

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DST/AIDS PARA ADOLESCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO ABRIGO COM EXPERIÊNCIA PREGRESSA DE VIDA NAS RUAS DA CIDADE DE GOIÂNIA

SOCIAL REPRESENTATION OF STD/AIDS FOR SHELTERED ADOLESCENTS WITH LIFE EXPERIENCE IN THE STREETS OF GOIÂNIA

Ida K Borges¹, Marcelo Medeiros²

RESUMO

Introdução: os adolescentes em situação de rua apresentam maior vulnerabilidade às DST/AIDS, por conviverem com a violência, tráfico de drogas e exploração sexual inerentes ao universo das ruas e, também devido às dificuldades de assimilação de informações sobre o assunto e acesso aos serviços de saúde. Estes aspectos foram aprofundados com base no conhecimento produzido por diversas áreas quanto aos aspectos da sexualidade, vulnerabilidade e exposição para as DST/AIDS de adolescentes abrigados com experiência pregressa de vida nas ruas. **Objetivo:** identificar e analisar as representações sociais da prevenção DST/AIDS por um grupo de adolescentes com experiência de vida nas ruas que vivem em uma instituição abrigo na cidade de Goiânia. **Métodos:** abordagem social da pesquisa qualitativa em saúde tendo, como princípio metodológico, as representações sociais. Os dados foram coletados por meio da entrevista semi-estruturada junto a um grupo de adolescentes de ambos os sexos abrigados e observação participante anotada em um diário de campo. Os dados foram analisados conforme a análise modalidade temática proposta por Bardin. **Resultados:** identificamos três categorias temáticas: “*onipotência e finitude*”, *prevenção e riscos, sexualidade e mudanças no corpo*, através das quais verificamos que a aids é mais conhecida entre eles em detrimento de outras DST. Nas suas concepções, a aids aparece como incurável, levando fatalmente à morte. Apesar de saberem dos riscos, não se utilizam dos meios de prevenção. Os fatores de riscos ligados à crença de onipotência, desinformação, o uso abusivo de drogas injetáveis ou não, dificuldade de acesso aos preservativos, faz com que diminua o limiar da percepção de riscos, e, conseqüentemente a adoção de proteção. O conhecimento da sexualidade é restrito às modificações físicas e biológicas, não sabendo como lidar com o corpo, nas fases de seu desenvolvimento físico, afetivo, sexual e social. Pela irregularidade com que iniciam a vida sexual, fazem com que, de alguma maneira, haja limitação no modo de se prevenirem contra as DST. **Conclusão:** estes resultados levam-nos a considerar a responsabilidade de estendermos nossas atividades além dos limites da academia, contribuindo, assim, com as políticas públicas através de convênios mantidos com organizações governamentais ou não, no sentido de, num esforço conjunto, traçarmos projetos efetivos de intervenções para esta população ainda desconhecida, dentro de seu contexto histórico, por grande parte da sociedade.

Palavras-chave: crianças de rua, doenças sexualmente transmissíveis, aids, saúde pública

ABSTRACT

Introduction: adolescents in street situation likely exposed to STD/AIDS, because the street world is favorable for violence, use and traffic of drugs, sexual exploration. **Objective:** in this study we sought to identify and to analyze the social representations of prevention DST/AIDS for a group of adolescents with experience of life in the streets, living in a shelter institution in Goiânia, Brazil. **Methods:** this inquiry has been based on social approach of qualitative research in health. The data was collected by in-depth interview with a group of sheltered adolescents of both genders and diary-field notes from participant observations, and analyzed by thematic modality of the content analysis. **Results:** as results we identified three thematic categories: “*omnipotence and finite*”, *prevention and risks, bodies changes*, in order to we verify that aids is better known among them than other STD. In their understanding Aids appears as incurable disease leading to death. Although they know about risks they do not adopt a prevention behavior. The risk factors are linked to their own powerful beliefs, ignorance, use of injectable drugs or others and difficulties to get condoms makes that diminishes the risks perceptions threshold and, consequently, also their protection attitudes. The knowledge about sexuality is restricted to the physical and biological modifications, not knowing exactly what is happening with their body, in each phase of their physical, affective, sexual and social development. Considering the irregularity that initiates their sexual life time, some limitations to preventing their selves against STD appears. **Conclusion:** these results allow us to consider about our responsibility to extending our activities beyond the limits of Academy and thus, contributing to Public Policy elaboration through accords with governmental and non-governmental organizations, by a community effort to propose effective projects of interventions for this population, still unknown for great part of the society, inside of its historical context.

Keywords: street children; sexually transmitted diseases; acquired immunodeficiency syndrome; public health

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(4):43-49, 2004

INTRODUÇÃO

As doenças de transmissão sexual incluindo a infecção pelo HIV são os problemas mais comuns na área de saúde reprodutiva e sexual na atualidade. Essas condições são a maior causa de morbidade e mortalidade entre os jovens. Estima-se que um em

¹Mestre em Enfermagem. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

²Doutor em Enfermagem. Professor adjunto da Universidade Federal de Goiás.

cada 20 adolescentes no mundo contraem DST a cada ano. Quarenta e dois milhões de pessoas estão vivendo com o vírus da aids. Em 2002 a aids causou a morte de 3,1 milhões de pessoas, sendo que 610.000 foram crianças abaixo de 15 anos. Metade da população, torna-se infectada pelo HIV antes dos 25 anos e morre de aids antes de completar 35 anos. No final de 1999, a epidemia deixou um total acumulado de 11,2 milhões de órfãos da aids^{1,2}.

Os adolescentes em situação de rua, além de conviverem com o preconceito da sociedade, dividem o espaço com gigolôs, prostitutas, assaltantes, travestis e mendigos que, como eles, fazem da rua o seu local de trabalho ou moradia.

O convívio grupal intenso facilita o despertar precoce da sexualidade genital, que prontamente entra em prática induzindo uma promiscuidade permeada de violência e de abusos. As consequências de tais práticas se revelam pelos dos altos índices de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, visto ser um grupo exposto à promiscuidade nas relações sexuais sem a devida proteção, assim como o uso de drogas injetáveis ou não^{3,4}.

Adolescência, vulnerabilidade e exposição para as DST/Aids

Ayres⁵ chama a atenção para alguns aspectos mais particulares, que tornam esta população jovem mais vulnerável à aids, fazendo dela prioridade nos estudos sócio-antropológicos. Dentre tais aspectos, destacam-se: limites culturais próprios para a fixação simbólica das informações; necessidade de transgredir e experimentar riscos; sistema educacional desestimulante; desagregação familiar; auto-estima baixa e exposição à violência.

A maior vulnerabilidade dos adolescentes para as DST incluindo o HIV decorre de falhas ou inconsistências no uso de preservativos^{6,7} em paralelo às elevadas taxas de atividade sexual com diferentes parceiros^{8,9}. Para a melhor compreensão da epidemia pela infecção pelo HIV, é importante conhecer o impacto cada vez maior desta infecção, em populações mais pobres e carentes, por limites existentes na informação e na educação para adoção de práticas seguras com baixo nível de escolaridade, e/ou dificuldade de compreensão e percepção de sua vulnerabilidade ao HIV¹⁰.

Parker & Camargo Jr.¹¹ afirmam que, no Brasil, as desigualdades sociais, econômicas e demográficas são identificadas como estruturantes da vulnerabilidade relacionada com a aids, tendo como agravantes a baixa incorporação dos valores da cidadania, e a falta de um sistema de bem-estar social.

Ações e propostas dos programas de prevenção das DST/Aids

Programas de intervenção realizados em outros países, com jovens pertencentes às minorias sociais, indicaram que a divulgação do conhecimento é importante, mas não suficiente para causar impacto no comportamento de risco sexual¹².

Assim, apesar de ter ciência de que no caso da aids o grau de informação que um indivíduo possui sobre formas de transmissão, e situações de risco, não é suficiente para que passe a adotar um comportamento protetor, a falta de informações básicas contribui para aumentar a sua vulnerabilidade¹³. Ou seja, a transformação do conhecimento na adoção de práticas protetoras é mediada por questões de gênero, classe social, etnia e outros componentes sociais que não se localizam apenas na esfera individual. Assim, o poder do conhecimento na troca do comportamento depende das alternativas e perspectivas existentes para o indivíduo^{14,15}.

Estudos sobre prevenção com adolescentes apontam para os baixos índices de adoção de práticas sexuais seguras, apesar dos índices elevados de conhecimento¹⁶. Cerqueira Leite^{17,18} demonstrou, em seus dois estudos sobre jovens universitários, que é grande a porcentagem daqueles que percebem o risco de aids para os jovens, de modo geral, enquanto a porcentagem dos que percebem o seu próprio risco individual é pequena. Os profissionais de saúde através de ações de saúde devem educar a população sobre a prevenção e os riscos das DST, bem como estimular a procura pelos serviços de saúde quando perceberem sintomas sugestivos de uma DST como corrimento, verrugas e feridas nos órgãos genitais¹⁹.

A sexualidade e o adolescente

O adolescente apresenta características, necessidades e problemas específicos que o diferenciam da criança e do adulto. Nessa fase, a educação sexual deve ser antecipada e formal tendo como objetivo preparar o jovem para as mudanças que vão ocorrer do ponto de vista físico, fisiológico, emocional e social. O programa educativo deve ultrapassar o conhecimento englobando atitudes, sentimentos e idéias relativos à sexualidade²⁰.

Contudo, o que observamos na prática é a abordagem dos problemas dissociados do seu contexto social como a gravidez na adolescência, as DST, a violência ou a dependência química, resultando na implementação de programas verticais e isolados para cada um dos programas²¹. Segundo Weeks²², a sexualidade extrapola a dimensão biológica. Embora o corpo biológico seja o local da sexualidade, estabelecendo os limites daquilo que é sexualmente possível, a sexualidade tem tanto a ver com as crenças, ideologias e imaginações quanto com o corpo físico. Hoje, buscam-se alternativas de sensibilização, conscientização e prevenção direcionadas às temáticas de sexualidade, aids e drogas, entendendo-as como procedimentos associados à melhora da qualidade de vida e viabilizadores do exercício da cidadania.

O trabalho com adolescentes implica a conjunção de vários fatores que explicam o desenvolvimento sexual, como saúde reprodutiva, relacionamento interpessoal, afetividade, auto-estima, imagem corporal e relações de gênero. Em um sentido mais amplo, o entendimento da sexualidade ocorre através do inter-relacionamento de diversos aspectos intelectuais, afetivos, familiares e sociais dentro de um contexto ético e moral, das leis culturais, e valores sociais do meio em que vivem os jovens^{23,24}.

MÉTODOS

Para a presente investigação optamos pela abordagem qualitativa considerando a natureza das questões a serem abordadas. Na realidade, buscamos trabalhar a partir dos pressupostos da pesquisa social nos quais se refletem aspectos do desenvolvimento e da dinâmica social assim como preocupações e interesses de classes e de grupos determinados²⁵.

Optamos por utilizar enquanto princípio metodológico as representações sociais, uma vez que, nesta investigação, buscamos compreender um fenômeno de natureza coletiva em nível de significado incorporado por uma parcela específica da sociedade.

Dessa forma, compartilhamos com Minayo²⁵ que representações sociais consistem de: “(...) um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento”.

O nosso campo de estudo é o município de Goiânia, capital do estado de Goiás. Segundo dados do censo 2000, a população total é de 1.146.103 habitantes, sendo 103.135 na faixa etária de 10 a 14 anos; 123.763 de 15 a 19 anos e 236.484 de 20 a 29 anos. Portanto, aproximadamente 50% da população, ou seja, 463.382 habitantes, situam-se na faixa etária de 10 a 29 anos²⁶.

Pela dificuldade em concentrar os adolescentes em um local determinado, sua rápida rotatividade em unidades de apoio e o tempo exigido para conclusão da pesquisa, optamos por realizar nosso estudo em instituições que abrigassem adolescentes dos sexos feminino e masculino, na faixa etária de 10 a 18 anos com experiência de vida nas ruas. Desta maneira, a escolha dos locais de pesquisa decorreram particularmente da acessibilidade e colaboração de duas Instituições abrigo não-governamentais, e dentro das normas e preceitos legais do Estatuto da Criança e do Adolescente de acordo com a Lei 8.069/90²⁷. Os critérios para admissão na casa abrigo, tanto para meninas como para meninos, ocorrem nos moldes legais, encaminhados pelo Conselho Tutelar e Juizado de Menores.

A autorização para utilização do espaço físico e aproximação com a população em estudo, enquanto campo de pesquisa, ocorreu em duas instâncias: junto aos responsáveis pelas instituições abrigo, e por meio dos próprios adolescentes. Quanto às instituições foi explicado o objetivo e o caráter sigiloso da pesquisa, o procedimento das entrevistas, o uso e guarda do material coletado, e o compromisso do envio de relatório. Nessa ocasião, também seria obtido o consentimento das diretoras das instituições abrigo que se responsabilizam pelos adolescentes. O grupo de adolescentes foi devidamente esclarecido quanto à liberdade de participação na pesquisa. Devido ao seu caráter sigiloso, sugerimos como opção que dessem um nome fictício, a partir do qual passaram a ser identificados(as). Quando apresentarmos fragmentos de suas falas no capítulo de resultados, optamos por utilizar a letra M para masculino e F para feminino, seguido do número referente à entrevista, sendo importante para cumprir o contrato de mútua confiança entre entrevistador e entrevistado.

A coleta de dados ocorreu sob a forma de entrevista semi-estruturada e observação participante com registros em um diário de campo. Para tratamento e análise dos dados, utilizamos como

referencial a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade Análise Temática²⁸.

RESULTADOS

Estabelecemos, enquanto atores sociais desta investigação, sete meninos e sete meninas na faixa etária de 13 a 18 anos que estiveram em situação de rua, mas que no momento da pesquisa estivessem sob a responsabilidade de uma instituição abrigo. O critério de inclusão e exclusão foi o de aceitar participar do estudo e em número suficiente para garantir certa reincidência e saturação das informações contidas nos discursos das entrevistas, independentemente do sexo. Realizamos um total de 14 entrevistas individuais com adolescentes sendo de duas instituições abrigos – casa abrigo para meninas e casa abrigo para meninos. Este número foi alcançado considerando-se a representatividade dos dados coletados, conforme estabelecido por Minayo²⁵.

A partir da análise do discurso, chegamos às seguintes categorias temáticas: *DST/AIDS-onipotência e finitude, prevenção e sexualidade e mudanças no corpo*. “Onipotência e finitude”.

A partir do material coletado junto aos adolescentes (meninas e meninos), a construção das representações das doenças sexualmente transmissíveis foi feita de maneira contraditória. Ao mesmo tempo que diziam saber de tudo, confundiam-se ao citar as outras DST. De um modo geral, quando perguntados sobre o que sabiam a respeito de DST, verificamos que eles conheciam ou ouviram falar mais sobre aids, e detinham poucas informações com relação às outras DST. A idéia de contágio das doenças era muito bem definida pelos adolescentes, principalmente por relação vaginal. Além da aids, a gonorréia foi a mais citada por apresentar manifestações físicas e orgânicas, de acordo com os relatos:

“Tinha várias meninas de rua que tinham gonorréia” (F7)

“Conheço aids, sífilis, guinorréia. Guinorréia eu ouvi falar e vi nas fotos que o povo mostra nas palestras, é corrimento” (M3).

Como citado anteriormente, as DST mais comuns na população, são: sífilis, gonorréia, cancro mole, condiloma acuminado (popularmente conhecido como verruga, crista de galo), além da aids, e corroboram os dados de pesquisa realizados entre crianças e adolescentes em situação de rua na cidade de Goiânia²⁹.

Percebemos na fala dos adolescentes que as DST, com exceção da aids não representam uma ameaça em seu cotidiano, pois são curáveis, de tratamento rápido. Alguns que já tiveram a doença, como a gonorréia, condiloma, citam naturalmente incômodos como corrimento, prurido, mau odor que podem ser tratados nas unidades de saúde, até que se resolva o problema dos sintomas:

A aids é percebida como uma doença mortal, incurável, contagiosa, que maltrata, de sofrimento e tratamento prolongados, que pode aparecer de repente, com sinais visíveis de comprometimento externo, como no caso do emagrecimento. Além de se sentirem amedrontados, o entendimento de que a morte é iminente, podemos perceber nos seguintes fragmentos:

“Tenho mais medo da aids porque é contagiosa” (M1).

“A aids é uma doença que mata. Tenho medo da aids porque mata. Tinha um boiolo na rua que morreu de aids. Ficou magrinho e fraco e morreu no HDT” (M2).

“A aids é pior porque tem que tomar muito remédio e ir sempre ao médico. A aids é uma doença que judia muito, eu tenho medo de morrer de aids.” (M6).

Estes achados são similares aos encontrados em estudos como os de Mandú *et al*³⁰ onde a aids é percebida pelos adolescentes como uma doença progressiva associada inevitavelmente à morte; e o de Oliveira³¹ e Paiva *et al.*³², que referem expressões sobre a aids como “feia, ruim, maldita, que dá medo, teimosa, à morte certa, à doença sem cura, que acaba com a vida da pessoa”.

Mais do que envolvidos pelos riscos, os adolescentes estão envolvidos pelo medo. A dor e a impotência também os assustam. A moléstia dá a eles a dimensão de sua finitude.

Para este grupo que esteve nas ruas, a aids apesar de ser mortal é apenas mais um risco como tantos outros, embora alguns entrem em contradição quando dizem que não se sentem ameaçados. O sentimento de onipotência, tão característico desta fase, pode ser evidenciado em várias falas, quanto à percepção de que estão sujeitos à doença, o que os leva a imaginar que com eles “nunca vai acontecer”:

“O pessoal tem medo de nada não. Tá na rua mesmo, medo de que” (F4).

“Não, não tenho medo de pegar doença alguma. Se tivesse medo não ia pra rua. (F5).

Para uma parcela significativa dos jovens, especialmente o grupo mais vulnerável, a aids é “apenas mais um risco”, e é mais confortável acreditar que “se tiver que pegar o HIV, não adianta fazer nada”³².

Prevenção e riscos

O que constatamos em nossos estudos é que os adolescentes acumulam certas informações sobre os meios de prevenção com relação à transmissão sexual das DST/Aids. A noção do contágio existe constitui-se em fonte de preocupação. Por ocasião das entrevistas, todos os adolescentes alegaram já ter tido relações sexuais. Os adolescentes relatavam os modos de prevenção conforme as vias de transmissão sexual, referindo a necessidade de conhecer a pessoa com quem transam, evitar proximidade com portadores da doença, evitar contato com objetos contaminados de sangue, de usar camisinha, não usar drogas, ou usar seringas individuais e realizar exames. A forma mais destacada de prevenção foi o uso da camisinha, coerentemente com a associação mais direta que fazem entre aids e contato sexual, sendo a mais perigosa a relação anal sem proteção, de acordo com os relatos:

“O que passa mesmo é a relação vaginal. Pega também na relação oral quem tem ferida na boca. O mais perigoso é a relação anal que não se deve fazer. Eu ouvi isso nas ruas, depois nas palestras. Ela passa mais por injetável e se alguém tiver ferida com sangue passa também” (F7).

“Eu nunca injetei droga. Os meninos na rua cada um tinha sua seringa”(M4).

Para essa população que vive na rua, e saiu precocemente de casa sem as devidas informações sobre menstruação ou gravidez, e sem acesso aos serviços de saúde, revelam que a gravidez não planejada e o risco de exposição ao HIV/aids e às demais DST, apresentam-se como realidades possíveis diante da não-existência de práticas de prevenção. Quando indagados sobre os riscos enquanto moradores de rua, as respostas vinham claras e ligeiras:

“Conheci duas pessoas que usavam a mesma seringa, nunca transava com camisinha, porque ainda não sabia dos perigos que corria, na rua ninguém fala dessas coisas, não” (M7).

“Na rua ninguém se preserva. As meninas da rua tão tudo buchada” (F4).

Entre as várias formas de prevenção, ainda prevalece o uso da camisinha, com associação coerente entre via sexual e aids. Todos os entrevistados revelaram conhecimento sobre prevenção citando o postinho de saúde, panfletos distribuídos na rua, escolas, e orientadores como principais fontes de informações; porém, nota-se um distanciamento grande entre ter conhecimentos dos perigos e mudanças de hábitos.

Ainda de acordo com os relatos, identificamos que as informações não eram sistematizadas, sendo esporádicas, em épocas de campanhas ou por palestras pelo pessoal da unidade sanitária quando eram solicitados. As informações restringiam-se em enumerar os vários tipos das DST, ressaltando a aids como de maior importância, e a utilização do uso de camisinha e anticoncepcionais para as meninas, para evitar a aids e a gravidez. Após as palestras, as camisinhas eram distribuídas, porém, quando perguntados sobre a maneira correta da colocação da camisinha, tivemos os seguintes relatos:

“Nunca coloquei em ninguém. Eu transava com meu namorado e ele nunca usou camisinha” (F3).

“Usava o preservativo dois de cada vez” (F5).

O uso da camisinha foi mencionado em situações em que não se conhecia o parceiro, para fazer programas, e em algumas a contaminação pelas DST cede lugar à preocupação com a gravidez, também compartilhada pelos meninos, confundindo frequentemente o uso dos contraceptivos com proteção contra as DST/HIV:

“Prá não pegar barriga, porque o médico falou que é prá não engravidar” (F1).

“Antes desse namorado, não usava camisinha, não. Tomo aquela injeção prá não engravidar” (F6).

Ao mesmo tempo que os adolescentes dizem saber alguma coisa sobre as DST de maneira geral, não são capazes de assumir na prática sexual as informações que dizem ter. Pudemos perceber que na rotina da rua, a percepção de risco apresentava-se de outra maneira. Através dos depoimentos, verificamos que o não-

uso do preservativo, o uso de bebidas alcoólicas e drogas, raramente a injetável, eram uma constante na vida deles.

Alegam que para fugir da fome, do frio, da exclusão social e da violência a que são submetidos diariamente, utilizam-se das drogas (inalantes, bebidas alcoólicas) como uma estratégia de sobrevivência. Eles afirmam também que o álcool e as drogas são geradores de violência, dando-lhes poder ilimitado, suprimindo tudo o que desejam tornado-os invulneráveis a quaisquer riscos ou sofrimentos. Imunes ao perigo, eles se expõem a todo tipo de violências físicas, inclusive dentro do grupo, e às relações sexuais, perdendo a noção das medidas preventivas:

“Nunca transei drogada. Senão tinha que pagar o BO (boquete)” (F4).

“Acordava toda machucada quando dormia drogada. Os meninos era doidinho prá pega a gente de ré, prá me torá” (F6).

“Quando eu tava drogada os meninos aproveitavam de mim, eu acordava machucada na boca de levar soco. Na rua tem todo tipo de sexo: anal, oral. Eu só usava droga de dia e perto do SOS, prá ficar esperta com os meninos, prá não abusarem de mim” (F5).

“O pessoal da rua não usa camisinha não, toma droga, fica doidão, não dá moral e transa sem querer saber de nada, não” (M3).

“Fumo desde os seis anos. Meu pai tinha um bar e eu bebia escondido” (M4).

Vários estudos enfocam a relação entre o uso de drogas, violência e um maior risco de DST/Aids entre adolescentes³³⁻³⁵. Segundo alguns autores, o efeito do álcool ou outras drogas reduz o limiar de percepção de riscos, e conseqüentemente a adoção de proteção individual^{29,36,37}.

Observamos nas falas que a questão da aids evidencia preocupação e medo, mas não leva a uma efetiva proteção. Para alguns, as preocupações sexuais giram em torno da gravidez e da fidelidade, pois quando se considera a parceira ou parceiro fiel, não se usa a camisinha. De maneira geral, os adolescentes pesquisados não são capazes de assumir na prática sexual as informações que dizem ter, embora permaneça o medo de contrair a doença. Assim, percebemos que a motivação para a prevenção da doença não é remota, nem se trata de uma questão para os outros, mas algo que é presente e que é capaz de mudar. Prova disso, é a vontade que manifestam de fazer o teste anti-HIV com o receio de estarem infectados, aspectos esses observados nos vários relatos dos nosso entrevistados.

“Tenho medo da aids. Ela pode dar a qualquer momento. Mas eu já fiz o exame e não deu nada” (M4).

Pedi prá ele fazer exame. Eu tenho o cartão de adolescente e faço os exames no hospital. De dois em dois meses a gente ia fazer exame de aids” (F1).

Sexualidade e mudanças no corpo

Ao discorrermos sobre o tema, percebemos que os adolescentes se sentiram bem à vontade ao relatar suas experiências, porém, confundiram-se na hora de expressar o significado de sexualidade. Pelo fato de as atividades sexuais terem começado mais cedo, a percepção da sexualidade detinha-se enquanto mecanismo biofisiológico, referindo-se à primeira transa, à menstruação, à perda da virgindade e ao estupro.

Através dos depoimentos, verificamos que a maioria dos adolescentes não conseguiu acompanhar as etapas do seu desenvolvimento e crescimento, por desconhecem seu próprio corpo, e por estarem fora de casa, sem alguém que pudesse acompanhá-los nessa fase. As informações das mudanças físico-biológicas têm como fontes principais os meios de comunicação, os amigos, os profissionais, e a própria instituição, ou às vezes o aprendizado ocorre por si mesmo, de acordo com os relatos:

“Não sabia nada do meu corpo (M1).

“Nunca aprendi nada sobre o meu corpo e do corpo da mulher. Aprendi na escola sobre a mudança do corpo. Já veio um médico aqui explicar sobre o corpo, que as mãos e os pés crescem..” (M2).

Desde a mais tenra idade os meninos que vivem na rua, conhecem e utilizam-se do sexo como parte do seu cotidiano, alheio ao mundo adulto ou à sociedade. Restritos a um pequeno espaço, utilizam-no em grupo para se trocarem, fazer sua higiene, e à noite tendem a agrupar-se para dormir, a fim de promover uma sensação de segurança, pois suas vidas estão constantemente ameaçadas. Daí para a iniciação sexual é um passo.

Nem sempre o adolescente consegue acompanhar e compreender as transformações biológicas que acontecem com seu corpo, principalmente com relação à sexualidade. Nesta fase, as atividades sexuais nem sempre são planejadas e a própria instabilidade emocional, presente nesta fase da vida, apresenta dificuldades de lidar com o próprio corpo de saber o que quer ou não, se é certo ou errado. Um dos problemas mais graves que se tem na adolescência é a falta de informação, principalmente para os que vivem na rua, embora este não seja um único fator que explique os problemas decorrentes da sexualidade, conforme os relatos:

“Não, ninguém tinha falado sobre a gravidez, não” (F2).

“O pessoal da rua transa sem querer sabe de nada, não” (M3).

“Menstruei aos 14 anos e aos 15 anos tive minha primeira relação sexual com um menino de rua. Ainda não sabia nada do meu corpo, não” (F6).

O presente estudo mostra o percurso que o menino e menina com experiência progressiva de vida nas ruas fazem até chegarem em uma instituição abrigo. As histórias de vida e os motivos que os levam às ruas fazem-nos crer que o fenômeno da criança e do adolescente, em situação de risco, não pode ser visto apenas como um problema de saúde pública, mas da implementação de

políticas públicas cujas ações de intervenção dependem dos órgãos oficiais de cada estado ou município.

De acordo com alguns autores^{4,38,39}, no desenvolvimento da sexualidade do adolescente em situação de rua, o aprendizado sexual faz-se comumente por si mesmo, por gestos espontâneos entre eles próprios ou por imposições de adolescentes mais experientes e adultos. Dificilmente recebem qualquer orientação em casa.

Segundo Gomes⁴⁰, no cenário da rua, cuja dinâmica é imprevisível e desconhecida, menstruar, adoecer e engravidar são fatos que ocorrem involuntariamente. Sem compreender racionalmente o funcionamento de seu corpo, esta menina o utiliza vivenciando com estranheza seus ciclos e transformações.

Não deve ser uma transmissão de crenças, valores e preconceitos sexuais ou em imposição de verdades. Ao contrário, deve favorecer trocas de informações, de forma que os sujeitos possam expressar, discutir, questionar, refletir e optar livre e espontaneamente, acerca de suas condutas no campo da afetividade e especificamente de sua vida sexual.

CONCLUSÃO

A proposta de analisar as representações sociais da prevenção de DST/Aids por um grupo de adolescentes com experiência de vida nas ruas e que vivem em uma instituição abrigo, nos possibilitou relacionar aspectos importantes de nossa observação de campo, articuladas ao levantamento teórico, além de permitir uma maior aproximação com essa população tão marginalizada pela sociedade.

Com relação à aids, o conhecimento chega através da mídia, escolas campanhas, e por pessoas próximas que tiveram a doença. Conforme seus conhecimentos, a aids é uma doença mortal, contagiosa, de tratamento prolongado, que maltrata e pode aparecer de repente.

Os adolescentes pesquisados conhecem pouco das DST, com exceção da aids, citando algumas características físicas facilmente reconhecidas e que podem ser tratadas a curto prazo nas unidades de saúde. Para as meninas, o comprometimento de órgãos reprodutores causados por DST não é motivo suficiente para que adotem medidas preventivas corretas, sendo sua maior preocupação, a gravidez.

Os adolescentes reconhecem os riscos que podem causar-lhes danos, acumulam certas informações de prevenção, principalmente com relação às DST e à aids; porém, entre o discurso e os meios de prevenção corretos, a distância é muito grande. Apesar das campanhas promovidas pela Coordenação Nacional de Saúde, algumas unidades de saúde e profissionais não se encontram preparados para receber e orientar essa população com suas peculiaridades e particularidades, principalmente com relação orientação e distribuição de preservativos para menores.

A nossa pesquisa revelou que as principais causas de risco para as DST/Aids consistem de relação sexual em idade precoce com múltiplos parceiros sem o uso de preservativos, consumo abusivo de drogas injetáveis ou não durante o ato sexual, desinformação

de sua sexualidade, encaminhamentos inadequados para os serviços de saúde, dificuldade de aquisição de preservativos.

Quanto à sexualidade, seu conhecimento detém-se apenas ao mecanismo bio-fisiológico, desconhecendo as fases do desenvolvimento físico e psicológico. Não conseguem incorporar o modo de transmissão do HIV e outras DST em suas vidas e em suas relações. O livre exercício da sua sexualidade é praticado nas ruas ou dentro da instituição masculina com o mesmo sexo. O aprendizado acontece na rua, com amigos ou por si só. A maioria desconhece o seu corpo e as sensações que ele lhe pode proporcionar, nas diversas fases de seu desenvolvimento.

O presente estudo aponta a prevenção como o maior desafio entre os adolescentes que trazem em sua bagagem conhecimentos e noções de condutas errôneas e distorcidas com relação à sua proteção individual e à sua sexualidade.

É necessário que o grupo em questão seja alvo de ações integradas, desenvolvidas tanto por instituições governamentais, envolvendo o nível federal, estadual e municipal, como por instituições não-governamentais.

No desenvolvimento de nossa pesquisa, conseguimos identificar vários problemas que servirão de subsídios para vários profissionais na elaboração de trabalhos com as instituições abrigos, campos de nossa pesquisa, cujo interesse foi uma das molas propulsoras para a realização de nossa dissertação. Pela aproximação junto a essas instituições, identificamos que a mesma representa o lar que os adolescentes deixaram para trás, não só pelo conforto físico que elas oferecem, mas pela disponibilidade, carinho e respeito com que eles são tratados. Apesar da ausência de um projeto pedagógico sistematizado, contam com educadores que se preocupam com palestras em educação em saúde e no desenvolvimento das atividades escolares.

Acreditamos na continuidade do trabalho das instituições abrigo junto às crianças sem autoritarismo nem imposições, concedendo-lhes o direito de ir e vir, até que a rua não se torne mais tão atrativa, resgatando sua auto-estima e cidadania, e, assim, visualizar a chance de inserção no mercado de trabalho e na sociedade.

Como profissionais da área de saúde pública, cabe-nos a responsabilidade da extensão de nossas atividades, além dos limites da academia, contribuindo, assim com as políticas públicas, através de convênios mantidos com organizações governamentais ou não.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNAIDS. *Report in the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (ISB: 92-9173-000-9) 2000.
2. WHO. Global summary of the HIV/AIDS epidemic, December 2002. Disponível em: < > Acessado em 14/09/2004.
3. PORTO, S. O. B., CARDOSO, D. D. P., QUEIROZ, D. A. O., ROSA, H., ANDRADE, A. L. S. S. ZICKER, M. D., MARTELLI, M. D. Prevalence and risk factors for HBV infection among street youth in Central Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 15:577-581, 1994.
4. MEDEIROS, M.; FERRINI, M. G. C.; MUNARI, D. B.; GOMES, R. A sexualidade para o adolescente em situação de rua em Goiânia. *Rev. Lat. Am. de Enfermagem*, v. 9 (2): 35-41. Março 2001.
5. AYRES, J. R. C. M. *HIV/Aids e Abuso de Drogas entre Adolescentes: Vulnerabilidade e Avaliação de Ações Preventivas*. São Paulo: Casa de

- Edição. Departamento de medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1996.
6. ANDERSON, J. E.; KANN, L.; HOLTZMAN, D.; ARDAY, S.; TRUMAN, B. & KOLBE, L. HIV/AIDS knowledge and sexual behavior among high school students. *Fam Plan Perspect*, 22:252-255, 1990.
 7. KANN, L.; KINCHEN, S. A.; WILLIAMS, B. I.; ROSS, J. G.; LOWRY, R.; HILL, C. V.; GRUNBAUM, J. A.; BLUMSON, P. S.; COLLINS, J. L. & KOLBE, L. J. Youth risk behavior surveillance – United States, 1997. *Journal of School Health*, 68:355-369, 1998.
 8. KU, L.; SONENSTEIN, E. L.; LINDBERG, L. D.; BRADNER, C. H.; BOG- GESS, S. & PLECK, J. H. Understanding changes in sexual activity among young metropolitan men: 1979-1995. *Fam Plan Perspect*, 30:256-262, 1998.
 9. SANTELLI, J. S.; BRENER, N. D.; LOWRY, R.; BHATT, A. & ZABIN, I. S. Multiple sexual partners among U.S. adolescents and young adults. *Fam Plan Perspect*, 30:271-275, 1998.
 10. BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico AIDS*. Ano XIV Nº 1, janeiro a março de 2001.
 11. PARKER, R. & CAMARGO Jr., k. R. Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(Sup. 1): 89-102. 2000.
 12. WALTER, H. J. & VAUGHN, R. D. AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students. *JAMA*, 270: 725-730, 1993.
 13. PERUGA, A. & CELENTANO, D. D. Correlates of AIDS knowledge in samples of the general population. *Soc. Sci. Méd.*, 36: 509-524, 1993.
 14. ANDRÉ, L. M. *Representações e Práticas Preventivas da AIDS em coletores de lixo no Município de São Paulo*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1999.
 15. PAICHELER, G. General populations and HIV prevention strategies: From risk to action. *Cad. Saúde Públ*, 15(Sup. 2): 93-105, 1999.
 16. BRASIL. Ministério da Saúde – Plano Nacional DST/AIDS 1999. *Projeto Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepção sobre HIV e aids*. Brasília.
 17. CERQUEIRA LEITE, R. M. Psychosexual characteristics of male university students in Brazil. *Adolescence* 30 (118) summer. 1994.
 18. CERQUEIRA LEITE, R. M.. Psychosexual characteristics of female university students in Brazil. *Adolescence* 29 (114) summer. 1995.
 19. ALOI, A. P.; SOUZA, R. C.; CABRITA, K. S. T. Orientação dos adolescentes sobre DST em consulta de enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*, 2(1): 126, 1994.
 20. SIGAUD, C. H. de S.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. *Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente*. São Paulo: EPU, 1996.
 21. BURAK, S. D. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescentes. In: S. D. Burak (comp). *Adolescência y juventude na América Latina*. Cartago, Costa Rica: LUR Libro Universidad Regional, p. 469-487, 2001.
 22. WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. L. *O corpo educado. Pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 37-82.
 23. GOUVÊA, D. R. *Sexo, sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis*. São Paulo: Moderna, 1995.
 24. SAYÃO, R. Em: AQUINO, J. G. (Org.), *Sexualidade na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1997.
 25. MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7 ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996. 269 p.
 26. FUNDAÇÃO IBGE. *Dados Preliminares do Censo 2000*. Disponível em: <> Acessado em 21/09/2004.
 27. BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei 8096/90. São Paulo, Atlas, 1991.
 28. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
 29. SENA, C. S. Pesquisa realizada em Goiânia pela Secretaria Municipal de Saúde-Cidadão 2000 em convênio com a UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Ministério da Saúde. *Relatório da Pesquisa: “uso de drogas e exposição às DST entre crianças e adolescentes em situação de rua” em Goiânia, Go*. Goiânia, dez. 2002.
 30. MANDÚ, E. N. T.; CORR A, A. C. d. P.; VIEIRA, M. A. Conhecimentos, valores e vivências de adolescentes acerca das doenças de transmissão sexual e AIDS. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.*, São Paulo, 10(1), 2000.
 31. OLIVEIRA, M. H. P. et al. O conhecimento sobre a AIDS entre trabalhadores rurais. *Revista Paulista de Enfermagem*, 11(2): 77-80, 1992.
 32. PAIVA, V.; PERES, C. E BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos de AIDS: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. *Psicol. USP*, v. 13, n. 1. São Paulo, 2002.
 33. DEANS, A. & SINGH, N. Psychological factors which influence sexual practices of homeless youth in Seattle. *Journal of Adolescent Health*, 24:125-126, 1999.
 34. HUANG, Z., GUAGLIARDO, M. F. & D'ANGELO, L. J. HIV risk behaviors among adolescent girls who have older sexual partners. *Journal of Adolescent Health*, 1999.
 35. JOSEPH, J. G.; GUAGLIARDO, M. F. & D'ANGELO L. J. Sexual and drug use behaviors as risk factor for sexually transmitted diseases among urban African American adolescents: A case-control study. *Journal of Adolescent Health*, 24:131, 1999.
 36. FERGUSSON, D. M. Alcohol misuse and adolescent sexual behaviors and risk taking. *Adolescence*, 2891-96, 1999.
 37. UNAIDS. United Nations Programme on HIV/AIDS. *Innovative approaches to HIV prevention: selected case studies*. Genebra: UNAIDS; 2002.
 38. VITIELLO, N. *Gravidez na adolescência*. País & Teens, v. 2, n.3, p. 23 fev/abr. 1997.
 39. BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Prevenção de DST/AIDS*. Disponível em: <> Acessado em 03/06/2004a.
 40. GOMES, R. Processo saúde-doença ligado à sexualidade de meninas que vivem na rua. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.4, n. 1, p. 163-76, janeiro, 1996.

Endereço para correspondência:**IDA BORGES**

Rua T 62 nº 1452 apto 1100.

Ed. Solar do Ipês. Setor Bueno.

Goiânia -GO - CEP: 74223-180

Recebido: 10/12/04

Aprovado: 28/12/04

O Congresso da consolidação
DST 6/Prevenção 6/Aids 2, Santos, 2006
www.dstsaopaulo.org.br