

A população adulta em situação de rua da área central do município de São Paulo e a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis e Aids: um estudo descritivo¹

Adult homeless people in the central area of the city of São Paulo and the vulnerability to sexually transmissible diseases and HIV: a descriptive study

Christiane Herold de Jesus^I, Carla Gianna Luppi^{II}

Resumo

O cuidado com a saúde da população de rua tem sido um desafio, em especial na região central de áreas metropolitanas no Brasil. O Centro de Saúde Escola Barra Funda, unidade de Atenção Primária à Saúde da região central de São Paulo, elaborou estudo para verificar as condições que elevam a vulnerabilidade dessa população às infecções sexualmente transmissíveis. O objetivo foi investigar os conhecimentos, atitudes e práticas em relação às IST e ao HIV da população em situação de rua que frequenta o CSEBF-AV. Trata-se de um estudo transversal realizado durante o atendimento dos usuários no serviço. Do total de entrevistados, 31,9% relataram não utilizar preservativo nos últimos seis meses. Observou-se que os indivíduos com menor escolaridade, os mais velhos, aqueles que relataram menor número de parceiros nos últimos seis meses e os que acreditavam que nas relações sexuais com pessoas aparentemente saudáveis não seria possível a transmissão do HIV foram os que apresentaram as menores frequências de uso do preservativo. A vulnerabilidade social foi percebida, pois quanto menor a escolaridade, menos frequente foi o uso do preservativo. O acesso ao serviço de saúde, o uso do preservativo e o percentual de realização do exame anti-HIV refletiram possivelmente uma baixa vulnerabilidade programática. Permanecem ainda algumas crenças, como a proteção ao HIV por meio de relações sexuais com pessoas de boa aparência ou aparentemente saudáveis.

Palavras-chave: População em situação de rua, Vulnerabilidade, Infecções sexualmente transmissíveis, Atenção primária à saúde

Abstract

Health care for homeless people has been a challenge, especially in the central areas of the metropolitan regions of Brazil. The Health Center School Barra Funda (Centro de Saúde Escola Barra Funda – CSEBF-AV), Primary Attention Health unit of the central area of São Paulo, prepared a study to verify the conditions that raise the vulnerability to sexually transmissible diseases of this population. The aim was to investigate the knowledge, attitudes and practices related to the STD/HIV of the homeless people who attend the CSEBF-AV. This is a transversal study verified during the stay of the users at the services. From the total of the interviewees, 31.9% reported not having used condoms for the last six months. It was identified that individuals with less years of study, the oldest, those who reported a lower number of partners in the last six months and those who believed that HIV could not be transmitted by sexual relations with apparently healthy people were the ones that showed less frequency in the use of condoms. The social vulnerability was identified, because those who had less years of study were the ones to whom the use of condoms was less frequent. The access to health services, the use of condoms and the percentage of those who underwent HIV testing possibly reflected a low programmatic vulnerability. Some beliefs remain, such as the protection against HIV could be possible when sexual relations are with good appeared or apparently good healthy people.

Keywords: Homeless people, Vulnerability, sexually Transmissible diseases, Primary attention to health

^I O presente artigo é parte da dissertação de mestrado defendida por Christiane Herold de Jesus, em 2006, no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

^{II} Christiane Herold de Jesus (chrisherold@uol.com.br) é enfermeira sanitária, mestre em Saúde Coletiva, chefe de enfermagem do Centro de Saúde Escola Barra

Funda Dr. Alexandre Vranjac, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

^{III} Carla Gianna Luppi (cgluppi@yahoo.com.br) é médica sanitária, doutora em Medicina Preventiva, diretora técnica do Centro de Saúde Escola Barra Funda e professora-assistente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo



Introdução

No Brasil, a população em situação de rua é um fenômeno característico de regiões centrais de metrópoles. Nas últimas décadas, tem se apresentado como fenômeno social qualitativamente diferente, passando de grupos constituídos de migrantes para cada vez mais grupos de indivíduos originários da própria região Sudeste, principalmente do estado de São Paulo, com níveis mais elevados de escolaridade e histórico de vida que inclui atividades de trabalho⁵.

No município de São Paulo, de acordo com o último censo de moradores de rua, o número de pessoas em situação de rua era de 13.666, sendo que 6.587 viviam na rua e os demais moravam em albergues. A grande maioria circula no centro da cidade, por conseguir lá maiores possibilidades de subsistência¹¹.

Vieira *et al.*¹⁴ realizaram um levantamento exploratório na área central do município de São Paulo, compreendendo as regionais da Sé, Mooca, Penha, Vila Mariana, Ipiranga e Santana. O estudo levantou as questões iniciais sobre os significados de viver na rua. A rua poderia se constituir em um abrigo para aqueles que, sem recurso, dormiriam circunstancialmente sob marquises de lojas, viadutos, bancos de jardim, ou poderia, ainda, ser um modo de vida para os que já construíram nela o seu *habitat* e que estabeleceriam com ela uma complexa rede de relações¹⁴.

Os sentidos de morar na rua, assim como as características dessa população, são diversos: ficar na rua, estar na rua ou ser de rua¹¹. “Ficar na rua” refletiria um estado de precariedade circunstancial de quem, além de estar sem recursos para pagar pensão, não conseguiu vaga num albergue, ou ainda chegou recentemente à cidade. Pode também ser fruto de desemprego. Geralmente, as pessoas que se encontram nessa situação sentem-se desvalorizadas e têm medo de dormir na rua. Não se identificam com a população em situação de rua, procurando distanciar-se dela. “Estar na rua” expressaria a situação dos que adotam a rua como o local de pernoite e já não a consideram tão ameaçadora. Começam a estabelecer relações com pessoas da rua e a conhecer alternativas de sobrevivência. Procuram emprego ou fazem “bico”. “Ser de rua” é a situação que poderia levar o indivíduo com maior tempo de rua a sofrer um processo de depauperamento físico e mental como resultado da má alimentação, precárias condições de higiene e uso constante de álcool. Essa população está também exposta a toda a sorte de violências, por parte da polícia, dos próprios companheiros e do trânsito. A rua é também, e contraditoriamente, o espaço das relações pessoais, de trabalho, de obtenção de recursos de todo tipo. O cotidiano passa a ser pautado por referências como “bocas de rango”, instituições assistenciais, determinados lugares da cidade onde se

reúnem as pessoas na mesma situação. A rua torna-se um espaço de moradia de forma praticamente definitiva, embora possa haver alternância com outros lugares de alojamento, como pensões baratas, albergues, depósitos de papelão e casas de parentes¹⁴.

Essas questões pertinentes à população em situação de rua refletem também em parte as dificuldades que os serviços, em particular os serviços de saúde, têm para lidar com essas singularidades. No interior dos serviços ocorre discriminação dessa população tanto por problemas burocráticos, tais como a falta de documentação, quanto por aqueles relacionados aos próprios usuários, como falta de higiene, alcoolismo, problemas de saúde mental, dentre outros, questões que sinalizam grandes dificuldades no uso de serviços de saúde.

O cuidado com a saúde da população em situação de rua nos remete a várias questões, em especial àquelas relativas ao processo saúde-doença dessa população. Já foi exaustivamente descrito que a posição do indivíduo na estrutura social constitui um importante preditor das suas condições de saúde, sendo que o padrão de risco observado é constantemente desvantajoso para os indivíduos pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados.

Em estudo realizado nos Estados Unidos da América, especificamente em São Francisco, a respeito da prevalência de HIV na população em situação de rua e moradias precárias, verificou-se entre 9% e 11% de prevalência de infecção⁸. Outro estudo feito em populações em situação de rua, também em São Francisco, pesquisando a prevalência de hepatites B e C e HIV, demonstrou que 30% dessa população tinha hepatites B e C e 6,2% apresentavam infecção pelo HIV⁹.

No município de São Paulo, em pesquisa realizada com população de rua, evidenciou-se prevalência de 9,1% de infecções pelo HIV em maiores de 60 anos. O VDRL mostrou-se positivo em 5,7% dos casos. Quanto à hepatite C, a prevalência foi de 8,5%, sendo de 14% na faixa de 50-59 anos⁴.

A análise da epidemia da Aids na perspectiva da vulnerabilidade dá ênfase às condições que propiciam a exposição às situações de risco. Para avaliar os determinantes da epidemia na população, podemos analisá-los em três dimensões: a individual, a programática e a social¹⁰.

Utilizando a noção de vulnerabilidade em relação à população em situação de rua, poderíamos considerar

como um fator de vulnerabilidade individual o uso de álcool e drogas, um aspecto importante pelo fato de alterar seu comportamento, diminuindo seu cuidado com a saúde. O uso do álcool faz parte dos pertences do povo de rua. "O álcool poderia ser interpretado como um analgésico que possibilitasse aos indivíduos se liberar dos códigos, de suas amarras, para entrar num mundo imaginário que afastasse, pelo menos por curtos espaços de tempo, de pressões sociais"¹⁴.

Quanto à vulnerabilidade programática, os serviços de saúde, de modo geral, ainda discriminam a população em situação de rua, além de usar muito rigor nas regras para atendimento desses usuários.

A escolaridade da população em situação de rua reflète a vulnerabilidade social. De acordo com Vieira et al.¹⁴, eram analfabetos ou semianalfabetos 15,6% dos estudados, e 57,3% possuíam apenas o primeiro grau incompleto, totalizando, portanto, 72,9% de pessoas com ensino fundamental incompleto. Em decorrência disso, provavelmente haveria uma dificuldade maior em obter as informações relacionadas à prevenção ou ainda em acessar os serviços de saúde.

Nesse sentido, pesquisar conhecimentos, atitudes e práticas em relação à prevenção às IST e Aids nos indivíduos em situação de rua permitirá entender melhor a vulnerabilidade dessa população.

O conhecimento das atitudes e práticas da população em situação de rua é absolutamente desejável e necessário tanto para iniciarmos uma intervenção quanto para termos indicadores de avaliação após a realização da intervenção.

Portanto, podemos considerar este estudo como uma primeira etapa (*base-line*) da avaliação necessária a um projeto de intervenção. Os parâmetros obtidos serão indicadores de intervenção e procedimentos para a implantação, sendo fundamental que essa etapa ocorra precedendo o processo de intervenção.

Objetivos

O objetivo geral deste estudo foi investigar os conhecimentos, atitudes e práticas em relação às infecções sexualmente transmissíveis e à infecção pelo HIV da população adulta em situação de rua que frequenta o CSEBF-AV.

Definiu-se como objetivos específicos:

1. Descrever a frequência do uso de preservativo nessa população;

2. Investigar a associação do uso do preservativo com os conhecimentos, atitudes e práticas em relação à infecção pelo HIV.

Métodos

Realizou-se um estudo transversal para levantamento de fatores sociocomportamentais que subsidiassem ações de intervenção para a redução da vulnerabilidade à infecção pelo HIV da população adulta em situação de rua.

Foram estudados 165 indivíduos com idade de 18 anos ou mais, em situação de rua, que frequentavam o Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac. Os indivíduos eram albergados na Oficina Boraceia e em pequenos albergues da região do entorno; também havia pessoas em situação de rua que residiam nas pontes, ruas e praças da região. Este estudo foi uma amostra de conveniência de pessoas que frequentaram o serviço no período de 9 de dezembro de 2005 a 30 de março de 2006. Foram excluídos os indivíduos que se apresentassem alcoolizados no momento da entrevista.

As informações foram obtidas de fontes primárias por meio de um questionário com questões fechadas e semi-fechadas aplicado por duas entrevistadoras. Foram realizados três testes-piloto, tanto para adequação dos questionários quanto para treinamento das entrevistadoras.

A participação na pesquisa era oferecida na entrada do usuário no serviço; caso o indivíduo confirmasse sua participação, era aplicado o consentimento informado e, posteriormente, o questionário de conhecimentos, atitudes e práticas. Foram oferecidas as vacinas de hepatite B e dupla adulto e as sorologias de HIV, VDRL, hepatites B e C a todos os usuários que optaram ou não por participar da pesquisa.

Para tornar possível a entrada das informações, utilizamos o aplicativo Epi Info 2000 como interface para o banco de dados, que foram digitados com verificação e checagem de consistência.

Calcularam-se os odds ratio e os seus respectivos intervalos de confiança de 95% para estimar os fatores associados ao uso do preservativo, considerando o uso do preservativo como variável dependente e as demais como variáveis independentes. Foi realizada análise multivariada por meio de regressão logística; as variáveis associadas ao uso de preservativo foram testadas no modelo ajustadas pelas demais variáveis.

Foram mantidas no modelo final as variáveis que apresentaram teste da máxima verossimilhança $<0,05$; o modelo final foi aquele melhor ajustado. Para a análise dos dados, foi utilizado o STATA 9.0.

Resultados

Foram convidadas para participar da pesquisa 180 pessoas. Apenas 8% se recusaram a participar, sendo os principais motivos a falta de tempo ou mal-estar geral.

No total, foram incluídos 165 usuários com 18 anos ou mais, no período de 6 de dezembro de 2005 a 30 de março de 2006.

Dos 165 entrevistados, apenas 116 indivíduos relataram pelo menos uma relação sexual nos últimos seis meses. Dos 116 que referiram relações sexuais nos últimos seis meses, 31% dos homens e 35% das mulheres relataram não utilizar preservativos no período (Tabela 1). Os casados e amasiados foram os que relataram não utilizar preservativo em maior valor percentual (42%). Na Tabela 1, pode-se observar que o relato de não ter utilizado o preservativo nos usuários com faixa etária maior de 60 anos foi de 62%. Observou-se que aqueles que se autorreferiram com cor de pele preta ou parda, 24% e 31%, respectivamente, relataram não utilizar preservativo.

Na Tabela 2, observa-se o correto conhecimento da maior parte das formas de transmissão do HIV. Não foi associado ao uso de preservativo, à exceção da crença de que pessoas saudáveis poderiam transmitir o vírus.

Os entrevistados que acharam que uma pessoa saudável poderia transmitir o HIV não utilizaram o preservativo nos últimos seis meses. A Tabela 2 mostra que houve associação ao uso do preservativo o fato de saber que para se proteger contra o vírus HIV era necessário utilizar camisinha. O conhecimento das demais formas de se proteger não foi associado estatisticamente ao uso do preservativo.

A Tabela 3 aponta que entre aqueles que não realizaram sorologia para detecção de anticorpos para HIV, 43,6% não utilizaram o preservativo. Ocorreu diferença estatisticamente significativa; os indivíduos que relataram teste utilizaram preservativo com maior frequência. Os entrevistados que referiram parceiro único foram aqueles que não utilizaram preservativo com maior frequência. Houve diferença estatisticamente significativa.

Foram incluídas na Tabela 4 as variáveis associadas ao uso do preservativo que apresentaram resulta-

Tabela 1 - Uso de preservativo segundo sexo, faixa etária e escolaridade, CSEBF-AV, 2006

Características	Total	% não uso de preservativo	OR	Intervalo de confiança 95%
Sexo				
Masculino	82	31	1	-
Feminino	34	35	1,2	0,49-3,14
Situação conjugal				
Solteiro	61	25	1	-
Casado/Amasiado	24	42	2,19	0,72-6,68
Divorciado/separado/ viúvo	31	39	1,94	0,69-5,43
Faixa etária				
18-30	33	21	1,0	-
31-40	28	32	1,7	0,5-5,5
41-50	42	31	1,7	0,6-4,8
61-86	13	62	5,8	1,5-23,8
Cor*				
Branca	34	41	1,0	-
Preta	21	24	0,45	0,11-1,73
Parda	59	31	0,63	0,24-1,64
Nível de escolaridade				
0 a 4 anos	44	50	1	-
5 a 8 anos	54	24	0,31	0,12-0,7
9 anos ou mais	18	14	0,12	0,02-0,7
Total	116	37		

* Duas pessoas não responderam

Tabela 2 - Conhecimento de formas de transmissão e prevenção segundo frequência de uso do preservativo, CSEBF-AV, 2006

Conhecimento de formas de transmissão e prevenção	Total	%Não usou preservativo	OR	IC (95%)
Por meio de beijo na boca *	N	%		
Sim	34	29,4	1	-
Não	80	33,7	1,2	0,5-3,2
Recebendo sangue contaminado com vírus HIV				
Sim	113	31	1	-
Não	3	66,7	1,5	0,3-129,0
Por meio de picada de inseto **				
Sim	36	38,9	1	-
Não	74	28,4	0,6	0,2-1,6
Brincadeira de criança com outra criança ***				
Sim	16	43,7	1	-
Não	96	31,3	0,6	0,2-1,9
Transmissão da mãe para o filho ****				
Sim	105	34,3	1	-
Não	8	12,5	0,3	0,01-2,4
Transmissão por meio de pessoa saudável *****				
Sim	106	29,2	1	-
Não	8	75	7,3	1,2-55,4
Utilizando camisinha				
Sim	109	29,4	1	-
Não	7	71,4	6	1,0-47,7
Utilizando seringa e agulha descartável*				
Sim	111	32,4	1	-
Não	3	0	-	-
Relações sexuais com pessoas de boa aparência*				
Sim	27	29,7	1	-
Não	87	32,2	1,1	0,4-3,2

* Duas pessoas não responderam; **Seis pessoas não responderam; *** Três pessoas não responderam; **** Duas pessoas não responderam.

Tabela 3 - Número de parceiros nos últimos seis meses e uso do preservativo segundo frequência desse uso - CSEBF-AV, 2006.

Características	Total	% não uso de preservativo	OR	IC 95%
Realização de exame anti-HIV*				
Sim	76	25,4	1	-
Não	39	43,6	2,3	0,9-5,7
Número de parceiros últimos seis meses*				
Único	62	42,5	1	-
2 e 3 parceiros	33	27,3	0,5	0,2-1,3
4 a 200 parceiros	19	5,2	0,08	0,0-0,6

* Duas pessoas não responderam

do estatisticamente significativa na análise univariada. Das variáveis associadas estatisticamente ao uso do preservativo na análise univariada, é interessante apontar que foram associadas ao uso do preservativo as variáveis faixa etária, escolaridade, número de parceiros nos últimos seis meses, percepção de que

pessoa saudável transmite o vírus e realização de sorologia anti-HIV.

Apesar de a variável usar camisinha como uma forma de se proteger com relação às IST ter sido associada ao uso do preservativo, optou-se por não testá-la no modelo final, por fazer parte da linha de causalidade.

Tabela 4 - Análise multivariada dos fatores associados ao não uso do preservativo e os seus respectivos odds ratio e intervalo de confiança, CSEBF-AV, 2006.

Variáveis	OR bruto	OR ajustado	IC 95%
Faixa etária			
18-30	1,0	1,0	-
31-40	1,7	2,35	0,6-9,3
41-50	1,7	2,94	0,7-10,5
61-88	5,8	5,44	1,0-29,4
Escolaridade			
Menos de 4 anos	1,0	1,0	-
5 a 8 anos	0,2	0,3	0,1-0,8
Mais de 9 anos	0,1	0,1	0,02-0,6
Número de parceiros nos últimos 6 meses			
Único	1,0	1,0	-
2 a 3	0,4	0,3	0,1-1,1
4 ou mais	0,08	0,08	0,008-0,657
Saudável transmite			
Sim	1,0	1,0	-
Não	7,2	8,0	1,1 - 51,3

Discussão

Encontrou-se, nessa população de indivíduos em situação de rua atendidos em uma unidade básica de saúde, associação de não ter usado preservativo nos últimos seis meses com idade, escolaridade, número de parceiros sexuais nos seis meses, e a percepção de que pessoa saudável não transmite.

A utilização do preservativo foi maior quanto mais jovens os entrevistados. Encontrou-se na presente entrevista, na faixa etária de 18 a 30 anos, apenas 21,1% que relataram não ter utilizado o preservativo nos últimos seis meses. Esses resultados assemelham-se a estudos do MS^{2,3} demonstrando alta adesão dos mais jovens às medidas de proteção tanto para as IST quanto para o HIV.

A faixa etária mais jovem começou sua vida sexual após a recomendação do uso do preservativo como recurso disponível de prevenção ao HIV. Além disso, os trabalhos educativos no âmbito escolar de educação sexual ou de prevenção de Aids e uso de drogas, bem como de numerosas iniciativas de organizações não-governamentais ou governos locais, possibilitaram proporções maiores de uso de preservativo nos mais jovens desde a segunda metade dos anos 1990¹³.

A geração dos mais velhos possivelmente traz consigo hábitos e crenças a respeito da sexualidade sem a perspectiva da prevenção, ainda que haja algum conhecimento das doenças de transmissão sexual⁷.

O nível de escolaridade esteve associado ao uso de preservativo com tendência de crescimento à medida que aumentou a escolaridade. Essa associação manteve-se mesmo depois de ajustada pelas demais variáveis, no modelo final.

Tal associação poderia ser entendida como maior vulnerabilidade social² da população de menor escolaridade, pois, dentre aqueles que referiram até quatro anos de estudo, 50% não utilizaram preservativo nos últimos seis meses. Diferentemente, dentre os usuários com cinco anos ou mais de escolaridade, somente 24% não usaram o preservativo. Daqueles com nove anos de escolaridade ou mais, somente 14% referiram não utilizar *condom* no período em questão.

A pesquisa do MS¹³ apontou a mesma tendência. Dos indivíduos com ensino fundamental incompleto, apenas 17,6% utilizaram o preservativo com qualquer tipo de parceria. Daqueles com ensino fundamental completo, 30,7% utilizaram o preservativo nas mesmas circunstâncias.

Carret *et al.*⁶ mostraram que pessoas com até quatro anos de estudo tiveram 50% mais sintomas de IST quando comparadas com aquelas que possuíam doze anos de estudo. Portanto, é necessário repensar as mensagens de prevenção que têm sido veiculadas, pois podem ser inadequadas a essa população.

O estudo apontou que, do total de entrevistados que referiram parceiro estável, 42% relataram o não uso de preservativo nos últimos seis meses. Observou-se na análise univariada uma diferença estatisticamente significativa e também uma tendência à menor utilização do preservativo quanto menor o número de parceiros sexuais nos últimos seis meses. Essa associação manteve-se mesmo depois de ajustada pelas demais variáveis.

Os estudos nacionais do MS^{2,3} demonstraram a mesma tendência, ou seja, quanto menor o número de parceiros, menor a utilização do preservativo.

Estudos de comportamento sexual têm mostrado informações importantes a respeito de fatores relacionados à transmissão das IST/HIV/Aids, uso de preservativos, práticas sexuais de risco, fatores esses determinantes para a vulnerabilidade relacionada ao HIV¹².

Os indivíduos que apresentaram a percepção de que uma pessoa saudável não transmitiria o vírus HIV relataram maior frequência de não uso do preservativo nos últimos seis meses, com diferença estatisticamente significativa. Essa associação manteve-se mesmo depois de ajustada pelas demais variáveis, no modelo final.

Tal associação poderia ser entendida como maior vulnerabilidade individual¹⁰ decorrente, possivelmente, de concepções de masculinidade, tais como se sentir forte, imune às doenças, ser impetuoso, correr riscos, ser incapaz de recusar uma mulher, entre outras, concepções que estão presentes não somente na população em situação de rua como também nos homens em geral⁷. Aqueles entrevistados que não realizaram sorologia anti-HIV foram também os que não utilizaram o preservativo com maior frequência (43,6%). Na análise univariada, houve diferença estatisticamente significativa. Houve, no entanto, confundimento na análise multivariada desta variável com a faixa etária e escolaridade. Na verdade, aqueles que não realizaram a sorologia foram os mais velhos com menor escolaridade.

O Ministério da Saúde preconiza a realização do aconselhamento antes da solicitação de qualquer exame de sorologia anti-HIV. No momento do aconselhamento, são explicadas as formas de transmissão do

vírus HIV, a diferença entre a presença do vírus da Aids e a doença instalada, a possibilidade do tratamento gratuito e a prevenção por meio da utilização do preservativo, bem como a adequada orientação quanto ao seu uso. Portanto, os indivíduos que não realizaram sorologia anti-HIV também não passaram pelo aconselhamento, tendo possivelmente maior vulnerabilidade programática em relação aos demais.

No entanto, com referência à população em situação de rua, que apresenta situações de vulnerabilidade social muito peculiares, há necessidade de uma reflexão mais aprofundada sobre os determinantes do processo de adoecimento para organizarmos estratégias de prevenção.

Este estudo aponta na direção para a qual as ações deveriam se voltar para incrementar o uso do preservativo.

Para a redução da vulnerabilidade individual, poderíamos indicar a necessidade de organização de intervenções específicas, como a produção de material educativo em que as mensagens de prevenção das IST/HIV/Aids fossem adaptadas para alcançar os indivíduos em situação de rua mais velhos. Essa é a geração anterior à emergência da Aids, para quem o uso de preservativo ainda não estava incorporado ao seu repertório de práticas sexuais e na qual ainda persistem crenças inadequadas a respeito da transmissão do HIV/Aids, diferentemente do que ocorre com a geração mais jovem^{2,3}.

No âmbito da vulnerabilidade programática, os vários serviços de atenção primária da região deveriam acolher as demandas relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis como preconiza o Ministério da Saúde, ou seja, pela abordagem sindrômica, inclusive incorporando o profissional de enfermagem no cuidado com a saúde, como demonstrado neste trabalho. Tal medida, além de possibilitar o acesso, reduz a transmissão, aumenta a adesão ao tratamento e possibilita a incorporação de práticas preventivas à população atendida, reduzindo, conseqüentemente, não somente a infecção pelo HIV como também o aparecimento de outras IST e outros agravos à saúde.

A falta de acesso aos serviços de saúde pode transformar o pertencimento a esse segmento populacional, que reflete a ocorrência de iniquidades sociais, em uma violação dos direitos humanos⁴. A existência de estigmas e preconceitos possivelmente se constitui na maior vulnerabilidade a que estão submetidas as pessoas em situação de rua.

Para reduzir a vulnerabilidade social, devemos entender que os obstáculos estruturais ao exercício dos direitos humanos e as possibilidades de superação são frutos de uma estrutura de processos sociais em contínua reformulação da qual somos todos partícipes¹.

Estudar a problemática da transmissão das IST/HIV/Aids na população em situação de rua nos remete a reflexões e ações que se confundem com a busca permanente de inclusão, humanidade, equidade, justiça e dignidade.





2000;16(Supl. 1):65-76.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/ AIDS. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/aids. Brasília(DF): Coordenação Nacional de DST e Aids; 2000. (Avaliação, 4).

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Pesquisa de conhecimentos atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. Brasília(DF); 2005.

4. Brito VOC, Parra D, Facchini R, Bucchalla CM. Infecção pelo HIV, Hepatites B e C e sífilis em moradores de rua. Rev Saúde Pública. 2007 Supl. 2; 47-56.

5. Carneiro-Junior N, Silveira C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. Cad Saúde Pública. 2003;19(6):1827-35.

6. Carret MLV, Fassa AG, Silveira DS, Bertoldi AD, Hallal PC. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. Rev Saúde Pública. 2004;38(1):76-84, 2004.

7. Guerriero I, Ayres JRCM, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. Rev Saúde Pública. 2002;36(4 Supl):50-60, 2002.

8. Hahn JA, Bangsberg DR, McFarland W, Cherlebois ED, Clark RA, Moss AR. HIV seroconversion among the homeless and marginally housed in San Francisco: a ten-year study. J Acquir Immune Defic Syndr. 2004;37(5):1616-9.

9. Klinkenberg WD, Caslyn RJ, Morse GA, Yonker RD, McCudden S, Ketema F, Constantine NT. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B, and hepatitis C among homeless persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. Compr Psychiatry. 2002;44(4):293-302.

10. Mann J, Tarantola D. Global overview: a powerful HIV/AIDS pandemic. In: Mann J, Tarantola D. organizadores. AIDS in the world II. New York: Oxford University; 1996.

11. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Assistência Social. Principais resultados do perfil socioeconômico da população de moradores de rua da área central da cidade de São Paulo. São Paulo: Fundação e Instituto de Pesquisa; 2010.

12. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MA, Andrade CLT. A disseminação da epidemia da aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. Cad Saúde Pública. 2000; 16(supl. 1):7-20.

13. Traeen B, Stigum H, Eskild A. Contraception and STD protection among urban Norwegians. Culture, Health & Sexuality. 2002;4(1): 85-102.

14. Vieira MA, Bezerra EM, Rosa CMM, organizadores. População de rua: quem é, como vive, como é vista. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Referências bibliográficas

1. Bastos F, Szwarcwald CL. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Cad Saúde Pública.