta ou daquela entidade em detrimento dos interesses populares);

Priorização de ações realizadas por profissionais ao invés de práticas voluntárias (que na forma anterior se mesclavam);

Superação da concepção de benesse pela política de direitos (embora alguns profissionais trabalhassem na perspectiva de direito, não era uma prática reconhecida institucionalmente como tal e muitas vezes era por alguns utilizada como moeda de barganha política);

Elaboração de planos que contemplam a participação popular e exigência dos mesmos para repasse de recursos (planejamento que contempla ou se propõe a contemplar os interesses e prioridades definidas pelo governo em co-gestão com a sociedade);

Implementação de fundos (recursos destinados ao controle dos conselhos que embora não tenham percentuais garantidos por lei, tem maior visibilidade e controle; logo, são mais difíceis de serem desviados);

Obrigatoriedade de aporte de recursos e visibilidade orçamentária pelas três esferas de governo.

Os princípios fundamentais da política de Assistência Social são:

Supremacia do atendimento às necessidades sociais<sup>4</sup> sobre as exigências de rentabilidade econômica; universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas; respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito de benefícios e serviços de qualidade, bem como a convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade; igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais e a divulgação ampla de benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo poder público e dos critérios para a sua concessão (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO Social, 2001, p.204).

A responsabilidade para a efetivação da política de Assistência Social deve ser das três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Entretanto, a execução dos programas, projetos e serviços passou a cargo dos municípios objetivando materializar o processo de descentralização.

Atualmente, o órgão responsável pela execução desta política no município de Porto Alegre é a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), antes chamada de FESC<sup>5</sup>. A partir de 1989, quando a administração popular assumiu a direção do município, foram realizados vários diagnósticos sobre os atendimentos assistenciais disponíveis na cidade e os relatórios mostram a efetivação de ações fragmentadas, realizadas por diversas secretarias com um conjunto de programas e serviços desempenhados de forma tímida devido à precariedade de recursos financeiros destinados a esta área (FUNDAÇÃO, 1998, p. 05).

<sup>4</sup> O conceito de necessidades sociais vincula-se à concepção de necessidades básicas e humanas, diferentemente do conceito de necessidades mínimas. Pois o último tem a conotação de menos, menor, menos valia em sua acepção mais ínfima, identificada com patamar de satisfação de necessidades que beiram a desproteção social. Entretanto, necessidades básicas e humanas expressam algo fundamental, principal, primordial, que serve de base de sustentação indispensável e fecunda ao que a ela acrescenta. Assim, enquanto o mínimo pressupõe supressão ou cortes de atendimentos, tal como propõe a ideologia liberal, o básico requer investimentos sociais de qualidade para preparar o terreno a partir do qual maiores atendimentos possam ser prestados e otimizados (PEREIRA, 2000, p.26).

<sup>5</sup> A FESC, fundada em 1977, tinha, na época, vinculação com a SMEC, destinava-se a “[...] promover e desenvolver a educação social e comunitária e administrar os centros de comunidade e esportivos e equipamentos similares” (FUNDAÇÃO, 1998, p. 60). E desenvolviam atividades relacionadas com a predominância nas áreas de lazer, recreação e esporte. Realizando-as durante um período bastante longo, basicamente, até o início dos anos 90.

Dessa forma, a partir da realização destes diagnósticos, iniciou-se um processo de reordenamento de alguns serviços na cidade para melhor adequá-los considerando as devidas atribuições e competências de cada área e órgão gestor. Exemplo disso foram os serviços de creches infantis, que, em conformidade com os ajustes previstos na Constituição de 1988, passaram a ser coordenados pela Secretaria de Educação – SMED, e que anteriormente estavam sob a gestão da Fundação de Educação Social e Comunitária – FESC.

O principal espaço de deliberação e controle social da Assistência Social passa a ocorrer por meio das Conferências Municipais, que devem acontecer a cada quatro anos (FUNDAÇÃO, 1998). Em 1993, realizava-se a 1.<sup>a</sup> Conferência de Assistência Social, havendo como objetivo discutir os três principais eixos: a Concepção, o Sistema e a Gestão da Política de Assistência Social.

Naquela ocasião, foi aprovado o 1.<sup>º</sup> Plano de Assistência Social do Município, que apresentava as seguintes propostas: efetivar um setor único para gestão e execução desta política em nível municipal, instituindo a Fundação de Educação Social Comunitária - FESC - como órgão responsável. Com isso, foi ampliado significativamente o recurso orçamentário destinado a este campo (FUNDAÇÃO, 1998, p.06). Nesse mesmo ano, acontecia também a introdução das discussões nas plenárias temáticas do orçamento participativo realizadas em conjunto com a sociedade civil sobre a gestão da política de Assistência Social, introduzindo-a nos cinco principais temas, em conjunto com saúde.

Em 1994, foi aprovada, pela Câmara de Vereadores, a Lei n.<sup>º</sup> 7.414, e designada a FESC como autoridade para legislar, promover e coordenar a Assistência Social neste

município, cujas ações, em grande parte, eram anteriormente realizadas pela Secretaria de Saúde e Serviço Social (SMSS) e pelo Movimento Assistencial de Porto Alegre (MAPA).

No ano de 1997, foi realizado o reordenamento oficial da FESC, em decorrência das exigências da política de descentralização, tendo como pressuposto a verificação da atual estrutura e a necessidade de alargamento dos serviços prestados para atender às demandas de Porto Alegre na área. A demanda da Assistência Social crescia a cada dia e os serviços continuavam os mesmos, tornando inviável o acolhimento adequado à população. A fundação na ocasião ainda mantinha uma significativa atuação na área da recreação e do lazer, o que não só consumia parte importante de seus recursos, mas também confundia sua identidade.

Em 2000, a FESC passa a se intitular Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) e tem suas atribuições consolidadas, pela Lei Municipal 8.509/2000, como estratégia necessária para a legitimação dessa política como pública, bem como para afirmação de sua identidade institucional (CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA Social de Porto Alegre - CMAS, 2001/02, p.11).

Durante esse período, foram implementados vários serviços disponibilizados através da rede constituída pela FESC e, posteriormente, potencializados pela FASC, que, a partir de 1998, são organizados através de um conjunto de serviços, programas e projetos organizados, subdivididos em rede básica regionalizada e especializada, abrangendo todas as regiões e os bairros da cidade. Neste estudo, iremos nos deter nos programas e serviços que compõem a rede especializada, pois é responsável pelo atendimento a pessoas que se encontram em situação de rua, embora, em muitas situações, os usuários possam valer-se de benefícios oferecidos pela rede básica. Entre os Serviços da Rede Especializada, destacam-se os:

Serviços e Programas de Proteção Integral à População Infanto Juvenil – estes programas e serviços são realizados através de iniciativas que visam contemplar os aspectos socioeducativo e socioassistencial da criança e do adolescente em situação de risco social, com vistas à sua proteção integral, conforme estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O Serviço inclui abrigagem, apoio e proteção à família, cumpridos pela própria fundação ou por instituições não governamentais conveniadas.

Para o atendimento a adolescentes em situação de rua destacamos o Serviço de Educação Social de Rua (ESR). Conforme a FASC (FUNDAÇÃO, 1998), este serviço foi criado, em 2000, com objetivo de abordar e identificar crianças e adolescentes em situação de rua, em todas as regiões da cidade. A equipe técnica mantém contato com os jovens até com eles estabelecer vínculos de confiança, possibilitando, assim, que, através da intervenção profissional, possam viabilizar a reinserção da criança ou do adolescente na família ou sua inserção na rede de serviços. O objetivo do trabalho é despertar nestes adolescentes o desejo de sair da rua e mobilizá-los a elaborar um novo projeto de vida, sem, contudo, tirá-los contra a sua vontade das ruas, o que a experiência mostra ser pouco efetivo. Este serviço está vinculado à rede especializada e própria da FASC. Segundo informações desta instituição, não há um número determinado de atendimentos, pois os sujeitos são atendidos e acompanhados de acordo com a demanda (FUNDAÇÃO, 2005).

Existem, ainda, os serviços de abrigagem da rede especializada própria e conveniada, que visam garantir proteção integral a crianças e adolescentes privados, temporária ou definitivamente, da família. A rede especializada própria conta com os seguintes serviços: Acolhimento Noturno Casa de Acolhimento, Abrigo Municipal Ingá Brita, Casa de Passagem. Na rede conveniada, existem os serviços: Casa de Passagem Intercap, SOS Casa de Acolhida,

Lar São José, Abrigo João Paulo II, Aldeias Infantis SOS - filial Porto Alegre, e o Programa Casas-Lar (FUNDAÇÃO, 1998).

Para dar maior visibilidade à rede de serviços e programas de atendimento à população infanto-juvenil apresentaremos algumas informações importantes sobre os locais da rede especializada própria da FASC. Consideramos fundamental o conhecimento desta rede, pois, durante as entrevistas com os sujeitos pesquisados, estas informações foram diversas vezes mencionadas, uma vez que têm relação direta com a condição de vida destes sujeitos e com o objetivo do estudo. Passemos às informações:

O acolhimento noturno foi implantado em 2001 para a prestação de atendimento emergencial a adolescentes em situação de rua. Funciona somente à noite, em regime de albergagem e oferece janta, ceia e desjejum, recreação, pouso, atividades esportivas e culturais. Também, realizam encaminhamentos dos adolescentes para os serviços diurnos, em especial, para atendimentos de saúde. Buscam estabelecer o vínculo com as famílias dos jovens, objetivando o seu retorno para o lar. Segundo informações da FASC, o número disponível de vagas é 60 por dia (FUNDAÇÃO, 2005).

A Casa de Acolhimento é um abrigo que oferece acolhimento imediato a crianças e adolescentes, de ambos os sexos, em situação de rua. Implantado em 2000, o serviço prevê atendimento integral e temporário – até que os jovens sejam encaminhados novamente para suas famílias ou para famílias substitutas. O número de vagas disponível é 34 (FUNDAÇÃO, 2005).

O Abrigo Municipal Ingá Brita foi criado, em 1988, para funcionar como albergue. Em 1995, a partir de reordenamento, passa a se constituir como abrigo. O seu atendimento é destinado a adolescentes do sexo masculino, com idade entre de 14 a 18 anos, em situação de rua e com vínculos familiares rompidos. O atendimento é integral e permanente – até que o jovem complete 18 anos. O número de vagas disponível comporta 38 adolescentes (FUNDAÇÃO, 2005).

A Casa de Passagem foi implantada em 1999 e atende crianças de 7 a 12 anos, afastadas das famílias, pela Justiça, em decorrência de situações de violência, negligência e abandono familiar. Oferece abrigagem temporária – até o momento em que a situação de cada criança seja definida pelo judiciário. Este abrigo tem o objetivo de garantir proteção a estas crianças e adolescentes. O número de vagas é 25 e seu endereço é sigiloso para garantir a proteção de seus usuários (FUNDAÇÃO, 2005).

Com relação a programas direcionados aos jovens adultos, existe apenas um – o Bolsa Auxílio, iniciado em 1999, com recursos do Unicef. Este programa beneficia os jovens egressos do Abrigo Municipal Ingá Brita, do Pró-Jovem, da Escola de Porto Alegre (EPA) e de outros locais que prestam atendimento a adolescentes em situação de vulnerabilidade, geralmente, quando estes jovens completarem 18 anos. O valor da bolsa auxílio é de R\$200,00 mensais por um período de até 12 meses, garantindo a transferência de renda e apoio social para jovens-adultos com história de vida na rua. O número de vagas é restrito a 18 jovens por ano (FUNDAÇÃO, 2005).

Programas e Serviços de Atenção à População Adulta – estes programas e serviços visam contribuir com a emancipação dos sujeitos que se encontram em situação de risco

social, e incluem os serviços de abrigagem, de apoio e proteção à família desempenhados pela própria Fundação ou por instituições não-governamentais conveniadas. São realizados por meio de ações que visam garantir as necessidades básicas e humanas de sobrevivência e viabilizar o acesso aos direitos de cidadania à população. São constituídos, principalmente, por serviços de abrigagem, programas de geração de renda, cursos profissionalizantes e assessoria jurídica.

A rede especializada própria conta os seguintes serviços: Serviço de Atendimento Social de Rua, Casa de Convivência, Abrigo Municipal Marlene, Abrigo Municipal Bom Jesus, Abrigo Municipal Marlene. Na rede conveniada, existem os serviços que seguem: Hospedagem, Albergue Felipe Dilh e Instituto Espírita Dias da Cruz (FUNDAÇÃO, 2005).

Dentre esses, deteremo-nos a detalhar, como realizado anteriormente com a rede destinada à população infanto-juvenil, a rede de serviços e programas de atendimento à população adulta que compõe a rede especializada própria da FASC.

O Serviço de Atendimento Social de Rua (ASR) foi criado, em 1997, para a abordagem e a identificação de moradores de rua no espaço de logradouros e vias públicas. Os técnicos, através de abordagens diretas, incentivam os moradores de rua a se inserirem na rede de atendimento da cidade (assistência social, saúde, habitação, geração de renda, alfabetização etc.). Buscam também o estabelecimento de vínculos com cada pessoa abordada para motivá-la a iniciar a elaboração de um novo projeto de vida. Segundo informações da FASC, não existe um número determinado de atendimentos e acompanhamentos, pois esse serviço é realizado conforme a solicitação da comunidade (FUNDAÇÃO, 2005).

A Casa de Convivência foi inaugurada efetivamente em 2001, passando a funcionar junto ao Serviço de Atendimento Social de Rua. É um espaço de acolhimento diurno e de referência para a população adulta de rua, oferecendo apoio à sua organização pessoal (encaminhamento para a rede de atendimento, solicitação de documentação, etc.) e atendimento de necessidades básicas, como higiene. Sua capacidade diária é para atendimento de 70 pessoas (FUNDAÇÃO, 2005).

O Abrigo Municipal Marlene ou Abrivivência, como é mais conhecido, foi implantado, em 1995, para oferecer serviço de abrigagem para adultos moradores de rua. Além do acolhimento, auxilia os abrigados em sua reorganização pessoal e social. O número de vagas é 100 no ano inteiro e 110 no período de inverno (FUNDAÇÃO, 2005).

O Abrigo Municipal Bom Jesus foi implantado, em 1987, como albergue e administrado pela Secretaria Municipal de Saúde até 1993, quando passou à responsabilidade da FASC, em 1997, período em que foi inaugurado como Abrigo Municipal Bom Jesus. Atualmente, abriga adultos moradores de rua e auxilia-os em sua reorganização pessoal e social. O número de vagas existentes é 78, ampliadas no período de inverno para 88 (FUNDAÇÃO, 2005).

Em 2000, foi implantada a Casa de Inverno para oferecer, por noite, albergagem a 120 moradores de rua adultos durante o período de inverno. Em outubro de 2001, no entanto, o serviço passou a funcionar o ano inteiro e recebeu o nome de Albergue Municipal. Atualmente, oferece pernoite, janta, café-da-manhã, banho e roupas limpas a moradores de rua de ambos os sexos. Existem 120 vagas disponíveis, ampliadas para 150 no período de inverno (FUNDAÇÃO, 2005).

Os programas da rede especializada própria da FASC para a população de rua incluem a Reinserção à Atividade Produtiva – RAP. Este programa tem o intuito de proporcionar qualificação profissional para moradores de rua com acompanhamento técnico e repasse de bolsa auxílio. Em 1999, ocorreu a primeira edição do programa. Segundo levantamento estatístico da FASC, 700 pessoas já foram beneficiadas pelo programa (ASSEPLA/FASC, 2005).

O “Bandejão Popular” é um restaurante que oferece refeições à população adulta de rua e migrantes, convênio com a FASC foi firmado em 2003. Tem capacidade de oferecer 700 refeições por mês a esta população (FUNDAÇÃO, 2005). Embora este oferecimento de refeições populares não seja exclusivamente uma obrigação da política da LOAS.

Recentemente, foi desenvolvido um programa de acolhimento e encaminhamento para a atenção integral à população adulta de rua (Paipar), inaugurado em 2004, que busca integrar os serviços prestados aos moradores de rua, ampliar e qualificar as ações e sensibilizar a população sobre as questões que levam pessoas à vida nas ruas e suas implicações. De acordo com a FASC, além da ampliação de vagas na rede de abrigos, albergues e ambulatórios, os serviços foram qualificados com a implantação de uma nova Casa de Convivência, em setembro de 2004. Outro serviço implantado foi o Programa de Saúde da Família (PSF) Sem Domicílio, ou PSF Rua, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O Programa contempla ainda o Centro de Atendimento Psicossocial (Caps) em Álcool e Drogas para tratamento e reinserção social de usuários em sofrimento psíquico grave por uso abusivo de álcool e outras drogas, que funciona no Hospital Conceição (FUNDAÇÃO, 2005).

Destacamos que esta iniciativa de articulação entre as políticas, através de um programa, é resultado de amadurecimento do processo, embora ainda seja cedo para visualizarmos resultados consistentes num importante avanço em termos de qualificação e busca por maior efetividade. Assim, resta-nos acompanharmos o seu desenvolvimento e verificarmos se terá apoio do governo para se manter e garantir recursos integrados de modo a oferecer de fato os serviços conforme planejado.

#### **1.4.2 A política de saúde e a rede de serviços em Porto Alegre**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado, no Brasil, a partir da Constituição de 1988, com objetivo de garantir o acesso universal da população à saúde. No entanto, foi regulamentado em 1990. A sua implementação, como na política de Assistência Social, foi resultado de um processo de intensa mobilização social, envolvendo vários segmentos da sociedade (sindicatos, associações, movimentos sociais, partidos políticos, plenárias populares, instituições privadas e outras) e do Estado que trabalhavam com área da saúde.

Este sistema deve garantir o atendimento de saúde universal, igualitário e integral a todo o cidadão brasileiro que dele precisar através das unidades de saúde, ambulatórios, clínicas e hospitais, sem que nada seja cobrado da população usuária. Está estabelecido em lei que os municípios deverão aportar recursos mínimos de 15% da sua receita para desenvolvimento da política de saúde. Em Porto Alegre, são aplicados 18% do orçamento municipal na área da saúde (PORTO ALEGRE, 2005).

As ações de saúde, antes da regulamentação, eram realizadas pelo Instituto Nacional de Previdência Social e Saúde (INAPSS), órgão que preponderava o atendimento de saúde somente aos trabalhadores que possuíam vínculo empregatício, ou seja, carteira de trabalho assinada. A população que não tinha emprego formal era atendida pelos Hospitais da Santa de Misericórdia numa perspectiva de caridade e filantropia e não como um direito social.

Esta política está integrada ao Sistema Nacional de Seguridade Social (sinônimo de proteção social mínima), juntamente com a Política de Assistência Social e a Previdência Social. Com base no texto legislativo, a saúde possui os seguintes princípios:

Universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade de assistência; Preservação da autonomia das pessoas; Igualdade de assistência; direito à informação, divulgação de informação, utilização da epidemiologia; participação da comunidade; descentralização político-administrativa dos serviços; integração das ações; conjugação dos recursos financeiros; capacidade de resolução dos serviços; e a organização dos serviços públicos (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO Social, 2001, p.180).

A efetivação do SUS está sob a responsabilidade das três esferas governamentais (Federal, Estadual e Municipal). Todavia, a organização político-institucional deste sistema está destacada no Artigo 30 da Constituição Federal como:

[...] competência do município a prestação dos serviços de atendimento à saúde da população, com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados. No Artigo 198, quanto ao ordenamento social, na seção sobre saúde, a Constituição coloca que as ações e os serviços de saúde devem ser organizados com gestão descentralizada e de acordo com a participação da comunidade (CECCIM, 2001, p.5).

No município de Porto Alegre, a Secretaria Municipal da Saúde é o órgão supremo para assistência à saúde da população. A organização político-institucional deste órgão está dividida por regiões, chamadas de Gerências Distritais, totalizando oito regiões. Dentro de cada gerência, há diversos serviços de saúde (125 postos de saúde, sendo 117 Unidades Básica de Saúde, 8 Centros de Saúde e 2 hospitais) (PORTO ALEGRE, 2005).

O principal espaço deliberativo e de controle social da política de saúde ocorre por meio das Conferências Municipais de Saúde a cada quatro anos, que tem as seguintes competências: avaliar a situação da saúde no âmbito do município e propor diretrizes para formulação de políticas de vigilância à saúde (PORTO ALEGRE, 2005).

Na cidade de Porto Alegre, o atendimento voltado a contemplar as necessidades integrais de saúde dos moradores de rua ocorre de forma tímida. A implementação de algumas ações são ainda muito recentes. Atualmente, existe apenas um serviço especializado, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, chamado de “PSF sem domicílio” (Programa de Saúde da Família sem domicílio) para atendimento de moradores de rua que estão no centro da cidade. O serviço foi inaugurado no final da gestão municipal passada (2004), com o objetivo de ampliar o acesso destes sujeitos à saúde, além de qualificar agentes (que também são moradores de rua) para apoio em situações de emergência. A equipe é composta por um médico, uma enfermeira e agentes de saúde.

Esta iniciativa é pioneira, no estado, em termos de atendimento de saúde a populações de rua. Suas ações privilegiam o local onde há maior concentração de moradores de rua da cidade (região central), como apontam os estudos sobre as condições de vida desta população. Nas regiões centrais, o fluxo de sujeitos é bastante intenso. Isso ocorre por dois principais

motivos: o primeiro refere-se à questão da segurança e o risco é menor de serem “queimados” e/ou sofrerem agressões físicas e psicológicas da sociedade e para a garantia a sua sobrevivência. Por outro lado, o seu atendimento ainda tem muito que avançar, principalmente, em termos de abrangência, estendendo a assistência também a moradores de rua de outros bairros.

Isso ocorre também no caso do atendimento nos serviços do SUS em geral para população de rua, como a maioria da população tem residência fixa o acesso para a assistência à saúde aos moradores de rua é restrito e excludente, pois grande parte destes sujeitos tem dificuldades para acessar ao sistema devido à sua forma descentralizada de atendimento, o que limita o atendimento a quem tem residência fixa. O que não considera a rua como tal. Isso nos remete à importância do atendimento à saúde para este sujeito morador de rua. Segundo a fala de um entrevistado em pesquisa realizada pelo Labinter PUCRS: “[...] eu só quero uma riqueza: a saúde (J.G.O) (BULLA et al., 2004, p. 114).

Ainda vale ressaltar que, no município, existe apenas um centro de atendimento de referência ao atendimento à população de rua portadora do HIV/Aids, que é o Ambulatório de Atendimento Especializado em DST/AIDS (SAE). Há também um programa de Assistência Domiciliar Terapêutica a Portadores de Aids (ADOT), que atende indivíduos doentes de Aids cujo estado físico não permite, temporariamente, a locomoção até um serviço de saúde. Este serviço presta cuidados intermediários entre o atendimento hospitalar e o ambulatorial através de uma equipe interdisciplinar que conta com enfermeiro, médico, psicólogo, fisioterapeuta e auxiliares de enfermagem (PORTO ALEGRE, 2005).

O Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS) também iniciou um processo de legitimação para o atendimento de referência aos moradores de rua da cidade. O ADS tem a finalidade de prestar atendimento público de saúde a todos cidadãos. O perfil dos usuários atendido é, na maioria das situações, dos excluídos, oriundos da capital, região metropolitana e interior do estado. O atendimento é prestado em nível secundário de atenção à saúde, sendo o ambulatório especializado no diagnóstico e tratamento de agravos dermatológicos de interesse sanitário e é referência para atendimento de DST e HIV/AIDS. Possui cerca de 3.000 pacientes com HIV/AIDS – usuários cadastrados para acompanhamento clínico e de profissionais de outras áreas (OURIQUES, 2005).

Em 2004, o Centro de Testagem e Aconselhamento, em conjunto com o Setor de Serviço Social do ADS, preocupados com o aumento do número de sujeitos de rua que buscam a testagem Anti-HIV, propuseram-se a discutir, com a Secretaria de Saúde do município, a forma mais adequada de atendimento para facilitar o acesso a moradores de rua neste serviço. Esta iniciativa tinha o objetivo de construir uma rede para o atendimento a estes sujeitos.

As primeiras reuniões sistemáticas com o PFS sem domicílio ocorrem no ADS e as seguintes na sede deste local no município (Hospital Santa Marta). Neste período, pudemos nos conhecer enquanto equipe que trabalhava com este público e tivemos a possibilidade de discutir a forma de encaminhamento de um serviço para outro. No início de 2005, foi realizada uma capacitação para os agentes de saúde (moradores de rua) sobre HIV/Aids e DST. Atualmente, temos o conhecimento de que esta rede não está funcionando devido a modificações internas do PSF sem domicílio, ocorridas em virtude da troca recente de governo.

A construção da rede de atendimento em saúde aos moradores de rua está se constituindo, porém os resultados de sua efetivação somente poderão ser avaliados com o passar da história. Aliás, seria um ótimo projeto de pesquisa a ser desenvolvido.

No próximo capítulo, discutiremos o processo da adolescência e a sua relação com os jovens adultos de rua. Esta discussão tem por objetivo problematizar as diferenças existentes, em termos de características pessoais, entre um adolescente que possui, mesmo que minimamente condições de vida (casa, família, acesso à escola e ao sistema de saúde, etc.) e a realidade do jovem adulto de rua portador do HIV/Aids.

## 2 O PROCESSO DA ADOLESCÊNCIA E OS JOVENS ADULTOS DE RUA

“[...] Eu moro na rua não tenho ninguém  
Eu moro em qualquer lugar  
Já morei em tanta casa que nem me  
Lembro mais...  
Eu moro com meus pais  
[...]  
Sou uma gota d’água  
Sou um grão de areia  
Você me diz que seus pais não entendem  
Mas você não entende seus pais  
Você culpa seus pais por tudo  
E isso é um absurdo  
São crianças como você  
O que você vai fazer quando crescer?  
(Dado Villa-lobos/Renato Russo/Marcelo Bonfá)

Neste capítulo, propomo-nos a realizar reflexões que articulem o processo da adolescência e sua relação com a realidade dos jovens adultos de rua. A finalidade desta articulação é apresentar ao leitor quais foram as bases teóricas que fundamentaram nosso estudo no que concerne ao tema investigado.

O processo da adolescência enquanto crise e conflito é um assunto em pauta ao longo das gerações. Entretanto, a efetiva caracterização do termo adolescente, considerada como uma etapa evolutiva da vida do ser humano, ocorreu somente nas últimas décadas como veremos no desenvolvimento do capítulo.

Os jovens adultos, apesar de terem completados seus 18 anos, apresentam características semelhantes a um adolescente. Segundo Oliveira (2001), a definição de jovem é mais como um trabalho psíquico do que como uma faixa etária, visto que a sua durabilidade

não dependerá tanto da idade, mas do peculiar tempo de cada sujeito para realização desta operação subjetiva. O jovem caracteriza-se por uma situação inacabada: nem completamente criança, nem completamente adulto. Deste modo, existe por parte destes a busca de alternativas de sobrevivência e o desejo de ser reconhecido socialmente (BARRETO et al., 2004).

Elegemos como eixo de fundamental importância a transitoriedade do ser jovem ao ser adulto, não só pelo fato de grande parte dos jovens serem oriundos da rede de atendimento a crianças e adolescentes da cidade, mas pela forma como chegam ao serviço de atendimento para a população adulta de abrigagem e convivência, apresentando características próprias da adolescência e as características peculiares de jovens que tiveram suas vidas marcadas pela rua.

## 2.1 A FASE ADOLESCENTE

O termo adolescência tem origem no latim *adolescere* – crescer. Osório (1989) assinala que adolescência é uma etapa evolutiva peculiar ao ser humano e perpassa todo o processo de maturação biopsicossocial. A sua caracterização como etapa de transição da fase criança para a etapa adulta da vida ocorreu recentemente, pois, antes, a caracterização do jovem era realizada a partir de parâmetros meramente biológicos - dissociados das questões psicológicas, culturais, sociais, além da diferenciação entre questões de gênero.

Os adolescentes do sexo masculino tinham o perfil de serem “desengonçados”, apresentavam mudanças em sua voz e espinhas na face. Já as meninas eram “desproporcionadas” com seu torso arqueado, geralmente, para esconder os seios e entravam em um período chamado de menstruação, sofrendo alterações em seu corpo como um todo (OSÓRIO, 1989). Essas transformações biológicas são originárias de mudanças hormonais relacionadas à puberdade<sup>6</sup>, que hoje é considerada uma etapa da adolescência para vislumbrar as modificações físicas do ser humano. Atualmente, o conceito de adolescência está mais abrangente e Osório (1989, p.11-13) relata, ainda, que:

[...] a adolescência, embora seja um fenômeno igualmente universal, tem características bastante peculiares conforme o ambiente sociocultural do indivíduo [...] hoje os estudos da adolescência extrapolam interesse biológico e cognitivo sobre a etapa evolutiva do ser humano para, através dele, procurar entender todo um processo de aquisições e motivações da sociedade em que vivemos [...].

Para a referência sobre as transformações na adolescência, em primeiro lugar, devemos contextualizar em qual realidade o sujeito está inserido – cada nação ou país, estado e município expressa sua cultura, seus valores e suas crenças, que acabam influenciando diretamente nas mudanças desta fase do desenvolvimento para cada grupo de indivíduo.

Um dos aspectos que diferencia a vida de cada sujeito adolescente é se vem recebendo ou não as condições básicas e materiais para a sua sobrevivência e do seu núcleo familiar. Para Prates (2001), existe diferença entre o adolescente que apresenta um grau de vulnerabilidade e de pobreza maior do que o sujeito que não enfrenta esse tipo de situação.

---

<sup>6</sup> Segundo Osório (1989), o termo puberdade é proveniente do Latim, que significa *pubertate* – sinal de pêlos, barba, penugem.

Para o primeiro, em muitas situações, este período é abreviado pela necessidade de sobrevivência da família, com situações de trabalho para o auxílio no sustento diário ou até mesmo por uma gravidez precoce. Refere ainda que estes sujeitos:

[...] dirigem suas energias para a luta pela sobrevivência e apenas experimentam a puberdade como processo inevitável de transformação física, não dispondo do tempo necessário para o seu desenvolvimento adequado, pois se encontram confinados em um contexto de fome e miséria (PRATES, 2001, p. 134-135).

Neste sentido, a necessidade de contextualizar a realidade social de cada sujeito torna-se uma condição imprescindível para os estudos científicos, pois cada adolescente tem sua história e contexto de vida próprio. Com relação ao adolescente pobre, podemos dizer que o contingente de miseráveis na população total brasileira, na década de 1990, estava em 32 milhões, entre os quais, 15 milhões eram crianças e jovens de idade entre zero e 18 anos.

Deste modo, a incidência de jovens em situação de indigência correspondia a cerca de 25% da população infanto-juvenil, que era de 45 milhões (MENDONÇA, 2002). A indigência infanto-juvenil, como um fenômeno urbano, destacava-se nas áreas metropolitanas e nas maiores concentrações como o Rio de Janeiro (471 mil) e em São Paulo (327 mil) na Região Sudeste, seguidos por Recife (283 mil) e Fortaleza (229 mil) na Região Nordeste (MENDONÇA, 2002).

Diz ainda o autor que:

Os riscos inerentes a estas precárias condições de vida caracterizadas pela fragilidade do núcleo familiar e fracasso da escola como agentes socializadores de

base, e pelas vivências de rua, se traduzem em muitas situações de risco para a infância e a juventude, que são formas de exploração que as sociedades desenvolvidas já conseguiram controlar, e que permanecem como desafios para a política de atendimento à juventude no Brasil (MENDONÇA, 2002, p.9).

O processo de exclusão social pressiona os jovens a formar negativas de integração, levando alguns até mesmo a cometerem atos infracionais ou irem morar nas ruas das grandes cidades. Assim, reorientar os programas e ações sociais, em especial, aqueles que se destinavam à redução da pobreza, situação em que se encontra grande parte da população de jovens, passou a ser uma nova exigência das políticas públicas a partir da Constituição Federal de 1988. A reforma político-institucional brasileira, nos anos 90, incorporou a noção de proteção integral e universal com eqüidade, seguindo tendência internacional e visando, especialmente, no campo da criança e do adolescente, à mudança no processo de integração social desses sujeitos.

### **2.1.1 A construção dos direitos direcionado à criança e ao adolescente no Brasil**

A construção histórica dos direitos da criança e do adolescente no país sofreu, ao longo da história, diversas alterações com avanços e retrocessos. Neste estudo, o nosso objetivo central é a realização de uma breve contextualização destas transformações para qualificar a discussão sobre a fase adolescente e sua relação com o tema da pesquisa: jovens adultos de rua.

Fazendo uma breve retrospectiva histórica, podemos apontar como os principais acontecimentos no que concerne às políticas direcionadas à criança e adolescente, as que seguem:

1<sup>a</sup> - Em 1927, ocorreu a promulgação do Código de Menores;

2<sup>a</sup> - No período entre 1930 e 1943, ocorreu a consolidação da organização da assistência social para o atendimento aos menores. Também surgiram outras iniciativas de proteção social para o atendimento da criança, na área do trabalho, na normatização de ações preventivas de saúde e assistência social e na obrigatoriedade do ensino fundamental;

3<sup>o</sup> - Entre 1964 e 1988, aconteceu a criação da Fundação do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) através da Política de Bem-Estar do Menor (PNBEM);

4<sup>o</sup> - Na década de 1980, formou-se a Comissão Nacional Criança Constituinte e com isso surgiram as emendas populares: “Criança e Constituinte” e “Criança - Prioridade Nacional”, além da regulamentação da Constituição Federal de 1988 (Artigo 227).

Ressaltamos que, nesse período, a questão do “menino(a) de rua” aparece como uma expressão impulsionadora das lutas pelos direitos da criança e do adolescente. Em 1984, aconteceu o I Seminário Latino Americano de Alternativas Comunitárias de Atendimento a este público; e, em 1985, foi criado o Movimento Nacional de Meninos(as) de Rua (OURIQUES et al., 2004).

5º - Nos anos de 1990, ocorreu a formulação e a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (MENDONCA, 2002).

A partir desta contextualização, podemos observar que, ao longo da história no campo dos direitos, a questão do menino(a) de rua sempre foi pauta de discussão dos movimentos sociais no país e isto ajudou a compor um palco de luta, conquistas e avanços com relação aos direitos da criança e do adolescente. Por sua vez, os estudos apontam que um grande contingente de meninos(as) de rua que participaram ativamente para garantir a implementação do ECA, atualmente, com 18 anos de idade, ainda permanecem vivendo em condições precárias de sobrevivência, com as mesmas características peculiares de quando adolescente. A legislação protege os adolescentes somente até completarem 18 anos de idade.

Estes sujeitos são denominados de jovens adultos de rua – que apesar de terem entre 18 anos e 24 anos e adultos juridicamente, não podem ser considerados como crianças e nem completamente adultos, apresentando características próprias da fase adolescente, como a tendência à formação de grupos, mudanças de humor em curto período, agressividade, contestação das relações de autoridade, entre outras (OURIQUES, 2002).

Os estudos da psicologia do desenvolvimento determinam que a adolescência termina aos 17 anos e, após, inicia a fase denominada jovem adulto, que ocorre dos 18 aos 24 anos (claro que é diferente para cada sujeito). Rochefort (1993, p. 19) refere que: “[...] a idade jovem adulto é ignorada sem nenhuma mudança física importante. É, outrossim, determinada pelos valores sociais que variam de sociedade para sociedade e mesmo de grupo para grupo”.

As mudanças ocorridas na passagem da vida adolescente para a vida adulta poderão acontecer sem grandes transformações biopsíquicas – claro que isso acontece conforme a história peculiar de vida de cada sujeito. Para alguns indivíduos, este período continua sendo de grande resistência, principalmente, para a garantia de sua sobrevivência.

### **2.1.2 O processo da transitoriedade**

O processo de transição da adolescência para a fase de jovem adulto não pode ser considerado um fenômeno universal com transformações iguais para todos os sujeitos, pois este processo sofre alterações decorrentes das modificações do período histórico e sociocultural de cada nação e de cada época. Contudo, destacamos que não são todos os jovens adultos que deixam a vida infantil em direção à vida adulta vivenciando os mesmos conflitos, tensões e bloqueios (MOREIRA, 2001).

A transformação que consideramos ser mais significativa, nesta fase do desenvolvimento humano, ocorre, principalmente, no aspecto sociojurídico. Na atual legislação brasileira, essencialmente, no ECA, não existem disposições legais que protejam os adolescentes depois dos 18 anos com ações intermediárias que possam preparar estes sujeitos para a sua inserção no sistema de atendimento a população adulta.

Não há dúvidas de que a idade considerada pelo Estatuto para a conclusão da adolescência é os 18 anos, no entanto, consideramos o reconhecimento unânime de que esta faixa etária não é precisa, o ECA poderia contemplar medidas de transição, talvez não tão

direcionadas como na fase anterior, mas prevendo adaptação e proteção parcial do jovem adulto para contribuir com sua autonomia.

Quando adolescentes (até o último dia de completarem seus 18 anos), estes sujeitos são protegidos pelo que denominamos de Doutrina de Proteção Integral, que pressupõem um sistema de atenção integrado de políticas básicas, políticas de proteção especial e políticas socioeducativas. Após os 18 anos, estes sujeitos passam a receber atendimento que contempla as necessidades de um adulto, portanto, pressupõem autonomia, emancipação e cumprimento de responsabilidades penais (por meio de um código legislativo) – o que é diferente do sistema de proteção, pois o seu objetivo é a segurança, o amparo, a proteção e a responsabilidade permanente do Estado. Isso acaba gerando um grande abismo entre a transição dos 17 para os 18 anos de idade. Além disso, provoca também um paradoxo entre o que é garantido no ECA para a fase adolescente e na Legislação Ordinária para os adultos, que somente demonstra as obrigações legais e criminais.

Barreto et al. (2004, p.16) destacam que “[...] isso faz com que, no dia em que o jovem completa 18 anos de idade, como um passe de mágica, seja incluído no mundo dos adultos, com as responsabilidades que isso implica”. O autor refere ainda que, por outro lado, apesar do jovem ter que assumir responsabilidades de adulto, alguns destes sujeitos, em toda sua vida, geralmente, não tiveram a oportunidade de desenvolver plenamente a capacidade de ser responsável e apresenta dificuldades no cumprimento de seus deveres, incluindo, até mesmo, uma simples tarefa da vida diária.

Na legislação atual que protege os adolescentes, as disposições somente referem-se às funções punitivas no que diz respeito ao não cumprimento de responsabilidades,

essencialmente, quando os adolescentes cometem atos infracionais. Nestas ocasiões, é que a questão do dever é imposta com medidas meramente punitivas. O processo de responsabilização destes sujeitos deve ser construído no decorrer de toda sua vida, desde sua infância, e reforçada, principalmente, no período da adolescência em que sua identidade está sendo constituída. O ECA não contempla as necessidades que a passagem para a vida adulta exige, deixando, assim, uma importante lacuna.

[...] O estatuto não encara a função pedagógica e apenas exerce um poder coercitivo frente aos adolescentes. Assim, sendo, além de não educar, a lei brasileira acredita que este trânsito para a vida adulta é cronológico, e não relacionado com o desenvolvimento intelectual e emocional de cada um. (BARRETO et al., 2004, p. 16).

As consequências desta lacuna na legislação trazem para os jovens adultos um reforço ao processo de exclusão social vivenciado por alguns destes sujeitos, como ocorre, especialmente, com os sujeitos que têm precárias condições de vida, como os que moram nas ruas desde sua infância, por exemplo. Estes sujeitos, dentro de um contexto específico, como é no caso de Porto Alegre, acabam não sendo completamente preparados para exercer a sua vida civil pelas instituições de atendimento a adolescentes, o que dificulta ainda mais o processo de transição (OURIQUES, 2002).

No próximo subcapítulo, apresentaremos algumas reflexões sobre a realidade social do jovem adulto que tem sua história de vida marcada pelo processo da rualização.

## 2.2 O JOVEM ADULTO DE RUA

As reflexões aqui apresentadas surgiram, principalmente, a partir da experiência prática da pesquisadora na época da realização do Estágio Curricular de Graduação em Serviço Social pela FSS da PUCRS, entre os anos de 2000 a 2002. Tal experiência foi realizada na FASC, no Abrigo Municipal Bom Jesus (AMBJ), com moradores de rua adultos de Porto Alegre que se encontravam abrigados neste local.

O entusiasmo pessoal da pesquisadora quanto à investigação com jovens adultos de rua surgiu durante este estágio, após diversas situações de conflito e aprendizado vivenciadas durante este período. Na disciplina de Pesquisa em Serviço Social deste nível, o tema estudado foi às relações que este jovem estabelecia com as instituições de atendimento de Assistência Social. Tal pesquisa contribui para a construção de um trabalho apresentado em conjunto com a equipe do AMBJ no Seminário de Práticas Sociais da FASC, em 2002, e resultou também em uma publicação de um artigo no livro “Adolescência: um problema de fronteiras”, no ano de 2004, pela Associação Psicanalítica de Porto Alegre neste mesmo período.

Na época, a inserção destes jovens no AMBJ estava cada vez mais freqüente e, com isso, existia uma preocupação da equipe com relação à forma de atendimento a estes sujeitos que, até então, não estavam inseridos neste atendimento a adultos de rua, pois estavam vinculados à rede de atendimento de crianças e adolescentes por terem 17 anos. Destacamos algumas reflexões da pesquisadora para ilustrar a relevância do estudo. A primeira reflexão é com relação à invisibilidade dos aspectos que compõem a vida peculiar dos jovens adultos de rua como um importante processo de exclusão social, essencialmente, no campo científico.

### **2.2.1 A invisibilidade como processo de exclusão social**

A produção de conhecimento acerca da realidade do jovem adulto de rua é consideravelmente precária, principalmente, na área da criança e do adolescente de rua que, nela permanecem, na fase adulta, com as mesmas dificuldades e carências; abandonados pela família e pelo poder público e, em algumas situações, reproduzindo suas histórias de vida por gerações. O que percebemos a partir da experiência prática que isso ocorre, principalmente, pela questão da invisibilidade deste sujeito na própria sociedade. Isto é a reprodução de um sistema excluente maior.

Dessa forma, consideramos importante esta investigação exatamente para contribuir com a ampliação de produções específicas sobre o assunto; fundamentais ao enfrentamento cotidiano realizado pelas instituições que atendem esta parcela da população de rua nas grandes cidades, que vem se avolumando em razão do aumento de processo de exclusão e desigualdade social.

Observa-se que as pesquisas sociais sobre moradores de rua, até então realizadas, apontam dados gerais sobre as características desses sujeitos, mas é pertinente destacar que constituem um grupo heterogêneo, cuja conformação inclui famílias, idosos, crianças e adolescente, adultos e, entre eles, destacam-se os cortes de etnia e gênero como foi referido anteriormente. Entretanto, pouco se tem investigado sobre as especificidades de cada segmento que compõe esta população e que possui diferenças singulares, em que possuem um conjunto de características comuns e situações muitas vezes similares, mas que, no entanto, podem ser vivenciadas de forma diferente. Conseqüentemente, suas necessidades e demandas

em termos de políticas sociais são diferenciadas, ou apresentam particularidades que, se não contempladas, podem resultar na exclusão do acesso aos serviços que têm direito.

O tema população de rua, em geral, tem sido investigado por diversas áreas do conhecimento, mas a base de análise parte das maiores concentrações, quais sejam: sujeitos, em sua maioria, homens; com idade superior a 30 anos, alcoolistas, desempregados por algum tempo e que possuem vínculos familiares fragilizados ou desfeitos.

Para Prates (1998), de um modo geral, os estudos relativos à população de rua adulta de Porto Alegre mostram que este segmento se caracteriza por concentrar 77% de sujeitos do sexo masculino, sendo que 52% possuem idade entre 29 a 45 anos, 85% são originários do estado do Rio Grande do Sul, 62% têm escolaridade máxima de primeiro grau incompleto, 54% concentram-se na região central da cidade e 41% são dependentes químicos (principalmente, de álcool) – com o universo de 222 sujeitos.

Encontramos uma pesquisa realizada pela PUCRS, em 1996, sobre a realidade de meninos(as) de rua de Porto Alegre. Foram entrevistados 197 crianças e adolescentes de rua e o perfil sociodemográfico caracterizou-se assim: a população foi predominantemente masculina (82,2%), faixas etárias entre 10 a 12 anos com 38,1% e 13 a 15 com 33,5%. O grau de escolaridade predominante foi 1º grau incompleto (47,7%) e a procedência de moradia antes de irem para as ruas foi a área urbana 49,8% (REIS & PRATES, 1999). A faixa etária em que estes sujeitos foram para as ruas variou entre 6 a 11 anos de idade. O principal motivo que os levaram a isso foi, segundo sua expressão, para ajudar a família no sustento diário (29,4%) (REIS & PRATES, 1999).

Nas considerações finais deste estudo, apontavam e já sinalizavam seus autores para uma preocupação prospectiva da dimensão futura dos meninos e meninas de rua (pesquisados), bem como as respectivas alternativas para cortar o ciclo de vivência da rua, cujo número poderia representar um crescimento considerável de jovens adultos na situação de rua (REIS & PRATES, 1999).

Percebemos que este crescimento vem ocorrendo conforme verificado em estudo realizado no AMBJ, pela pesquisadora, em 2002, através da análise documental de 49 prontuários de atendimento dos dois anos anteriores à pesquisa. Esta investigação revelou que houve um aumento da demanda e, consequentemente, das dificuldades de atendimento pelas instituições que têm esta atribuição, por não estarem preparadas para incluir esse público, desse modo, contemplando suas características na política de atendimento e com pessoal especializado para trabalhar suas particularidades. Entre os anos de 2000 e 2001, houve um aumento da ordem de 14% da procura de vagas por esses jovens no abrigo mencionado e, até maio de 2002, já havia um aumento de ingressos e reingressos da ordem de 16% se comparado aos dois anos anteriores (OURIQUES, 2002).

De acordo com o aspecto da invisibilidade deste jovem no contexto social, partiu-se de algumas observações empíricas realizadas pela pesquisadora durante estágio na Graduação em Serviço Social. No que concerne a este público específico, verificou-se também estudos que revelam a fragilidade e rompimento das relações entre o jovem e uma instituição de abrigagem para adulto de rua (dificuldade de estabelecer vínculos), a baixa permanência destes jovens no equipamento, o uso diário de substâncias psicoativas e a saúde debilitada pela contaminação de HIV/Aids e de doenças oportunistas, como tuberculose, dermatoses,

pneumonias, entre outras. Além das dificuldades para o cumprimento de normas e regras de convivência, estabelecidas pela instituição.

O debate referente à afirmação de normas e regras no espaço coletivo, como ocorre em um abrigo, é tema contraditório e complexo, logo, sua análise assume especial relevância. Observava-se que havia constates conflitos dificultando o estabelecimento de vínculos entre os atores envolvidos. As normas e regras normalmente impostas pela instituição a estes “adolescentes”, muitas vezes, determinam a sua desvinculação, especialmente, porque estes usuários possuem dificuldades em aceitar formas instituídas de limites devido à sua história de vida nas ruas, sem referência de autoridade, o que resulta em maiores dificuldades para cumpri-las. Há de se considerar também a faixa etária desses sujeitos em fase de desenvolvimento, que tem como característica a resistência a qualquer forma de autoridade e controle, o que se confirma em diversos estudos realizados pela psicologia evolutiva acerca do processo adolescente. Isso gera, reiteramos, como consequência, diversas situações de rompimento e fragilização das relações, dificultando intervenções efetivas junto aos usuários.

Entendemos, a partir do que foi referido, que as normas e as regras são necessárias para a convivência diária, no entanto não podem ser utilizadas sem flexibilidade e contextualização a ponto de causar um impacto negativo na vida destes sujeitos, reproduzindo o processo de exclusão social ao qual já são submetidos. Percebemos, portanto, que esta é uma das razões que justificam a relevância de desvendar suas particularidades por meio da pesquisa social, investir na capacitação de profissionais para lidar com este segmento e, preferencialmente, criar equipamentos ou setores específicos para o atendimento desta população.

Os conflitos existentes entre instituição, normas e regras X jovens adultos materializam-se de diversas formas. Apenas para fins de exemplo, apresentamos uma situação concreta, objetivando dar maior visibilidade à problemática estudada, além de ratificar a necessidade da pesquisa. Conforme relato:

[...] No dia 16 de dezembro de 2000, ingressou no abrigo uma menina de 18 anos de idade. A mesma veio encaminhada pela rede de atendimento de criança e adolescente de rua da cidade. No momento do ingresso, observamos (a equipe de trabalho do abrigo) que a menina não queria ficar no abrigo, porém a funcionária que a acompanhava, “insistia” para que ela permanecesse, afirmava: “Aqui eles te fornecerão roupas [...], e sabes que não podemos mais te acompanhar, porque tu já tens 18 anos”. Após muita insistência, por parte da funcionária, a jovem optou por ficar abrigada, mas não por muito tempo. Dentre as normas do abrigo, está a higienização dos usuários, de acordo com a situação na qual encontra-se aquele que chega. Assim, quando foi solicitada à menina a questão da higiene, a mesma negou-se ao banho, sendo então suspensa por um dia e o seu retorno estava condicionado a ter que conversar com o Serviço Social. Com isso, a mesma acabou não retornando ao equipamento, perdendo sua vaga por excesso de faltas (OURIQUES, 2002).

Segundo Prates (2001), a incompreensão social, o estigmatiza de pessoa intolerante, sem o entendimento do contexto no qual esta atitude, tida como revolta, manifesta-se, que muitas vezes provoca o desligamento do abrigo, é apenas uma resposta de quem se sente um intolerado em seu meio. Traz, ainda, o autor, que o jovem, independente de seu sexo, em muitas ocasiões, vê-se de forma distorcida em seu meio, desenvolvendo, um processo de auto-rejeição.

As necessidades e as demandas dos sujeitos pesquisados nas instituições e no espaço da rua estão solicitando respostas emergentes do Estado e, com isso, exigem um maior debate e reflexão por parte das equipes das diferentes instituições e centros de pesquisa, principalmente, sobre a forma como serão atendidos tais sujeitos.

## 2.2.2 As características do jovem adulto de rua

A história de vida do jovem adulto, geralmente, é marcada por situações de abandono familiar, violência doméstica e perdas de referências para a formação de sua identidade individual e coletiva, o que ocasiona em uma subjetividade empobrecida e solitária, sem perspectivas quanto a projeto de vida. Vive seu dia como se fosse o último momento em suas vidas, com muita intensidade (OURIQUES, 2002; BARRETO et al., 2004).

É importante ressaltar que a problemática criança e adolescente de rua sempre existiram, conforme Reis e Prates (1999), houve um aumento considerável no meio acadêmico de investigações sobre tema a partir de 1979 e freqüentemente eram transmitidas reportagens na mídia e jornais de grande circulação sobre o tema, trazendo uma discussão importante dos direitos sociais deste segmento, que veio acompanhado com a democratização do país e com a regulamentação do ECA.

Assim, surge um grande “dilema” em termos de acesso de atendimento a estes jovens: ao completarem 18 anos, passam a não serem mais atendidos pelo sistema de proteção integral, como preconiza a política de atenção à criança e ao adolescente, passando a serem atendidos por projetos sociais voltados à população adulta de rua. Enquanto o sistema de atenção da proteção integral visa à garantia de políticas básicas (Saúde, Assistência Social, Educação e entre outras), de políticas de proteção especial (são situações que envolvem um nível maior de complexidade no atendimento como situações de violência familiar, por exemplo) e de políticas socioeducativas (em casos em que o adolescente é infrator), os projetos de atendimentos a adultos visam ao processo de emancipação e autonomia dos

sujeitos. Com isso, forma-se um abismo entre um sistema de atendimento e outro, gerando, assim, contradições entre o que é oferecido e o que deve ser garantido legalmente.

Os jovens adultos de rua, geralmente, encontram-se em situação de vulnerabilidade social desde a sua infância ou início da adolescência, como revelou a pesquisa realizada no AMBJ, em 2002, de um universo de 49 sujeitos pesquisados de jovens adultos. Sendo o tempo médio de permanência na rua de 10 a 12 anos (OURIQUES, 2002). Em termos de desenvolvimento humano (bio, psíquico, cultural e social), completar 18 anos de idade, modifica em poucos aspectos da vida social. As modificações referem-se mais a questões jurídicas e menos em mudanças nos costumes e valores, que dependem muito do convívio diário no mundo da rua e do próprio grupo que consideram família.

O jovem adulto em situação de rua possui as mesmas características de quando adolescentes. É comum que estes adolescentes percam as referências de autoridade. As relações familiares são normalmente atravessadas por maus tratos, abandono, violência doméstica e negligência. Uma possível conseqüência destas contínuas omissões é o fato de existir uma dificuldade por parte desses jovens em realizar tarefas consideradas simples, tais como banho, cuidados com pertences pessoais e seu corpo, bem como as demais atividades da vida diária (OURIQUES, 2002, BARRETO et al., 2004). A realização destas atividades do dia-a-dia tornam-se complexas.

Outro aspecto importante, de cunho cultural, que merece destaque é a linguagem. Expressões do tipo “tio”, “tia”, “seu” e “dona” fazem parte do seu cotidiano e são reproduzidas ao chegar no abrigo. Os jovens adultos possuem dificuldades em lidar com

limites e com a autonomia proposta pelo equipamento, criando conflitos com a equipe de atendimento e mesmo com os demais usuários (adultos) (BARRETO et al., 2004).

Grande parte destes jovens adultos chega aos serviços para o atendimento com vínculos familiares desfeitos e/ou inexistentes, marcados pelo abandono, e pelas mais variadas formas de violência, exclusão social e com seus direitos humanos violados. Outros aspectos relevantes são a drogadição e a fragilização da sua saúde, apresentando precocemente doenças como o HIV/Aids e tuberculose, geralmente, associadas a longos períodos sem tratamento. Isto faz com que a proximidade, e mesmo a presença da morte, seja algo constante.

A questão do HIV/Aids na vida do jovem adulto de rua merece destaque também quando falamos de invisibilidade como um processo de exclusão social, pois pouco se tem investigado acerca do aumento da contaminação desta doença no segmento populacional que vive na rua, principalmente, quando este sujeito é jovem e já está com um certo grau de evolução da doença no organismo, o que altera a sua expectativa de vida. Esta questão do HIV será discutida no próximo capítulo como mais profundidade.

Em 2002, foi constatado, na investigação realizada pela pesquisadora, no AMBJ, com uma amostra de 49 jovens adultos, que o uso constante de drogas ou de uso de substâncias psicoativas torna-se um agravante na organização da vida diária dos jovens adultos. Apontou que 80% dos sujeitos pesquisados usam algum tipo de droga (ilícita ou licita). As drogas mais utilizadas pelos jovens adultos em situação de rua são: loló ou “cola de sapateiro” (em 90% dos casos), maconha, cocaína, *crack* e drogas injetáveis, sendo elas utilizadas concomitantemente, conforme a disponibilidade financeira para o uso (OURIQUES, 2002).

Muitos apresentam transtornos mentais, como a depressão e muitas vezes risco de suicídio. Todos estes aspectos citados, de modo geral, estão correlacionados (BARRETO et al., 2004).

Os adolescentes ou os jovens adultos de rua estabelecem uma relação muito próxima com algumas estratégias de sobrevivência, seja através das drogas, do tráfico e da prostituição, pois utilizam-nas para sobreviver. Entre o grupo de convívio, a droga termina sendo como uma forma de estabelecer relações de confiança, afeto e ao mesmo tempo de conflitos entre as relações humanas, afetivas e sociais.

### **2.2.3 As relações do jovem adulto de rua**

Nas diversas formas de relações que esses jovens estabelecem com a sociedade, há três que destacamos como fundamental compreender: a primeira é a relação humana, pois esta pressupõe que o homem pela própria natureza estabelece esse tipo de relação no seu dia-a - dia, pois é considerado um como ser coletivo.

A relação humana tem algumas formas e tipos que variam de grupo para grupo, podendo assim ser identificada no cotidiano através das relações de diálogos entre as pessoas, a de solidariedade, a de respeito, a de afeto e, principalmente, a de relação social. Ainda destacamos um importante aspecto: as relações entre os grupos existentes. Muitas vezes, é comum haver entre esses jovens, na rua ou em instituições, problemas de relacionamento com o grupo de convívio e com as instituições. Nesses conflitos, disputam-se a autoridade e o poder, deixando em segundo plano a tentativa de resolver de forma mais adequada as

situações mais simples que variam desde um desentendimento por comida ou até mesmo dívidas com as drogas. Isso ocorre em decorrência da própria história de vida na rua, onde se constitui como um local de disputa da sobrevivência (OURIQUES, 2002).

A segunda relação estabelecida entre os jovens com a sociedade é a afetiva, caracterizada como “[...] sentimentos de afeição, rejeição, tristeza, amor ou ódio” (CASTILHOS, 1994, p.33). Percebe-se, então, que esta relação está ligada, diretamente, com a questão do modo de vida do jovem, com os seus sentimentos, crenças e valores identificados nos campos inconsciente e consciente desses adolescentes, que apesar de conviverem juntos nas ruas as suas perspectivas de vida são diferenciadas. A relação afetiva oscila entre as diferentes formas de relações que o adolescente estabelece com a sociedade, identificada entre as relações humanas e sociais.

A terceira e última relação é a social, caracterizada como todo o tipo de relação estabelecida entre a sociedade com o jovem, relacionada, diretamente, com o sistema capitalista, pois é a partir desse sistema que são estabelecidas as demais relações existentes na esfera social.

[...] o processo capitalista de produção expressa, portanto, uma maneira historicamente determinada de os homens produzirem e reproduzirem as condições materiais da existência humana e as relações sociais através das quais levam a efeito a produção (IAMAMOTO e CARVALHO, 2001, p. 30).

Nesse processo se reproduzem em conjunto com a noção e a representação que expressam estas relações e as condições da vida, incluindo as de sobrevivência objetiva e material em que se produzem, dentro do antagonismo que as permeiam. Na realidade dos

adolescentes, essas relações se expressam na exclusão social, no preconceito, no abandono e, principalmente, na falta de perspectiva de vida. Essas relações são expressas, primeiramente, na família desses jovens e reproduzidas no espaço da rua e das instituições, enfim, na sociedade atual.

### **3 A REALIDADE DO HIV/AIDS NO BRASIL E SUA RELAÇÃO COM OS JOVENS ADULTOS DE RUA**

Dr. Destino...

Quero dormir, mas se os meus olhos fecham, imagens, cenas, visões,  
Da noite passada me fazem ter reações de meã culpa,  
A mina não sabia de onde veio, podia até ser boa, era boa,  
Mas aí o culpado sou eu, a camisinha está aí para ser usada,  
[...]

A Aids ta aí não pára, mata,  
São 4 letras que lembram, o desastre, a chacina, a matança, epidemia,  
A correria continua, às vezes por dinheiro e outras por prazer [...]  
A solução é quem diria a tal da camisinha,  
Informação pra quem precisa mano, esse é o papel, não dói [...]  
Se queres transar, se queres viver  
Se queres transar valorize [...] (*Da Guedes*)

Neste capítulo apresentaremos a realidade da doença do país, as possibilidades do tratamento, os aspectos históricos da epidemia, a transmissão e a prevenção e os impactos da doença no contexto social. Além disso, explanaremos a relação da doença com o contexto que envolve o impacto desta doença na vida dos jovens adultos de rua.

Esta relação entre Aids e Jovens adultos já havia sido sinalizada como uma preocupação de saúde pública a ser enfrentada pelos governos locais em uma pesquisa realizada com meninos e meninas de rua de Porto Alegre, em 1996, pela PUCRS - em que aparecia um crescente índice de contaminação entre os adolescentes de rua (PRATES & REIS, 1999). O que podemos perceber nas recentes pesquisas com moradores de rua adultos é o aumento de jovens que não são somente portadores do HIV, mas sujeitos já doentes de AIDS, ou seja, encontram-se com sua saúde deteriorada pela exposição que o viver no mundo da rua implica.

O principal impacto desta doença para os sujeitos jovens adultos que moram nas ruas é o alto índice de doenças oportunistas que já adquiriram em um período curto de contaminação – ocasionado pela falta de tratamento, a morte precoce destes sujeitos que, geralmente, não conseguem atingirem a vida adulta (a partir dos 25 anos de idade). Esta realidade foi verificada no AMBJ quando realizamos um estudo documental em 2002 – com um universo de 49 jovens que foram abrigados neste local nos últimos dois anos anteriores – para traçar as características destes jovens: entre este universo 12% faleceram durante a coleta de dados (OURIQUES, 2002).

Estas questões justificam a escolha da pesquisadora em destacar os impactos desta doença na vida cotidiana dos moradores de rua, em especial, dos jovens adultos. A pretensão deste estudo não é trazer respostas prontas sobre o problema da Aids nos sujeitos de rua, mas trazer uma importante reflexão sobre o problema, para, juntos, construirmos propostas efetivas – vinculadas a políticas públicas é claro. A seguir apresentaremos tal realidade.

### **3.1 O HIV/AIDS NO CONTEXTO BRASILEIRO**

#### **3.1.1 O HIV/Aids e o tratamento**

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um vírus que ataca o sistema imunológico ou de defesa do organismo dos seres humanos, facilitando o aparecimento de doenças que denominamos de oportunistas. Os sujeitos que adquirem o vírus podem viver muitos anos sem desenvolver a doença, mas podem transmiti-la. Quando alguém se

contamina com o HIV, não existe a possibilidade de retirá-lo do corpo, ou seja, não tem cura (PORTO ALEGRE, 2005).

A Síndrome da Imundeficiência Humana (AIDS) é a doença que o HIV causa, quando as defesas do sujeito contaminado diminuem consideravelmente, podendo desenvolver outras doenças que se aproveitam da dificuldade do corpo de se defender. Quando isto acontece, dizemos que a pessoa está doente de Aids.

No Brasil, o tratamento medicamentoso do HIV surgiu recentemente, em 1996. Atualmente, o tratamento para o HIV/Aids consiste, basicamente, em controlar a proliferação do vírus no organismo, fazendo com que o sujeito permaneça na condição de somente portador e não venha a desenvolver a doença. Para que isso aconteça o sujeito deve tomar as medicações, chamadas de Anti-Retrovirais, que são combinadas conforme critério clínico das condições de saúde do sujeito e dos resultados de exames laboratoriais que demonstram a quantidade de vírus (carga viral) e o de células de defesas (CD4). Esta combinação de medicação é o que chamamos de coquetel. Existem disponíveis na rede pública de saúde cerca de 17 tipos diferentes de medicação (OURIQUES, 2005).

O tratamento com medicação somente é indicado para alguns casos, conforme preconizado nas Normas Técnicas de atendimento a portadores de HIV/Aids do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). As normas referem que a introdução da medicação ocorre quando o sujeito já está doente e por isso necessita para o controle do vírus e para o aumento das defesas do organismo.

Nos casos em que o sujeito necessita de medicação, o profissional de saúde tem o dever de notificar o sistema de vigilância da cidade para fins epidemiológicos. Os seguintes critérios de definição de caso de Aids em adultos (treze anos de idade ou mais) são os seguintes: existência de dois (2) testes de triagem reagentes ou um (1) confirmatório para detecção de anticorpos Anti-HIV +; evidência de imunodeficiência; diagnóstico de pelo menos uma (1) doença indicativa de AIDS e Contagem de linfócitos T CD4+<350 células/mm<sup>3</sup> (BRASIL, 2004).

### **3.1.2 Aspectos históricos da epidemia no Brasil**

Segundo o Ministério da Saúde, a epidemia de Aids no país teve o primeiro caso registrado no ano de 1981, em São Paulo. No Rio Grande do Sul, o primeiro caso ocorreu em Porto Alegre, em 1983 (BRASIL, 2004)<sup>7</sup>.

No Brasil, até dezembro de 2002, foram notificados 257.780 casos da doença. Desse total, 185.061 casos foram verificados em homens e 72.719 casos em mulheres. Um aspecto importante é o aumento da incidência da AIDS na faixa etária dos 13 a 19 anos, principalmente, em adolescentes do sexo feminino que costumam iniciar a vida sexual mais precocemente (BRASIL, 2004)<sup>8</sup>. A Organização das Nações Unidas (ONU) revela que pelo menos 1/3 das 30 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo têm entre 10 e 24 anos (ONU, 2005).

---

<sup>7</sup> Dados retirados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN.

<sup>8</sup> Idem.

Segundo Kern (2003), ao longo da história da epidemia no Brasil, a caracterização dos sujeitos infectados pelo HIV/Aids tinha relação com o homossexualismo masculino e jovens de classe média alta. A caracterização atual da doença no país é justamente ao contrário. Os dados epidemiológicos mostram que os sujeitos contaminados são heterossexuais que, geralmente, fazem uso de drogas injetáveis sem uma faixa etária específica e com um alto grau de vulnerabilidade ao risco de contaminação pela alta exposição a riscos. Outro aspecto importante é a exposição maior para o adoecimento precoce devido ao processo de exclusão social vivenciado por determinados segmentos da população. Atualmente, percebemos que esta última característica está relacionada às expressões da questão social, como o baixo nível de escolaridade, a pauperização e a miserabilidade, a dificuldade no acesso aos serviços públicos de saúde, entre outras manifestações (OURIQUES, 2005). Um exemplo clássico desta realidade é a contaminação entre moradores de rua, em que a falta de condições básicas de sobrevivência acaba afetando ainda mais a sua saúde.

### **3.1.3 Transmissão e Prevenção do HIV/Aids no Brasil**

Na realidade brasileira, a transmissão do HIV/Aids entre os homens ocorre por meio das relações sexuais desprotegidas, correspondendo a 58% dos casos, com maior freqüência nas relações heterossexuais, que é da ordem de 25%. Entre as mulheres, a transmissão do HIV também se dá, predominantemente, pela via sexual (86,2%). As demais formas de transmissão, em ambos os sexos, são: transmissão por compartilhamento de seringa contaminada, transfusão sanguínea, transmissão materno-infantil (BRASIL, 2004).

É importante destacar que além destas formas ou categorias de transmissão ao HIV/Aids existem outras – que, geralmente, não são contabilizadas nos principais dados epidemiológicos do Ministério da Saúde, como através de tatuagens e outras drogas que não sejam injetáveis. Estas formas de transmissão, apesar de não aparecerem nos boletins e banco de dados estatísticos, são importantes de serem citadas, porque emergem da expressão cotidiana dos sujeitos da nossa prática profissional. Todavia, ainda, merecem estudos científicos que validem estas formas como oficial de transmissão da doença. Os dados epidemiológicos e estatísticos organizados em banco de dados são importantes de serem desvendados para que se encontre maneira diferenciada de prevenção e tratamento da doença.

No país, há uma importante tendência de contaminação ao HIV/Aids conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004): a “juvenização da epidemia”, ou seja, a contaminação de pessoas cada vez mais jovens, principalmente, pelo não uso do preservativo nas relações sexuais. Esta situação não pode ser generalizada, pois há importantes diferenças, por regiões ou estados do país. Exemplo disso é o caso do Rio Grande do Sul – onde a “juvenização da epidemia” não ocorre com tanta freqüência. Segundo o Boletim Epidemiológico/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2005), o que se observa no estado é uma tendência de diminuição proporcional de casos entre adultos com mais de 20 e menos de 29 anos de idade, e um aumento proporcional de adultos com mais de 35 anos. Em contrapartida, as faixas etárias “médias” – entre 30 e 34 anos – e a “jovem” entre 13 e 19 anos de idade – continua mantendo uma estabilidade em torno de 22% e 3,5%, nos últimos 10 anos.

Segundo ainda este boletim, no Rio Grande do Sul, as principais tendências da doença em adultos são:

[...] estabilização da incidência – em torno de 2500 casos novos por ano nos últimos 6 anos; diminuição da taxa de letalidade – estimada em 3% nos últimos 2 anos; aumento da prevalência – este crescimento é proporcional à diminuição da letalidade – a prevalência no ponto em 31/07/2004 é de 16258 casos; estabilização da distribuição proporcional de casos entre os sexos – em torno de 40% de casos femininos e 60% de casos masculinos nos últimos 6 anos; a distribuição por categorias de exposição (agrupada por provável forma de transmissão/risco) teve análise prejudicada em função da elevada proporção de casos com categoria ignorada. Contudo, apesar desta situação, é possível deduzir dos dados analisados que as principais situações de risco para contaminação ao HIV (também nos últimos 6 anos) foram: relação heterossexual sem proteção e uso de drogas injetáveis – tanto para homens como para mulheres (RIO GRANDE DO SUL, 2005, p. 03).

Além disso, os usuários de drogas injetáveis (UDI) no estado representam uma categoria importante na cadeia de transmissão ao HIV/Aids – tanto entre eles quanto a seus parceiros sexuais. Nesta transmissão, há um aumento considerável de mulheres infectadas, indiretamente, pelos seus parceiros UDI portadores do HIV/Aids por meio de relação sexual sem preservativo (LOUREIRO, 2003).

Confirmando esta informação trazemos também a análise dos dados oficiais do Boletim Epidemiológico/RS:

[...] os usuários de drogas injetáveis representam uma categoria de duplo risco na transmissão – podem transmitir para parceiro de droga e parceiro sexual. O aumento da transmissão heterossexual pode estar associado a esse duplo papel de transmissão do UDI, principalmente, em relação à infecção em mulheres (RIO GRANDE DO SUL, 2005, p.06).

Traz ainda que, para os homens, houve uma mudança significativa em termos de perfil epidemiológico ao longo da trajetória da doença no estado. O perfil de transmissão sexual – tanto homo ou bissexual – principal categoria de risco no início da epidemia – manteve-se semelhante a 1994, mas, vem se modificando ao longo dos últimos 10 anos – e, atualmente, a

transmissão sexual de maior proporção entre os casos masculinos é a heterossexual – em torno de 36% nos últimos 5 anos. No entanto, observamos já um pouco antes disto (1992), um aumento proporcional importante de UDI entre os casos detectados (RIO GRANDE DO SUL 2005, p.3). Conclui a análise referindo:

[...] esta sempre foi a principal forma de transmissão sanguínea em nosso Estado e, representa em torno de 30% dos casos novos diagnosticados e notificados nos últimos 6 anos – apesar de ter sido registrada uma proporção de até 7% (1987) de casos contaminados por transfusão de sangue e hemoderivados no início da epidemia do RS. Observamos, num período mais recente, a entrada de 2 casos de acidentes de trabalho e de 3 casos de transmissão perinatal entre casos notificados entre 2001 e 2003 (RIO GRANDE DO SUL, 2005, p.04).

O trabalho de prevenção do HIV/Aids no Brasil, segundo informações do Ministério da Saúde, pode acontecer de diversas formas, geralmente, por meio de programas de redução de danos direcionados aos usuários de drogas, prevenção da Transmissão Vertical do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis como a Sífilis, por exemplo, campanhas preventivas – por ocasião do Carnaval e em outras datas alusivas, campanhas de mídia, entre outras, parcerias com a sociedade civil e outras instituições para atingir populações mais vulneráveis: profissionais do sexo, populações em situação de pobreza, entre outras, e a produção/distribuição de material informativo/educativo para a população em geral e populações mais vulneráveis (PORTO ALEGRE, 2005).

No Brasil, as práticas de prevenção ao HIV ainda não estão de acordo com as necessidades da população. Segundo Loureiro (2003), um dos principais problemas enfrentados pelo estado é que com o aumento destas práticas automaticamente aumenta o número de sujeitos que procuram atendimento de saúde e nem sempre estes vão ter acesso ao

serviço de saúde – e isto é um problema que perpassa por todas as áreas que envolvem o contexto da saúde. Comparando com o contexto global e aos países em desenvolvimento, verificamos que o contexto brasileiro está mais avançado em termos de iniciativa pública e não-governamental para o combate da epidemia (OURIQUES, 2005).

A responsabilidade pela efetivação do trabalho de prevenção em HIV/Aids deve envolver as três esferas governamentais (federal, estadual e municipal) e podem ocorrer de maneira diferenciada em cada região ou estado do país. Geralmente, o recurso financeiro para a realização de ações preventivas incluindo as campanhas é oriundo da esfera federal e a responsabilidade pela execução é do município, conforme prevê a política de descentralização.

No Rio Grande do Sul, podemos dizer que houve uma melhora na prevenção da “doença” – o que não significa, necessariamente, que ela esteja erradicada ou controlada e, menos ainda, que as pessoas estejam se infectando menos. Do mesmo modo, os dados nos indicam que há uma tendência de diminuição da letalidade por Aids – isso nos remete para uma melhor efetividade nos tratamentos, não só do ponto de vista do avanço da eficácia dos medicamentos, mas de todo um trabalho que vem sendo construído no estado com relação a Aids, principalmente, com o maior envolvimento das equipes multiprofissionais de saúde no trabalho de prevenção e, também, de organizações não-governamentais. (RIO GRANDE DO SUL, 2005; OURIQUES, 2005).

Podemos verificar que a epidemia no RS se concentra nos grandes centros urbanos, principalmente, na capital e região metropolitana – em que o alto índice de doentes de Aids se agrupa nos bairros mais pobres. Questionamos, então, a diferença em termos de tratamento e

acesso aos serviços de saúde entre os indivíduos infectados pela doença que possuem condições básicas de vida e os que não têm estas condições? Qual o real impacto da epidemia nos grupos mais vulneráveis e excluídos socialmente?

### **3.1.4 Os impactos do HIV/Aids**

Conforme estudos realizados sobre a Aids no Brasil, as suas repercuções na vida social têm uma intrínseca relação com o processo de exclusão social e suas expressões como a pobreza, a miserabilidade, a falta de acesso aos serviços públicos de saúde, a baixa escolaridade e a precária existência de projetos que visem à prevenção e à promoção do processo saúde-doença (OURIQUES, 2005). O que podemos verificar é que estes fatores estão relacionados ao modo de produção capitalista historicamente construído, que acaba gerando o alto índice de desemprego, a maciça exploração dos trabalhadores, a acumulação de renda e riqueza socialmente produzida e apropriada em mãos de poucos e a desresponsabilização do Estado – com o neoliberalismo – frente a estas questões.

A contaminação pelo HIV/Aids não somente gera o impacto físico e concreto nos seres humanos, provoca também impactos nas diferentes esferas da vida social, tais como cultural, econômica, política, emocional e social.

O impacto da doença na esfera social, especialmente, em países em desenvolvimento, como o Brasil, está relacionado diretamente com o problema do desenvolvimento que esses

países enfrentam. Analisando a Aids e seu impacto na expectativa da vida, podemos perceber que, em muitos países, a epidemia está eliminando décadas de progresso (MADDEN, 2003).

Conforme informações da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), este impacto, nas últimas décadas, vem atingindo significavelmente a população de baixa renda – em que pese a inexistência de estudos que mapeiem este fenômeno observável em nível mundial. Questionamos, ainda, se os portadores do vírus mais pauperizados vêm tendo acesso ao sistema de proteção social no país, tendo em vista que estes sujeitos encontram-se, na maioria das situações, na faixa etária economicamente ativa.

De acordo com Rocha (2003), a reflexão sobre os impactos desta doença na sociedade é uma pauta que parece nunca ter sido esquecida pelos movimentos sociais que lutam por ela. Desde a década de 80, segundo Parker e Aggleton (2003), o Brasil já discutia o aparecimento da epidemia no país e possíveis repercuções no campo social. A Reforma Sanitária, juntamente com diversos movimentos sociais (como organizações *gays* e o movimento feminista), teve uma grande contribuição na luta em defesa dos direitos sociais de portadores do HIV/Aids.

No início da década de 90, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou um ciclo de conferências para abordar o aumento da epidemia em nível mundial. Algumas destas foram sobre População e Desenvolvimento (Conferência de Cairo) e sobre a Mulher, em Bejing, que acabaram por colocar em discussão a epidemia da Aids como sendo um importante aspecto a ser enfrentado, merecendo atenção especial dos governos e da sociedade civil “organizada”. Ainda, posteriormente, surgiu o movimento mundial da luta contra a Aids, construindo

também sua plataforma de combate nas várias conferências temáticas internacionais e nacionais (OURIQUES, 2005).

Os governos em resposta à pressão social garantiram diversos direitos sociais aos portadores, sejam eles em espécie ou em serviço, principalmente, no âmbito municipal, como, por exemplo, o direito ao transporte público gratuito que tem o objetivo de facilitar o acesso destas pessoas aos serviços de saúde. Outro direito é o acesso gratuito à terapia medicamentosa com Anti-Retrovirais, que, a partir de 1996, contemplou um entendimento mais amplo sobre a garantia dos direitos das pessoas soropositivas, e apontou caminhos de controle da epidemia.

O avanço e a ampliação dos direitos sociais no país acompanharam em conjunto todo o processo de crescimento da epidemia da Aids e, concomitantemente, o agravio dos problemas sociais. Iniciando também o acréscimo de indivíduos infectados e doentes dentro da realidade da população de rua, principalmente, nas grandes cidades. Os estudos já realizados com estes sujeitos indicam este crescimento, porém a reflexão sobre esta expressão da questão social é discutida ainda de forma muito tímida nos serviços de saúde e, junto a isso, ocorre o adoecimento desta população devido às consequências de estarem nas ruas (exposição ao frio e a chuva, falta de alimentação adequada, dificuldade no acesso ao tratamento e entre outros).

Com isso, exigi-se um maior debate científico e técnico, por meio de pesquisa social, para o enfrentamento do problema através de ações efetivas do poder público para a inclusão destes sujeitos no sistema de proteção social. O jovem adulto de rua portador de HIV/Aids neste processo torna-se ainda mais fragilizado e vulnerável, pois, em muitas situações, utiliza

como estratégia de sobrevivência a prostituição através de práticas sexuais sem proteção, junto ao uso de drogas injetáveis, sendo expostos diariamente ao risco de contaminação (OURIQUES, 2002).

### **3.2 O HIV/AIDS NO JOVEM ADULTO DE RUA**

As reflexões que serão apresentadas surgiram, principalmente, a partir de nossa experiência prática, na Residência Integrada em Saúde Coletiva com ênfase em Dermatologia Sanitária desempenhada pela Escola da Saúde Pública do Rio Grande do Sul, entre os anos de 2003 a 2005. Tal experiência foi realizada na Secretaria da Saúde do Estado no Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS), com portadores do HIV/Aids.

Nesta experiência, nossa motivação quanto à investigação com jovens adultos de rua permaneceu - como ocorreu durante o estágio prático da Graduação em Serviço Social. No início da Residência, em 2003, foi necessária a realização de um levantamento sobre as características dos indivíduos atendidos pelo Serviço Social para a construção de uma proposta de atendimento.

No mesmo período, ocorria a formulação do problema de pesquisa da dissertação de mestrado e descobrimos que para desvendar e propor acerca do contexto vivenciado pelos jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids seria necessário, antes de tudo, conhecê-los, mas não de forma aparente e superficial. Conhecer, primeiramente, suas características e

contextos já sistematizados, por meio de levantamentos de dados estatísticos e outras produções existentes sobre a temática.

No levantamento, foi constatado que existiam poucos sujeitos que moram na rua que procuravam o setor de Serviço Social para atendimento. A partir disso, realizamos uma classificação nos prontuários para verificar a existência de moradores de rua portadores do HIV/Aids que são atendidos neste local. O estudo revelou que existem 45 registros diferentes de usuários moradores de rua portadores do HIV/Aids. Entre esses, cerca de 8 eram jovens adultos (OURIQUES, 2003).

Apesar do baixo número de indivíduos jovens adultos de rua que realizam tratamento no local, observávamos, diariamente, a partir da experiência de aconselhamento em HIV/Aids e DST, a procura constante destes sujeitos pelo teste Anti-HIV, mas, por outro lado, a pouca procura pelo resultado (OURIQUES, 2003).

Na pesquisa realizada, em 2002, com 49 jovens adultos de rua que passaram ou estavam no Abrigo Municipal Bom Jesus de janeiro de 2001 a maio de 2002, foram desvendados 26 casos de portadores e HIV ou doentes da Aids, sendo que 12 já estavam com alguma doença oportunista (Tuberculose ou Lesões Dermatológicas). Durante o período do estudo, faleceram 12% dos sujeitos pesquisados, todos relacionados com sintomas de AIDS.

Entretanto, o processo de desvendamento desta realidade exige estudos que contemplam fatores diversos, é preciso, portanto, conhecer as condições materiais de sobrevivência e de saúde desses sujeitos e suas inter-relações, bem como conhecer o seu modo de vida, ou seja, o significado atribuído por eles a seu viver histórico ou como

percebem sua vida e que valores aportam a esta vida. Segundo Martinelli (1999), para conhecer os sujeitos é necessário, primeiramente, escutá-los para o reconhecimento de sua singularidade, sua experiência social e seu modo de vida baseado na sua experiência.

O que percebemos é que a questão Aids vinculada à situação de rua dos sujeitos é um aspecto importante a ser desvendado nas diferentes instituições de atendimento. Tanto uma quanto a outra pode passar invisível. Segundo Kern (2004, p. 02), a invisibilidade “[...] se evidencia pelo mundo não vivido objetivamente. [...] o mundo não vivido se caracteriza por aquilo que é projetado, esperado, vivido no mais íntimo do ser, aquilo não realizado”. A invisibilidade da Aids e da rua pode se manifestar no íntimo do ser e ao mesmo tempo é aquilo que não pode ser enxergado e palpado (Kern 2004). Isto ocasiona no sujeito um processo de exclusão social, por não ter acesso aos serviços públicos ou por apresentar dificuldades na busca pelo tratamento. Não importa a razão, acabam ficando excluídos de seus direitos fundamentais como a Saúde e a Assistência Social.

A invisibilidade da Aids e da rua pode se manifestar no íntimo do ser e, ao mesmo tempo, é aquilo que não pode ser enxergado e palpado (KERN, 2004). Isso ocasiona no sujeito um processo de exclusão social, por não ter acesso aos serviços públicos ou por apresentar dificuldades na busca pelo tratamento. Não importa a razão, acabam ficando excluídos de seus direitos fundamentais, como Saúde e Assistência Social.

## 4 O CICLO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO

[...] sem ignorância não haveria progresso. A ignorância tem um sentido positivo porque é o que constitui o ser humano. Para aprender deve-se ter a dimensão do que não sabe. A ignorância é o que permite aprender. A consciência de ser ignorante permite indagar e comunicar-se com os outros. Ninguém pergunta o que sabe [...] (*Sara Pain*).

Este capítulo tem a finalidade de apresentar minuciosamente o processo de desenvolvimento da investigação a fim de que o leitor possa ter uma compreensão clara deste processo. Tal apresentação é fundamental para a formação atual do Mestre em Serviço Social, pois possibilita apresentar os seus conhecimentos adquiridos ao longo do curso de mestrado, bem como da sua formação como pesquisador social, indo além da busca por somente um “título” (docente em Serviço Social).

Apresentaremos algumas considerações sobre a pesquisa, incluindo o método orientador e as particularidades da pesquisa social. No segundo item, apresentaremos o planejamento da pesquisa abrangendo as dificuldades e as suas limitações no seu desenvolvimento. O presente trabalho privilegia a exposição da expressão dos sujeitos e da metodologia de pesquisa.

#### **4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA: MÉTODO ORIENTADOR E AS PARTICULARIDADES DA PESQUISA SOCIAL**

O referencial teórico-epistemológico desta pesquisa foi orientado pelo enfoque dialético-crítico que, conforme as considerações de Prates (2000), proporciona ao pesquisador a possibilidade de – além de identificar as contradições existentes no real, desvendar as condições de vida dos sujeitos, mas, também, seu modo de vida, o que inclui as suas percepções e representações. Este enfoque apresenta algumas características básicas, tais como:

- [...] - Reconhece o sujeito como unidade em processo, movimento e devir;
- Admite que não há neutralidade na ciência e, portanto, no modo de olhar do pesquisador;
- Reconhece a importância fundamental do contexto social como elemento determinante da história da vida dos sujeitos;
- Busca mais do que dados isolados, a conexão entre múltiplos fatores, o desvendamento do real a partir de suas contradições inclusivas;
- Reconhece a historicidade da realidade e dos sujeitos;
- Reconhece o caráter político da pesquisa social – como construção coletiva que parte da realidade dos sujeitos mediando processos de desvendamento através da reflexão;
- Busca, mais do que conhecer condições de vida, apreender o modo de vida dos sujeitos (PRATES, 2000, p. 12).

Tal paradigma busca ir à raiz dos fenômenos sociais, para tanto tomando por base as seguintes categorias – elencadas como as principais que nortearam as análises realizadas em nossa pesquisa, como elementos constitutivos do método: totalidade, historicidade e contradição. A totalidade é compreendida não como todos os fatos, mas significa um todo estruturado, dialético, no qual um acontecimento qualquer pode vir a ser racionalmente

entendido. “[...] A totalidade concreta não é um dado, mas um movimento de autocriação permanente, o que implica a historicização dos fenômenos que a compõe” (KOSIK, 1989, p.35).

A categoria historicidade ou concreticidade significa o reconhecimento da processualidade, do movimento e transformação do homem, da realidade e dos fenômenos sociais. Significa que os fenômenos não são estáticos, estão em curso de desenvolvimento e, portanto, só podem ser apreendidos por cortes históricos. Prates menciona que: “[...] a historicidade reconhece o movimento dinâmico e processual do ser e da sociedade” (PRATES, 2000, p.14).

A contradição sempre expressa uma relação de conflito no devir do real. Essa relação se dá na definição de um elemento pelo que ele não é. Assim, cada coisa exige a existência do seu contrário, como determinação e negação do outro (CURY, 1992, p.30).

Analizar a partir destas categorias significa contextualizar historicamente as experiências vivenciadas e representadas pelos sujeitos; e procurar mostrar seu movimento significa recuperá-las a partir de múltiplas determinações, sejam econômicas, sociais, políticas, culturais, isto é, aspectos que se interpenetram no processo de análise. Significa, por fim, problematizá-las à luz de suas contradições que lhes são inclusivas. A necessária relação entre elas é bem explicitada por Cury (1992, p.28), quando destaca que as categorias:

[...] não são reificáveis, mas se incluem mutuamente e se completam. [...] a sua divisão, em si mesma arbitrária, não pretende tipologizar o fenômeno [...] mas auxiliar a análise. Nesse sentido, as categorias não podem ser entendidas senão como expressão de uma realidade em devir

Mas, conforme bem destaca Frigotto (2002), essas categorias precisam ser historicizadas, revisitadas processualmente para que não sejam tomadas de forma abstrata, pois as contradições e as mediações que realizamos para desvendá-las, não são sempre as mesmas.

Essas categorias foram consideradas centrais para este estudo por se constituírem como elementos básicos que compõem o método dialético crítico, e chamadas de categorias teóricas do método, mas outras complementaram nossa análise, as quais chamamos de categorias teóricas explicativas da realidade e da temática, tais como condição de vida, modo de vida e processos sociais. Segue o significado de cada uma delas:

A condição de vida, para Souza (2000), está relacionada com condição social de existência humana, ou seja, com as condições materiais, concretas e objetivas de sobrevivência. Essas condições incluem necessidades relacionadas com a habitação, a alimentação, a bebida, a vestimenta e outras. Complementa ainda a autora que a condição de vida contempla as condições existenciais de segurança, lazer e esporte.

O modo de vida, segundo Martinelli (1999), expressa-se no reconhecimento da experiência social dos sujeitos. Refere ainda a autora que, para Thompson, esse viver histórico, pode ser apreendido através da experiência social dos sujeitos, nas relações que estabelece com o seu cotidiano e com a cultura da sociedade. A experiência social expressa-se nos significados que os sujeitos atribuem a cada vivência, nas representações, no sentido conferido a uma determina realidade social pelos que a vivem.

Os processos sociais, como salienta Souza (2000), têm relação com o desenvolvimento da participação dos sujeitos, entendida como um processo de aprendizagem constante, que se constrói nos diversos locais onde se inserem, desde que associados a processos decisórios - na comunidade, na cidade, em grupos ou na instituição onde buscam atendimento. Segundo a autora, este processo não requer a participação necessária de um agente externo, podendo emergir diretamente por iniciativa dos sujeitos, no processo social existencial concreto e se reproduzir na dinâmica da sociedade.

A participação, enquanto processo social, é resultado da ação de forças sociais conjuntas que se constituem na história, advindas de vários segmentos, tais como classe, grupo, gênero, etnia, etc.

Participação, conforme Souza (2000. p. 81):

[...] não é uma questão do pobre, do miserável, ou do marginal; é questão a ser refletida e enfrentada por todos os grupos sociais que não chegam a penetrar as decisões que dizem respeito às suas condições básicas de existência. Por esse ângulo, a participação, longe de ser política de reprodução da ordem, é, sobretudo, questão social.

O processo pedagógico da participação, segundo Souza (2000), revela-se através da conscientização, organização, capacitação contínua, participação e gestão crescente dos sujeitos. A participação desenvolve-se a partir do confronto de interesses sociais e tem por objetivo sua ampliação enquanto processo social.

Para a realização da pesquisa social, orientada pelo paradigma dialético-crítico, é necessário compreender o contexto onde estão inseridos os sujeitos e que seus resultados não proporcionam necessariamente soluções para os problemas sociais ou respostas prontas. Contudo, esses subsídios apontam caminhos e podem suscitar novas indagações sobre o tema a partir da articulação entre o olhar do pesquisado e do pesquisador. Para realizá-la o investigador precisa ter bastante clareza de qual é a sua responsabilidade perante a sociedade e os indivíduos. Dessa forma, consideramos fundamental a reflexão ética e política sobre a pesquisa social. Esta responsabilidade do pesquisador refere-se à transmissão dos conhecimentos produzidos nas pesquisas e trabalhos científicos para as instituições, sujeitos pesquisados e para a sociedade. Segundo Faleiros (1997, p.54): “[...] as pesquisas podem transformar-se em fontes de autoconhecimento e veículos de ação e as preocupações da população nelas podem ser integradas”.

Assim, todos os conhecimentos que ficam armazenados em armários e nas mesas de escritório acabam não sendo devidamente aproveitados para contribuir com as transformações de uma determinada realidade social. Portanto, compreender que este “dever” está relacionado à questão do compromisso para com uma determinada realidade e com a transformação social, é fundamental. O pesquisador não pode ter somente “boas intenções”, precisa ter um compromisso técnico (com a qualidade da ação profissional) e ético, pensando a prática da pesquisa social como uma alternativa de enfrentamento e desvendamento das expressões da questão social. Para tanto, entendemos que ela deve ser realizada através de dois pressupostos éticos: a crítica reflexiva do pesquisador questionando os saberes prontos; o olhar ou o entendimento da interdisciplinaridade, ou seja, a interface entre os diversos saberes, procurando explorar outros conhecimentos, porém respeitando a especificidade de cada campo ou área.

Atualmente, percebemos, na universidade, que a produção de conhecimento, seja na área social, ou em outras, é ainda muito fragmentada, embora, no mundo do trabalho, as ações sejam predominantemente conjuntas, articulando saberes diversos em equipes interdisciplinares. As pesquisas e trabalhos realizados por alunos e professores são geralmente pouco divulgados fora da universidade que os origina, reduzindo com isso seu espaço de sociabilização. Essa fragmentação não se dá por acaso, ela ocorre devido ao próprio sistema capitalista, que estimula o individualismo, a competitividade do mercado, visando ao lucro em detrimento dos valores de uso.

A articulação dos diversos saberes, possibilitando a ampliação do olhar sobre a realidade, em uma pesquisa, é uma estratégia que contraria a perspectiva neoliberal, pois a unidade é fundamental para que se logre uma transformação societária pautada em valores de justiça e igualdade. Outro ponto que precisa ser superado é a restrição de bibliografias e estudos a produções específicas de cada área nas pesquisas de um modo geral, o que felizmente vem se modificando. No entanto, ainda, é reduzido o contingente de educadores que utilizam textos de outras áreas para transmitir os conhecimentos aos alunos. Com isso, em que pese nosso discurso de inter ou transdisciplinaridade, são formados profissionais fracionados que dificilmente possuem uma visão de totalidade, necessária para que se possa realizar uma leitura crítica e consistente do contexto social.

É importante que os Assistentes Sociais tenham a consciência de que a pesquisa social, embora não encontre respostas prontas para todos os problemas sociais existentes, pode aportar novas luzes sobre os fenômenos e os processos além de subsidiar novas práticas que contribuam para a transformação da sociedade.

Além das categorias teóricas do método e explicativas da realidade, trabalhamos também com algumas categorias empíricas, ou seja, que emergiram da expressão dos sujeitos investigados, tais como perdas, violência e perspectiva de vida. Este é um outro aspecto que merece destaque na pesquisa social e em especial naquela do tipo qualitativo – a possibilidade de dar voz aos sujeitos sociais muitas vezes ocultos.

#### **4.2 O PLANEJAMENTO DA PESQUISA**

O planejamento da pesquisa é uma etapa fundamental para que possamos melhor organizar nossa ação, o que é sistematizado no projeto de pesquisa. Segundo Prates (2003), o planejamento da pesquisa deve ser permeado e fundamentado por valores, devendo também ter uma direção definida – que tem um sentido social dentro da história de vida do pesquisador.

Inicialmente, pontuamos no projeto a escolha de um assunto geral e a partir disso procuramos buscar referenciais teóricos que dessem subsídio à elaboração do mesmo. Prates (2003, p.125) salienta que, no planejamento da pesquisa, “[...] precisamos mergulhar no tema por nós escolhidos. Sem isso, não conseguimos sequer formular as questões que desejamos ou necessitamos responder”.

Logo, iniciamos um processo de delimitação do tema, mas isso só foi possível após as leituras que foram realizadas sobre o assunto. A mesma autora menciona que:

[...] as possibilidades concretas de investigação, a identificação, a diversificação de fontes existentes e nossa real possibilidades de acesso a elas, bem como o aprofundamento de conceitos básicos são fundamentais nessa etapa de reflexões iniciais sobre o tema em estudo para que melhor possamos delimitá-lo (PRATES, 2003, p. 126).

A próxima etapa consiste na formulação do problema de pesquisa. Segundo Prates (2003), este processo sintetiza o núcleo duro da investigação através de uma grande pergunta que, posteriormente, foi desdobrada em questões norteadoras. *Como o jovem adulto de rua portador de HIV/Aids enfrenta a sua condição e constrói seu modo de vida?*

Para responder a esta questão central, formulamos as questões norteadoras que seguem:

Quais são as estratégias de sobrevivência utilizadas pelo jovem adulto morador de rua, portador de HIV/Aids, e que valores, significados e representações fazem dessas estratégias?

Quais são as relações sociais que perpassam o cotidiano do jovem adulto morador de rua portador de HIV/Aids e as representações, valores e significado a eles atribuídos?

Quais as condições de saúde do jovem adulto morador de rua, portador de HIV/Aids, e os significados, valores e representações que faz dessas condições?

A próxima etapa foi construir os objetivos do estudo. O objetivo geral da pesquisa foi desvendar as vivências e as percepções do jovem adulto morador de rua, portador de HIV/Aids, quanto à sua condição e modo de vida, no intuito de contribuir para o subsídio de

políticas de inclusão social dirigidas a este segmento populacional e para o desenvolvimento de processos sociais.

Logo, construímos os objetivos específicos:

Investigar quais são as estratégias de sobrevivência do jovem adulto morador de rua, portador de HIV/Aids, bem como os valores, as representações, os significados por ele atribuído a essas estratégias, de modo a contribuir com o desenvolvimento de processos sociais junto a esses sujeitos;

Verificar as relações sociais que perpassam o cotidiano do jovem adulto morador de rua, portador de HIV/Aids, assim como os valores, representações e significados dessas relações por eles atribuídos, a fim de explicar seus vínculos e contribuir para a superação de seus conflitos;

Averiguar as condições de saúde do jovem adulto morador de rua, portador de HIV/Aids, e os possíveis significados, valores e representações por ele atribuídos a estas condições, com o desígnio de fortalecer-lo enquanto sujeito de direitos, contribuindo para sua reflexão/conscientização e no subsídio de políticas que atendam esse segmento populacional.

Em seguida, definimos a metodologia utilizada, incluindo o delineamento da pesquisa. Esta etapa consiste em verificar o universo dos sujeitos pesquisados, definir a amostra, escolher os instrumentos e as técnicas que seriam empregadas na pesquisa.

O delineamento escolhido para a pesquisa foi o quanti-qualitativo. A escolha deste desenho foi realizada por apresentar coerência com o método no qual nos fundamentamos e está vinculada ao objetivo do estudo – desvendar as vivências e as percepções do jovem adulto morador de rua, portador de HIV/Aids, quanto à sua condição e modo de vida. Para atingir este objetivo foi fundamental articular os dados quantitativos aos qualitativos de forma que se complementassem. Segundo Minayo (1993), a melhor amostragem é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões, portanto foi necessário buscar elementos oriundos das condições materiais de vida dos sujeitos e complementá-los com suas falas, expressões, sentidos atribuídos a essas mesmas condições.

Na investigação sobre as condições de vida do sujeito, o desenho quantitativo favoreceu a obtenção de dados sobre das condições materiais de existência, dimensionando-as. Os instrumentos incluíram dados, como local de moradia, tempo de rua, tempo de contaminação do HIV, entre outros. Para a investigação do modo de vida do sujeito, o desenho qualitativo foi o mais adequado, pois possibilitou buscar a percepção dos sujeitos, as suas vivências e os significados atribuídos à sua condição de vida, o que depende basicamente da expressão de suas histórias, de sentimentos, opiniões, reflexões, relatos de situações por eles vivenciadas.

A população em estudo deveria ser composta, inicialmente, de pessoas que vivem nas ruas ou em instituições de abrigagem de Porto Alegre, de ambos os sexos, de idade entre 17 a 24 anos, portadores de HIV/Aids, que se encontrassem em atendimento em órgãos públicos que prestassem atendimento na área da Assistência Social e Saúde desta cidade, tais como

Abrigo Municipal Bom Jesus, Atendimento Social de Rua/Casa de Convivência, Abrigo Municipal Ingá Brita e Ambulatório de Dermatologia Sanitária.

No Abrigo Municipal Ingá Brita, que se destina ao atendimento a adolescentes de rua, não foi possível realizar a coleta de dados, pois, quando solicitada a autorização para a coleta no local, verificamos a mudança de perfil dos sujeitos atendidos – que passaram a se constituir predominantemente de adolescentes infratores que cumprem medidas socioeducativas em regime fechado. Deste modo, percebemos que este grupo não se enquadraria nas características dos sujeitos a serem pesquisados, tendo em vista a delimitação do tema de nosso estudo. Embora pudessem apresentar situação de vivência de rua associada ao HIV, consideramos que o estudo de adolescentes infratores exigiria o aporte de outros referenciais teóricos complementares, o que dificultaria o processo, pois esse aspecto complexo teria necessariamente de ser problematizado, o que fugiria de nosso foco central. Além dos aspectos teóricos, seriam necessários também ajustes metodológicos, especialmente, no que concerne à elaboração dos instrumentos de coleta, razão pela qual optamos por não incluí-los.

Mais que estes aspectos, é importante também trazer para a reflexão outros elementos que podem facilitar ou dificultar o processo de abordagem. Em muitos casos, os profissionais sentem-se ameaçados pela presença do investigador, seja, porque sua ação profissional passa a ser melhor visualizada, seja, por cautela com relação à exposição da instituição no que concerne à qualidade dos atendimentos, a organização dos processos de trabalho, as relações estabelecidas, entre outros aspectos. Por mais cuidado que o pesquisador possa ter ao tratar destes aspectos extremamente complexos, de modo a não analisá-los de forma reducionista e mesmo não sendo sua principal preocupação desocultá-los, ao problematizar histórias

singulares, numa perspectiva dialética, os seus múltiplos elementos explicitam-se, pois, não raras vezes, são condicionantes importantes do próprio processo.

No planejamento inicial da pesquisa, levamos em consideração os dados apresentados a partir de uma investigação realizada por nós, em 2002, sobre o perfil dos jovens adultos de rua no AMBJ. A partir de investigação documental realizada nos prontuários de atendimento, verificamos que naquele momento histórico havia um aumento considerável de jovens abrigados nesta instituição, principalmente, a partir de 2000 (35%). Em 2001, foi verificado um aumento da ordem de 49% em relação ao ano anterior e, até maio de 2002, o percentual de crescimento já era de 16%. O critério de exclusão dos participantes da pesquisa foi: sujeitos que não contemplassem o perfil estudado, atendidos nos locais referidos ou que não se disponham a fornecer informações.

No decorrer do estudo, no período de familiarização com as instituições onde a pesquisa seria realizada, observamos que o tamanho da amostra não permitia ser calculado, pois poderia não ser atingido considerando a rotatividade de atendimento nos locais da investigação e característica dos indivíduos pesquisados. Estes locais prestam atendimento a diversos sujeitos que não somente o jovem adulto portador de HIV/Aids e, com isso, não saberíamos quantos estariam em atendimentos no período de coleta de dados.

O processo de seleção da amostra foi intencional, por acessibilidade, pois foram escolhidos, entre a população de rua atendida nestes serviços, o público alvo específico (jovens adultos portadores de HIV/Aids). A opção por este tipo de amostra deve-se ao fato de que a explicitação dessa problemática é extremamente difícil, seja porque exige de parte dos

técnicos cuidados especiais, seja porque os próprios sujeitos portadores tendem a negar a doença.

Conforme Gil (1994), este tipo de amostragem não probabilística se aplica a estudos exploratórios ou pesquisas qualitativas cujo rigor estatístico não é possível de se estabelecer. Explicitando este tipo de amostragem, refere Gil (1994, p.97): “O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam de alguma forma representar o universo.” É importante destacar, no entanto, que este tipo de amostragem não permite generalizações. Apenas aproximações ao fenômeno estudado, privilegiando, em muitos casos, o seu aprofundamento.

Para o estudo documental, a amostra (de jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids) foi selecionada a partir dos seguintes critérios: possuir vínculo com as instituições referidas e, consequentemente, a existência de registros em prontuários, durante os dois últimos anos, sobre suas condições de saúde relacionadas ao HIV/Aids, além de terem histórico de morar na rua.

Faz-se necessário referir que, no momento de sua materialização, foram necessárias algumas adequações para que pudesse ser viabilizada. Destacamos, portanto, a importância dos cuidados com esta etapa da pesquisa, sendo fundamental avaliar as reais possibilidades de coletarmos os dados, verificando não só o acesso às fontes, mas também a qualidade dos instrumentos institucionais, quando pretendemos iniciar nosso processo pela análise documental.

Nossa experiência mostrou que iniciar o processo de investigação pela análise documental, através da busca de informações nos prontuários de atendimento, não foi a melhor escolha devido à precária fonte de informação sobre a história de vida dos sujeitos que eram atendidos nos locais de pesquisa. A partir disso, decidimos, em orientação de pesquisa, modificar o instrumento para somente entrevista que apresentaremos a seguir.

O relato de algumas experiências, mesmo que negativas, pode auxiliar em um processo de avaliação sobre a importância dessa etapa e o cuidado que devemos ter ao prepará-la, bem como contribuir para subsidiar possíveis reflexões sobre a importância da documentação dos sujeitos usuários no âmbito institucional.

A procura de dados nos prontuários levou um tempo maior ao que era previsto, pois, em algumas instituições, a sua quantidade era alta, resultando num tempo delimitado para a busca por sujeitos para a realização da entrevista. Consideramos este fato uma dificuldade importante enfrentada durante a pesquisa.

Contudo, durante a coleta de dados para a análise documental nos prontuários, deparamo-nos com algumas dificuldades que inviabilizaram esse procedimento. Observamos que as informações (tanto nas instituições da Assistência Social como da Saúde) obtidas não tinham conteúdos suficientes que explicitassem as condições de vida dos jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids. Nos prontuários dos locais da Assistência Social, pouco se tinha informação dos aspectos relacionados à sua saúde, muito menos o aporte de referências quanto ao diagnóstico de HIV. No local de saúde, ocorreu justamente o inverso, não existiam dados sobre a situação social do sujeito, ou seja, se os usuários do serviço possuían histórico

de morar na rua. A justificativa mencionada pelas equipes destes locais para a precária evolução dos prontuários foi a falta de tempo para realizá-los.

É importante destacar aqui a necessidade da sistematização das informações sobre a população usuária, pois, através destes relatos, podemos construir a história da humanidade. A documentação bem estruturada, com dados atualizados processualmente é um importante instrumento tanto para nortear a intervenção quanto para possibilitar estudos e avaliações sobre a situação dos sujeitos, a qualidade e efetividade dos processos e para a produção de conhecimentos que possam subsidiar a implementação ou qualificação de ações propositivas.

O que foi possível realizar diante desse contexto, com o apoio das equipes que trabalham nestes locais, foi a coleta de dados quantitativos quanto aos atendimentos a partir de informações retiradas dos Relatórios e/ou Banco de Dados Estatísticos dos sujeitos pesquisados, pois, por meio delas, era viável chegar aos prontuários dos jovens adultos de rua, portadores do HIV/Aids.

Nos órgãos que compõem a FASC (AMBJ, ASR, C.C.), utilizamos como suporte algumas informações destes levantamentos estatísticos mensais (LEM) realizados pelos administradores anualmente. Este levantamento, do tipo quantitativo, tem por objetivo verificar e controlar a demanda atendida para subsidiar a política de Assistência Social quanto aos recursos materiais e humanos a serem destinados a cada serviço.

Na instituição de saúde (ADS), foram retirados dados do Relatório Estatístico ou banco de dados do Centro de Testagem e Aconselhamento e do Relatório de pacientes portadores de HIV/Aids que realizam acompanhamento neste serviço. Outra técnica escolhida

inicialmente para a realização deste estudo foi a Livre Associação, que consiste na aplicação de um instrumento de pesquisa (formulário) através da entrevista. O instrumento construído inicialmente tinha questões abertas sob o formato de indicativos de conteúdo norteadores que se relacionavam aos diferentes aspectos da vida pessoal do(a) entrevistado(a).

Esta técnica foi aplicada em três sujeitos jovens adultos de rua, portadores de HIV/Aids, atendidos em um abrigo, que apresentaram dificuldades cognitivas e de compreensão de linguagem para responder as questões. Perguntávamos de várias maneiras e abordagens o que vinha em seu pensamento quando falávamos em rua, família, instituição e outros aspectos, geralmente, assuntos relacionados a suas vidas. Respondiam quase sempre que não estavam entendendo a pergunta, causando um certo desconforto tanto para o pesquisador quanto para o entrevistado, pois a idéia que se tinha no momento era que este sujeito não estava entendendo e, por isso, não podia colaborar com a pesquisa.

Na orientação de pesquisa, tentávamos entender o motivo de tal dificuldade de compreensão que esse jovem adulto apresentava e o que consideramos, a partir da experiência prática da orientadora e da pesquisadora, foi que estes sujeitos apresentam dificuldades devido à própria história de vida, sem escola, sem família, sem alimentação. Fatos que dificultam no seu aprendizado e na compreensão sobre a sua situação.

A partir desta dificuldade, houve também a necessidade de re-adequação dessa técnica de pesquisa, substituindo-a pela entrevista orientada por um roteiro norteador, ou seja, um formulário do tipo semi-estruturado. Nas entrevistas, foram respeitados os critérios mencionados acima – realizada somente com os sujeitos jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids que estavam sendo atendidos nestes locais, durante o período de coleta de dados do

estudo (dezembro de 2004 a março de 2005) – conforme a realidade e a rotina de cada local. O respeito à rotina dos locais onde a investigação realizou-se foi de fundamental importância para o desenvolvimento do estudo – com relação, principalmente, com os seus horários e regras institucionais, que por outro facilita a aceitação de técnicos e usuários e não causa transtornos à rotina institucional, a qual, muitas vezes, já é bastante complexa.

Foram entrevistados somente (10) dez sujeitos, pois a coleta de dados ocorreu conforme o número de casos existentes durante o período do estudo (dezembro de 2004 a março de 2005). O instrumento construído foi baseado em um roteiro semi-estruturado para a coleta dos dados (Apêndice A). Segundo Markoni e Lakatos (2002, p.112), “[...] o que caracteriza o formulário é o contato face a face entre pesquisador e informante e ser o roteiro de perguntas preenchido pelo entrevistador, no momento da entrevista”. Além da flexibilidade para adaptar as necessidades de cada situação, podendo o pesquisador reformular as questões do formulário conforme o grau de compreensão do sujeito entrevistado. O formulário utilizado tinha um roteiro semi-estruturado, que se constitui em importante auxílio para nortear a investigação sem, contudo, limitar a obtenção de informações livres.

Ressaltamos, no entanto, que foi extremamente difícil acessar a estes sujeitos e embora se trate de um grupo reduzido, optamos por mantê-lo com as características inicialmente propostas porque dar visibilidade a este fenômeno oculto parece, em nosso entendimento, uma importante contribuição para o enfrentamento da invisibilidade.

A questão do enfrentamento à invisibilidade é hoje uma importante contribuição que a pesquisa qualitativa pode trazer no que concerne ao desvendamento das expressões da questão social, objeto de trabalho do assistente social. Não é possível propor políticas de

enfrentamento aquilo que não se conhece. A falta de dados mais consistentes, no entanto, leva muitos pesquisadores a desistir da árdua tarefa de buscar o oculto, mas é exatamente aquilo que ainda não está suficientemente problematizado que pode ter maior relevância como tema de estudo para áreas como o Serviço Social, que tem a intervenção como uma de suas principais características constitutivas.

Conforme Mendes (2003, p.12): “Ao propor-se a dar visibilidade social ao que pertence oculto, acaba mostrando diversos níveis de um quadro comum ao mundo urbano [...] precisamente aqueles pertencentes aos segmentos sociais mais desprotegidos”.

O que acaba, também, justificando o tamanho reduzido da amostra desta pesquisa, não somente porque os jovens adultos de rua portadores do HIV/Aids não existam, mas porque a invisibilidade é das instituições que o atendem, principalmente, quando não reconhecem este indivíduo em sua totalidade. Algumas não possuem o conhecimento que estes sujeitos moram nas ruas e outras não sabem que são portadores do HIV/Aids, somente porque não estão na sua área específica de atuação. Demonstrando a fragmentação concreta das práticas organizacionais e da sua forma de atendimento.

Houve outra dificuldade para a realização das entrevistas nas instituições de Assistência Social: a falta de conhecimento por parte da equipe sobre a soropositividade ao HIV do jovem adulto de rua. Observamos que, em algumas instituições, este aspecto é pouco trabalhado. Na instituição de saúde, ocorreu o mesmo, o profissional raramente tinha conhecimento sobre as condições de vida de seus pacientes, o que resultou em somente um entrevistado nesta área, pois o critério para este local, reiteramos, foi que o pesquisado deveria ter histórico de morar na rua.

Para a realização das entrevistas individuais com os jovens adultos de rua foi necessária a colaboração das equipes para a seleção dos sujeitos entrevistados, pois somente esses poderiam ter conhecimento de que os indivíduos poderiam ser ou não portadores do HIV/Aids para a aplicação dos instrumentos de pesquisa. Houve por parte da equipe e da pesquisadora uma preocupação ética quanto à revelação do diagnóstico ao sujeito. Por isso, ocorreu a seguinte combinação entre pesquisador e equipe: que seria realizada a entrevista com todos os jovens que estavam presentes na instituição nos dias de coleta para que não houvesse a distinção de quem era HIV positivo. Isto ocorreu em duas das instituições da Assistência Social onde o atendimento prestado acontecia no mesmo local e a equipe era a mesma.

Nas entrevistas que realizamos e que os usuários não se enquadravam nos critérios de amostragem, não foram aplicados os instrumentos de coleta, os jovens receberam atendimento voltado para as práticas de aconselhamento em HIV/Aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), conhecimentos adquiridos na Residência em Saúde Coletiva com ênfase em Dermatologia Sanitária, por nós realizada.

No Brasil, a prática de aconselhamento em saúde pública surgiu a partir do aumento de casos notificados de Aids e também das DST, pois verificamos a necessidade de realizar um trabalho de prevenção, orientação e mobilização da população com relação a estas patologias. No âmbito de atendimentos às DST e HIV/Aids, o aconselhamento está alicerçado nos seguintes pressupostos: apoio emocional, apoio educativo e avaliação dos ricos de contaminação destas doenças.

Conforme o Ministério da Saúde, o aconselhamento é um processo contínuo de escuta ativa, personalizada e centrada na demanda do cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer vínculo – definido como habilidade de formar uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que os mesmos tenham a possibilidade de se reconhecerem como sujeitos de sua própria saúde e, assim, transformando seu comportamento (BRASIL, 2001).

Este processo pode ocorrer de forma individual ou coletiva, sendo composto por um ou mais encontros entre os sujeitos participantes. O atendimento individualizado – chamado de pós-teste – visa ao apoio emocional e avaliação de riscos. O atendimento coletivo – chamado de pré-teste – estabelece o apoio educativo, trazendo questões relativas à promoção da saúde e prevenção a DST, HIV/Aids. Este último inclui a preparação ao teste Anti-HIV, preparação para o resultado do teste e acompanhamento de alguns dos entrevistados no encaminhamento para a realização de novos testes e até a busca de um resultado do teste em um serviço de saúde do município.

Utilizamos também outra técnica de pesquisa para verificar a percepção, os significados e as representações acerca da realidade do jovem adulto de rua portador do HIV/Aids: o grafodrama.

[...] o grafodrama articula o desenho e a dramatização, trabalha a partir criação de desenhos representativos aos quais se dá vida aos personagens. O desenho é o elemento provocador da expressão do pesquisado, a partir do que se buscam significados, vivências, sentimentos que serão descritos a partir da vida atribuída aos personagens. O registro gráfico ou desenho também é bastante efetivo para registrar a representação de espaços, para identificação de instituições mais significativas numa comunidade, para apreender através da grafia a imagem ou organização de determinados espaços (PRATES, 2003, p.61).

A aplicação desta técnica de pesquisa com os jovens adultos foi muito adequada neste estudo, devido, essencialmente, a dois motivos observados pela pesquisadora no momento da sua efetivação. O primeiro foi porque favoreceu o vínculo entre entrevistado e entrevistador através de um ambiente mais “informal” de escuta, por meio da construção do desenho. O segundo motivo é devido à possibilidade deste jovem expressar-se de outra maneira que não somente por meio da fala, visto que alguns apresentam dificuldades. No entanto, tiveram a possibilidade de se expressarem através da arte, aportando com mais clareza os seus sentimentos, suas representações e os seus significados. O roteiro utilizado para aplicação desta técnica está descrito no Apêndice B.

Com relação à viabilidade de realização da pesquisa nas instituições selecionadas, além de ser interesse constante das políticas sociais (como Assistência Social e Saúde) do município e do estado a resolução de tais conflitos, é oportuno mencionar que, pelo fato de já termos vínculos estabelecidos com algumas instituições sociais de atendimento a esta parcela da população, percebemos que não houve maiores dificuldades no acesso aos dados e aos sujeitos pesquisados no que tange à aceitação por parte de técnicos e usuários quanto ao trabalho a ser realizado pela pesquisadora.

O ingresso nos equipamentos que compõem a FASC para a realização da pesquisa ocorreu por meio de contato prévio, primeiramente, telefônico, seguido de visita à Fundação, para apresentação da proposta aos dirigentes, busca de autorização e realização de acordo para o acesso ao campo. Neste encontro, foram explicados os propósitos da pesquisa, ressaltados os cuidados éticos que seriam observados tanto no processo de coleta como no uso das informações, ocasião em que foi entregue aos responsáveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que fosse autorizado a apropriação de dados institucionais (Apêndice C).

Em seguida, foi realizada uma visita em cada um dos locais onde a coleta seria realizada, com o intuito de formar vínculo com os profissionais e usuários, conhecer o funcionamento dos órgãos e acordar os dias e horários de coleta nos bancos de dados e prontuários, bem como o agendamento das entrevistas com os jovens adultos.

Em duas instituições, a pesquisadora participou das atividades institucionais, como comemorações do Natal e Aniversário do mês. Percebemos que este processo foi fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, pois possibilitou um maior vínculo entre equipe, entrevistados e pesquisador, favorecendo a coleta de dados e a função social da pesquisa.

Faz-se necessário ressaltar que o projeto foi apreciado e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (Apêndice D). O ingresso da pesquisadora, na instituição de saúde, para a realização da coleta de dados ocorreu, primeiramente, por meio de contato prévio com a coordenação da instituição e, depois, com a comissão representante do Conselho Local de Ensino e Pesquisa. Neste encontro, do modo similar aos contatos iniciais realizados na FASC, foram explicados os propósitos da pesquisa, ressaltados os cuidados éticos e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em seguida, foi acordado com a comissão representante do Conselho Local de Ensino e Pesquisa os dias e horários para coleta das informações nos relatórios, banco de dados e prontuários. A coleta de dados foi realizada com ajuda de uma Assistente Social do ADS. Nesta instituição, não foi necessário visitar previamente a equipe para formar vínculo ou conhecer o funcionamento, pois a pesquisadora, na ocasião, realizava a Residência Integrada em Saúde Coletiva em Serviço Social pela Escola de Saúde Pública nesta instituição, logo, já dispunha de vínculo estabelecido com a equipe e conhecimento sobre o serviço.

Ressaltamos que, durante as entrevistas com os jovens adultos, foram explicados de maneira clara e sucinta todos os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, reforçando a importância do Termo de Consentimento para ambas as partes (pesquisador e pesquisado – Apêndice E).

Para análise e interpretação dos dados, de modo coerente a todas as reflexões realizadas no conjunto dessa proposta, foi utilizado o método dialético-crítico, materialista e histórico como fio condutor e fundamento para a realização de inferências e explicações. Os dados quantitativos foram organizados e trabalhados por meio do tratamento estatístico realizado a partir da verificação da freqüência simples. Os dados qualitativos foram avaliados e interpretados pela análise de conteúdo proposta por Bardin (1979).

Dando prosseguimento à explicitação do ciclo metodológico da pesquisa, apresentaremos, sob a forma de síntese, o conjunto de etapas realizadas para o movimento de análise qualitativa do estudo. Para ilustrar o assunto mostraremos, sob forma lúdica de uma figura, o movimento de análise realizado. Seguem as seguintes etapas:

<b>1. Etapa:</b> Transcrição do conteúdo das entrevistas; Pré-análise: leitura flutuante do conteúdo; Organização dos dados: construção do mapa quantitativo e qualitativo; Construção dos mapas por grandes blocos temáticos (assuntos).	<b>1º Resultados:</b> <i>Resultados preliminares</i>
<b>2. Etapa:</b> Seleção das informações conforme o objetivo e questões norteadoras; Escolha do corte de análise: freqüencial e temático; Codificações dos dados: colocar cores nas categorias teóricas.	<b>Resultados finais</b>
<b>3. Etapa:</b> Interpretação dos dados com a inferência do pesquisador; Identificação das categorias empíricas; Construção do texto da análise: apresentação do dado, relação com a teoria e ilustração com a exposição oral ou os desenhos dos sujeitos.	

**Figura 1 - Etapas da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1979)**

Fonte: Material didático elaborado por nós, 2005

## 5 RESULTADOS DO ESTUDO

Consideramos a sistematização deste capítulo um dos mais importantes momentos de desenvolvimento de nossa Dissertação de Mestrado, porque, além de se realizar o fechamento do estudo, viabiliza uma profunda articulação teórico-prática – essencialmente, quando articula os referenciais teóricos estudados com os dados obtidos na pesquisa. As informações deste capítulo evidenciam a qualificada formação profissional aportada pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS aos seus alunos – não só no que concerne à qualificação para o trabalho docente, mas, principalmente, pela preocupação em preparar pesquisadores sociais que tenham acúmulo teórico-metodológico e habilidade de transmitir os conhecimentos científicos construídos e, ao mesmo tempo, desenvolver pesquisas no âmbito institucional das políticas e movimentos sociais.

A pesquisa social com enfoque dialético-crítico reconhece o caráter político da pesquisa social como construção coletiva que parte da realidade dos sujeitos, mediando processos de desvendamentos através da reflexão, que, além de buscar conhecer condições de vida, apreende o modo de vida dos sujeitos (PRATES, 2000). Para isso, faz-se necessário, em um primeiro momento desta análise, contextualizar – mesmo que de forma geral – as características dos sujeitos investigados para que, posteriormente, possamos apresentar as condições e o modo de vida dos mesmos.

## 5.1 AS CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS INVESTIGADOS

Ao sistematizarmos nosso projeto de pesquisa, tínhamos a pretensão de utilizarmos a análise documental nos prontuários de instituições de Assistência Social e de Saúde como principal estratégia de análise a ser complementada pela realização de entrevistas com os sujeitos jovens adultos, moradores de rua e portadores do HIV. Entretanto, quando da realização da primeira etapa do estudo, verificamos que os prontuários não dispunham de informações suficientes para contemplar os objetivos do estudo, considerando a ausência de registros ou imprecisões já mencionadas anteriormente.

Assim, decidimos utilizar a entrevista como principal instrumento para a coleta de dados. No entanto, algumas informações, mesmo que restritas, puderam ser aproveitadas utilizando como fonte os referidos prontuários. Os dados, de natureza quantitativa, podem contribuir para o aporte de algumas das características gerais dos sujeitos pesquisados, o que passaremos a apresentar, informando os locais que originaram as fontes.

A realização da análise documental no Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS), efetivada com o auxílio do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), tomou por base prontuários dos jovens adultos portadores do HIV/Aids incluídos no sistema de informações dos pacientes atendidos na clínica de Aids desta instituição. No período de janeiro de 2002 a dezembro de 2004, verificamos um número relativamente alto de jovens adultos que fazem tratamento para o HIV/Aids neste local. Havia 171 registros diferentes de jovens nestas condições e que dispõem de prontuário de atendimento. Dentre esses, há 8 registros de que estes sujeitos são moradores de rua, dos quais, 6 são do sexo masculino e 2 do sexo feminino.

A faixa etária predominante é a de 18 a 21 anos com 5 sujeitos, seguido daque que compreende o intervalo entre 22 a 24 anos, concentrando 3 sujeitos.

As principais situações verificadas a partir da coleta de informações nos prontuários desta instituição foram: o freqüente abandono do tratamento pelos jovens logo nas primeiras consultas, o não uso de preservativo nas relações sexuais e, como consequência, a predominância da forma de contaminação do HIV/Aids através de relação sexual com o parceiro da rua, além do uso contínuo de vários tipos de drogas. Verificamos, também, a inexistência de registros acerca da história destes sujeitos nos documentos que sistematizam o acompanhamento realizado, bem como a falta de informações quanto a suas condições de vida, elemento central para a ampliação ou redução das possibilidades de tratamento do HIV/Aids.

A análise documental realizada na casa de convivência (CC), auxiliada pelo setor de monitoria, foi efetivada através de busca no sistema de dados dos usuários atendidos na casa. No mesmo período, qual seja, janeiro de 2002 a dezembro de 2004, como na área de saúde, também, verificamos um número relativamente alto de jovens adultos em situação de rua, que fazem uso diariamente dos serviços oferecidos por este local, totalizando 610 registros. Contudo, não tínhamos como obter, com precisão, a informação quanto ao critério que conformava nossa amostra – ser portador do HIV/Aids. O sistema utilizado pela FASC, órgão ao qual o serviço se vincula, somente contempla dados geográficos, tais como nome, idade, sexo e dados administrativos, como número e tipo de atendimento prestado (banho, saúde, serviço social etc.). Dentre esses sujeitos, 450 eram do sexo masculino e a faixa etária predominante era de 18 a 21 anos, concentrando 355 sujeitos (78,8%).

Ressalvamos que, dentre este universo de sujeitos atendidos na Casa de Convivência, 287 jovens adultos de rua tinham registros institucionais por meio de prontuários de atendimentos, porque são acompanhados com freqüência pela equipe técnica e a maioria estava vinculada a outro serviço que fica no mesmo espaço, que é o Atendimento Social de Rua (ASR). A grande maioria dos sujeitos é do sexo masculino (190 sujeitos) e a faixa etária predominante é a mesma que a encontrada na casa de convivência – de 18 a 21 anos com 180 jovens adultos.

As principais situações verificadas durante a coleta na casa de convivência foram: que a grande maioria destes sujeitos não procura com assiduidade a casa de convivência, existem no máximo três registros de freqüência por cada sujeito. Outro aspecto verificado é, de modo similar ao serviço anteriormente analisado, a inexistência de informações sobre a saúde dos jovens adultos, incluindo a investigação sobre a existência ou não de diagnóstico de HIV/Aids. Na coleta de dados realizada nos prontuários do ASR, observamos novamente a inexistência de informação sobre a saúde destes sujeitos, incluindo o conhecimento sobre o diagnóstico de HIV/Aids. Segundo informações da equipe deste local, o investimento no registro institucional não ocorre com mais freqüência devido ao número reduzido de funcionários para a realização do acompanhamento a todos os sujeitos que freqüentam a casa de convivência. A mesma equipe também realiza a assistência no espaço das vias públicas, viadutos e logradouros, a toda a população moradora de rua adulta da cidade.

Para a realização da análise documental no Abrigo Bom Jesus (AMBJ) contamos com o auxílio do setor administrativo do equipamento, de modo que tivéssemos acesso aos prontuários dos jovens adultos portadores do HIV/Aids através da busca no sistema de informações dos usuários atendidos nesta instituição. Encontramos, no último ano, um

número relativamente alto de jovens adultos que ficaram abrigados neste local, totalizando 29 registros diferentes de jovens que tinham prontuários de atendimento. Dentre esses, havia 7 registros de que estes sujeitos eram portadores do HIV/Aids e, ao contrário dos demais, predominavam sujeitos do sexo feminino (4). A faixa etária que concentrou o maior número de sujeitos foi a mesma - de 18 a 21 anos com freqüência absoluta de 6 sujeitos.

O registro de elevado número de sujeitos, jovens adultos, portadores do HIV/Aids atendidos neste local pode ser associado ao fato de que, por se tratar de um abrigo, a sistematização dos dados é realizada com mais freqüência, especialmente, pelo fato de ser um número reduzido de usuários que recebe assistência e pelo tempo em que o usuário permanece na instituição, viabilizando não só uma vinculação mais consistente como também a possibilidade de responder às intervenções da equipe, diferentemente do que ocorre nos outros serviços apresentados, que realizam atendimentos de caráter emergencial. No entanto, verificamos também nos prontuários desta instituição a inexistência de informações mais detalhadas sobre as condições de saúde dos jovens adultos reingressos na instituição.

Estes dados revelam a pouca relevância atribuída ao registro institucional, o que, além de trazer prejuízos à própria construção da história da instituição e dos atores sociais nela envolvidos, limita as possibilidades de realização de pesquisas que poderiam contribuir para o aprimoramento de intervenções e avaliação dos seus resultados. Ao realizarmos o processo de análise documental como parte de nossa investigação, constatamos que o pesquisador precisa ter pleno conhecimento sobre as fontes de pesquisa, se contêm efetivamente as informações necessárias ao desvendamento do objetivo de estudo que se propõe a investigar. Compreendemos, também, que a inexistência do dado se constitui em informação importante,

que embora limite as possibilidades de análise quanto a dados sobre os usuários, reiteram a necessidade e relevância do registro institucional.

Concluímos, a partir da experiência acumulada durante esta etapa do estudo, que a análise documental não seria suficiente para dar conta da avaliação proposta para essa etapa e decidimos modificar o plano de coleta, ampliando aspectos a serem investigados a partir da entrevista, que passou a ser o instrumento principal para a realização da coleta de dados. As entrevistas foram realizadas nas mesmas instituições onde efetivamos a análise documental.

Foram entrevistados um total de 10 sujeitos, distribuídos da seguinte forma: Ambulatório de Dermatologia, 1 sujeito entrevistado; Casa de Convivência e Atendimento Social de Rua, 8 sujeitos entrevistados e Abrigo Municipal Bom Jesus, 1 sujeito entrevistado. Quanto ao sexo dos sujeitos entrevistados, eram a metade mulheres e a outra metade homens. A faixa etária dos sujeitos foi predominante a de 22 a 24 anos, representando 6 sujeitos e os demais 4 sujeitos tinham idade entre 18 a 21 anos.

Nosso principal objetivo, conforme mencionado anteriormente, foi buscar ampliar a visibilidade sobre os processos de exclusão social vivenciados por moradores de rua, através da investigação a respeito de sua condição e modo de vida, no intuito de contribuir para subsídio de políticas públicas (principalmente, política de Assistência Social e de Saúde), que tenham a finalidade de implementar ações efetivas que contemplem as reais necessidades cotidianas desta parcela da população.

É importante neste momento retomarmos o conceito de exclusão social que serviu de base para este estudo, antes de aprofundarmos a análise dos dados. Conforme Bulla et al.

(2004), a exclusão social vai além do conceito de pobreza material da população, alcança os valores culturais, as discriminações, as perdas de vínculos, as fragilidades nas relações de convívio. O segmento estudado sofre cotidianamente este processo de exclusão social e, investigando as estratégias de sobrevivência dos jovens adultos de rua portadores do HIV/Aids, podemos constatar, entre os vários aspectos que envolvem o contexto da rua, dados que revelam a precária condição de vida a que estes sujeitos estão expostos, o que caracteriza um profundo processo de exclusão social.

Inicialmente, aportaremos os dados verificados relativos às condições materiais de existência, o que chamamos de condições de vida e que contemplam, nesse processo de análise, o local onde permanecem nas ruas, com quem convivem, quando e quais motivos tiveram para morar nas ruas da cidade. Sendo, também, apresentadas as estratégias utilizadas para se alimentarem, abrigar-se, conseguir dinheiro e as estratégias utilizadas, por eles, para sobreviver, quando de sua saída dos abrigos juvenis ao concluírem 18 anos. Embora separemos os aspectos da vida desses sujeitos em duas grandes categorias – condições e modo de vida, temos a clareza de que ambas se permeiam porque para cada condição material de existência há representações efetivadas pelos sujeitos, pois as condições materiais abstraídas e as relações sociais estabelecidas acabam por conformar a sua subjetividade.

Durante nossa exposição, mesmo buscando agrupar de modo lógico as dimensões cotidianas que expressam as condições de vida dos jovens adultos de rua, em alguns momentos, estaremos aportando o sentido que tem para os entrevistados, portanto, acrescentando aspectos do seu modo de vida. Mais adiante, quando interpretarmos a expressão de seus sonhos, valores e histórias de vida, será possível dar maior visibilidade ao seu modo de vida. A utilização de técnicas de coleta que privilegiaram a grafia e o drama

associados viabilizou que sentimentos mais profundos de esperança ou desesperança fossem melhor explicitados.

Passaremos, então, a apresentação dos dados:

## **5.2 CONDIÇÕES E MODO DE VIDA DO JOVEM ADULTO DE RUA PORTADOR DO HIV/AIDS**

### *A rualização na vida dos entrevistados*

Analisando o local de permanência na rua dos sujeitos entrevistados, constatamos que a grande maioria (8 sujeitos) encontra-se vivendo em condições de vida precária embaixo de marquises, viadutos, pontes, abas de prédios e casas ou galpões abandonados na região central da capital gaúcha. Este dado confirma a informação de pesquisas anteriormente realizadas com meninos(as) de rua e moradores de rua adultos, quando verificou-se que a maior concentração desses sujeitos dava-se nas regiões centrais das grandes cidades ou metrópoles.

Reis e Prates (1999), no estudo realizado com meninos(as) de rua, verificaram, a partir de um processo de mapeamento efetivado em toda a cidade de Porto Alegre, que havia 197 sujeitos nas ruas oriundos da capital gaúcha e região metropolitana. Destes, 45% permaneciam em locais como viadutos, prédios abandonados, praças e outros. Nos estudos de moradores de rua adultos também se pode verificar a concentração de sujeitos nas regiões centrais da cidade (REIS, PRATES e MENDES, 1996; ABREU et al., 2000).

Alguns destes estudos realizados com moradores de rua em Porto Alegre, a partir de um censo, auxilia-nos a inferir nos dados encontrados na pesquisa – que é diferente de comparar um estudo com o outro – embora trabalhemos com um universo reduzido de sujeitos, a característica apresentada confirma-se pelo estudo anterior como uma tendência desse segmento populacional.

Recentes estudos (REIS, PRATES e MENDES, 1996; PAGAM, 1999; ABREU et al., 1999) explicam que a concentração de moradores de rua nas regiões centrais das metrópoles ocorre devido ao fluxo constante de pessoas e iluminação pública que acabam facilitando a sua segurança, pois o risco é menor de serem “queimados” e/ou sofrerem agressões físicas e psicológicas da sociedade. Outro aspecto mencionado é a questão da sobrevivência, pois, nessas regiões, existem maiores alternativas de realizarem trabalhos informais, além de bares e restaurantes que doam sobras de alimentos ou instituições não-governamentais que fornecem alimentação gratuita.

Ao serem questionados com relação à convivência no espaço da rua, ou mais especificamente com quem vivem na rua, a maioria dos sujeitos pesquisados respondeu conviver diariamente com sua família. Consideramos para fins deste estudo a constituição de família conforme o sujeito a considera, ou seja, incluindo pais, irmãos, filhos, companheiros(as) ou o grupo da rua. Esta informação confirma em parte estudos anteriores, mas é necessário considerarmos a relação com as características dos indivíduos investigados - adolescentes. Referindo-se a essa fase evolutiva, Osório (1989) diz que é comum o ser humano, nesta etapa do desenvolvimento, tender a se agrupar para sentir que pertence a um determinado grupo social. Isto se deve, conforme o autor, a necessidade de afirmação de sua

identidade através do processo de auto-identificação (REIS, PRATES e MENDES, 1996; Abreu et al., 2000).

Analizando o início do processo de rualização dos sujeitos por nós entrevistados, podemos verificar que a grande maioria foi para as ruas na fase adolescente da vida. Somente 6 sujeitos foram com idade de 11 a 12 anos. Esta informação pode ser confirmada pelos dados das pesquisas realizadas com meninos(as) de rua realizadas em 1999. Reis e Prates (1999) referem que, de um universo de 197 sujeitos investigados através de censo em Porto Alegre, as faixas etárias predominantes eram: de 10 a 11 (16,3%) e 12 a 13 anos (6,6%). Considerando a importância destes dados, podemos inferir que estes sujeitos foram viver nas ruas durante uma etapa da vida, um tanto difícil, a chamada crise adolescente pela própria indefinição da identidade (não é criança e nem completamente adulto), assim, gerando diversos conflitos e acentuando as dificuldades de estabelecerem relações o que é agravado pelo contexto da rua. Segundo Prates (2001), alguns adolescentes que apresentam um grau de vulnerabilidade maior neste período acabam abreviando esta etapa pela necessidade de sobrevivência, dirigindo suas energias para a luta pela sobrevivência e apenas experimentam a puberdade como processo inevitável de transformação física, não dispondo do tempo necessário para o seu desenvolvimento adequado, pois se encontram confinados em um contexto de fome e miséria.

Considerando os principais motivos que levaram estes sujeitos para as ruas, podemos avaliar que a quase totalidade (9 sujeitos) passou a viver nessas condições devido a situações de violência doméstica. O estudo efetivado por Reis e Prates (1999) mostra que a violência também foi evidenciada na realidade de meninos(as) de rua no processo de rualização.

Apresentamos algumas das expressões desses sujeitos para melhor explicitar os motivos mencionados:

“Eu briguei com a minha madrasta em casa. A minha mãe já era falecida. Peguei e saí para rua. Vim a pé de Passo Fundo para Porto Alegre e fiquei um tempo na rua”.

“Foi depois que a minha avó faleceu e me levaram para morar com a minha mãe, e o meu padrasto abusava de mim. Então, decidi sair urgente, antes que ele me rasgassem toda. Ela (mãe) não acreditava em mim e dizia que eu o provocava. Ela era muito doente...”.

“A primeira vez foi quando minha mãe tentou me matar... me matar mesmo, a minha tia teve que separar, se meter no meio. Eu disse para ela que em casa eu não ficaria mais. Para mim, esse tempo não era nada fácil, era só sofrimento, tristeza. Eu me sentia sozinha na rua. Às vezes, eu tinha vontade de voltar para a minha casa, conversar com a minha mãe, mas eu sabia que não ia adiantar nada”.

**Figura 2 - Jovens adultos portadores de HIV/Aids segundo motivo que os levou a viver nas ruas**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

Suas expressões mostram que tiveram em comum importantes perdas durante este período, principalmente, por falecimento de familiares, como a mãe ou a avó. Do conjunto de entrevistados, 6 sujeitos mencionaram fatos associados a perdas. Este dado também pode ser verificado em outros estudos realizados, evidenciando como uma característica dos sujeitos que vivem nas ruas a ruptura dos vínculos familiares decorrentes da perda de alguém querido ou ocasionada por situações de violência (REIS, PRATES e MENDES, 1996; ABREU et al., 2000; BULLA et al., 2004).

### *As estratégias de sobrevivência no contexto da rua*

Com relação às estratégias utilizadas para conseguir alimentação, verificamos que a quase totalidade (9 sujeitos) utiliza-se da mendicância para conseguir alimentos. Nas falas destes sujeitos, o termo “pedir” ou “eu peço” apareceu com freqüência. Geralmente, solicitam nos mais variados locais, como casas residenciais ou de familiares, restaurantes e instituições, como sopões, casa de convivência e outros.

Segundo Bulla et al. (2004), esta estratégia revela uma importante existência de ações de caráter assistencialista de cunho privado, evidenciando também a falta de uma política pública de segurança alimentar melhor articulada, além do processo de exclusão social vivenciado diariamente por esses sujeitos. Mostra ainda que este processo provoca consequências na auto-estima, pois a situação de mendicância é experimentada como uma humilhação na medida em que, nem sempre, a sociedade está disposta a auxiliar estes sujeitos que acabam se “sujeitando” a situações de exposição degradante. Vários relataram que quando não conseguem alimentos através desta estratégia, utilizam outras ainda mais degradantes, como “catar o lixo” em busca de restos de alimento, o que evidencia ainda mais o processo de exclusão a que estão submetidos. As expressões como “vai trabalhar vagabundo” ou não “tem mais nada para fazer”, também, foram relatadas por estes sujeitos, como respostas a seus pedidos.

Analizando as estratégias que os jovens adultos utilizam para se proteger da exposição ao frio e à chuva, verificamos que as condições e alternativas são igualmente precárias. Utilizam essencialmente pontes, abas, tábuas e também cobertores para abrigar-se. No entanto, a maioria - 7 de um total de 10 sujeitos - relatou que não se importa em se expor ao

frio e à chuva, mostrando o descaso com o cuidado próprio, resultado da banalização de sua condição ou mesmo de depressão ou desesperança.

“Às vezes, eu me molho, não tô nem aí pra chuva ou pro frio, se tiver frio eu boto umas calça, um tênis, um blusão, tenho um guarda-chuva e fico caminhando pra vê se consigo dinheiro”.

“Não tinha onde não pegar frio eu não dormia embaixo de árvore, era na rua mesmo, no chão. Às vezes, eu dormia no chão puro. Ficava tudo ali na praça Parobé”.

**Figura 3 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids conforme estratégias de abrigagem das intempéries no espaço da rua**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

Podemos também fazer uma relação a esta exposição ao diagnóstico de HIV/Aids dos entrevistados. A exposição ao frio e à chuva traz como consequência o alto índice de doenças pulmonares, como as pneumonias e as tuberculoses, bem como os importantes agravos dermatológicos. A tuberculose apareceu em 6 sujeitos, a pneumonia e os agravos dermatológicos em 4 das expressões dos sujeitos entrevistados. Na pesquisa com moradores de rua de Porto Alegre, realizada entre os anos de 1994 e 1995, também, foi verificado que, entre as doenças mais freqüentes sofridas por estes indivíduos, as doenças pulmonares representam 11,7% e as de pele 4,9%, apresentando maiores concentrações de um total de 222 sujeitos investigados (PRATES et al., 2000).

Outra estratégia de proteção que emergiu das falas dos entrevistados foi a solidariedade entre o grupo que mora na rua. Alguns mencionaram que quando faz frio e chove acabam se protegendo entre si, conforme se pode verificar na expressão de um dos sujeitos: “Um ajuda o outro, a gente da um jeito para não ter frio, bota o colchão um do lado

do outro e dormi todo mundo junto dona" (Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005).

Considerando as estratégias utilizadas pelos jovens adultos entrevistados para obter dinheiro, verificamos que a maioria (7 sujeitos) utiliza-se basicamente de duas formas para garantir a sua sobrevivência, que variam conforme a disponibilidade da situação e do momento. A primeira delas é através do que consideram trabalho, o que inclui atividades profissionais, como juntar latinha para venda, auxiliar de obras, distribuição de panfletos, cuidar de carros, vender jornal e fazer programas. Conforme Bulla et al. (2004, p. 116-117), "[...] o trabalho desenvolvido pelo morador de rua se caracteriza, de forma geral, como de baixa especialização, o que faz desse cidadão um integrante do mercado informal". Podemos verificar que estas atividades de cunho informal revelam não só a precariedade das relações de trabalho vivenciadas por estes jovens adultos, pois, além de realizarem atividades que não garantem a proteção social, evidenciam, mais uma vez, o processo de exclusão social pela insalubridade, risco, desqualificação das tarefas que realizam.

A segunda estratégia utilizada por eles para conseguir dinheiro é a prática da mendicância em locais públicos, como sinaleiras, casas, paradas de ônibus, nas ruas e no centro da cidade. Esta situação revelada pelas falas dos entrevistados expressa as consequências da exclusão e suas implicações para condicionar a baixa auto-estima dos sujeitos devido à humilhação freqüente por eles vivenciada. Na pesquisa realizada com meninos(as) de rua (REIS e PRATES, 1999), aparece esta informação de forma significativa. Entre os sujeitos pesquisados naquele estudo (de 197 sujeitos investigado), 14,2% praticavam a mendicância, constituindo-se na forma que obteve maior concentração como alternativa utilizada pelos meninos(as) de rua para obterem dinheiro.

“Vendo jornal e ganho trinta reais, também peço dinheiro pelas casas. Junto latinhas..., Faço o que dá...”

“Eu pedia, dava um bom dinheiro, quando estou com a nenê ganho mais ainda... Eu faço o mesmo esquema que eu fazia antes”.

“Teve uma época que eu entregava panfleto, assinei contrato de 6 meses, depois saí dali e comecei a cuidar de carro na câmara. Também peço, junto latinha....”.

**Figura 4 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo estratégias para conseguir dinheiro**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

Avaliando as estratégias de sobrevivência utilizadas pelos jovens adultos entrevistados, mas especificamente sobre o modo como vivenciaram a saída de um abrigo de adolescentes para um de adulto ou para outros espaços, verificamos que a maioria (6 sujeitos) relatou problemas na transição especialmente destacando a dificuldade na adaptação em instituições para adultos de rua. Percebemos que este fato acabou motivando o retorno de muitos, bem como sua permanência no espaço da rua. Reiteramos a reprodução do processo de exclusão social, o que ocorre, não exclusivamente, pelo sistema utilizado nestes locais de atendimento destinados à atenção de adultos, mas sim pela falta de trabalhos que visem ao processo de transitoriedade de um sistema de proteção para um sistema que pressupõe a autonomia dos sujeitos.

Conforme Moreira (2001), o processo de transição da adolescência para a fase de jovem adulto não pode ser considerado um fenômeno universal com transformações iguais para todos os sujeitos, pois este processo sofre alterações decorrentes das modificações do período histórico e sociocultural de cada nação e de cada época. No aspecto sociojurídico, incluindo o ECA, não existem disposições legais que protejam os adolescentes depois dos 18 anos, com ações intermediárias que possam preparar estes sujeitos para a sua inserção no sistema de atendimento à população adulta.

Segundo Barreto et al. (2004, p.16): “[...] isso faz com que, no dia em que o jovem completa 18 anos de idade, como um passe de mágica, seja incluído no mundo dos adultos, com as responsabilidades que isso implica”. Referem ainda os autores que, apesar do jovem ter de assumir responsabilidades de adulto, alguns destes sujeitos em toda sua vida, geralmente, não tiveram a oportunidade de desenvolver plenamente a capacidade de ser responsável e apresentam dificuldades no cumprimento de seus deveres, incluindo, até mesmo, uma simples tarefa da vida diária. É preciso também levar em consideração que nesta etapa do desenvolvimento não podem ser considerados como crianças e nem completamente adultos, pois apresentam características próprias da fase adolescente, como a formação de grupos, mudança de humor em curto período, agressividade, resistência à autoridade (OURIQUES, 2002).

“...quando eu ia fazer 18 anos, eu estava na casa de acolhimento noturno. Um dia, o tio chegou para mim e disse: ‘... quando você completar 18 anos não pode vir aqui mais, entendeu....’ Na casa harmonia também me falaram que não podia ficar mais lá. Eu não entro mais porque sou de maior. Só me ajudam com rancho, daí eu dou para minha irmã e ela vem buscar, isso foi até os 19 anos. Mesmo assim não fiquei em casa”.

“ Entrei com 16 anos no Ingá Brita, depois fui para o Miguel Dario. Fiquei até os 18 anos lá. E depois fui para rua de novo, já era de maior. Foi ruim, demorei para aceitar, sempre voltava lá para tentar entrar, cheguei uma vez até mentir que tinha 16 anos, sou “mirradinho”. Quase deu... aí foi quando resolvi procurar o Bom Jesus. Achei bom, mas não é a mesma coisa no início demora pra aceitar”.

“...eu tava lá no Ingá Brita e eles me disseram: ‘...já deu o teu tempo meu... agora te vira’. E foi assim que voltei para rua. Eles até me deram um ajuda de dinheiro 6 meses, que apenas me ajuda a manter o meu vício da lólo na rua. Não resolveu nada...”.

**Figura 5 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo o processo de transição de abrigos juvenis para rede adulta de atendimento**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

Esta invisibilidade e a lacuna existente na legislação fazem com que jovens adultos moradores de rua sofram reiterados processos de exclusão social. Os sujeitos pesquisados não tiveram e ainda não possuem condições ou perspectivas dignas de sobrevivência. Estes

sujeitos, dentro de um contexto específico, como é no caso de Porto Alegre, acabam não sendo completamente preparados para exercer a sua vida civil pelas instituições de atendimento a adolescentes, o que dificulta ainda mais o processo de transição (OURIQUES, 2002). Por outro lado, e agravando ainda mais a situação, não há uma proteção própria ou serviços adequados que contemplem sua fase de desenvolvimento humano-social.

Outro ponto a ser salientado é a questão da saúde do jovem adulto de rua, portador do HIV/AIDS, devido as precárias condições de vida, reflexo dessa falta de uma proteção social própria. Os aspectos relativos à saúde (mental e física) dos entrevistados serão melhor discutidos no próximo item de análise.

### **5.3 A SAÚDE DO JOVEM ADULTO DE RUA PORTADOR DO HIV/AIDS**

#### ***Drogadição***

Analizando os aspectos relacionados à droga na vida dos entrevistados, podemos constatar que a grande maioria dos entrevistados, 8 sujeitos (de um total de 10), faz uso constante e diário de quase todos os tipos de drogas, principalmente, da cola de sapateiro, mais conhecida como “lólo”. Esta droga é a mais utilizada devido à facilidade de acesso, além do baixo custo para compra. Uma informação relevante com relação às drogas é que a utilização do álcool, para alguns sujeitos entrevistados, não é considerada como uma droga.

Destacamos também um expressivo número de sujeitos entrevistados que usam o “crake” (6 sujeitos de um total de 10). No entanto, referiram que não utilizam esta substância

com freqüência devido ao alto custo da droga. Com relação ao uso de cocaína, podemos verificar que 5 dos entrevistados já usaram.

Comparando estas informações com os dados obtidos em uma pesquisa realizada em 2002, no Abrigo Municipal Bom Jesus, com jovens adultos de rua, sobre o uso de drogas, quando constatamos que 8 sujeitos pesquisados (de um total de 49) usavam algum tipo de droga (ilícita ou licita), podemos inferir que os dados encontrados possuem uma estreita relação. No referido estudo, com um universo de 49 sujeitos, as drogas mais utilizadas eram: loló ou “cola de sapateiro” (mencionados em 9 relatos), seguidos de maconha, cocaína, crack e drogas injetáveis, algumas utilizadas concomitantemente conforme a disponibilidade financeira para o uso (OURIQUES, 2002).

O período de início do uso de drogas na vida dos entrevistados efetivou-se no contexto da rua, geralmente, na adolescência, logo quando ingressaram neste contexto. Somente um entrevistado relatou que iniciou o uso da droga antes de ir para rua, na infância, aos 4 anos de idade. O estudo realizado em Porto Alegre, por Reis e Prates (1999) sobre meninos(as) de rua refere que, de um grupo de 197 sujeitos investigados, as faixas etárias de maior concentração de início do uso de drogas são: de 13 a 15 anos (48%) e de 10 a 12 anos (19%).

Em nosso estudo, analisando o significado da droga na vida dos entrevistados, verificamos que ela representou, inicialmente, uma forma de aceitação do indivíduo pelo grupo de rua. O relato que segue evidencia isso:

*[...] na rua, quando eu fui, eu vi uns amigos, uns guris, eu não conhecia ninguém, eles tavam cheirando cola (loló) e eu não sabia cheirar. Eles falaram bem assim: ‘....O fulano dá uma molhada e chupa esse negócio para dentro ‘Aí*

*comecei a cheirar lólo com 12 anos e fumava cigarro. Neste tempo, não usei outras drogas ainda... (Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005).*

Segundo Osório (1989), a preocupação do sujeito com a sua aceitação em um grupo social no qual está tentando se inserir é uma característica comum da fase adolescente – que, em meio a todos os conflitos inerentes a esta fase do desenvolvimento, tem no conhecimento e na inserção no mundo das drogas um elemento capaz de proporcionar a sua integração entre os membros do grupo e solucionar os conflitos existentes. De acordo com Menezes, a relação com a droga:

[...]...oferece uma fuga à realidade e por alguns instantes, sob o efeito dela o adolescente se sente o todo-poderoso, "em paz" e independente (pois se torna "onipotente de fato"). E é em meio a tantas mudanças, no afã de conquistar a tão sonhada independência, que se junta a grupos. E, com medo de não ser aceito por eles, se submete às suas regras. A busca pela independência leva-o a ser dependente das regras desse grupo e muitas vezes é dependente da droga (2005, p.01-02).

É neste contexto da rua e de formação de novos vínculos que os entrevistados conseguiram muitas vezes serem ouvidos a partir da sua "linguagem", sua experiência e seu modo de vida pelo conjunto de indivíduos que constituem o “grupo da rua”. O respeito mútuo entre os membros do grupo passa a ser prioridade no estabelecimento de suas relações, principalmente, afetiva e a experiência de violência familiar vivenciada por eles não ocorre mais. Então, foi possível perceber que a rua e a droga tornam-se neste contexto extremamente sedutoras para a permanecia destes sujeitos em tal espaço.

Observamos, nesta investigação, que, em muitas situações, a existência de regra entre o grupo é a garantia da sobrevivência dos jovens nas ruas e a regra principal é a própria drogadição. Se em casa não foi possível fazer com que o sujeito ali permanecesse protegido e apoiado, o uso de substâncias psicoativas é suficientemente capaz de envolvê-lo neste mundo, nem que para isso o indivíduo tenha que ceder a determinadas regras impostas pelo próprio grupo. Vale ressaltar que o se unir a grupos é extremamente saudável, e, quando o adolescente não consegue fazê-lo, está apresentando um sintoma de dificuldade na elaboração dos lutos. O que não é saudável é negar-se, despersonalizar-se em função do outro ou do grupo (OSÓRIO, 1989).

Podemos verificar também outras regras do grupo de jovens para a sua organização interna e a obtenção do que desejam ou necessitam. Entre os membros, há diferentes estratégias para obter, além da droga, a alimentação e o dinheiro. Estes elementos são basicamente o que vêm garantindo a sua sobrevivência na rua. As falas que seguem evidenciam esta relação:

“...ganhava droga do meus amigos e eu pedia no banco 24 horas. Eu pedia para as pessoas para conseguir comprar comida que trocava por droga com os meus amigos. A gente se dividia. Hoje, eles estão “grandão”. Pararam de cheirar lólo”.

“...eu e meus amigos trabalhava bastante juntando latinha. Arrumava latinha até tarde da noite. Dava um tanto de dinheiro e separa um tanto para comer e um tanto para a droga”.

“...ganhava droga dos meus amigos, pedia dinheiro no centro e comprava droga. Cheirava lólo todos os dias com meus amigos”.

**Figura 6 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo organização do grupo de rua para conseguir a droga**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

A relação do jovem adulto com a prática do tráfico de drogas apareceu em alguns relatos, porém não de forma expressiva, pois esta população é predominantemente consumidora das substâncias psicoativas.

Os dados apresentados nesta pesquisa reafirmam as informações de estudos anteriores realizados com meninos(as) de rua e jovens adultos sobre o alto número de sujeitos que fazem uso, tipo mais usado, idade de início de uso e da relação entre o grupo de rua que acabam revelando o altíssimo grau de vulnerabilidade social em que estes sujeitos estão expostos, principalmente, porque iniciaram a usar droga precocemente, o que resulta em uma frágil e prejudicada saúde mental e física atual, em consequência a contaminação por HIV.

### ***Drogadição e Saúde Mental***

Averiguando as condições de saúde dos jovens adultos entrevistados – conforme um dos objetivos proposto no estudo – constatamos, a partir do uso freqüente de drogas, que a totalidade dos entrevistados não realizam tratamento para dependência química e relatam, em algum momento da entrevista, que não precisam utilizar qualquer recurso para interromper o uso de drogas. Seguem algumas falas para ilustrar a discussão:

“Não preciso de tratamento eu paro quando quero...nunca fiz nada nem vou fazer...”

“...não preciso, eu não bebo todos os dias...”.

“não preciso disso..tratamento é para quem é louco”.

**Figura 7 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo a necessidade do tratamento para drogas**

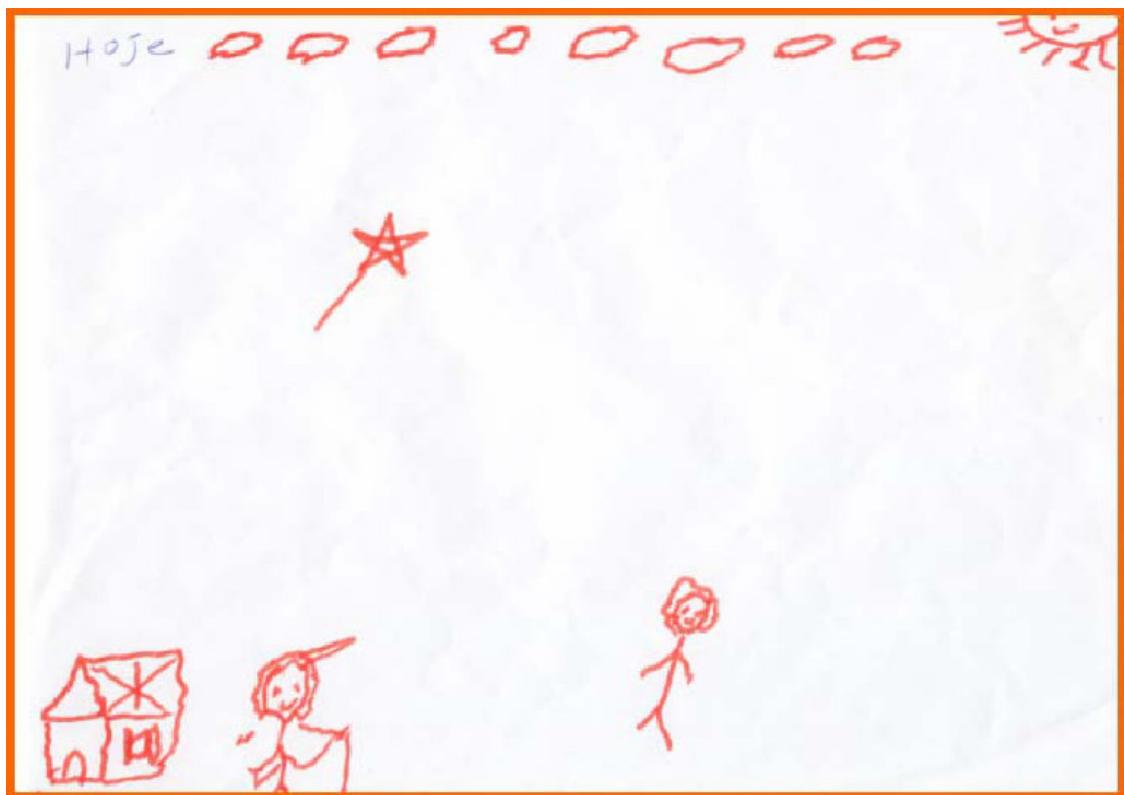
Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

A droga, na vida dos entrevistados, desempenha papel tão significativo que, nos desenhos realizados por eles sobre como se viam no contexto atual de vida, ela apareceu em 4 expressões gráficas de diferentes entrevistados. No primeiro caso, o entrevistado sozinho, outros com o grupo de rua ou companheiro usando droga e caminhando nas ruas do centro da cidade conforme seus relatos que explicam os desenhos, o que se pode observar nas figuras que seguem:



**Figura 8 - Como me vejo hoje**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005



**Figura 9 - Como me vejo hoje**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

Neste último desenho, a entrevistada revelou a nós, através da sua interpretação, que se encontrava no centro da cidade “cheirando cola” - quando questionada sobre o que estava fazendo hoje (na hora que estava desenhado), respondeu que estava sentindo-se no ar (voando) e ao mesmo tempo com medo de “surtar” ou, como afirma no relato, “medo de perder o tino” (Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005). Este drama, representado através do desenho, revela uma preocupação parcial da entrevistada com relação à sua saúde mental. Novamente, a contradição aparece com clareza, por um lado, preocupa-se com a possibilidade de ter um “surto” psicótico; e, por outro, continua fazendo uso da droga.

Os dados com relação à saúde mental dos entrevistados são preocupantes em termos de saúde pública, principalmente, porque apareceram, na história da totalidade dos entrevistados, episódios importantes de “surtos” devido à depressão e outros transtornos mentais, acrescidos de históricos de tratamentos interrompidos para dependência química e saúde mental (6 em 10 sujeitos), por situações de tentativa de suicídio relatadas (3 em 10 sujeitos). Estas informações podem ser confirmadas por dados de estudos anteriores sobre a saúde mental de jovens adultos de rua. Segundo Barreto et al. (2004), muitos jovens adultos de rua apresentam transtornos mentais, como a depressão e muitas vezes risco de suicídio. “[...] Todos estes aspectos citados, de modo geral, estão correlacionados” (BARRETO et al., 2004).

De acordo com os relatos dos entrevistados, as formas de tentativas de suicídios ocorreram de diversas maneiras, podendo incluir situações, como tomar quantidade exacerbadas de mediações, atirar-se contra um carro em movimento ou tentar enforcar-se. Os motivos também são diversos, podendo incluir situações de tristeza profunda, melancolia, falta de perspectivas quanto a melhores condições de vida, inexistência de vínculo com sua família de origem, baixa auto-estima e um profundo envolvimento com as drogas. Vale ressaltar que os sujeitos que tentaram suicídio não fizeram ou fazem tratamento para a resolução deste problema. Os relatos que seguem evidenciam este processo:

“Dona, eu me sinto bem agora. Quando tinha 12 anos, tentei me matar com uma corda...me pendurei na árvore do pátio onde morava. Minha irmã chegou bem na hora e contou pra minha mãe, que me deu uma surra porque disse que não era pra bincar na árvore mais....era perigoso”.

“Já tentei me matar sim, tava muito triste. Tomei os remédios do HIV todo e não aconteceu nada.....”.

“...às vezes me sinto triste. Uma vez tentei me atirar em baixo do carro lá no centro, eu fui para hospital e elas (equipe) me ajudaram”.

**Figura 10 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo as tentativas de suicídios**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

### ***Drogadição e HIV/Aids***

O profundo envolvimento dos entrevistados com as drogas provoca – além de prejuízos à saúde mental como vimos anteriormente – um alto índice de contaminação pelo HIV/Aids, seja por meio da transmissão direta através do compartilhamento de seringas contaminadas pelo uso de drogas injetáveis, ou pela transmissão indireta por meio de relação sexual sem preservativos, com usuários que fazem uso constante de todos os tipos de drogas, o que aumenta ainda mais o risco de contaminação. Analisando o tempo de contaminação dos entrevistados, podemos verificar que a metade contaminou-se recentemente - 1 a 3 anos.

Quanto às formas de contaminação, verificamos que: 4 indivíduos contaminaram-se através de relação sexual sem preservativo com o seu parceiro fixo e 2 entrevistados contaminaram-se da mesma forma, porém com parceiros eventuais. Houve também relatos de contaminação por meio do uso de drogas injetáveis pela seringa contaminada em 3 relatos diferentes, e somente um sujeito não respondeu como se contaminou (“porque não sabe”, SIC.).

Conforme Boletim Epidemiológico/RS, os usuários de drogas injetáveis (UDI) no estado representam uma categoria importante na cadeia de transmissão ao HIV/Aids – tanto entre eles quanto com relação a seus parceiros sexuais. Nesta transmissão, há um aumento considerável de mulheres infectadas, indiretamente, pelos seus parceiros UDI portadores do HIV/Aids por meio de relação sexual sem preservativo (LOUREIRO, 2003). Este aumento já era observado antes de 1992 – quando houve uma ampliação proporcional importante de UDI entre os casos detectados (RIO GRANDE DO SUL, 2005). O Boletim conclui a análise referindo:

[...] esta sempre foi a principal forma de transmissão sanguínea em nosso Estado e, representa em torno de 30% dos casos novos diagnosticados e notificados nos últimos 6 anos – apesar de ter sido registrada uma proporção de até 7% (1987) de casos contaminados por transfusão de sangue e hemoderivados no início da epidemia do RS (RIO GRANDE DO SUL, 2005, p. 04).

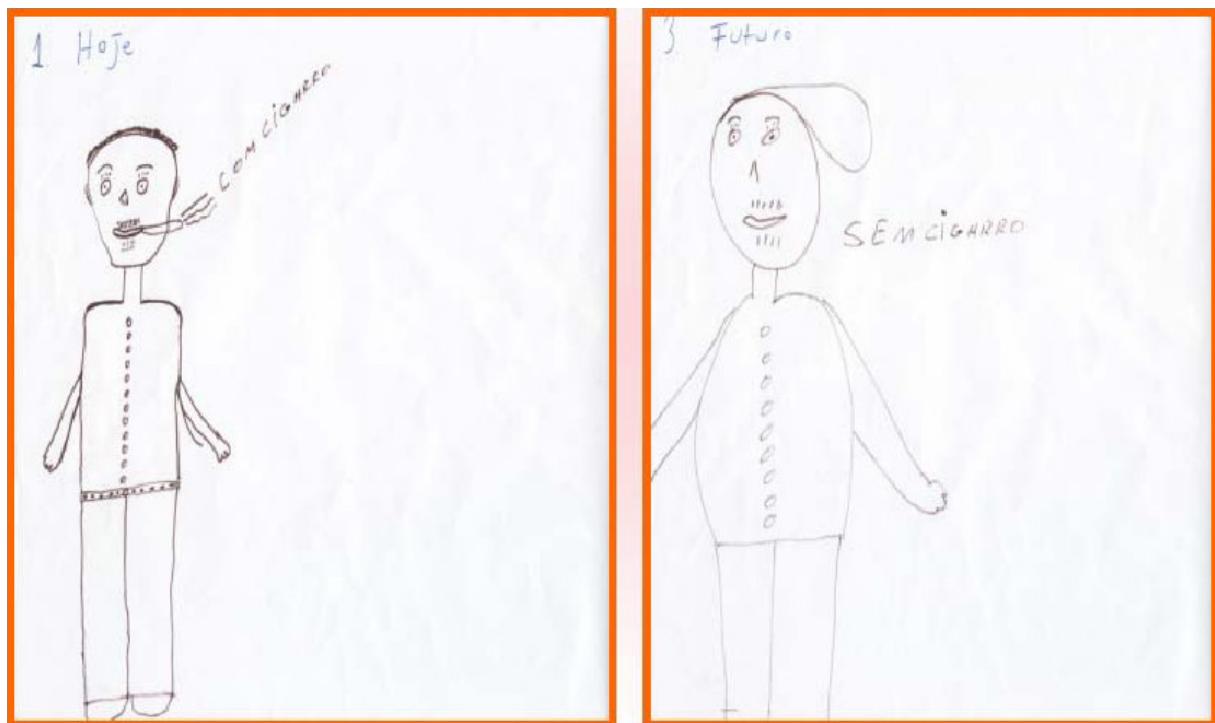
Os dados desta pesquisa revelam a despreocupação dos entrevistados com o seu autocuidado quando não utilizam preservativos. A pesquisa realizada com 197 meninos(as) de rua (REIS e PRATES, 1999) revelou que grande parte desta população (58%) não costumava utilizar preservativos ou contraceptivos em suas relações sexuais. Na pesquisa realizada em 2002, por Ouriques, com 49 jovens adultos de rua que passaram ou estavam no AMBJ (de janeiro de 2001 a maio de 2002), foram identificados 26 casos de portadores de HIV ou doentes da Aids e a análise já apontava a gravidade dessa situação em termos de saúde pública.

Os dados epidemiológicos sobre a Aids no país também revelam um aumento nos últimos anos na contaminação desta doença na população jovem. Segundo o Ministério da

Saúde (BRASIL, 2004), há um aumento expressivo da incidência da AIDS na faixa etária dos 13 a 19 anos, principalmente, em adolescentes do sexo feminino que costumam iniciar a vida sexual mais precocemente. A Organização das Nações Unidas (ONU) revela que pelo menos 1/3 das 30 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo têm entre 10 e 24 anos (ONU, 2005).

Esta contaminação – para quem não tem condições de vida como os sujeitos entrevistados – significa estar doente de Aids, ou seja, com alguma doença oportunista como a Tuberculose, a Toxoplasmose, entre outras. Vários destes sujeitos, além de estarem contaminados pelo HIV, já tiveram alguma doença, o que ocasionou maior debilidade à sua saúde já precária. Na pesquisa realizada no Abrigo Bom Jesus, dos 26 contaminados, 12 já estavam com alguma doença oportunista (Tuberculose ou agravos dermatológicos). Durante o período do estudo, faleceram seis dos sujeitos pesquisados, todos relacionados com sintomas de AIDS (OURIQUES, 2002).

A representação da “morte” na vida dos entrevistados, novamente, surge como uma sombra que nunca parece ter sido esquecida por estes sujeitos e as perdas continuam acontecendo, porém a perda agora é a física (do corpo). A preocupação com o corpo debilitado pelo HIV associado à droga aparece nas falas dos entrevistados como também nos seus desenhos. Um dos entrevistados representou de forma bastante significativa a relação HIV e corpo, através da expressão gráfica - como se vê hoje (magro) e como gostaria de ser no futuro (gordo e com saúde). Vejamos sua expressão:



**Figura 11 - Comparando o “eu” de hoje com o “eu” que quero para o amanhã...**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

Ao analisarmos este desenho, lembramos imediatamente de uma música chamada “Perdendo os dentes”, do grupo musical gaúcho “Pato Fu”, principalmente, dos momentos recordados da entrevista com este jovem:

[...] Pouco adiantou, ascender cigarro, falar palavrão, perder a razão  
 Eu quis ser eu mesmo, eu quis ser alguém  
 Mas sou como os outros que não são ninguém  
 Acho que eu fico mesmo diferente  
 Quando falo tudo o que penso realmente  
 Mostro a todo mundo que eu não sei quem sou  
 E uso as palavras de um perdedor.  
 As brigas que ganhei, nem um troféu como lembrança, para casa eu levei  
 As brigas que perdi, estas sim, eu nunca esqueci [...] (Pato Fu).

Embora apareça o sentimento de morte física devido ao HIV, surgiu também, nos diversos relatos, a representação da morte concreta através do falecimento de amigos, familiares e companheiros(as) – o que acentua ainda mais a idéia de morte que os sujeitos têm com relação ao destino de suas vidas. O sofrimento aparece neste relato:

*“[...] eu peguei o HIV da minha companheira, e ela morreu disso... Que doença desgraçada. Mas penso todos os dias que isso ela me deixou como herança, cada vez que vou ao médico, lembro dela. O pessoal do abrigo também falou que ela era portadora, me avisaram - o amor era maior que isto... Ela que me pediu para fazer o exame. Eu já sabia que era positivo, eu me arrisquei consciente. Penso só nela, se fizesse tratamento estava viva, por isso que vou fazer, para viver. Eu cuidava dela do HIV e ela cuidava da minha cabeça”*  
(Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005).

Além da morte física e por falecimento de familiares, podemos destacar também a “morte social” produzida historicamente no contexto de vida dos portadores ou doentes de Aids no Brasil, principalmente, quando este sujeito experimenta cotidianamente situações diversas de discriminação e preconceito. Nos relatos, foram evidenciadas – mesmo que de forma tímida – esta manifestação da questão social através das falas “sai daqui aidético”, “tu é sim doente” “não encosta em mim”, entre outras. Segundo Kern: “(...) o HIV desencadeia uma histeria social que promove a morte social mesmo antes que a morte física aconteça” (2004, p.131).

Analizando os aspectos com relação ao tratamento para o HIV/Aids, podemos destacar que a maioria dos jovens entrevistados (7 de 10 sujeitos) relataram que fazem o tratamento, porém de forma irregular. Vários mencionaram que pararam diversas vezes de ir às consultas

médicas e de tomar a medicação durante o período que estavam na rua. Os 7 indivíduos entrevistados já iniciaram o tratamento para HIV/Aids em Ambulatório Especializado do município da capital gaúcha, porém não continuaram.

A dificuldade na realização de algum tratamento de saúde no contexto da rua é evidenciado em outros estudos, tanto com meninos(a) de rua quanto com a população adulta (PRATES & REIS, 1999; BULLA et al., 2004). Geralmente, os principais motivos que levam a esta falta de regularidade no tratamento é por estarem vivendo nas ruas, sem condições básicas para a sua sobrevivência. No atual estudo, também, confirma-se este dado quando nos relatos aparecem informações como: 5, de um total de 10 sujeitos, relataram que não fazem o tratamento de saúde para o HIV/Aids devido à precária condição de vida na rua. Consideramos importante também destacar que 4 sujeitos relatam que não fazem tratamento porque não gostam ou acham que não precisam e somente um faz tratamento regularmente, há pouco tempo.

A fala de um dos entrevistados também se constitui em contra-prova histórica sobre o motivo principal de não se fazer o tratamento regularmente por estarem expostos a precárias condições de vida:

*[...] não consigo tomar certinho, onde vou deixar tia e eu não sei tomar certinho...já parei de tomar várias vezes e o médico me xingou. Ele não sabe que moro na rua e o que passo. Como vou tomar se não me alimento direito se cair o remédio na barriga vazia faz mal até desmaio e com droga pior ainda... ”*  
*(Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005).*

A partir desta expressão, podemos verificar que mais uma vez aparece concretamente as limitações que a rua impõe aos sujeitos que nela habitam – a busca cotidiana pela sobrevivência, dentro de um contexto excludente, resultando no abandono de seu tratamento de saúde.

Ao analisarmos o descaso do jovem adulto com a sua própria saúde, é possível analisar que esta situação é reflexo da pouca ou quase nenhuma perspectiva de vida futura que apresentam e, uma vez não havendo maiores cuidados pessoais, a vulnerabilidade amplia-se, pois dificilmente terão a preocupação de evitar o uso coletivo de seringas, fazer uso constante do preservativo ou preocupar-se com a manutenção do próprio tratamento de saúde. Embora suas expressões não tragam a contaminação pelo HIV como preocupação central de suas vidas, o que denota a sua invisibilidade, trata-se seguramente de um problema de saúde pública que fragiliza e acentua ainda mais o processo de exclusão vivenciado por estes sujeitos. Inferimos que suas precárias condições de vida, a sua baixa auto-estima, as suas vivências de sucessivas perdas, a sua luta incondicional cotidiana para, simplesmente, sobreviver, fazem com que pouco se importem com as seqüelas futuras do HIV/Aids na medida em que passam a reconhecer a doença quando seus sintomas tornam-se visíveis fisicamente, logo, quando estão em estágio avançado de desenvolvimento da doença.

Este é um fator que sem dúvidas dificulta as iniciativas de prevenção e promoção da saúde junto a este segmento populacional ou mesmo ações curativas em estágios anteriores de contaminação. As dificuldades de acesso destes sujeitos à saúde pública, principalmente, para o atendimento especializado ao portador de HIV/Aids é igualmente precário a quem não mora na rua. O que acaba diferenciando a realidade dos entrevistados é que, pela falta de

perspectiva de vida, a vulnerabilidade acentua-se, como vimos anteriormente – resultando, reiteramos, além da morte física, na social (preconceito, estigma e a discriminação).

No entanto, a morte social não apareceu nos relatos dos sujeitos investigados como um problema central de suas vida – talvez porque não a reconheçam de fato como um problema na medida em que enfrentam tantos outros cotidianamente, como conseguir o que comer, dinheiro, defender-se das intempéries, sobreviver ou porque já banalizaram sua própria condição de vida e de sujeito portador.

Desvendando a rede de apoio destes indivíduos, destacamos alguns locais que materializam a política de Assistência Social e de Saúde oferecendo atendimento aos entrevistados: Do conjunto de sujeitos entrevistados, 5 relataram que têm como principal rede de apoio a Casa Harmonia e a Casa de Convivência da FASC. As referências de vínculo com relação às instituições de saúde apareceram também de forma significativa, os principais locais são: Hospitais (Pronto Socorro e Clínicas), Cais Mental, Posto de Saúde da Vila Cruzeiro e Pró-jovem. Os profissionais que fornecem o apoio variam, porém os profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros, aparecem em 6 relatos diferentes como as principais referências.

Apesar desta extensa rede de apoio referida pelos entrevistados, verificamos uma inexistência de articulação entre os profissionais que as compõem. Os diversos profissionais acabam trabalhando com estes sujeitos de forma fragmentada. Kern (2003) refere que entender as relações entre portadores e/ou doentes de Aids e profissionais pressupõe compreender a forma de concretização das inter-relações no momento em que há uma interação entre ambos.

Diante destes resultados sobre as precárias condições de vida dos jovens adultos de rua portadores do HIV/Aids, questionamo-nos qual o seu modo de vida ou significado que atribuem a este viver, a partir da perspectiva quanto ao seu futuro. Os aspectos destacados nesta análise quanto ao modo de vida e à invisibilidade que oculta a situação vivenciada pelos jovens adultos de rua não poderiam ter sido analisados sem a sua devida contextualização histórica, ou seja, sem uma articulação com suas histórias, relações, contextos singulares, vivências que conformam os fenômenos sociais. Segundo Prates (2003), a categoria da historicidade significa antes de tudo a processualidade dos fenômenos sociais, o seu movimento e transformação que caracterizam o homem e a realidade. Explica, ainda, a autora, que reconhecer a historicidade significa admitir que os fenômenos não são estáticos, mas que estão em curso de desenvolvimento e, portanto, só podem ser apreendidos a partir do desvendamento deste movimento, por cortes históricos.

Nas suas expressões – seja por meio do relato de suas histórias de vida ou através dos grafodramas – podemos identificar, basicamente, os mesmos aspectos que serão apresentados, a seguir, nas categorias encontradas nestas expressões.

#### **5.4 A HISTÓRIA DE VIDA DOS JOVENS ADULTOS DE RUA PORTADORES DE HIV/AIDS**

A análise da história de vida dos sujeitos entrevistados responde a um dos objetivos do estudo sobre a investigação das relações sociais estabelecidas entre o jovem e o contexto familiar, a rua e as instituições de atendimento. Os extratos que selecionamos para análise

acerca da história de vida dos sujeitos resultaram da dimensão destacada por Bardin (1979), como análise frequencial, como uma das possíveis formas de trabalharmos o dado na análise de conteúdo. Esta seleção aporta informações das diferentes etapas da vida dos sujeitos investigados: infância, adolescência e idade adulta. Embora reconheçamos que algumas informações são diferenciadas para cada indivíduo de acordo com sua história, o tipo de corte escolhido permite verificar quais as semelhanças ou similaridades existentes nas suas respostas e, a partir disso, analisá-las à luz dos referenciais teóricos e de nossas inferências.

Durante os relatos sobre a infância<sup>9</sup> dos jovens adultos entrevistados, podemos verificar os seguintes aspectos comuns com relação à história de vida: somente 2 dos indivíduos entrevistados tiveram, nesta etapa evolutiva, condições de vida favoráveis, ou seja, dispunham do mínimo para subsistir - casa, comida, rede de apoio familiar e comunitária. Segundo relato destes sujeitos, suas vidas eram “bem estruturadas”. Outro dado relevante é que 2 sujeitos entrevistados foram adotados nos primeiros anos de vida e, próximos de ingressarem na etapa da adolescência<sup>10</sup>, retornaram a residir com sua família de origem devido a perdas importantes, por falecimento da pessoa de referência que os adotaram. Estas famílias eram procedentes do interior do estado.

A circunstância de trabalho Infantil na vida dos entrevistados apareceu em 4 relatos, especialmente na área rural, com atividades no campo, mas também na cidade por meio de atividades de venda de flores ou da realização de práticas de mendicância. Estas atividades acabam sendo reproduzidas nas etapas seguintes (adolescência e idade adulta) da vida destes sujeitos, que permanecem lutando pela sobrevivência.

---

<sup>9</sup> Infância consideramos, conforme a Legislação do ECA, de 0 a 12 anos.

<sup>10</sup> Adolescência consideramos a partir dos 12 anos até 18 anos conforme o ECA.

O relato de desemprego familiar, ordinariamente, do provedor apareceu em 4 de 10 relatos dos entrevistados. Mencionam também que este foi o fato que acabou gerando outras manifestações da questão social no núcleo familiar, tais como o alcoolismo e os diversos tipos de violência doméstica. O histórico de doença mental na família apareceu na metade da amostra, geralmente, sofrida pelos responsáveis pelo entrevistado (pai ou mãe). A reprodução destas doenças na vida dos sujeitos também apareceu em todos os casos que vivenciaram situações deste tipo na infância, entretanto, somente 3 dos sujeitos mencionam, durante a entrevista, que percebem esta reprodução em suas vidas.

Outra consequência dos problemas relacionados à doença mental na família, mencionada pelos jovens adultos, foi a sua associação a situações de abrigagem durante a infância em instituições como a Fundação do Bem estar do Menor (FEBEM), orfanatos e casas de passagens (4 relatos), lá permanecendo por um período médio de 1 ano, longe do contexto familiar. Um sujeito mencionou que devido aos problemas familiares ocasionados pela doença mental foi para a rua aos 4 anos de idade, acompanhado dos 7 irmãos. Os demais jovens adultos entrevistados foram para a rua durante a sua adolescência.

Verificando a existência do diagnóstico de HIV/Aids na família dos entrevistados, podemos constatar que, em 4 casos, esta doença apresentou implicações importantes na vida infanto-juvenil destes sujeitos, com importantes perdas por falecimento dos pais ou parentes próximos, como tios ou avós.

***A história de vida dos jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids: Desvendando a categoria perda***

A transição da vida infantil para a vida adolescente dos sujeitos estudados foi marcada por profundas perdas pelo falecimento de um parente querido (mãe, pai, irmãos e companheiro(a)), com isso ocasionando rupturas significativas nos laços de referência do sujeito entrevistado. A totalidade dos jovens adultos relatou alguma situação de perda durante a infância e a adolescência. A perda por morte é a primeira categoria empírica encontrada no estudo.

Entendemos que o processo de perda por morte na infância e na adolescência representou para os entrevistados não somente uma ruptura afetiva na sua vida, mas também como uma lacuna importante nas referências de autoridade, limite e apego. Na fase adolescente, a falta de referências faz com que o sujeito de sinta deslocado da vida familiar e comunitária, solitário e vivendo basicamente para garantir a sua sobrevivência, dia após dia. Tende a desfiliação ou ao isolamento conforme aponta Paugam (1999). As relações que estabelecem são em função da sobrevivência e a referência passa a ser a família da rua e as drogas. A dificuldade de superar os lutos aparece em várias falas e a dor da perda permanece e acentua-se quando os sujeitos lembram que não têm as mínimas condições de vida. Acrescenta-se ao luto natural vivenciado por sujeitos que estão na fase adolescente – pela transição da infância para a adolescência ou pela modificação na sexualidade – o luto pelas perdas e rupturas ainda mais difíceis de serem superadas. Segue alguns extratos de falas dos entrevistados que melhor expressam o dado.

“Quando eu era criança, eu fui adotado por outra família, outra família rica. Daí morei até os 12 anos com essa família. Quando eu tinha 12 anos, a minha mãe faleceu, a minha mãe de criação. Ainda não aceito, poderia ter uma casa se isto não acontecesse comigo”.

“...estou há 13 anos na rua, morava na Embratel com a minha vó (paterna). Com 6 anos, minha mãe me agredia: ...não considero minha mãe como mãe, com 8 meses, ela deixou eu cair. Meu pai dava muito nela, ele faleceu quando eu tinha dois anos”.

“Teve uma vez na rua que o meu irmão tocou minha irmã lá na Ponte do Praia de Belas. Ela morreu afogada, eu não pode fazer nada. Ele não sabia o que estava fazendo, tava chapado de lólo. Ele não queria socorrer. Daí nos fomos no Pronto Socorro, quando chegou lá, queria botar uma fralda descartável nela e ela queria fugir, ela já estava bem, queria fugir, aí pegaram ela e não deixaram sair, no outro dia, acordou morta, aí até hoje não aceito, eu cuidava dela na rua e me cuidava também, às vezes quando cheiro imagino ela caminhando no centro....”.

**Figura 12 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo extratos de suas histórias de vida – aspecto da perda**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

As perdas por falecimento acentuaram-se na vida dos entrevistados também durante o período da adolescência, já quando estes sujeitos estavam vivendo ou “sobrevivendo” no contexto da rua. As situações como a reprodução das mortes ocorre cotidianamente na vida destes sujeitos, porém, agora, com o grupo de rua ou com os companheiros(as) que se constituem nas atuais referências de apoio social que dispõem. Estas mortes, de certa forma, reproduzem os mesmos motivos identificados anteriormente na família de origem: as doenças geradas pela exposição a rua - quando não é por HIV/Aids, é pela doença mental, geralmente de modo concomitante ao freqüente e intenso uso de drogas. É natural, portanto, que, ao solicitarmos para os sujeitos entrevistados que desenhassem seu futuro, a morte aparecesse com freqüência. Como podemos observar na expressão gráfica que segue:



**Figura 13 - O futuro próximo**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

As reflexões realizadas a partir do desenho fazem com que apareça a contradição, uma das categorias centrais do método dialético. Ficou evidente, no momento em que a entrevistada desenhava, imaginando o seu futuro próximo (daqui a dois anos), a inexistência de expectativas. Via-se num “caixão”, mas, após alguns questionamentos nossos, começou a desenhar o seu desejo, qual seja, ver sua família buscando-a, no hospital, quando estivesse com alta. A contradição sempre expressa uma relação de conflito no devir do real. Mesmo estimulada por nós, não pode superar um sonho limitado ao afeto familiar inexistente. A contradição expressa-se numa relação de negação inclusiva, quando um elemento afirma sua existência pela própria negação. Assim, cada coisa exige a existência do seu contrário, como determinação e negação do outro (CURY, 1992).

***A história de vida dos jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids: Desvendando a categoria violência***

A “morte” não é a única categoria empírica encontrada no estudo a partir dos extratos emergidos das falas dos entrevistados. A violência também marcou profundamente os relatos, sendo uma importante categoria empírica a ser abordada neste estudo. Verificamos novamente que a totalidade dos entrevistados mencionou terríveis situações de violência durante suas vidas.

Analizando a violência doméstica na família de origem dos entrevistados, podemos verificar que, na maioria dos relatos (8 de um total de 10), apareceram histórias de agressão, geralmente, cometidas pelo pai ou padrasto, tendo como vítima central da ação a mãe do jovem adulto. Conforme Grossi, a violência doméstica contra mulheres:

[...] incidente nas relações conjugais, há que ter sua compreensão conectada não apenas à violência contra as mulheres, em particular, mas a violência sobre a sociedade como um todo, através da pobreza, racismo e práticas discriminatórias que afetam não apenas as mulheres, mas os grupos oprimidos (2001, p.40).

Dentro de um contexto de exclusão social, a lógica trazida pela autora sobre a violência doméstica contra a mulher, inclui a apreensão de que o agressor também é uma vítima tanto quanto quem agrediu, portanto também necessita de ajuda para enfrentar a situação vivenciada por todo o núcleo familiar. Entenda-se essa ajuda não a partir de ações isoladas, como o fornecimento de alimentos ou recursos, reduzindo as múltiplas determinações do problema a um único âmbito, mas sim pela articulação de uma rede de

políticas públicas (educação, saúde, assistência social, entre outras) que atendam estes sujeitos de forma integral e compromissada.

A partir dos relatos dos jovens adultos, podemos inferir que, provavelmente, a articulação das políticas públicas não ocorreu durante suas histórias de vida devido, sobretudo, à invisibilidade social da problemática da violência doméstica atribuída aos valores moralista da sociedade, que mascaram e escondem as vítimas e os agressores. Analisando estes aspectos, podemos concluir que, possivelmente, a invisibilidade foi um dos fatores que dificultou o enfrentamento da violência doméstica no âmbito familiar dos entrevistados.

Há diversas formas de violência na sociedade – as mais comuns na realidade brasileira são: a física, a sexual e a psicológica (GROSSI, 2001). Os entrevistados relataram, além da violência doméstica enfrentada pela mãe, a violência física, a sexual e a psicológica vivenciadas por eles próprios, desde quando ainda moravam com suas famílias de origem até os dias atuais no contexto da rua.

A violência física foi predominantemente relatada nas entrevistas, principalmente, na etapa da infância dos entrevistados. Segundo Azevedo e Guerra (2002), a violência física doméstica em crianças constitui-se como toda a ação cometida por uma pessoa “adulta” que acaba ferindo fisicamente a sua vítima, deixando marcas leves no corpo que podem ser percebidas, ou até mesmo provocando contusões graves, como ossos quebrados, fraturas cranianas, equimoses múltiplas ou queimaduras severas, resultado de graves acessos de raiva por parte do agressor e, conseqüentemente, um controle de impulsos menor, o que podemos identificar nos relatos que seguem:

- "...a minha mãe me batia de corrente quando nós morava na Cruzeiro, ela deu em mim e aí em fugia de casa e uma vez eu quebrei o telhado da casa dela de brabo..."
- "(sofría agressão)...da minha mãe, como eu te contei. Ela é muito ruim, me batia de cabo de vassoura...."
- "...essa mulher que me criou, batia muito na gente, deixava a gente roxo de tanto bater, aquela lá não tinha pena, ela dava até de mangueira, ficava com marca...."

**Figura 14 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo extratos de suas histórias de vida – Aspecto da Violência familiar**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

Buscando identificar outras situações de violência na infância e adolescência dos entrevistados, identificamos também como significativo, nos relatos, histórias de abuso sexual que aparecem em 6 histórias de vida, sendo que 5 são do sexo feminino. Segundo Züwick (2001), o conceito de violência sexual é a representação de todo ato exercido contra a vontade da mulher, através de ameaça, intimidação ou ataque. No entanto, quando a vítima é a criança ou adolescente, o conceito modifica-se. Esta forma de violência ou incesto é definida como um contato abertamente sexual entre pessoas que tenham um grau de parentesco ou acreditam tê-lo ou é caracterizada por todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente o sujeito ou utilizá-lo para obter estimulação sexual sobre a sua pessoa ou outras pessoas (AZEVEDO & GUERRA, 2002). Segue o relato dos entrevistados sobre suas vivências com relação a este tipo de violência.

“...também fui abusada pelo meu padrasto e também pelo meu tio que morava com a minha vó. Na rua, fui estrupada 6 vezes, só duas vezes pelos brigadianos. A mulher na rua sofre tia, tem que andar que nem homem para não ser estrupada todo dia. Quando a gente usa droga, fazemos tudo e, depois, nem lembramos....”

“...o meu pai quando tentava fazer sexo comigo, eu fugia para rua. Quando eu era criança, eu morava com a minha mãe. Quando saí de casa, eu tinha quatro anos. A minha mãe saía para trabalhar e ele cuidava da casa, ele mandava eu varrer e ir para o quarto tirar a calça e eu não quis e, ali perto da Cruzeiro, tem o Postinho da Polícia e eu larguei correndo só de bermuda, miniblusa e chinelo e os brigadianos pegaram ele, e falaram que ele ia baixar o presídio e ele não baixou, aí eu pensei já que ele quer começar assim, eu vou pra casa da minha irmã, que ele não sabe onde é e acabei indo pra rua”.

“...o primeiro marido da minha irmã, quando eu tinha 7 anos de idade, me estrupou, ele tinha cara de tarado. Nós tava na minha casa do meu pai e dos meus irmãos, chegava segunda, meu pai tinha que ir trabalhar, todo mundo tinha que trabalhar. Daí minha irmã saiu, todo mundo saiu, aí ele chegou mais cedo do serviço, eu disse que tinha soltado mais cedo, porque nós não podia conversar no quarto, mas ele tava com a minha irmã que chegou bem na hora, e minha irmã não acreditou em mim. No meu quarto, daí ele me amarrou, me deu uma facada na perna, aí eu gritei e a minha irmã chegou. Essa marca aqui foi ele que fez. Ele me estrupou e disse: “tu fica quieta, quando teu pai chegar, tu não fala nada pra ele” e nada de ninguém chegar. Eu fui estuprada e a minha irmã não tava acreditando em mim. Eu dizia a ela: “ele voltou cedo, ele voltou cedo, foi ele que fez isso, foi ele que fez. Minha irmã disse: “... então vamos lá fazer exame e vamos ver se ele ti estuprou mesmo” - eu disse tu vai lá dentro de casa, tu vai vê o que ele fez comigo, quando ela viu lá no quarto do meu pai lá, tudo ensanguentado...”.

**Figura 15 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo extratos de suas histórias de vida – Aspecto da Violência por abuso sexual**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

O abuso sexual e a falta de confiança da família na vítima quando relata os fatos que causaram a violência, configuram-se também como uma manifestação da mesma. Verifica-se não só a violência física, mas também a de natureza psicológica, como se pode observar no último relato descrito na figura 9. Estudos sobre as famílias em que ocorrem abusos sexuais contra crianças ou adolescentes mostram que, em muitos casos, tanto o agressor quanto a família têm histórico de algum tipo de violência sofrida no passado, podendo incluir a sexual. Este histórico, junto à falta de um trabalho profissional que ajude a superar as seqüelas emocionais do abuso ou de outras formas de violência, resulta em uma dificuldade no enfrentamento e na superação da situação, agravando as relações entre a família, a vítima e o agressor, porque situação similar já foi vivida, podendo ser banalizada ou negada por ambas as partes, até mesmo como forma de defesa (AZEVEDO & GUERRA, 2002). Situação deste

tipo pode ser verificada neste outro relato de uma jovem adulta entrevistada: “[...] foi do meu padrasto, ele abusou de mim com 15 anos. Ela (mãe) não acreditou em mim, eu tentei explicar pra ela e ela acreditou nele...” (Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005). Do mesmo modo, podemos destacar a importante perda da identidade das entrevistadas em função da violência que vivenciam na rua – principalmente, quando as mesmas, relatam que para sua proteção (estratégia de sobrevivência) acabam se “vestindo de forma masculinizada”, assim, defendendo-se das possíveis agressões de um contexto social machista, onde o homem é o agressor e a mulher vítima do perverso sistema de sobrevivência da rua. O primeiro relato da figura anterior mostra isso e reafirma este outro aspecto da violência como uma reprodução das relações sociais.

Os relatos apresentados referentes à história de vida dos jovens adultos envolvendo episódios de agressão física, abuso sexual e outras manifestações de violência acabaram sendo reproduzidos e vivenciados pelos entrevistados em outros períodos diferentes da vida – no próprio contexto da rua e das instituições sociais. Passaremos, dando prosseguimento, a direcionar nossa atenção para a expressão da violência que sofrem estes sujeitos no espaço da rua.

Em diversas falas dos entrevistados, evidenciamos a reprodução das situações de violência vivenciadas ao longo da vida. Alguns dos sujeitos do sexo masculino, acabam se transformando em agressores de suas atuais companheiras de rua ou provocam conflitos no relacionamento entre o grupo de rua, como foi verificado em 4 relatos dos entrevistados deste sexo.

A reprodução da violência no contexto da rua é uma grande dificuldade a ser enfrentada por estes sujeitos na fase jovem adulta da vida. Além de se preocuparem com a garantia do seu sustento diário, os mesmos têm que constantemente se proteger da violência nas ruas. As experiências cotidianas dos entrevistados relacionadas a situações de violência ocorreram de várias formas, de modo similar ao que acontecia na realidade de sua família de origem – envolvendo a violência física, a sexual e a psicológica. Contudo, observamos nesta investigação uma importante diferença de gênero entre os sujeitos pesquisados, principalmente, nas formas de resistência e superação das situações de violência.

Os resultados destas formas de violência na vida dos sujeitos entrevistados geram diversos sentimentos que foram detectados durante as entrevistas, como os de revolta, de insegurança, de agressividade. Isso configura a implicação mais concreta do ciclo da violência vivenciado por estes sujeitos durante sua infância até os dias atuais, como mostra a seguinte fala: “[...] estou há 13 anos na rua, morava na Embratel com a minha avó (paterna). Com 6 anos, minha mãe me agredia: ...não considero minha mãe como mãe, com 8 meses, ela deixou eu cair. Meu pai dava muito nela, ele faleceu quando eu tinha dois anos. A minha mãe saiu de casa quando meu pai faleceu. ...chamo ela de Rosane. Agora, nem dá pra acreditar... eu continuo apanhando, só que do meu companheiro na rua...” (Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005).

Para as entrevistadas “jovens adultas de rua”, a situação de violência parece ser mais acirrada, pois sofrem diariamente inúmeras tentativas ou consumações de abusos sexuais, o que mostra o quanto é frágil suas possibilidades de proteção no contexto da rua. Para se proteger, conforme verificamos nos seus relatos, utilizam várias estratégias como vestirem-se de homens, por exemplo. Em estudo recente realizado sobre a mulher moradora de rua

(PRATES, ABREU e CEZIMBRA, 2004), foi constatado que, de um total de 207 sujeitos investigados, 23,2% eram mulheres, verificou-se que muitas buscam segurança ligando-se a um companheiro, porque se sentem mais protegidas. Segundo Prates, Abreu e Cezimbra (2004), estas relações são compensatórias, pois podem ocupar até o espaço da família, onde o respeito é destacado como valor fundamental. Por outro lado, algumas dessas jovens apenas acabam novamente reproduzindo as situações de violência com os seus parceiros da rua como já vivenciaram em outros períodos de sua vida. As expressões de jovens adultas moradoras de rua por nós investigadas reiteram os aportes do estudo anterior, como se pode verificar no discurso de algumas delas:

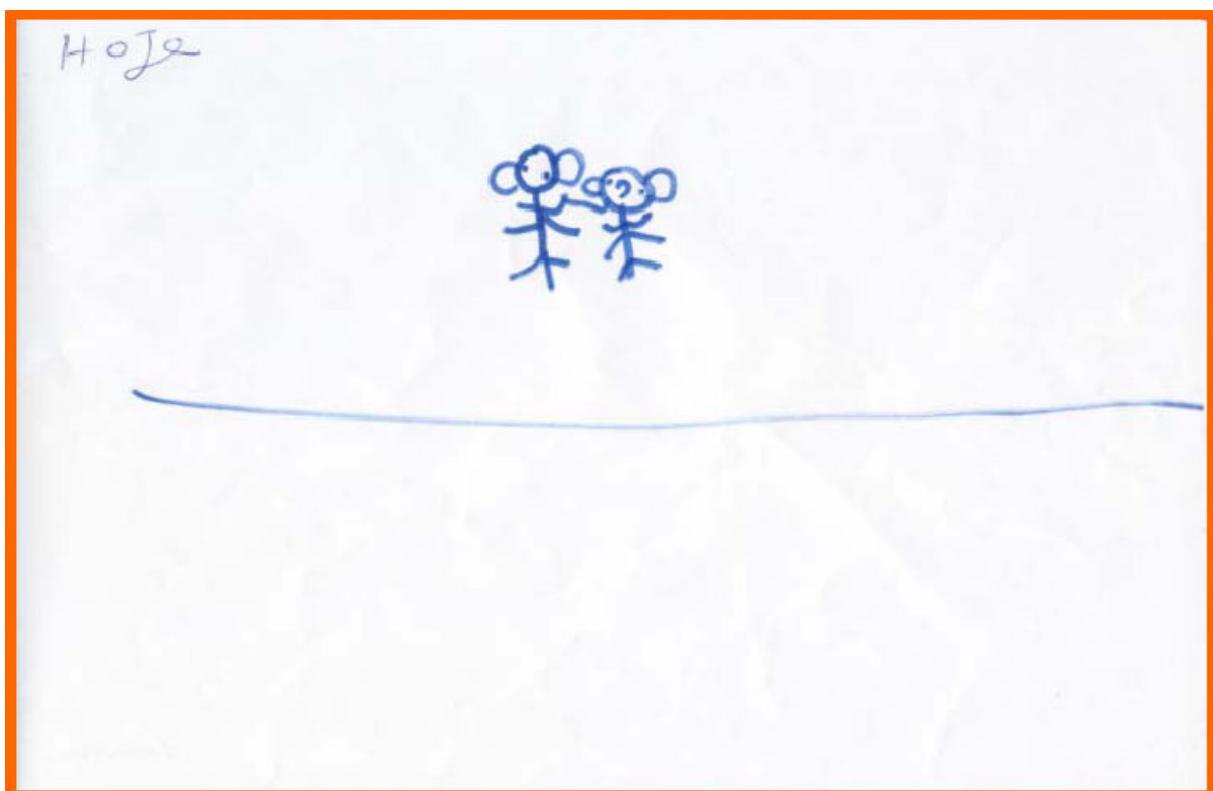
“Na rua, a mulher sofre muito, esta noite, um cara tentou me agarrar a força na Redenção, tava passando pra ir para onde eu durmo, tava com sono né, então, tinha deixado meus pertences lá com aquele que te disse. Então, eu passei ali pela Redenção, porque é mais perto, que vai pra Getúlio ali, aí venho esse cara subindo, eu vi o cara subindo, ele começou a me seguir e tava tudo escuro na Redenção, aí eu ficava olhando pra trás, olhando pra trás, mas não vinha ninguém ele apareceu de repente, aí me machucou com a faca – aí eu disse pra ele, claro que não me matasse, aí ele viu que eu já era meio loca, que eu não aceitava, porque eu não aceitei, Deus o livre, ele não fez nada comigo porque consegui fugir”.

“Só ali no centro, uma vez, um cara me agarrou pelo pescoço, pegou e disse que era para eu tirar a roupa. Ai eu comecei me debater e saí correndo, eu tinha 14 anos. Aí resolvi me juntar. Só que uma vez, ele (companheiro) levantou a mão para mim. Ele chegou a bater, mas a primeira coisa que eu tinha, eu ia grudar nele. Eu disse que eu não era nenhuma boba de apanhar de qualquer um. Assim, chegar e bater. Essa última briga ele tinha brigado no centro com os cara e não me contou, eu disse a ele que vou pegar e vou sair....”

**Figura 16 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo a violência vivenciada no espaço da rua**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

Para as jovens adultas de rua, a companhia do parceiro é tão significativa em suas vidas que, através da produção gráfica do desenho – sobre como elas se viam no contexto atual de vida – um número significativo ilustrou e ratificou, durante a entrevista, a importância do parceiro para a sua proteção. Seguem os desenhos que ilustram as reflexões que aportamos:



**Figura 17 - Como me vejo hoje**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005



**Figura 18 - Como me vejo hoje**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

Percebemos, do mesmo modo, a partir das relações que os jovens estabelecem com o grupo de rua, que as vivências de violência ocorrem em menor escala quando há possibilidade de permanecerem juntos, pois um acaba protegendo o outro. Este grupo, conforme destacam alguns autores, são a única e a mais importante referência dos moradores de rua. Snow e Andersom (1998) afirmam que este grupo fundamentalmente não-estigmatizador é uma fonte de auto-avaliação interpessoal, o que proporciona uma conexão na partilha ou divisão de recursos escassos de um indivíduo para com o outro. Confirmando a preferência dos jovens em permanecer em grupo, como visto no início de nossa análise, trazemos uma fala que ratifica nossa inferência: “Na rua não tem violência, a gente fica junto todo mundo, a gente mesmo se ajuda, quando a gente não tem dinheiro, eles compram as coisas pra gente e quando a gente tem, a gente bota pra eles. Um ajuda o outro. Não tem violência entre nós” (Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005).

Além da expressiva violência física e sexual apresentada nos relatos, podemos verificar também a existência de outro tipo - a violência psicológica, que ocorre independentemente da questão de gênero. Os “xingamentos” ou a exteriorização do estigma a eles dirigido podem ser evidenciados em diversas falas, durante as entrevistas, quando referem que diariamente são insultados como vagabundos, maloqueiros e outros termos pejorativos. Na maioria das vezes, no entanto, estes sujeitos são sequer vistos pela sociedade que os ignora ou banaliza sua situação precária de vida, justificando o motivo de estarem na rua por meio de julgamentos morais, como “estão na rua porque querem”.

A violência das ruas pode se expressar de diversas maneiras. Podemos citar como exemplo as situações que recentemente ocorreram no estado de São Paulo/Brasil, entre os dias 19 e 22 de agosto de 2004, onde foram registradas diversas ocorrências de violência contra

moradores de rua, enquanto dormiam no período da noite. Foram oito casos de morte e agressões que tiveram como consequência doze sujeitos gravemente feridos. Os agressores utilizaram armas, como “paus”, barra de ferro e pedras para o desempenho da violência contra estes sujeitos e o grupo autor dessa barbárie, ainda, não teve seus elementos identificados pela polícia (HUMMES, 2004).

No Rio Grande do Sul, a realidade da violência com moradores de rua não é muito diferente. O jornal “Boca de Rua”, no ano de 2003, publicou uma reportagem de denúncia sobre a brutalidade que moradores de rua enfrentam no seu cotidiano, a chamada por eles de “Violência nossa de cada dia” (BOCA DE RUA, 2003). Nesta reportagem, os relatos revelam a impunidade da polícia no manejo diário com estes indivíduos. Comparando as informações desta reportagem (sobre o aumento da violência com sujeitos da rua) com os dados revelados na pesquisa, foi possível verificar que a maioria dos entrevistados (7 sujeitos) sofreu algum tipo de agressão envolvendo a polícia militar de Porto Alegre, principalmente, os jovens do sexo masculino, como mostram os relatos que seguem:

“Os ‘porco’ já me bateram na rua, porque eu incomodei, estava cheirando lólo”.

“Na rua, também me batiam (polícia) e eu ia reclamar para o juiz, sr. Elsom, que a gente ia nas audiências no fórum.

“...na rua, me batiam (polícia) muito porque estava chapado e ficava brincando nos camelôs da Praça XV, aí eles viam e baixava o cassete na gente... nos guris sabe....”.

**Figura 19 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo vivências de violência policial**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

No primeiro extrato de fala, apresentado na figura 18, verificamos que o uso de substâncias psicoativas faz parte vida dos entrevistados na realidade das ruas. Nos diferentes relatos das histórias de vida, estes sujeitos tiveram ou ainda têm alguma relação muito próxima com o mundo que envolve a droga – a maioria faz uso freqüente de algum tipo de droga, como explicitado anteriormente.

***A história de vida dos jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids: desvendando a categoria perspectiva de vida***

Se pudéssemos traduzir a análise desta categoria em uma música seria a de Gonzaguinha – “O que é, o que é” – que diz:

para viver não podemos ter a vergonha de ser feliz e que a vida devia ser bem melhor e será. Mas isso não impede que eu repita: (a vida) é bonita, e é bonita. E se a vida é maravilhosa ou sofrimento e se é alegria ou lamento. Responde: a vida é uma gota, é um tempo, é um segundo, é o sopro do criador, numa atitude repleta de amor que para a vida basta viver (Gonzaguinha).

É justamente isso que estes jovens estão fazendo – vivendo suas vidas. Segue, então, a análise sobre o assunto.

A interpretação referente aos dados sobre a “perspectiva de vida” - enquanto categoria empírica – envolve, basicamente, a análise dos aspectos mais subjetivos e individuais das biografias dos sujeitos investigados. Conforme estudos já realizados por nós, estes aspectos sofrem influências do contexto sociocultural ao qual o indivíduo está inserido e,

principalmente, das relações que estabelece com sua rede: família, instituições, grupo da rua, a rede de solidariedade da rua, etc. (OURIQUES, 2002).

Com o relato das histórias de vida dos entrevistados, evidenciamos que as perspectivas de vida são diferentes para cada indivíduo - tanto para quem não habita as ruas quanto para quem está nela inserida diariamente. Em especial, para os sujeitos que moram nas ruas, as esperanças, as alegrias, os sonhos e os pensamentos sobre o futuro, geralmente, estão relacionados à sobrevivência imediata – pois esta preocupação é central para quem tem precárias condições de sobrevivência. Pesquisas anteriores com este segmento populacional já apontavam que as perspectivas futuras dos moradores de rua estão ligadas à sobrevivência cotidiana (PAUGAM 1999; PRATES & REIS, 1999; OURIQUES, 2002; BULLA et al., 2004).

Em estudo por nós realizado recentemente sobre a realidade dos jovens adultos de rua em um abrigo municipal (OURIQUES, 2002), constatamos que este segmento vive o seu futuro como se fosse hoje – apenas para garantir a sua sobrevivência e apresentam dificuldades de pensar e projetar o seu futuro, o que é ratificado por outros estudos realizados com moradores de rua (BARRETO et al., 2004). Para ilustrar esta afirmação, citamos um exemplo ocorrido no AMBJ – no período em que lá fazíamos estágio em Serviço Social. Nas reuniões de equipe, era discutido o aumento de alimento consumido pelos moradores de rua quando ingressavam neste serviço de abrigagem. A análise do serviço de nutrição, em conjunto com os demais membros da equipe, de áreas diversas, era de que estes sujeitos consumiam mais alimentos nos primeiros dias de abrigagem pelo fato de “inconscientemente” terem a preocupação de se alimentarem melhor devido à idéia de que poderiam passar fome

novamente, ou seja, o pensamento destes sujeitos continuava relacionado a uma preocupação imediata e vinculada somente a sobrevivência (OURIQUES, 2002).

Na realidade dos jovens adultos entrevistados, esta relação entre perspectiva de vida e sobrevivência apareceu em quase todas as respostas (8 de 10 sujeitos). As esperanças, as alegrias, os sonhos e os pensamentos sobre o futuro evidenciaram que estes sujeitos apenas desejam uma vida comum, com direitos fundamentais que a maioria da população possui, como uma casa, uma janela com cortinas, um trabalho, a creche ou a escola para si ou para os filhos, os cabelos arrumados, as malas que carregam os sonhos e o sol brilhante no quintal da casa. Poderíamos, neste estudo, apresentar todos os relatos dos entrevistados – por serem muito significativos e interessantes de se analisar – porém para melhor sistematização dos resultados selecionamos apenas alguns extratos de suas falas e desenhos que serão apresentados a seguir.

(interpretação de um desenho): “estou segurando uma mala para ir ao trabalho, feliz e bem de saúde. O meu trabalho é na manutenção de uma firma grande, onde vou ganhar até *tikets*...ela (companheira) vem e me dá um beijo e diz:”meu amor, vá indo se não vai se atrasar”. A casa é alugada e grande, em Porto Alegre. A menina estuda e tem dez anos...”.

(interpretação de um desenho): “quero ser feliz e ter uma família, não vou bater nos meus filhos, quero estudar e ser jornalista e não vou morar na rua e vou contar minha história para os outros”.

(interpretação de um desenho): “eu desenhei o meu companheiro na nossa casa e os nossos dois filhos. Tô aqui feliz, porque ele está comigo. Aqui, eu botei aplique no cabelo (viu que ele tá comprido?). A minha casa tem portas que tão fechadas, a janela tá encostada. Meu sonho é ter uma casa com cortina na sala com um monte de coisa bonita”.

(interpretação de um desenho): “[...] o futuro eu imagino é uma casa para mim e para meus filhos e uma escola para mim ou para eles estudar... um carro passou agora aqui na rua, viu...”.

(interpretação de um desenho): “desenhei uma escola, quero estar na escola para apreender. Eu queria estudar”.

**Figura 20 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids segundo as perspectivas de vida**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

Ao analisarmos a dramatização dos desenhos, podemos inferir que a figura do sol pode representar muito mais do que uma simples grafia sobre o que desejam em seu futuro. O significado atribuído por eles ao sol tem relação com o sentimento de felicidade, de bem-estar, de esperança, de alegria, de satisfação pessoal e, principalmente, de sonhos que possuem. A partir da nossa inferência, complementamos a interpretação do sujeito – sob o olhar de pesquisador – que o sol pode representar na vida destes sujeitos também o brilho, o calor, o afeto, a proteção (incluindo a social) que tanto lhes falta. O sol pode do mesmo modo representar o pai, o epicentro, uma referência que desejam ter.

Entre os 10 investigados, 6 desenharam e dramatizaram a representação do sol em suas vidas. Selecionei 3 desenhos para ilustrar a discussão:



**Figura 21 - O futuro próximo...**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005



**Figura 22 - O futuro próximo...**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005



**Figura 23 - O futuro próximo...**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

Outro aspecto a ser analisado por meio dos desenhos foi a relação que estabelecem entre perspectiva de vida e contaminação do HIV/Aids. Para os entrevistados refletir em ações concretas para seu futuro é pensar na relação que tem com as perdas ligadas a morte que tiveram durante suas vidas. Analisando suas historias de vida podemos entender que isto ocorre, em primeiro lugar, devido ao modo de vida que estes jovens levam na rua (vivem o seu futuro no presente), em segundo lugar estes sujeitos ainda tem a idéia que ter HIV é sinônimo de morte próxima, como a maioria da população pensa sobre a doença - pela falta de informação referente ao tratamento e controle da doença no Brasil. Ao mesmo tempo alguns dos entrevistados referiram que têm uma preocupação imediata com a sua saúde, pois já enfrentam debilidades físicas em consequência da doença e o seu pensamento sobre o futuro limita-se na sua necessidade imediata de realizar tratamento para sentir-se melhor. Nos relatos veremos esta relação:

(interpretação de um desenho): "... aqui eu estou bem de saúde e podendo respirar e me sinto fraco um pouco bem também porque estou falando da minha vida...Sinto que estou fraco pelo vírus que me atingi no corpo e na minha aparência, sei que vou morrer logo disso que tenho...".

(interpretação de um desenho): "esse ai é eu gordo e sem cigarro. Esse ai é eu. Quero ser feliz e ter uma saúde boa".

(interpretação de um desenho): "ele está mal de saúde porque não fez tratamento da Aids direito, ele tava na rua e não tinha como fazer direitinho.... ele se sente ruim e triste por tudo que passou na vida. Acho que não mereço mais, sei que vou morrer desta doença que nem meu pai. Aqui no desenho está chovendo muito e sabe que ele vai pegar tuberculose...e vai para o hospital".

**Figura 24 - Jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids conforme as perspectivas de vida relacionadas à infecção pelo vírus**

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de dezembro de 2004 a março de 2005

Uma tarefa fundamental que entendemos seja nossa, enquanto profissionais assistentes sociais e pesquisadoras da área, em consonância com nosso projeto ético, político e profissional – é estimularmos a reflexão coletiva sobre a responsabilidade que temos frente à

situação destes jovens em profundo processo de exclusão social em nosso país. É nosso dever contribuir para que a sociedade lhes garanta o direito de ter “voz e vez”, que os reconheça enquanto sujeitos sociais (cidadãos), pertencentes ao “mundo visível”. E, na medida em que reconhecidos, tenham garantidos pelos órgãos competentes (principalmente, o Estado e os conselhos de direitos) a proteção social e os direitos fundamentais de que dispõem todos os cidadãos.

A garantia destes direitos enquanto uma necessidade social está vinculada a necessidades de sobrevivência básica e humana. E, aqui, cabe ressaltar que nos referimos ao conceito de mínimos sociais que garantam efetivamente a cidadania ou a inserção, não reduzidas apenas à provisão de necessidades de sobrevivência física, mínimos sociais que melhor se configuram como básicos, para utilizar a expressão de Pereira (2000).

Em consonância com Pereira (2000), o conceito de “necessidades mínimas” tem a conotação de menos, menor, menos valia em sua acepção mais ínfima e é identificada com o patamar de satisfação de necessidades que beiram a desproteção social, e isso tem relação com a própria perspectiva de vida apresentada pelos entrevistados – que não conseguem desejar ou sonhar além do necessário à sua sobrevivência. Por esta razão é que afirmamos que as perspectivas futuras do sujeito que está na rua é bem mais restrita que a de outros segmentos da sociedade que, embora pobres, têm condições básicas de sobrevivência e que acabam desejando ou sonhando bens materiais um pouco mais diversificados e se permitem desejar além da comida, a roupa lavada, um sol no quintal da casa, “diversão e arte”, como cantam os Titãs.

As necessidades básicas e humanas expressam algo maior do que simplesmente sobreviver. Assim, enquanto a concepção de mínimo pressupõe supressão ou cortes de atendimentos, tal como propõe a ideologia neoliberal, o básico requer investimentos sociais de qualidade para preparar o terreno a partir do qual maiores atendimentos podem ser prestados e otimizados (PEREIRA, 2000).

Por fim, os dados apresentados nesta análise revelam a precária condição de vida a que estão expostos os jovens adultos de rua portadores do HIV/Aids, o que nos leva a questionar: Como as políticas sociais contribuem para a redução dos processos de exclusão social vivenciado por estes sujeitos no contexto da rua? Os direitos sociais básicos estão sendo efetivamente garantidos a estes sujeitos? Qual a importância da articulação das políticas de Assistência Social e Saúde no atendimento a estes sujeitos? Qual a necessidade de uma política ou de serviços que abarquem o processo de transitoriedade do sujeito adolescente para o jovem adulto com história de vida de rua?

Ações concretas que busquem a emancipação destes indivíduos são necessárias e de fundamental importância. A necessidade de conhecer as condições e modo de vida desses sujeitos, através da pesquisa social, pode contribuir para a ampliação da consciência social de governos, instituições de atendimento e sociedade, como também aportar subsídios para a construção de alternativas que tenham maior alcance social e efetividade no processo de reinserção e inclusão desses sujeitos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Concluir um trabalho que foi tão significativo para nós não se constitui em tarefa fácil, parece que faltam palavras para expressar o quanto foi importante o processo, as descobertas, a aprendizagem e as dúvidas que ainda permanecem instigando-nos a continuar o caminho. Portanto, nossas conclusões são apenas breves considerações, que certamente serão aprimoradas por nós ao longo do tempo, pois certamente continuaremos a investigar a realidade de sujeitos excluídos socialmente.

Jorge Amado, em seu livro “Capitães de Areia”, escrito entre as décadas de 1930-40, já escrevia sobre a cruel e a difícil realidade de meninos e meninas de rua de uma capital do país. Parece-nos que esta inquietação, para alguns segmentos da sociedade, não é um sentimento recente e, por visto, será ainda pauta de muitos estudos e discussões para quem luta a favor dos direitos humanos.

Consideramos esta produção mais do que uma simples síntese do processo que vivenciamos para a conclusão do Curso de Mestrado em Serviço Social ou para a obtenção da titulação de mestre, mas uma produção científica que poderá contribuir significativamente para subsidiar a luta pelos direitos humanos e para a implementação de políticas públicas.

Para a sistematização deste trabalho passamos por várias etapas – até mesmo o enfrentamento, em conjunto com algumas equipes, nos locais onde realizamos a coleta de dados, de processos difíceis como a transição do governo municipal em período pós-eleitoral. Enfrentamos também dificuldades financeiras e pessoais durante o processo, mas que foram superadas pelo entusiasmo que a investigação social provoca e pela consciência de nossos compromissos.

Este processo é único e só quem o vive sabe o quanto é difícil e, ao mesmo tempo, recompensador. Um dos momentos mais importantes é o do processo de qualificação, pois expõe toda a construção do trabalho e temos a oportunidade de revisar de forma crítica os pontos que precisam ser aprimorados.

Depois do processo de qualificação, tivemos a oportunidade de complementarmos nossa produção com outras informações que julgamos necessárias, além de incluir a importante contribuição (teórico-prática) aportada pelas sugestões da banca examinadora. Os dados analisados na pesquisa para a construção deste trabalho puderam ser revistos e aperfeiçoados e isto possibilitou a inclusão no texto de uma nova categoria empírica: a perspectiva de vida. Decidimos também dar um maior destaque para o aspecto da drogadição – com o objetivo de dar maior visibilidade ao assunto pelo grau de importância que o processo de dependência química possui na vida dos entrevistados. A construção da categoria perspectiva de vida, de fato, foi um momento muito significativo no processo de análise e síntese dos resultados, porque, durante a sua realização, a todo tempo, perguntávamo-nos: com as precárias condições de vida que estes jovens dispõem, qual é a sua perspectiva de vida?

Ainda, depois da qualificação, tivemos a chance de adequar a linguagem e melhorar as normas da ABNT e incluir o abstract. Reiteramos que as contribuições da banca foram fundamentais para a construção desta parte final do estudo, embora tenhamos consciência de que um trabalho pautado na perspectiva dialética materialista e histórica sempre se constituirá numa totalização provisória, por reconhecer que os processos são históricos, logo, em constante curso de transformação.

O tema central deste trabalho é o estudo das condições e modo de vida de jovens adultos (18 a 24 anos de idade) de rua, portadores de HIV/Aids. Para que pudéssemos investigar este assunto foi necessário um profundo estudo teórico, histórico e principalmente conceitual sobre os temas: questão social, exclusão social, população de rua, rede de atendimento a este segmento, fase evolutiva da adolescência, jovens adultos de rua, contexto do HIV/Aids e a relação desta doença na vida destes sujeitos. Nesta conclusão, avaliamos pertinente retomar as principais idéias que utilizamos para subsidiar o desenvolvimento deste estudo, mesmo que de forma breve. Passamos, a seguir, a síntese teórica:

A questão social, historicamente construída no contexto global e local, tem sua gênese na relação de conflito entre o capital e o trabalho – ou seja, é, na exploração, na dominação e na apropriação concreta do trabalho pelo capital que ocorrem às contradições do modo de produção capitalista, resultando no aumento da desigualdade social, tendo como seu contraponto nas formas de resistência.

Os aportes teóricos encontrados sobre o assunto referem que, no Brasil, o agravamento da questão social teve início a partir da década de 1930, do século XX. O modo de produção capitalista, nesse período, caracterizava-se como urbano-industrial. As mudanças

tecnológicas (luz elétrica, metrô, telefone, entre outras) ocorridas expandiam-se rapidamente, trazendo a idéia de um importante avanço econômico, em contrapartida, produziam uma maciça eliminação de postos de trabalho, resultando na substituição da mão-de-obra trabalhadora por máquinas - o que consequentemente aumentava a concentração de renda e o número de desempregados, ampliando as desigualdades sociais.

Alguns autores traduzem a questão social como uma dificuldade central da sociedade a partir da qual ela se interroga sobre sua coesão e suas fraturas. Para outros, ela pode ser apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem sua origem na produção social, que é cada vez mais coletiva - o trabalho torna-se mais amplamente social - enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (CASTEL, 1997; IAMAMOTO, 2000).

Entendemos a questão social como o conjunto de expressões das desigualdades sociais, que pode ser expressa por meio da fome, da miserabilidade, do desemprego ou do emprego precário, da carência de acesso aos serviços públicos, das diversas formas de violência, do trabalho infantil, da saúde precária, das habitações irregulares, do baixo nível de escolaridade, do preconceito, da concentração de renda e do aumento de cidadãos sobrevivendo nas ruas. Analisado a partir da perspectiva dialética, assim, considerando a contradição, a questão social não se expressa somente através desses fenômenos que caracterizam desigualdades de toda a ordem, mas também pelas formas de resistência e de enfrentamento da população contra esses processos excludentes e, por consequência, como forma de pressão e luta dirigida àqueles que devem investir em alternativas para a sua redução, o Estado e a sociedade burguesa.

Nas considerações finais deste trabalho, destacamos para discussão uma das expressões da questão social (talvez a mais perversa): a exclusão social. Atualmente, a exclusão social é um fenômeno que atinge todo o contexto global. O seu agravamento ocorre devido às transformações do modo de produção capitalista ao longo das últimas décadas do século XX, as quais, por sua vez, não melhoraram as condições de vida de grande parcela da população mundial, ao contrário, agravaram-nas. As principais transformações são: a globalização e o neoliberalismo.

Neste contexto, podemos encontrar, igualmente, as contradições que se materializam no âmbito do Estado, com a implementação de políticas neoliberais, para fundamentalmente reduziram o papel e a intervenção do mesmo na garantia de direitos sociais - o que contribui com a sua “desresponsabilização”, incentivando ações focais e assistencialistas, geralmente, executadas por órgãos da sociedade civil que continuam historicamente “selecionando” a quem atender e para quem serão destinadas às ações das políticas sociais, principalmente, designadas para os “bons pobres”.

Para nós, o conceito de exclusão social vai além do conceito de pobreza material da população, alcança os valores socioculturais, as discriminações e os preconceitos, as perdas, as rupturas e as fragilidades de vínculos na rede de relações dos sujeitos, que necessariamente não se resumem à pobreza e à miserabilidade – ou seja, este processo pode ser vivenciado tanto pelo sujeito desfavorecido economicamente quanto pelo indivíduo que possui melhores condições econômicas de vida. O segmento que investigamos, os moradores de rua portadores de HIV/Aids, sofre cotidianamente, de diversas formas, o processo de exclusão social.

As formas de exclusão social, expressas na realidade de moradores de rua, reúnem o conjunto de quase todas as manifestações da desigualdade social, pois, além destes sujeitos estarem em situação de rua, vivenciam a fome, a mendicância, o trabalho precário, a saúde debilitada, dificuldades de acesso aos serviços públicos e também a exposição cotidiana à violência social.

As manifestações da desigualdade social podem ser expressas também no modo de vida destes sujeitos com a fragilização e a ruptura dos vínculos sociais (que é produto de um acúmulo de fracassos, o qual conduz a uma forte marginalização e, consequentemente, ao isolamento através da rualização). Isso inclui situações como problemas de relacionamento familiar relacionado à doença da dependência química (álcool e/ou drogas), histórias de sucessivas perdas de vínculos familiares, relações interpessoais com amigos, da auto-estima e, na medida em que o tempo passa, dos sonhos e perspectivas quanto ao projeto de vida.

Para a resolução de parte destas carências resultantes do processo de exclusão social a que estão expostos os moradores de rua, é fundamental que o Estado cumpra seu dever de proporcionar o acesso desses sujeitos à inserção social, ao acesso a serviços e bens públicos. Constatamos, através das pesquisas, que os moradores de rua enfrentam maiores dificuldades que outros para a busca de alternativas à sua sobrevivência, mesmo se tratando de políticas básicas, cujo direito lhes é garantido constitucionalmente. Concomitantemente, além de não serem reconhecidos socialmente, também, acabam vivenciando o processo de exclusão pela própria rede de serviços que deveria atendê-los com dignidade. A nossa pesquisa procurou estudar somente um segmento desta população - os jovens adultos que por estarem numa faixa etária que, se não compreendida como crise normal, provoca maior rejeição, ainda, são

acometidos pelo HIV/Aids, o que é sem dúvida mais um fator que amplia o processo de exclusão já tão significativo.

As políticas sociais no Brasil, desde 1988, vêm se configurando como públicas e de responsabilidade do Estado. Desde, então, o Estado vem procurando redefinir suas ações, programas e projetos conforme as exigências da nova legislação brasileira. A Constituição Federal de 1988 ampliou consideravelmente a concepção de direitos sociais, resultando no alargamento das políticas aos segmentos populacionais mais vulneráveis – que, nas constituições anteriores, não estavam contemplados. Determinou um maior comprometimento do Estado e da sociedade nos gastos e descentralizou o poder de gestão, passando a responsabilidade de intervenção na área social para as três esferas do governo: federal, estadual e municipal.

O Sistema Único de Saúde, regulamentado em 1990, e a Política de Assistência Social, regulamentada em 1993, fizeram, e ainda fazem, parte de um processo de avanços e dificuldades que envolvem a realidade das políticas sociais no país. Tanto o Sistema Único de Saúde quanto a Assistência Social foram implementadas no Brasil com vistas a garantir melhores condições de saúde e na defesa e proteção social dos sujeitos. A regularização destas políticas ocorreu após um processo de intensa mobilização social e de luta, envolvendo vários segmentos da sociedade (sindicatos, associações, movimentos sociais, partidos políticos, plenárias populares, instituições privadas e do Estado). Com a regulamentação destas políticas, ao longo do tempo, na realidade municipal, foi construída uma rede de atendimento à população – incluindo a rede de atenção a moradores de rua. A constituição desta rede inclui serviços e programas, como programa de saúde da família sem domicílio, abrigos e albergues e casas de convivência.

Após estas breves considerações sobre a rede de atendimento, retomamos a discussão sobre o segmento que investigado por nós: os jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids. Para esta pesquisa foi necessário realizar um estudo aprofundado sobre as características da fase adolescente, pois consideramos que estes sujeitos, apesar de terem completado 18 anos de idade – e serem adultos juridicamente – apresentam características da adolescência ainda em curso.

O processo da adolescência, enquanto crise e conflito, principalmente, de identidade, é vivenciado de maneira diferente por cada indivíduo – apesar de apresentarem características semelhantes a esta fase do desenvolvimento. As transformações na adolescência dependem da realidade em que o sujeito está inserido - cada nação ou país, estado e município expressa sua cultura, seus valores e suas crenças que acabam influenciando diretamente nas mudanças desta fase do desenvolvimento para cada grupo de pessoas.

Um dos aspectos que diferencia a vida de cada sujeito adolescente é se vem recebendo ou não as condições básicas e materiais para a sua sobrevivência de seu núcleo familiar, pois existe diferença entre o adolescente que apresenta um grau de vulnerabilidade e de pobreza maior do que o sujeito que não enfrenta esse tipo de situação. Para o primeiro, em muitas situações, este período é abreviado pela necessidade de sobrevivência da família, com situações de trabalho para o auxílio no sustento diário ou até mesmo em razão de uma gravidez precoce.

O processo de transição da adolescência para a fase de jovem adulto também não pode ser considerado como um fenômeno universal com transformações iguais para todos os sujeitos. A transformação mais significativa, nesta fase, ocorre, principalmente, no aspecto

sociojurídico. Na atual legislação brasileira, essencialmente, no ECA, não existem disposições legais que protejam os adolescentes depois dos 18 anos, com ações intermediárias que possam preparar estes sujeitos para a sua inserção no sistema de atendimento à população adulta.

As consequências desta lacuna na legislação trazem para os jovens adultos um reforço ao processo de exclusão social vivenciado por alguns destes sujeitos, como ocorre, especialmente, com os sujeitos que têm precárias condições de vida, como os que moram nas ruas desde a infância, como vimos nos resultados da pesquisa – que serão retomados a seguir. Estes sujeitos, dentro de um contexto específico, como é o caso de Porto Alegre, acabam não sendo completamente preparados para exercer a sua vida civil pelas instituições de atendimento a adolescentes, o que dificulta ainda mais o processo de transição.

Na construção do referencial teórico, vimos inicialmente nas leituras sobre o jovem adulto que suas histórias de vidas, geralmente, são marcadas por situações de abandono familiar, violência doméstica e perdas de referências para a formação de sua identidade individual e coletiva, o que acaba por ocasionar uma subjetividade empobrecida e solitária, sem perspectivas quanto a projeto de vida. Vive seu dia como se fosse o último momento em suas vidas, com muita intensidade. Todos estes aspectos confirmaram-se com os resultados do estudo.

A questão do HIV/Aids na vida do jovem adulto de rua mereceu destaque, principalmente, quando falamos de invisibilidade como mais um agravante do processo de exclusão social, pois encontramos poucos aportes teóricos sobre o aumento da contaminação desta doença no segmento populacional que vive na rua, especialmente, quando se trata de um

sujeito jovem e já com certo grau de evolução da doença no organismo, o que altera a sua expectativa de vida – como foi constatado no estudo.

Na pesquisa realizada por nós (em 2002, com 49 jovens adultos de rua que passaram ou estavam no AMBJ), foram desvendados 26 casos de portadores de HIV ou doentes da Aids, sendo que 12 já estavam com alguma doença oportunista (Tuberculose ou Lesões Dermatológicas), além disso, o estudo revelou que estes sujeitos fazem uso constante de drogas ou de substâncias psicoativas e que se constituem em mais um entrave para a organização da vida diária dos jovens adultos. Estas informações que utilizamos como referencial nesta dissertação acabaram, também, sendo confirmadas na pesquisa realizada por nós.

Para a seleção das principais idéias que utilizariamos nessa conclusão, foram sistematizados alguns aspectos que avaliamos serem os mais relevantes da análise dos dados, etapa do estudo considerada central, com o objetivo de retomar a discussão sobre o tema investigado a partir da realidade concreta e realizar, ainda que de forma geral, uma síntese das reflexões desenvolvidas durante todo o estudo. Para o referencial dialético, a prática é critério de verdade, logo, embora a teoria oriente nossas reflexões, argumentos e proposições, o dado de realidade a realimenta e assume centralidade no processo de análise, razão pela qual o privilegiamos.

Quando foram verificados os dados relativos às condições materiais de existência, ou seja, aqueles relacionados às condições de vida dos sujeitos entrevistados, foi possível observar situações precárias originadas pelo processo de exclusão social que vivenciaram ao longo de sua trajetória de vida. O desvendamento do conceito de exclusão social foi

fundamental para nortear nosso estudo, pois, como expressão da questão social, nosso objeto mostra que o processo não se limita à pobreza objetiva da população, mas atinge e engendra-se em valores culturais, ou na sua negação, nos processos de discriminação, na negação de direitos que, em algumas situações, surgem a partir de perdas; e, em outras, provoca a perda de vínculos, as fragilidades nas relações de convívio, na constituição da identidade e da auto-estima.

Observamos que o segmento estudado sofre cotidianamente este processo de exclusão social e, quando investigadas as estratégias de sobrevivência ou de resistência, como contraponto às desigualdades que compõem a questão social, constatamos, entre os vários aspectos que envolvem o contexto da rua, dados que revelam a busca por serviços, apoio nos grupos de rua, a solidariedade que desenvolvem entre si.

Os locais onde permanecem nas ruas, com quem convivem, quando e o motivo pelo qual vieram a morar nas ruas da cidade expressaram exemplos concretos desse processo de exclusão social. Nas marquises, nas pontes e nos viadutos centrais da capital gaúcha, podemos observar cotidianamente a presença desses sujeitos em números cada vez maiores, como resultado de uma sociedade que se desenvolve contraditoriamente, assim, ampliando seu exército de sobrantes ao mesmo tempo em que concentra cada vez mais a renda nas mãos de poucos.

A inexistência de alternativas para que atendam suas necessidades básicas é outro aspecto visível. A falta de um local adequado para fazerem sua higiene, a precária alimentação que acaba por condicionar sua frágil condição de saúde, a “despreocupação” em se protegerem do frio e da chuva, debilitando ainda mais uma saúde já comprometida, a

dificuldade para conseguir dinheiro, vestimenta, entre outras situações, caracterizam o viver desses sujeitos, marcado pela desigualdade e precariedade.

A falta destas condições materiais de existência levam os sujeitos a buscarem alternativas diversas para garantir a sua sobrevivência, principalmente, por meio da prática da mendicância. Esta prática, como vimos nos diversos extratos de falas dos entrevistados, provoca consequências na sua auto-estima, pois é experimentada como uma humilhação na medida em que, nem sempre, a sociedade está disposta a auxiliá-los e, por isso, acabam se “sujeitando” a situações degradantes.

Ao analisarmos as estratégias de sobrevivências utilizada pelos jovens adultos de rua, confirmamos, a partir deste estudo, que a solidariedade entre os membros do grupo constitui-se como a principal forma de enfrentar o cotidiano. Embora a relevância dada ao grupo seja de fato uma característica adolescente, no espaço da rua, a solidariedade é mais acentuada e fundamental, seja para dividir as mazelas do dia a dia, seja para buscar auxílio em momentos de maior fragilidade, seja para se proteger ou para suprir necessidades como a alimentação ou o afeto. A ajuda mútua revela uma importante e necessária forma de estabelecer relações sociais entre os sujeitos e é, reiteramos, o que denominamos como a principal forma de resistência para o enfretamento das dificuldades impostas pela rua.

A idade com que os sujeitos vivenciaram o processo de rualização se caracteriza por ser uma fase bastante peculiar da vida do ser humano – a adolescência. O ingresso precoce no mundo das ruas acabou trazendo sérias e importantes consequências para a realidade atual destes sujeitos, pois dirigiram suas energias somente para a garantia da sobrevivência ao invés de experimentarem o que um adolescente teria direito de vivenciar, como o envolvimento

com a escola, uma adequada alimentação, uma proteção maior à exposição ao frio e à violência, uma orientação e apoio dos pais quanto às responsabilidades, entre outras questões fundamentais a sujeitos em fase de desenvolvimento, conforme prevê a legislação brasileira e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Não há dúvidas de que a idade considerada pelo Estatuto para a conclusão da adolescência é os 18 anos, no entanto, consideramos o reconhecimento unânime de que esta faixa etária não é precisa, o ECA poderia contemplar medidas de transição, talvez não tão direcionadas como na fase anterior, mas prevendo adaptação e proteção parcial do jovem adulto para contribuir com sua autonomização. Mas é preciso reconhecer que entre a letra da lei, embora seja um importante avanço conquistado pelo povo brasileiro, e a sua materialização, existe uma enorme distância.

O que verificamos nos principais motivos que os levaram ao processo de rualização, apontados pelos sujeitos entrevistados, foi a expressiva vivência de perdas, por falecimento de alguém de referência ou em função das diversas situações de violência experimentadas no âmbito familiar, no seu período de infância. A repetição de respostas entre os diferentes entrevistados foi o que caracterizou estas vivências como categorias empíricas emergidas da realidade desses sujeitos. Os diversos relatos sobre suas histórias de vida foram marcados profundamente pelo processo de exclusão social, principalmente, quando verificamos que a totalidade dos entrevistados mencionou situações diversas de violência ao longo de suas vidas.

Na verdade, a principal representação da violência na vida dos entrevistados é a sua própria reprodução nos diferentes momentos e espaços que ocupam no contexto social. A

vivencia freqüente com as drogas, desde o início da adolescência, apareceu como importante agravante das condições de saúde dos entrevistados, junto a isso, verificamos, em seus relatos, histórias que mostram um alto índice de problemas mentais decorrentes do uso constante dessas drogas, principalmente, o “lólo” e o “crake”. Observamos que a parte cognitiva dos entrevistados também foi prejudicada devido a essa condição, o que ficou explícito através dos desenhos que mostram a fragilidade de seu pensamento e de sua representação através da grafia. Em diversos casos, representavam-se, no desenho, como alguém que se encontra com menos idade. Detectamos, durante a realização dos mesmos, que suas mãos estavam trêmulas e seus rostos apresentavam traços de uma criança que aprende a desenhar, como nos primeiros anos da vida escolar. A técnica do grafodrama possibilitou constatar, além das precárias condições de vida dos sujeitos, os seus sentimentos, suas representações, os significados que atribuem à sua vida e aos seus sonhos, muitas vezes, limitados por uma realidade quase determinante, ou seja, a expressão do seu modo de vida.

As drogas, principalmente, associadas ao longo período de contaminação por HIV/Aids, agravam ainda mais as condições de saúde dos jovens adultos de rua. A desproteção nas suas relações sexuais evidenciam não somente a contaminação, mas também a recontaminação com outros tipos de vírus, num organismo já significativamente fragilizado.

A preocupação dos sujeitos com relação à contaminação pelo HIV/Aids torna-se somente mais um problema a ser enfrentado em suas vidas e lembram dele apenas quando já estão doentes, afetados na parte física, pois a morte social já vivem antes mesmo de adquirirem o vírus. Isto é evidenciado nos diversos desenhos dos entrevistados, quando mostram a sua relação atual com o corpo “emagrecido” e com diversas doenças que se aproveitam da fragilidade provocada pela doença.

Os relatos das histórias de vida dos entrevistados evidenciam que as perspectivas de vida quanto aos aspectos relacionados às esperanças, às alegrias, aos sonhos e aos pensamentos sobre o futuro, geralmente, estão ligados à sua sobrevivência imediata – pois esta preocupação é a central para os indivíduos que têm precárias condições de sobrevivência. Os seus desejos expressam uma vida comum com direitos fundamentais que a maioria da população possui, como uma casa, uma janela com cortinas, um trabalho, a creche ou a escola para si e para os filhos, os cabelos arrumados, as malas que carregam os sonhos e o sol brilhante no quintal da casa.

O significado do “sol” que eles atribuíram ao desenho pode muito bem representar a esperança e a superação de suas dificuldades. A “lua”, por outro lado, sem luz própria, talvez signifique simbolicamente a vida concreta destes sujeitos, as frágeis perspectivas de vida que possuem devido principalmente à exposição ao mundo da rua e pela infecção do HIV/Aids.

Por fim, todos estes aspectos levam a uma questão: Como as políticas sociais podem aprimorar seus níveis de efetividade para enfrentamento do processo de exclusão social vivenciado por estes sujeitos no contexto da rua?

Procuraremos contribuir apresentando algumas problematizações e sugestões nesse sentido, ao concluirmos nossa dissertação de mestrado, com vistas a fornecer subsídios, mesmo que singelos, aos que hoje prestam atendimento aos jovens adultos de rua portadores do HIV/Aids na rede da política de Assistência Social e da Saúde ou planejam alternativas para ampliar seu alcance e sua efetividade.

Seguem as principais propostas:

- Em primeiro lugar, é importante reiterar o nosso dever de dar visibilidade a este estudo através da sua socialização, especialmente, dos resultados nos locais onde os dados foram coletados e em Conselhos de Direitos (principalmente nos da Criança e do Adolescente, de Assistência Social e de Saúde), em universidades, instituições do Estado e não-governamentais. Além desta apresentação, podemos buscar discutir com técnicos do governo municipal a possível articulação da política de Saúde com a da Assistência Social para viabilizar o acesso destes sujeitos aos serviços de atendimento da cidade;
- Instigar a avaliação da possibilidade de implementação, via política de Assistência Social de um serviço (abrigagem ou casa de convivência) que trabalhe especificamente, com estes jovens, o seu processo de transitoriedade da adolescência para fase adulta da vida – respeitando suas características;
- Em conjunto com instituições não-governamentais, propor a realização de um ciclo de palestras para capacitação profissional de trabalhadores que atendem a moradores de rua (incluindo os jovens adultos) nas instituições vinculadas ao Estado – essencialmente nos serviços de Assistência Social, Saúde, Educação e Segurança com o objetivo de qualificar os serviços prestados as instituições vinculadas ao Estado através de uma proposta de apoio e não de substituição do papel do Estado;
- Em especial, nas instituições onde realizamos a coleta de dados, sugerimos que valorizem mais os registros institucionais e continuem se questionando (como nós) de que modo podem aprimorar o atendimento aos jovens adultos.

## REFERÊNCIAS

- ABESS-CEDEPSS. Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social (com base no currículo mínimo aprovado em Assembléia Geral Extraordinária de 08 de novembro de 1996). In: *Cadernos ABESS nº 07 – Formação Profissional: trajetórias de desafios*. São Paulo: Cortez, 1997.
- ABREU, P.B. et al. *Condições Social e de Saúde Mental de Moradores de rua Adultos em Porto Alegre*. Porto Alegre: FAPERGS, 1999. Relatório Preliminar de Pesquisa.
- ANDERSON, P. O Balanço do Neoliberalismo In: SABER, E.; GENTILI, P. (org.). *Pós-Neoliberalismo: As Políticas Sociais e o Estado Democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- ARCOVERDE, A.C.B. Questão Social no Brasil e Serviço Social. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Brasília: CEAD, 1999.
- ASSEPLA/FASC – Assessoria de Planejamento da Fundação de Assistência Social e Cidadania. *Relatório Administrativo Anual*, jan. 2005.
- AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N. *Dossiê diagnóstico: Violência doméstica contra crianças e adolescentes*. São Paulo: Laboratório de estudos da criança (LACRI/USP), 2002.
- BARÁIBAR, X. Articulación de lo diverso: lecturas sobre la exclusión social y sus desafíos para el trabajo social. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 59, 1999.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BARRETO, A. et al. *A transitoriedade do ser jovem ao ser adulto: repensando políticas de atendimento. Adolescência: um problema de fronteiras*. Porto Alegre: Comissão de Aperiódicos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org.), 2004.
- BOCA DE RUA. Violência nossa de cada dia. *Jornal Boca de Rua*, Porto Alegre, ano II, n. 8, fev/mar/abr. 2003.

- BÓGUS, L.; YAZBEK, M.C.; WANDERLEY, M.B. (org.). *Desigualdade e a Questão Social*. 2. ed. São Paulo: Edipucsp, 2000.
- BRASIL. *Manual do Treinamento de Aconselhadores do Programa nacional de DST e AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- \_\_\_\_\_. *Programa nacional de DST e AIDS*. Dados Epidemiológicos. Disponível em: <[www.AIDS.gov.br](http://www.AIDS.gov.br)>. Acesso em: 14 de out. de 2004.
- \_\_\_\_\_. *Plano Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BUENO, S. *Minidicionário da Língua Portuguesa*. São Paulo: FTD, 1996.
- BULLA, L.C. et al. *As múltiplas formas de exclusão social*. Porto Alegre: Federação Internacional de Universidades Católicas/EDIPUCRS, 2004.
- BULLA, L.C. Introdução. In: BARRILI, H.C.; ARAUJO, J.M.; BULLA, L.C. (org.). *A Pesquisa em Serviço Social e nas Áreas Humanas-Sociais*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.
- \_\_\_\_\_. Relações sociais e questão social na trajetória histórica do Serviço Social brasileiro. *Revista Texto e Contextos*, Porto Alegre: EDIPUCRS, Ano 2, n. 2, 2002.
- \_\_\_\_\_. *O Projeto de Pesquisa*. Porto Alegre: PUCRS/FSS, 2003.
- CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: WANDERLEY, M.B.; BOGUS, L.C. São Paulo: 1997;
- CASTILHOS, Á. *A dinâmica do trabalho de grupo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- CECCIM, R.B. RS: o município na construção do SUS. *Cebes – Revista Divulgação em Saúde para debate*. Rio de Janeiro, n. 24, dez. 2001.
- CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA Social de Porto Alegre - CMAS. *Texto Base IV*. Porto Alegre: Conferência de Assistência Social de Porto Alegre, 2001.
- CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO Social 12<sup>a</sup> Região – Santa Catarina. Gestão 1999-2002. *Coletânea de Leis*. 2. ed. Florianópolis: publicação 2001.
- COUTO, B.R. *O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação Possível?* Porto Alegre: PUCRS, 2003. Tese (doutorado em Serviço Social) Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2003.
- CURY, C.R.J. *Educação e Contradição*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- FALEIROS, V.P. *Saber Profissional e Poder Institucional*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1997.
- \_\_\_\_\_. Natureza e Desenvolvimento das Políticas Social no Brasil. *Revista de Capacitação em Serviço Social e Políticas Sociais*. Brasília: CEAD, 1999.
- \_\_\_\_\_. Desafios do Serviço Social na Era da Globalização. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 61, nov. 1999.

FLEURY, S. *Estado sem cidadão: Seguridade Social na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, I. *Metodologia da Pesquisa Educacional*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA – FASC. *Plano Municipal de Assistência Social de Porto Alegre - 1998/2001*. Porto Alegre: FASC/PMPA, 1998.

\_\_\_\_\_. *Projeto Serviço Social nos Abrigos de Atendimento à População de Rua – Coordenação da Rede Especializada*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, jun. 2002.

\_\_\_\_\_. *Prefeitura Municipal de Porto Alegre*. Disponível em: <[www.portoalegre.rs.gov.br/fasc](http://www.portoalegre.rs.gov.br/fasc)>. Acesso em: 16 de março de 2005.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1994.

GROSSI, P.K. Por uma nova ótica e uma nova ética na abordagem da violência contra mulheres nas relações conjugais. In: GROSSI, P.K.; WERBA, G.C. *Violência e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

HUMMES, C. Reincluir a população de rua. *Jornal Folha de São Paulo*, São Paulo, 12 de set. de 2004.

IAMAMOTO, M.V. *Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

\_\_\_\_\_. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M.V.; CARVALHO, R.C. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

KERN, F.A. Estratégias de fortalecimento no contexto da AIDS. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 74, jul. 2003.

\_\_\_\_\_. *As mediações em redes como estratégias metodológicas do Serviço Social*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

\_\_\_\_\_. Mulheres soropositivas: a visibilidade e a invisibilidade da representação social da Aids. *Revista Texto e Contexto*, Ano III, n. 3, 2004.

\_\_\_\_\_. *Redes de Apoio no contexto da Aids: um retorno para a vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

KOSIK, K. *Dialética do Concreto*. 5.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

KÜWICK, A.M. O corpo violado. In: GROSSI, P.K.; WERBA, G.C. *Violência e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

LOPES, J.B. *Objeto e especificidade do Serviço Social*. São Paulo: Cortez & Morais, 1979.

LOUREIRO. *DSTs femininas - uma epidemia oculta: Um estudo das doenças sexualmente transmissíveis em população de mulheres atendidas em um serviço público de referência para atendimento de DST/AIDS*. Porto Alegre: UFRGS, 2003. Tese (Doutorado em Clínica Médica). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

MADDEN, Rosemary Barber. O UNAIDS e as políticas de desenvolvimento sustentável. *AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas*. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Técnicas de pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINELLI, M.L. *A análise de conjuntura*. São Paulo: Cortez, 1987.

\_\_\_\_\_. (Org.). *Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras, 1999.

\_\_\_\_\_. O uso de abordagens qualitativas na pesquisas em Serviço Social. *Cadernos do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Identidade* – NEPI/PUCSP, São Paulo, n. 1, p. 12-18, 1999.

MARX, K.; ENGELS, F.F. *Oposição das concepções materialista e idealista*. Lisboa: Avante, 1982.

\_\_\_\_\_. *Manifesto do Partido Comunista*. Lisboa: Avante, 1982.

MENDES, J.M.R. *O acidente e a morte no trabalho*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

MENDONCA, M.H.M. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas eqüitativas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, supl., p. 113-20, 2002.

MENEZES, S. *Adolescência X Drogas*. Disponível em: <[www.adroga.casada.org/prevencao/adolescencia\\_drogas.htm](http://www.adroga.casada.org/prevencao/adolescencia_drogas.htm)>. Acesso em: 01 de março de 2005.

MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. O quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-62, jul/set, 1993.

MOREIRA, V.C. *Considerações sobre a adolescência*. São Paulo: Prociência, 2001. Disponível em <[www.prociencia.com.br](http://www.prociencia.com.br)>. Acesso em: 26 de abril de 2005.

NASCIMENTO, E.P. A Exclusão Social no Brasil: Algumas hipóteses de trabalho e quatro sugestões práticas. *Cadernos do Centro de Estudos e Ação Social - CEAS*, Bahia, n. 52, 1994.

NETTO, J.P. A controvérsia paradigmática nas ciências sociais. *Cadernos da Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social – ABESS*, São Paulo, n. 5, 1992.

- NETTO, J.P.; CARVALHO, M.C. *Cotidiano: Conhecimento e Crítica*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1987.
- OLIVEIRA, C.S. *Sobrevivendo no Inferno*. Porto Alegre: Sulina, 2001.
- OLIVEIRA, J.L.G. Exclusão social: questões conceituais e doutrinárias. *Revista do Programa de Pós-graduação em Serviço Social*, PUCRJ, ano 01, n. 2, jun/dez. 1997.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. Dados sobre a Aids no mundo e as respostas contra ela. Disponível em: <[www.geocities.yahoo.com.br/glhr/cartilha/sex.html](http://www.geocities.yahoo.com.br/glhr/cartilha/sex.html)>. Acesso em: 2 de março de 2005.
- OSÓRIO, L.C. *Adolescente hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- OURIQUES, C.Q. *Diário de Campo*. Porto Alegre: FSS/PUCRS. 2000/2 á 2002/2. Mimeo.
- \_\_\_\_\_. *Do menino de rua ao jovem adulto: Uma análise das relações institucionais*. Disciplina de Pesquisa III. Porto Alegre: FSS/PUCRS, 2002. Relatório de Pesquisa.
- \_\_\_\_\_. *Serviço Social e a população de rua: uma política de inclusão social*. Porto Alegre: PUCRS, 2002. (Monografia). Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Levantamento de demandas do Serviço Social*. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública/RS - Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Residência Integrada em Saúde Coletiva, 2003.
- \_\_\_\_\_. HIV/Aids e direitos sociais. Porto Alegre: ESP, 2005. (Monografia). Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, 2005.
- OURIQUES, C.Q.; SCHMIDT, F.; TEJADAS, S. *A Política de Atenção à Criança e ao Adolescente*. Porto Alegre: FSS/PUCRS, 2004. Mimeo.
- PAUGAM, S. Fragilização e ruptura dos vínculos sociais: uma dimensão essencial ao processo de desqualificação Social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 60, 1999.
- PARKER, R & AGGLETON. *Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.
- PEREIRA, P.A.P. A Metamorfose da Questão Social e a Reestruturação das Políticas Sociais. *Revista de Capacitação em Serviço Social e Política Social da Cead*, Brasília, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Necessidades Humanas: Subsídios à Crítica dos Mínimos Sociais*. São Paulo: Cortez, 2000.
- PORTE ALEGRE. Programa Municipal de DST HIV/Aids. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <[www.portoalegre.rs.gov.br/sms](http://www.portoalegre.rs.gov.br/sms)>. Acesso em: 29 de abril de 2005.

\_\_\_\_\_. Sistema de Informações dos Centros de Testagens e Aconselhamentos - SICTA. Porto Alegre: Ambulatório de Dermatologia Sanitária, 2004.

PRATES, F.C. Sujeitos de Rua: A pesquisa como instrumento de desvelamento e intervenção na realidade social. In: BARRILI, H.C.; ARAUJO, J.M.; BULLA, L.C. (Org.) *A Pesquisa em Serviço Social e nas Áreas Humanas-Sociais*. Porto Alegre: Edipucrs, 1998.

\_\_\_\_\_. Metodologia de pesquisa para população de rua: alternativas de enfrentamento pelo poder local. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, ano XXI, n. 64, novembro de 2000.

\_\_\_\_\_. *A produção de conhecimentos em Marx*. Textos marxianos e de marxistas contemporâneos/sínteses. Porto Alegre: PUCRS, 2000. Mimeo. Disciplina de Teoria do Serviço Social II, Faculdade de Serviço Social.

\_\_\_\_\_. Possibilidades de mediação entre a teoria Marxiana e o Trabalho do Assistente Social. Porto Alegre: PUCRS, 2003. Tese (Doutorado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2003.

\_\_\_\_\_. O planejamento da pesquisa social. *Revista Temporalis*, Porto Alegre, ABEPSS, n. 7, 2003.

\_\_\_\_\_. Gestores Sociais Habilidades e Competências. In: I Congresso Internacional de Gestores Sociais. *Anais*. Disponível em: <[www.sesi-rs.org.br](http://www.sesi-rs.org.br)>. Acesso em: 01 de junho de 2005.

PRATES, J.C.; ABREU, P.B.; CEZIMBRA, L. A mulher em situação de rua. In: BULLA, L.C. et al. *As múltiplas formas de exclusão social*. Porto Alegre: Federação Internacional de Universidades Católicas/EDIPUCRS, 2004.

PRATES, F. *Adolescente Infrator*: A prestação de serviços à comunidade. Curitiba: Juruá, 2001.

REIS, C.N. *Palestra sobre exclusão social*. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social em 03/12/2003. Porto Alegre: PUCRS, 2003. Mimeo.

REIS, C.N.; PRATES, J.C. *Fragments de uma Metrópole*: meninos e meninas em situação de rua. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999.

REIS, C.N.; PRATES, J.C.; MENDES, J. *A realidade dos moradores de rua de Porto Alegre*. Porto Alegre: PMPA/FESC – FSS/PUCRS, 1996.

RIO GRANDE DO SUL. *Boletim Epidemiológico/RS*. Doenças sexualmente transmissíveis/Aids. Análise dos casos no Estado, Regionais e Municípios – 1983 a julho de 2004. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em <[www.saude.rs.gov.br/aids/boletim\\_aids.php](http://www.saude.rs.gov.br/aids/boletim_aids.php)>. Acesso em: 26 de junho de 2005.

\_\_\_\_\_. *Crianças e adolescentes em Situação de rua e suas circunstâncias de vida*. Porto Alegre: FGTCAS/RS, 2000.

ROCHA, Solange. AIDS: uma questão de desenvolvimento? *AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas*. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

ROCHEFORT, I.V. *Jovens – Adultos*: experiências vivenciadas nesta etapa de vida. Porto Alegre: PUCRS, 1993. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1993.

SÃO PAULO. *Projeto Acolher: Reconstruindo Vidas*. São Paulo: Secretaria Municipal de Assistência Social - SAS, 2000.

SILVA, M.O.S. Contribuições da revista para construção do Serviço Social brasileiro. *Revista Serviço Social e Sociedade*, n. 61, 1999.

\_\_\_\_\_. (Coord.). *O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SIMÕES, J.J.G. *Moradores de Rua*. São Paulo: Kja, 1992.

SNOW, D. & ANDERSON, L. Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua. Petrópolis: Vozes, 1998.

SOARES, L.T. *Os Custos Sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina*. São Paulo: Cortez, 2000. Coleção Questões da Nossa Época. v. 78.

SOUZA, M.L. *Desenvolvimento de Comunidade e Participação*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

TAVARES, J.C.; ALMEIDA, R.S.A. *O morador de rua de Campo Grande: Condições de vida*. Campo Grande: UCDB, 2002.

WAISELFISZ, J. *Mapa da Violência III*. Brasil-UNESCO, fev. 2002. Disponível em: <[www.sociologiadajuventude.hpg.ig.com.br/mapadaviolenciaiii.htm](http://www.sociologiadajuventude.hpg.ig.com.br/mapadaviolenciaiii.htm)>. Acesso em: 04 de novembro de 2004.

WEISSHAUPT, J.R. (Org). *As funções sócio-institucionais do Serviço Social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1988.

YAZBECK, M.C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. *Revista Temporalis*, São Paulo, ABEPSS, ano II, n.3, jan/jun. 2001.

ZALUAR, A.; NEVES, D. (Org.). Essas pessoas a quem chamamos população de rua. *Cadernos da CEAS - Bahia*, n.151, maio/jun. 1994.

## *Apêndices*

---

## **APÊNDICE A**

### **INSTRUMENTO DE PESQUISA – ROTEIRO NORTEADOR**

## ROTEIRO NORTEADOR

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

### **Etapa I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

- 1) Local de Residência:(  ) rua, (bairro e ponto de referencia): \_\_\_\_\_  
(  ) sozinho (  ) com companheiro (  ) com filhos (  ) em grupo  
(  ) instituição, qual: \_\_\_\_\_
- 2) Nome fantasia: \_\_\_\_\_
- 3) Significado da escolha: \_\_\_\_\_
  
- 4) Sexo: \_\_\_\_\_
- 5) Idade: \_\_\_\_\_

### **Etapa II – DADOS SOBRE A HISTÓRIA DE VIDA**

Local de moradia na rua;

História de vida na infância;

História de vida na adolescência;

Relação com a rua (tempo de rua, idade que foi para rua, motivo);

Formas de conseguir alimento no rua;

Formas de conseguir fazer a higiene pessoal na rua;

Formas de conseguir dinheiro;

Formas de conseguir roupas;

Formas de abrigar-se do frio e chuva;

Os abrigos, albergues e casas de convivências;

Aspectos educacionais (escol., curso etc.);

A representação da violência da vida;

Formas de realizar esporte e lazer;

A relação com HIV/Aids (contaminação, tratamento, uso da camisinha etc.);

As drogas na vida;

Rede de apoio;

## **APÊNDICE B**

### **ROTEIRO NORTEADOR PARA O DESENHO**

## **ROTEIRO NORTEADOR PARA O DESENHO**

**Etapa III** – Grafodrama (registrar observações, comentários e expressões verbais e não verbais).

### **Representação Livre do espaço e condição de vida**

1) Desenhando minhas condições de vida (cenário social)– dando vida a minha vida e ao meu espaço.... (através de um só desenho).

### **Representação Livre de relações sociais**

2) Desenhando eu e minha família pregressa e atual (cenário de relações)– dando vida a imagem das minhas relações... (através de um ou mais desenhos).

3) Desenhando minhas perspectivas (cenário futuro) – dando vida a minha vida futura....

## **APÊNDICE C**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INSTITUIÇÃO**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INSTITUIÇÃO**

Venho por meio deste, solicitar a permissão desta instituição para a realização de uma coleta de dados nos arquivos e prontuários dos usuários atendidos. O objetivo da pesquisa é desvendar a condição o modo de vida de jovens adultos de rua portadores de HIV/Aids. Será desenvolvida pela Assistente Social Ciberen Quadros Ouriques, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Jane Cruz Prates vinculadas Faculdade de Serviço Social, Curso de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Para isso, serão coletadas informações sobre os dados pessoais dos usuários. A colaboração com estes dados para a pesquisa é fundamental, já que, apesar do estudo não oferecer um benefício imediato aos usuários, poderá colaborar, no futuro, para subsidiar políticas de inclusão social nos diferentes serviços públicos de Assistência Social e Saúde, por meio de propostas concretas de atendimento. Caso seja autorizada a coleta, ressalta-se que os dados da pesquisa estarão à disposição na Universidade ao término sua realização (Agosto/2005). Os instrumentos preenchidos serão anônimos, ou seja, nenhum participante será identificado. A pesquisadora garante às instituições todos os esclarecimentos necessários; contatos, portanto, podem ser realizados antes, durante e após a pesquisa para maiores esclarecimentos. Telefones: Ciberen (051)983-76260.

Consentimento: Eu (coordenador da instituição), \_\_\_\_\_, autorizo o fornecimento das informações através de análise documental dos prontuários para a pesquisa acima mencionada. A pesquisadora me informou o caráter voluntário da pesquisa, o direito de negar o consentimento institucional, e o direito ao tratamento confidencial das informações obtidas. Eu entendi que me será fornecido uma cópia assinada deste Termo.

DATA: \_\_\_ / \_\_\_ /2004.

Assinatura do (a) Coordenador (a): \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE D**

**ACEITE DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO RS**

## **APÊNDICE- E**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O USUÁRIO**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O USUÁRIO**

Venho por meio deste, solicitar a sua participação em uma pesquisa sobre a condição e o modo de vida de jovens adultos portadores de HIV/Aids. O objetivo da pesquisa é desvendar a percepção destas pessoas que estão em atendimento nos diversos serviços de Assistência Social e Saúde. Será desenvolvida pela Assistente Social Ciberen Quadros Ouriques, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jane Cruz Prates vinculadas ao Curso de Pós-graduação em Serviço Social da Pontifícia universidade Católica do Rio Grande do Sul. Para isso, será preenchido um formulário com perguntas sobre seus dados pessoais. A sua colaboração é fundamental, já que, apesar de sua participação neste estudo não lhe oferecer um benefício imediato, você poderá colaborar, no futuro, para um atendimento mais qualificado nas instituições de atendimento. É importante que você saiba que este trabalho é independente dos atendimentos prestados nestes locais, e por isso não haverá prejuízo, caso decida não participar. Caso participe, no entanto, ressaltamos que os dados da pesquisa estarão à disposição a Universidade ao término da pesquisa (Agosto/2005). Os formulários preenchidos serão anônimos, ou seja, nenhum participante será identificado. A equipe envolvida nesta pesquisa garante aos participantes todos os esclarecimentos e encaminhamentos necessários. Contatos podem ser realizados antes, durante e após a pesquisa para maiores esclarecimentos. Telefones: Ciberen (051)983-76260.

Consentimento: Eu, \_\_\_\_\_, concordo em fornecer informações, através de entrevista, sobre aspectos de minha vida para a pesquisa acima mencionada. A pesquisadora me informou o caráter voluntário da entrevista, o direito de negar o meu consentimento, e o direito ao tratamento confidencial das informações que irei responder. Eu entendi que me será fornecido uma cópia assinada deste Termo. Concordo livremente em participar deste estudo.

DATA: \_\_\_ / \_\_\_ /2004.

Assinatura do (a) entrevistado (a): \_\_\_\_\_

Assinatura da entrevistadora: \_\_\_\_\_