

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

VERIDIANA BARRETO DO NASCIMENTO

**VULNERABILIDADE DE MULHERES QUILOMBOLAS
DO RIO TROMBETAS (PA) ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS HIV/AIDS**

**SÃO PAULO
2017**

VERIDIANA BARRETO DO NASCIMENTO

**VULNERABILIDADE DE MULHERES QUILOMBOLAS
DO RIO TROMBETAS (PA) ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS HIV/AIDS**

Versão corrigida da dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Suely Itsuko Ciosak.

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO
2017**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

**Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Nascimento, Veridiana Barreto do

Vulnerabilidade de mulheres quilombolas do Rio Trombetas (PA) às infecções sexualmente transmissíveis HIV/AIDS / Veridiana Barreto do Nascimento. São Paulo, 2017.

120 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Suely Itsuko Ciosak

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

1. Vulnerabilidade. 2. Mulheres. 3. Quilombos. 4. HIV. 5. Síndrome de imunodeficiência adquirida. 6. Enfermagem. I. Título.

Nome: Veridiana Barreto do Nascimento

Título: Vulnerabilidade de mulheres quilombolas do Rio Trombetas (PA) às Infecções Sexualmente Transmissíveis HIV/aids.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Orientadora: Profa. Dra. Suely Itsuko Ciosak

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por me dar saúde e força para enfrentar as dificuldades e transformá-las em ações para realizar meus sonhos.

Às minhas filhas, Verônica e Valentina, por todo o incentivo e apoio dado durante o desenvolvimento deste trabalho, por compreenderem minhas ausências durante as noites de sono para que pudesse me dedicar à realização do meu sonho.

Ao meu amado esposo Rair Silvio, meu querido companheiro, pelo amor incondicional em todos os momentos, principalmente naqueles de incerteza, por sempre estar disponível a me ajudar. Obrigada pelas palavras de estímulos, a expressão era sempre “calma vai dar certo”, obrigada pela compreensão nos momentos difíceis.

À minha querida mãe, Verônica Barreto, e à minha irmã do coração, Fernanda Salgado, por toda ajuda dada com minhas filhas.

À minha mais que amiga e comadre, Socorro Galúcio, que sempre depositou confiança em meus sonhos.

Às minhas amigas Nádia Martins e Sheyla Oliveira que sempre foram minha fonte de inspiração e minhas incentivadoras.

In memoriam, ao meu querido pai, Fernando Mateus, que continuar vivo em meu coração. E à minha querida Ethel Soares, pela oportunidade a mim oferecida no início da minha vida profissional, pelo incentivo de entrar na docência do ensino superior e por me estimular na busca da minha qualificação profissional.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Suely Itsuko Ciosak, por toda a confiança em mim depositada para a realização deste estudo. Agradeço sua amizade, sua compreensão nos momentos de ausência, devido à distância geográfica. Obrigada por todo o esforço e dedicação em me orientar, mesmo em meio a tantos compromissos.

À minha família. Ao meu companheiro Rair Silvio e minhas filhas Verônica e Valentina, vocês foram e sempre serão o motivo para lutar pelo os meus sonhos.

À doutoranda e amiga Nádia Martins, agradeço pelo exemplo de vida que você me passa, muito obrigada pela disponibilidade, solidariedade e simplicidade em compartilhar seus conhecimentos. Você é meu maior exemplo de vida no contexto científico.

Às minhas amigas Socorro Galúcio e Claudia Nascimento, agradeço os conselhos e orações feitas para a minha família, muito obrigada por todas as palavras otimistas que vocês sempre me repassaram.

À Iolane Raina e Rodrigo Bacelar, meus amigos paraenses que foram as referências iniciais para estar em uma cidade grande, muito obrigada por todo apoio nos primeiros momentos do mestrado.

Aos amigos Lays Oliveira, Jessica Samara, Luana Almeida e Vinicius Nabert, companheiros de pesquisa aos quais agradeço grandemente por toda disponibilidade em realizar minha coleta de dados, muito obrigada por toda a dedicação e empenho durante o desenvolvimento do trabalho.

Às mulheres quilombolas que aceitaram participar da minha pesquisa, sendo colaborativas e atenciosas durante todo o processo de pesquisa, MEU MUITO OBRIGADA!

AGRADECIMENTO

Primeiramente, a Deus meu mestre de excelência, por estar sempre em primeiro lugar na minha vida, por me conduzir sempre pelo melhor caminho e dar capacidade para superar todas as barreiras, por me conduzir sempre pelo melhor caminho, por renovar várias vezes minhas fé, coragem e sabedoria para chegar à realização do meu sonho. *“O que é nascido de Deus vence o mundo; e esta é a vitória que vence o mundo: a nossa fé”. 1 João 5:4*

Às Professoras Maria Rita Bertolozzi, Lúcia Nichiata e Yara Macambira por aceitarem participar da minha banca e por todas as contribuições feitas ao trabalho no processo de qualificação do projeto.

Em nome da Claudenete Colé, agradeço à ARQMO e SEMSA de Oriximiná pela a liberação para realização da pesquisa em terras quilombolas.

Em nome do Renilson, agradeço aos agentes comunitários de saúde e líderes comunitários que nos deram apoio para a logística da pesquisa.

Aos funcionários da EEUSP por todas as informações prestadas durante as dúvidas.

Às minhas amigas Claudia Nascimento, Miza Amaral, Dinauria Faria, Renata Monteiro e Aline Taketoni, por todas as palavras de incentivo e confiança a mim dirigidas.

Aos meus queridos alunos da UEPA e UNIFAP, por entenderem minhas saídas para a realização do trabalho.

Aos meus colegas de colegiado pela compreensão das minhas ausências nas reuniões para realizar meu trabalho.

A todos o meu MUITO OBRIGADA.

Sonhos

*Sonhe com aquilo que você quer ser,
porque você possui apenas uma vida
e nela só se tem uma chance
de fazer aquilo que quer.*

*Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.*

*As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas.
Elas sabem fazer o melhor das oportunidades
que aparecem em seus caminhos.*

*A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
E para aqueles que reconhecem
a importância das pessoas que passaram por suas vidas.*

Clarice Lispector

Nascimento VB. Vulnerabilidade de Mulheres Quilombolas do Rio Trombetas (PA) às Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV/AIDS [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ainda constituem um grave problema de saúde pública que assola cada vez mais o público feminino, sendo acentuada pela vulnerabilidade individual, social e programática. Assim, este estudo teve como objetivo identificar e analisar as vulnerabilidades de mulheres quilombolas do Rio Trombetas (PA) para as IST/HIV/aids. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, prospectivo, transversal com abordagem quantitativa. A coleta de dados deu-se por meio de entrevista individual realizada no domicílio, a partir de um questionário semiestruturado, após aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP, sob o parecer: 1.667.309. Para a análise dos resultados foi adotado como referencial o conceito de vulnerabilidade. Esta pesquisa foi realizada em oito comunidades quilombolas do alto Trombetas, localizadas no município de Oriximiná, região Oeste do Estado do Pará, com a participação de 139 mulheres. A média de idade foi de 30 anos e as cores autodeclaradas prevalentes foram a negra e a parda. A maioria das mulheres possuía o ensino fundamental completo e intitulou-se casada. Quanto à história pregressa de IST, 56,8% citaram apresentar em algum momento sinais e sintomas de IST, porém, apenas 25,2% informaram sempre fazer uso do preservativo masculino nas relações sexuais e 12,6% do preservativo feminino. Em relação aos motivos para o não uso do preservativo feminino, 52,5% das mulheres justificaram a sua indisponibilidade. Quanto ao conhecimento sobre as IST, 69,1% já haviam recebido algumas informações, verificou-se que pouco mais da metade, 55,4%, respondeu sobre a forma correta de transmissão e que a prevenção é feita através do uso da camisinha (80,6%). Apenas 44,6% das mulheres consideram a existência de risco para contrair uma IST/HIV/aids e que este risco é acentuado pela infidelidade do parceiro (45,2%). Apesar de se considerarem em risco, as mesmas classificam o grau de exposição individual a possível infecção em baixo risco (64,6%) e apenas 8,1% classificam em alto risco. Verificou-se a inexistência de serviços de saúde na comunidade e quanto a atividade de prevenção para as IST/HIV/aids apenas 48,9% das pesquisadas participaram de alguma atividade educativa. Os resultados evidenciam fragilidades de conhecimento, das mulheres frente à prevenção das IST/HIV/aids, potencializado pela ausência de serviços de saúde e ações nas comunidades. Pelo exposto, foi possível identificar que as mulheres quilombolas são vulneráveis nas três dimensões: individual, social e programática para as IST/HIV/aids. Neste contexto é de extrema importância a efetivação dos serviços e ações de saúde nessas localidades, através de políticas públicas responsáveis e comprometidas, com a participação da enfermagem, o principal agente do cuidado comunitário dentro do elo de promoção e prevenção da saúde.

Palavras-Chave: Vulnerabilidade, Mulheres, Quilombo, IST/HIV/aids, Enfermagem

Nascimento VB. Vulnerability of Trombetas River (PA) Quilombola Women to Sexually Transmitted Infections /HIV/AIDS [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Sexually Transmitted Infections (STIs) still constitute a serious public health problem that increasingly plaguing the female audience, and is accentuated by the individual, social and programmatic vulnerability. Thus, this study aimed to identify and analyze the vulnerabilities of Quilombola's women from the Trombetas River (PA) for STI/ HIV/ AIDS. This is an exploratory, descriptive, prospective, cross-sectional study with a quantitative approach. Data collection was done by means of an individual interview conducted at home, using a semi-structured questionnaire, after approval by the Ethics Committee of the School Nursing of USP, on opinion No. 1.667.309. For the analysis of the results, the vulnerability concept was adopted as reference. This research was carried out in eight quilombola communities of Alto Trombetas, located in the municipality of Oriximiná, western region of the State of Pará, with the participation of 139 women. The mean age was 30 years and the prevalent self-declared colors were black and brown. Most of the women had completed elementary education and titled married. Regarding the previous history of ISTs, 56.8% mentioned that they presented signs and symptoms of STI, but only 25.2% reported using the male condom in sexual intercourse and 12.6% of the female condom. Regarding the reasons for not using the female condom, 52.5% of the women justified their unavailability. As to knowledge about STIs, 69.1% had already received some information, it was found than slightly more than half, 55.4%, answered on the correct form of transmission and that prevention is done through the use of condoms (80.6%). Only 44.6% of women consider the risk of contracting STI /HIV/AIDS and that this risk is accentuated by partner infidelity (45.2%). Although considered at risk, they classify the degree of individual exposure to possible low-risk contamination (64.6%) and only 8.1% rank at high risk. The lack of health services in the community and the prevention activity for STI /HIV/AIDS, only 48.9% of those surveyed participated in some educational activity. The results show weaknesses in women's knowledge regarding STI /HIV/AIDS prevention, which is enhanced by the absence of health services and community actions. From the foregoing, it was possible to identify that quilombola women are vulnerable in three dimensions: individual, social and programmatic for STI /HIV/AIDS. In this context, it is extremely important to carry out health services and actions in these localities through responsible and committed public policies, with the participation of nursing, the main agent of community care within the link of promotion and prevention of health.

Key words: Vulnerability, Women, Quilombo, IST/HIV/AIDS, Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Terras Quilombolas Tituladas.....	33
Figura 2	Mapa do Estado do Pará	38
Figura 3	Mapa do Município de Oriximiná	39
Figura 4	Mapa da região do Rio Trombetas.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição etária de mulheres quilombolas por comunidades, Rio Trombetas (PA), 2016.....	49
Tabela 2	Características demográficas de mulheres quilombolas do Rio Trombetas (PA), 2016.....	50
Tabela 3	Condições de vida, trabalho e moradia de mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016.....	51
Tabela 4	Aspectos ginecológicos de mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016	52
Tabela 5	Comportamento sexual de mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016.....	53
Tabela 6	Associação entre o estado civil e o uso do preservativo de mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016.....	54
Tabela 7	Dados obstétricos das mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016	55
Tabela 8	Aquisição de conhecimento de mulheres quilombolas sobre as IST, Rio Trombetas (PA), 2016.....	55
Tabela 9	Saberes das mulheres quilombolas sobre as IST/HIV/aids, Rio Trombetas (PA), 2016.....	56
Tabela 10	Autopercepção de risco para infecção por IST/HIV/aids das mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016	57
Tabela 11	Associação entre o estado civil e autopercepção de risco para IST/HIV/aids de mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016.....	59
Tabela 12	Conhecimento sobre aids das mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016	59
Tabela 13	Conhecimento sobre a transmissão da aids das mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016.....	60

Tabela 14	Serviços e ações de saúde nas comunidades quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016.....	61
Tabela 15	Atividades educativas de prevenção às IST desenvolvidas nas comunidades quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016	62
Tabela 16	Realização do teste anti-HIV por mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ARQMO	Associação de Remanescentes de Quilombos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EACS	Estratégia de Agente Comunitário de Saúde
FIT	Faculdade Integrada do Tapajós
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MS	Ministério da Saúde
MSN	Movimento Social Negro
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

PARFOR	Plano Nacional de Formação de Professores
PCCU	Preventivo de Câncer de Colo Uterino
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PN	Programa Nacional
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravo de Notificação
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UFOPA	Universidade Federal do Oeste do Pará
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNIFAP	Universidade Federal do Amapá
USP	Universidade de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TA	Termo de Assentimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 CONTEXTUALIZANDO AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/HIV/AIDS	19
2 OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVO GERAL	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	26
3.1 ASPECTOS DA VULNERABILIDADE DE MULHERES ÀS IST/HIV/AIDS	27
3.2 POPULAÇÃO QUILOMBOLA DA REGIÃO AMAZÔNICA.....	30
4 METODOLOGIA.....	36
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	37
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	37
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	40
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA	41
4.4.1 Avaliação do instrumento de coleta de dados	41
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	42
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	44
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	44
4.8 ANÁLISE DE VULNERABILIDADE.....	45
5 RESULTADOS	48
5.1 CONDIÇÕES DE VIDA, TRABALHO E MORADIA	49
5.2 PERFIL GINECOLÓGICOS, SEXUAIS E OBSTÉTRICOS	52
5.3 SABERES E PRÁTICAS SOBRE IST/HIV/AIDS	56
5.4 SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE NA COMUNIDADE.....	61
6 DISCUSSÃO	63
6.1 CONDIÇÕES DE VIDA, TRABALHO E MORADIA DAS MULHERES QUILOMBOLAS.....	64
6.2 PERFIL GINECOLÓGICO, SEXUAL E OBSTÉTRICO DAS MULHERES QUILOMBOLAS.....	67
6.3 SABERES E PRÁTICAS SOBRE IST/HIV/AIDS DE MULHERES QUILOMBOLAS	71
6.4 SERVIÇOS DE SAÚDE NAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS	75
7 CONCLUSÃO.....	79
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES.....	99
APÊNDICE I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	100
APÊNDICE II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-PAIS	102
APÊNDICE III: TERMO DE ASSENTIMENTO.....	104
APÊNDICE IV: QUESTIONÁRIO DE PESQUISA.....	106
ANEXOS	114
ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	115
ANEXO B: CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	119
ANEXO C: CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DOS REMANESCENTES DE QUILOMBOS.....	120

APRESENTAÇÃO

A minha aproximação com a temática começou em 2003 em meu primeiro estágio do curso técnico na Organização não governamental (ONG) Fundação Esperança, quando fui convidada a realizar uma atividade educativa para as mulheres sobre a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). A aproximação com o público “Mulheres quilombolas” aconteceu logo a seguir do convite para uma viagem do Projeto Quilombo para realizar as atividades educativas nas comunidades quilombolas por ele assistida.

Após a primeira viagem em junho de 2003, a Fundação Esperança e o Projeto Quilombo fizeram parte da minha vida por 10 anos. Como técnica em enfermagem, participei de diversas pesquisas realizadas pela própria ONG, objetivando conhecer as necessidades do território para justificar a continuidade do projeto na região quilombola do alto Trombetas.

Durante estas pesquisas ainda com pouca maturidade acadêmica e longe de pensar no mestrado, comecei a observar as reais necessidades da população, assim, aprendi a gostar da região e da população quilombola, oriunda dessas localidades. Desenvolvi diversas atividades profissionais trabalhando a temática das IST, participei como agente multiplicadora de informação, fui ministrante de módulo de treinamento na cidade de Santarém em um projeto chamado “Planejar é Prevenir”, comecei a perceber que a temática já estava fazendo parte do meu cotidiano e procurava sempre me dedicar para realizar meu trabalho com qualidade.

Por um período razoável de tempo assumi o Projeto Quilombo, respondendo por todo o processo de triagem para consulta médica da população quilombola que ele assistia. Ao conhecer as necessidades e as queixas, comecei a perceber que as sintomatologias relatadas, em especial pelas mulheres, poderiam estar relacionadas à ausência de meios de prevenção e controle, em especial as IST, porém, isso só poderia ter uma resposta com uma pesquisa, mas que à época, não poderia ser realizada. Assim, prometi para mim mesma que se um dia tivesse oportunidade, ela seria efetivada. A pesquisa nesta região para verificar o conhecimento de sua população, suas necessidades e fragilidades frente ao contexto de saúde, só foi possível com a realização de um sonho: o mestrado.

No ano 2005, comecei minha graduação em enfermagem nas Faculdades Integradas do Tapajós (FIT). Em agosto de 2009, depois de muitas lutas, entre faculdade, trabalho e a vida de jovem, recebi meu tão sonhado diploma da graduação, nesse mesmo mês fui promovida a enfermeira no Centro da Criança da ONG e comecei também uma pós-graduação (lato sensu) em Saúde e Segurança do Trabalho, em caráter emergencial, pois no mês seguinte teria

possibilidade de iniciar minha vida na docência e para isso precisaria de uma pós-graduação. Em janeiro do ano seguinte, iniciei minha carreira na docência do ensino superior, trabalhando no Instituto Esperança de Ensino Superior no qual permaneci por cinco anos. Consegui manter os dois vínculos de trabalho por três anos, até chegar a tão sonhada maternidade, com as dificuldades de tempo, pedi demissão da assistência à Saúde da Criança.

Em 2013, ingressei como docente, por meio de um processo seletivo, na Universidade do Estado do Pará-UEPA, local no qual desenvolvi minhas atividades profissionais por dois anos, durante esse tempo tive a oportunidade de concretizar o meu tão esperado sonho de realizar o curso de mestrado na Universidade de São Paulo (USP), em decorrência de contato com amigas e colegas.

A presente temática, que teve como o produto está dissertação, é fruto da aproximação com a população pesquisada e também foi influenciada pelo atual processo de disseminação das IST. Espera-se que os produtos científicos do estudo contribuam para a reflexão no contexto de ações práticas para a população quilombola da região amazônica, servindo para a implementação de estratégias de intervenção a nível local, objetivando melhorar a qualidade de vida da população.



Legenda: Vila Paraíso ou Brega 45. Foto de Veridiana Nascimento.



Legenda: Comunidade do Boa Vista. Foto de Veridiana Nascimento.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZANDO AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/HIV/AIDS

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ainda são elencadas como um problema de Saúde Pública, que atinge uma diversidade de pessoas em todo o mundo, mediante a pluralidade nas formas de transmissão do patógeno. O ato sexual desprotegido, o compartilhamento de seringas para o uso de drogas e o contato direto com secreções e fluídos sanguíneos estão entre as formas mais significativas de contrair as doenças. Dentre os principais agravos relacionados às IST estão a infertilidade, o abortamento ou as perdas gestacionais, as doenças congênitas, os riscos de desenvolver carcinomas, além de ampliar o risco de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Diante desse cenário, é necessário somar esforços para minimizar os impactos da doença e evitar que haja novos contágios.

No Brasil, os planejamentos e estratégias de controle às IST estão inseridos nas políticas e programas de controle da epidemia do HIV/aids. A escassez de dados epidemiológicos relativos às IST, bem como as suas fragilidades, inadequação e/ou subnotificação no sistema de vigilância e a ausência de estudos de base populacional, dificultam a perceptibilidade deste problema, interferindo e/ou dificultando a mensuração da magnitude, transcendência e agravos dessas patologias na saúde e na esfera psicossocial da população feminina, especialmente a marginalizada (Villarinho et al., 2013).

O Brasil integra uma série de países que vivenciam uma epidemia de IST, dentre as quais se destacam a sífilis e a aids. O registro de sífilis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde (MS) no período de junho de 2005 a junho de 2014 apresentou 100.790 casos em gestantes, desses 12,4% foram da região Norte do país. Em relação aos casos de aids, até junho de 2014 foram registradas 798.366 notificações, configurando um aumento expressivo quando comparado ao mesmo período do ano de 2014, que apresentou 757.042 casos notificados. A região Norte registra em média 3,8 mil casos por ano, sendo classificada como uma região com tendência linear de crescimento (Brasil, 2014).

Os dados do MS indicam um aumento no número de casos em todas as regiões do país, apesar da existência de programas voltados à prevenção e à promoção, evidenciando a necessidade de ampliar as ações da esfera governamental para potencializar recursos para as áreas da educação e da saúde, assim como aperfeiçoar instrumentos que viabilizem o combate a esta epidemia. A estimativa anual da Organização Mundial de Saúde (OMS) para os casos de

IST no Brasil entre a população sexualmente ativa é de 937.000 casos de sífilis, 1.541.800 casos de gonorreia, 1.967.200 casos de clamídia, 640.900 casos de herpes genital e 685.400 casos de Papilomavírus Humano (HPV) (Brasil, 2014).

De modo geral, a população feminina é a mais vulnerável às IST/HIV/aids, devido à suscetibilidade biológica e à reduzida autonomia sexual. É perceptível o aumento gradativo no número de casos de aids na população feminina na última década, pois entre os casos notificados, 97% das mulheres apresentaram transmissão heterossexual, ademais, 50% das ocorrências notificadas envolviam pessoas com baixa ou nenhuma escolaridade (Brasil, 2014; Silva, Vargens, 2009).

Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), em 2015 a razão de sexo (número de homens para uma mulher) com aids era de um caso em mulher para cada três casos em homens, ressalta-se que tal crescimento começou a partir de 2008. Esse avanço da epidemia de IST, em especial de HIV/aids, entre a população do sexo feminino evidencia uma falha nas ações governamentais em resposta às questões relacionadas à identidade de gênero, assim como os determinantes dos papéis sociais entre homens e mulheres destacados pela assimetria, aumenta a vulnerabilidade feminina às infecções (Santos, 2016; UNAIDS, 2015).

As transformações no perfil de acometimento das IST/HIV/aids tiveram maior visibilidade a partir da década de 1990 com o processo de interiorização, pauperização e feminização. Para Andrade (2014, p. 25) este contexto foi mediado por “disparidades regionais e diversificado por inúmeros fatores do mosaico epidêmico que envolve diferentes padrões de riqueza, desigualdade de gênero e discriminação social, presentes na sociedade brasileira”.

Esse processo de mudança faz com que populações antes não atingidas, como as remanescentes de quilombos, deparem-se com condições e situações de desvantagem social, acentuadas pelas disparidades regionais, que obstaculizam a construção de respostas de combate à epidemia, evidenciando sua condição de marginalização em relação à maioria das Políticas Públicas de Saúde.

As IST/HIV/aids estão listadas entre os agravos prevalentes na população negra, estando circunstanciadas às condições favoráveis de vulnerabilidade a estas patologias. As dificuldades de acesso aos serviços de saúde e à educação, além da baixa renda familiar e a submissão ao parceiro afetivo, caracterizam-se como desafios e barreiras para o enfrentamento e combate das IST/HIV/aids, principalmente para a população negra feminina (Brasil, 2007).

O risco de infecção por essas patologias é definido pelo conjunto das características macropolíticas, econômicas e socioculturais que reforçam ou diluem o risco individual, porém, as mulheres apresentam dificuldade para reconhecer e interpretar sua vulnerabilidade, em especial, as quilombolas, por estarem inseridas em um contexto diferenciado, no que se refere à falta de acessibilidade aos serviços de educação e de saúde (Ayres, Figueiredo, 2002).

As disparidades socioeconômicas no Brasil influenciam diretamente na incidência dos casos de IST/HIV/aids na população de menor nível socioeconômico, com ênfase para a população negra. Os negros brasileiros fazem parte de um grupo social vulnerável com desvantagens em várias esferas sociopolíticas, possuindo maior dificuldade de acesso a bens sociais, inclusive serviços de saúde e educação (Santos JE, Santos GCS, 2013).

A vulnerabilidade contextualizada para as IST/HIV/aids é conceituada como a interação de fatores individuais e coletivos que fazem com que o indivíduo ou um grupo de indivíduos esteja mais ou menos suscetível à infecção e ao adoecimento, uma vez que dispõe de maiores ou menores possibilidades de se proteger ou de se prevenir de doenças (Garcia et al., 2008).

Estudos apontam que o casamento constitui fator de risco importante para as IST/HIV/aids, em especial para as mulheres negras, pois a crença na fidelidade do outro, o mito do amor romântico e a falta de poder na negociação para o uso do preservativo, mantêm as mulheres em situação desfavorável e desvalida. Outra circunstância que coopera para a vulnerabilidade feminina é a falha de comunicação entre homens e mulheres para assuntos sexuais e reprodutivos, além da falta de percepção da exposição para as IST/HIV/aids, uma vez que esses fatores contribuem para a deficiência de prática sexual segura (Bastos et al., 2013).

As IST, em especial o HIV, continuam atingindo todas as classes sociais, porém expandem-se cada vez mais entre os indivíduos mais pobres. Dentre estes, pode-se incluir as mulheres negras e a população feminina da região Norte do país, podendo fazer parte dessa estatística, ainda, a população feminina do interior da Amazônia. Considerando as condições regionais, geográficas e políticas essa população ocupa lugar de destaque, pois tais situações interferem com certa intensidade nas condições ideais para que se efetivem as mudanças significativas em relação à redução de sua suscetibilidade a essas infecções (Albuquerque, Moço, Batista, 2010).

Mesmo com os avanços nas políticas de saúde para a população remanescente de quilombos e o combate às IST/HIV/aids a nível mundial, em muitas regiões sua implementação ainda é incipiente, como em comunidades localizadas no interior da Amazônia brasileira. Essas comunidades sofrem uma diversidade de problemas, incluindo a falta de titulação de suas terras,

falta de acesso à educação e a escassez nos serviços de saúde ofertados, condicionada pelo isolamento territorial e social.

Um outro fator favorável a esta vulnerabilidade é a construção familiar precoce. Na região amazônica, a mulher começa a formar família muito cedo e, na maioria dos casos, a mesma não possui decisão sobre sua vida sexual e reprodutiva, enquadrando-se apenas como uma mera espectadora da relação, sendo submissa ao homem em todas as esferas da vida.

Corroborando com esses fatores, a mulher quilombola que vive na região amazônica poderá estar suscetível nas três dimensões de vulnerabilidade às IST/HIV/aids: a individual, a social e a programática.

Na dimensão individual, quando relacionada à falta de acesso às informações e às atividades educativas voltadas para a promoção e prevenção da saúde. Além do comportamento individual das mulheres frente à prevenção dessas patologias com hábitos sexuais mais seguros (Ayres et al., 2003).

Na dimensão social, quando influenciada pelo baixo poder econômico, baixa escolaridade e falta de acesso aos serviços de saúde, assim como pela relação submissa de gênero, sendo retirado seu direito de escolha, concentrando na maioria das situações a decisão do homem, restando à mulher a condição de dependência econômica (Garcia, 2010).

Na dimensão programática, quando (des)motivada pela falta de compromisso do poder governamental em desenvolver ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção das IST/HIV/aids, que respeitem os valores e crenças da população, através de programas e políticas públicas específicas para esta população na própria comunidade (Sousa, 2011).

O processo que envolve raça, etnia e pobreza coloca a mulher negra da região amazônica em uma posição de maior fragilidade às IST/HIV/aids. Essas conjunturas estão conexas à violência estrutural que vivencia por estar inserida em uma comunidade ribeirinha distante do centro econômico do país, sendo praticamente excluída de programas de prevenção para IST/HIV/aids. Tal quadro de marginalização é acentuado pela dificuldade de acesso aos locais de moradia, considerando o contexto geográfico, e pela baixa renda e escolaridade, resultando no aumento da susceptibilidade para as infecções neste grupo populacional (Taqueti, 2010).

A população remanescente de quilombo da região amazônica conta com um ensino deficiente, privando os indivíduos da ferramenta chamada informação, sendo esta fundamental para a prevenção e no enfrentamento de vários problemas de saúde. Somado a isso, encontra-se o fato de que a assistência à saúde da população quilombola é realizada em um centro urbano distante da sua realidade, de difícil acesso, com pouca resolutividade e baixa compreensão. Os

serviços de promoção e prevenção à saúde são reduzidos, acentuando as fragilidades no processo de promoção à saúde dessa população.

As comunidades quilombolas selecionadas para este estudo estão localizadas em torno de uma grande mineradora de bauxita, cuja mão de obra é formada em sua maioria por homens oriundos de outras cidades e até mesmo de outros países, os quais deixam suas famílias e passam uma temporada nesta região. Nesse contexto, a vila chamada Porto Trombetas tem sua população formada exclusivamente por trabalhadores da mineradora.

Nas proximidades de Porto Trombetas está a Vila Paraíso, também conhecida como “Brega 45”, que apresenta outro agravante. A vila tem população predominantemente feminina, formada por mulheres residentes na cidade e de comunidades quilombolas, que objetivam lucros financeiros com a venda de bebidas, jogo de sinuca e atividade sexual (profissionais do sexo). Esses serviços são prestados aos trabalhadores da mineradora, ressaltando que essa situação amplia o cenário de vulnerabilidade feminina para a gravidez indesejada e as IST/HIV/aids nas comunidades circunvizinhas (Madeira Filho et al., 2012).

Diante da situação exposta, incluindo a suscetibilidade da população de quilombos, em especial das mulheres, tornou-se fundamental realizar o estudo sobre saberes, práticas e vulnerabilidades de mulheres quilombolas às IST/HIV/aids no interior da Amazônia brasileira. Considerando que os investimentos em pesquisas científicas devem embasar ações mais efetivas e direcionadas às necessidades da população.

Nessa perspectiva, este estudo tinha as seguintes hipóteses em relação às mulheres quilombolas do Rio Trombetas no estado do Pará: as IST/HIV/aids estão presentes entre as mulheres quilombolas; as dimensões de vulnerabilidade individual social e programática para IST/HIV/aids são as prevalentes nesta região; as mulheres na faixa etária adulto-jovem estão entre as mais suscetíveis às IST/HIV/aids.



Legenda: Processo de entrevista na comunidade Aracuan de Cima. Foto de Veridiana Nascimento.

2 Objetivos

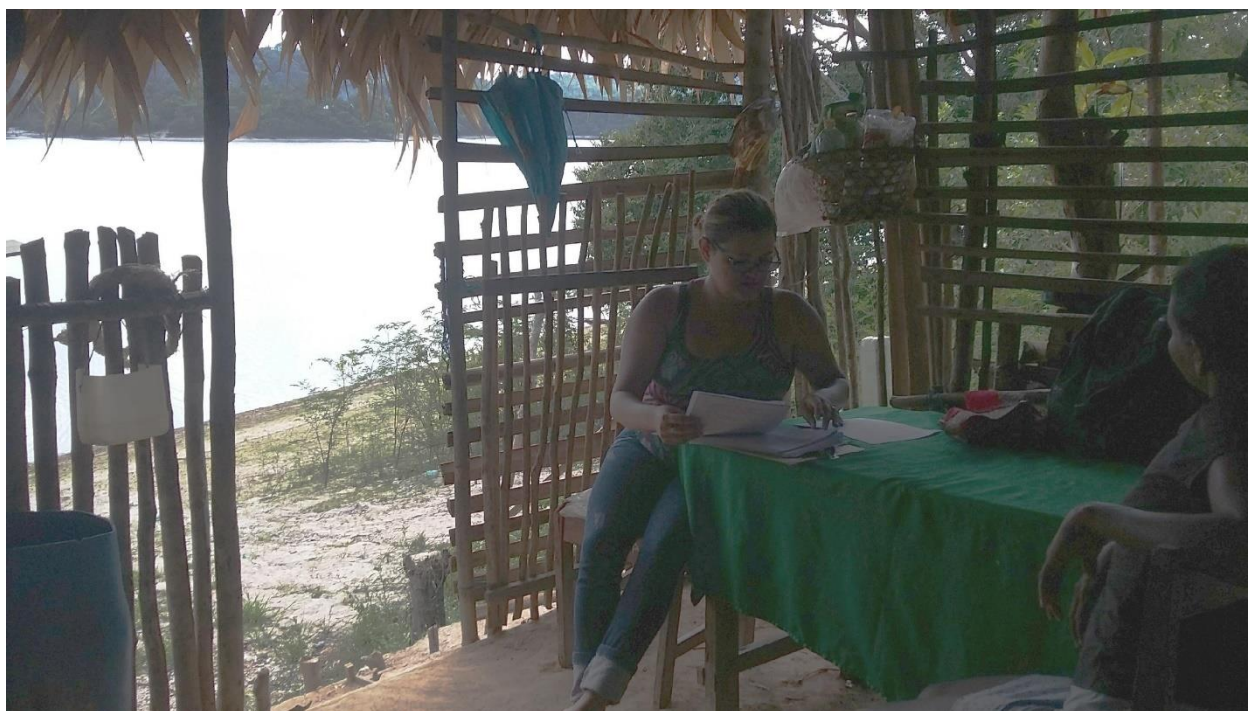
2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar e analisar as vulnerabilidades de mulheres quilombolas do Rio Trombetas (PA) às Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as condições de vida, trabalho, moradia e características pessoais de mulheres quilombolas.
- Identificar saberes e práticas das mulheres quilombolas frente à prevenção das IST/HIV/aids.
- Verificar como se expressa o enfrentamento de mulheres quilombolas frente à suscetibilidade para as IST/HIV/aids.



Legenda: Entrevista na comunidade Aracuan de Cima. Foto de Luana Almeida.



Legenda: Entrevista na comunidade Aracuan do meio. Foto de Luana Almeida.

3 Revisão da literatura

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ASPECTOS DA VULNERABILIDADE DE MULHERES ÀS IST/HIV/AIDS

O conceito de vulnerabilidade teve origem no direito, porém foi difundido na área da saúde durante a década de 1990, objetivando a busca de estratégias para o enfrentamento das IST/HIV/aids no Brasil (com ênfase na epidemia do HIV), principalmente com a população negra, pois esta apresentava uma inserção mais difícil na sociedade, como também um déficit na acessibilidade aos serviços de saúde e educação (Ayres et al., 2003).

A peculiaridade da vulnerabilidade voltada à população feminina também ganhou destaque nessa época, especificamente na segunda metade dos anos 1990, pois emergiram no cenário da Saúde Pública novas facetas de abrangência da epidemiologia em relação ao HIV/aids, isso porque as mulheres, até então, não faziam parte dos chamados “grupos de risco” (Beserra et al., 2015).

No Brasil, o conceito de vulnerabilidade surge como possibilidade para a interpretação da epidemia de doenças transmissíveis, com potencial relevância para a aids, na perspectiva de conceitualizar a tendência individualizante da doença. Deste modo, a vulnerabilidade torna-se um indicador de iniquidade e de desigualdade social entre a população, em especial, negros e mulheres (Oviedo, Czeresnia, 2015; Guilhem, Azevedo, 2008).

Constitui-se como um conjugado de fatores que exercem certo grau de influência no aumento ou na redução das chances de uma pessoa se infectar com um vírus ou equivalente, a exemplo do HIV, permitindo-se, dessa forma, intervir nos níveis ou na magnitude dessas patologias e possibilitando medidas educativas, predominantemente preventivas (Silva, Lopes, Vargens, 2010).

No dicionário Aurélio, o significado de vulnerabilidade aparece como “lado fraco de um assunto ou de uma questão, ou do ponto pelo qual alguém pode ser atacado ou ferido”, resultando no adoecimento ao ser contextualizado com a saúde (Ferreira, 2010).

Para Ayres et al. (2003, p.123), a vulnerabilidade é conceituada como um “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação”.

Assim, sua definição pode ser aplicada a uma pessoa ou a um grupo social conforme a capacidade de prevenir, de resistir e de contornar potenciais impactos. A vulnerabilidade considera que a exposição de uma pessoa, ou de um grupo exposto ao adoecimento, é resultante da interação de aspectos que envolvem três dimensões que estão intimamente interligadas, aparecendo como individuais, sociais e programáticas (Rodrigues et al., 2012). Destarte, essas três dimensões foram descritas por Mann et al. (1993, p. 21) como uma “nova conceituação de vulnerabilidade que se aproxima de uma qualidade de sujeitos e de coletividades”.

A dimensão individual diz respeito ao comportamento do indivíduo frente a uma situação de risco, e ao potencial poder de transformação que estes indivíduos têm sobre as suas condutas e aos atributos pessoais que condicionam a possibilidade de prevenção da infecção (Andrade et al., 2017).

Concomitantemente, a vulnerabilidade social abrange o componente estrutural do contexto em que a epidemia ocorre, congregando fatores tais como as condições de vida, as condições de moradia, os direitos humanos e a defesa da cidadania. Porém, esse tipo de vulnerabilidade não é sinônimo de pobreza, mas sim de uma condição que remete à fragilidade da situação socioeconômica de um determinado grupo, comunidade ou indivíduo. Neste sentido, essa percepção é crucial para a implementação de políticas públicas bem orientadas e eficazes, em especial na área da saúde (Mendosa, 2011).

Já a dimensão programática contempla o nível da execução de políticas públicas de saúde e programas voltados para o controle da infecção, assim como os programas relacionados, indiretamente, ao controle da infecção pelo HIV como, por exemplo, aqueles relacionados à saúde reprodutiva, com assistência à mulher no parto, no puerpério e na criança (Andrade et al., 2017; Maison, 2014).

Para Costa et al. (2014), a vulnerabilidade em todas as suas dimensões é definida como o estado que afeta um indivíduo ou grupo que, por alguma razão, tem sua capacidade de decisão diminuída, estando relacionado à deficiência nas políticas públicas e resultando em prejuízo para a população no sistema de saúde, na educação ou em outros.

Segundo a UNAIDS (2015), as três dimensões envolvem situações de despreparo/desinformação, eficácia e eficiência aos serviços, acessibilidade e infração dos direitos humanos que desempoderam grupos populacionais, minimizando, assim, o acesso aos serviços de saúde e aos meios de prevenção, tratamento e atenção ao HIV. Deste modo, quando esses fatores estão isolados ou são associados, nota-se a possibilidade de diminuição do

potencial coletivo ou individual frente aos riscos de infecção do HIV, influenciando a vulnerabilidade do indivíduo ou do grupo que ele está inserido.

As IST/HIV/aids são caracterizadas como uma epidemia complexa, multifatorial e dinâmica, determinadas pelas condições de vida dos indivíduos, pela situação de gênero, etnia e comportamento sexual do grupo suscetível envolvido. Dados do MS mostram que a epidemia do HIV/aids avança para o interior do país, em mulheres, heterossexuais e na população de baixa renda e de pouca escolaridade. Em mulheres heterossexuais, 95% dos casos de aids são resultantes de transmissão por meio de relação sexual (Santos, 2016; Brasil, 2008).

Embora existam múltiplos fatores biológicos assinalados para explicar a maior chance de infecção pelo HIV entre mulheres, não se deve excluir a agregação das relações de gêneros nessa influência. Essa dinâmica das relações de gênero também imprime contrastes importantes na vulnerabilidade feminina ao HIV (Villela, Barbosa, 2015).

Rocha, Vieira, Barbosa Filho (2016) afirmam que uma das formas de contornar a situação epidêmica do HIV no mundo seria reconhecer todas as formas de vulnerabilidade que fragilizam a sociedade. Assim, quando a vulnerabilidade está relacionada ao sexo feminino, nota-se que os fatores “raça e pobreza” acabam expondo cada vez mais as mulheres, principalmente as negras, ao desenvolvimento da aids.

O fluxo epidemiológico da aids no Brasil é marcado por um avanço acentuado da transmissão da doença entre os grupos de baixa renda e entre as mulheres, caracterizando a vulnerabilidade da população feminina para a aids. Para a mulher, não é fácil falar sobre sua vulnerabilidade ou se reconhecer como vulnerável ao HIV/aids (Ferraz, 2012; Riscado, Oliveira, Brito, 2010).

A vulnerabilidade é representada pelo comportamento de criar a oportunidade de infectar e/ou adoecer por uma IST/HIV/aids. O comportamento de grupo ou de um indivíduo não pode ser considerado somente a vontade dos mesmos, mas se relaciona ao grau de consciência que este indivíduo tem dos possíveis danos decorrente de tais comportamentos e ao poder de transformação efetiva de comportamento a partir da consciência (Ayres et al., 2003).

Um dos fatores mais relevantes para o aumento da vulnerabilidade das IST/HIV/aids nos grupos histórico e culturalmente discriminados ou excluídos, como é o caso da população negra, está vinculado ao acesso a serviços de saúde de qualidade e a resolubilidade dos problemas, entre outros (Clemente, 2011).

Os maiores níveis de vulnerabilidade, reconhecidos como mais incidentes nesse subgrupo da população, evidenciam sua vulnerabilidade social (gênero, classe e raça), com adoecimento pelo HIV/aids em decorrência de aspectos coletivos e individuais (Bastiani et al., 2012).

A vulnerabilidade com abordagem no plano individual, social e programático tem grande relevância no campo da Saúde Pública, sendo este um fator importante para análise das condições de vida e de saúde das populações quilombolas. As adversidades históricas trouxeram para essa população desvantagens no âmbito social, em função das dificuldades de acesso à educação, à saúde, ao emprego e à habitação de qualidade (Guerrero, 2010).

O indivíduo é considerado vulnerável quando apresenta necessidades não sanadas, sejam essas de atenção, assistência ou conhecimentos, o que o deixa em uma situação de fragilidade temporária ou contínua, expondo-o a sofrer danos em decorrência dessas condições (Oliveira et al., 2015). Para Garcia et al. (2008) as dimensões de vulnerabilidade se determinam à medida em que as condições sociais, culturais, políticas, étnicas, econômicas, educacionais e de saúde se entrelaçam e têm como resultado as desigualdades sociais.

3.2 POPULAÇÃO QUILOMBOLA DA REGIÃO AMAZÔNICA

A partir do século XVI, os primeiros negros começaram a ser trazidos para o Brasil. Durante o período de colonização eram escravizados e tratados como mercadoria, viviam em péssimas condições de higiene, sofriam agressões constantemente, ficavam presos, não possuíam qualquer tipo de direito, e eram explorados pelos povos colonizadores da época. No entanto, a população negra era a principal responsável pelo desenvolvimento econômico do país, pois ela era as mãos e os pés dos senhores de engenho (Silva, 2008).

Pode-se dizer que o negro na época colonial passou a ser visto como um indivíduo inferior aos demais, a condição cativa e a submissão dessa classe fez com que se propagasse a ideia de que todos os negros/africanos eram menos importantes do que os povos brancos.

Segundo Custódio (2005), as relações entre senhor-escravo e senhora-escrava aconteciam através da força, com o intuito de demonstrar à escrava o seu poder. As relações entre senhora-escrava eram baseadas na violência, que se justificava como forma de punição à escrava por “seduzir” o senhor, ou seja, eram baseadas na agressão por ciúmes ou simples maldade. Além disso, as negras escravas sofriam violência sexual, pois eram obrigadas a manter relação sexual com o senhor do engenho. Pode-se dizer que, além das torturas físicas sofridas, os negros eram

impedidos de praticar sua cultura, não podendo utilizar o dialeto africano para comunicação e nem realizar rituais religiosos.

De acordo com a Lei nº 12.288 do Estatuto da Igualdade Racial, “A cor da pele é uma forma de classificação da raça utilizada no Brasil. A junção de pardos e pretos denomina-se raça negra, ao ser usado separadamente se trata da cor da pele” (Brasil, 2010). Ressalta-se que população negra é aquela que envolve um conjunto de pessoas que define sua cor como sendo preta ou parda. Enquanto que a comunidade quilombola é considerada como um conjunto de pessoas negras que se uniam em prol de um objetivo em comum, a liberdade, e para isso, organizaram-se em seus quilombos, espaços estes que possibilitavam a expressão de seus valores e práticas tradicionais, com base na ancestralidade escrava e africana (Santos, Boery EM, Boery RNSDO, Anjos, 2014; Bennett, 2010).

Em busca de dignidade, os negros escravizados uniam-se uns aos outros, uma vez que possuíam o mesmo objetivo de libertação e fugiam do domínio dos fazendeiros para dentro da mata. O conhecimento do meio ambiente era fundamental para que os negros escravizados obtivessem sucesso nas fugas, já que a natureza se tornava cúmplice inequívoca. No tempo das cheias, capinzais crescem às margens dos lagos, formando tapagens, obstruindo os igarapés que os interligam entre si e aos rios, dificultando a passagem e camuflando os caminhos. O processo de fuga acontecia sempre em grupo, objetivando o fortalecimento do bando (Funes, 2009).

As fugas aconteciam, principalmente, na época de festas junina e natalina, que coincidem com o tempo de chuvas (período de cheias) e o ciclo da castanha-do-pará (dezembro a maio). Os negros escravizados tinham noção clara do contexto e se valiam da conjuntura para forçar negociações, conseguir mais autonomia e flexibilidade de ação dentro do sistema escravista. Portanto, as fugas se tornaram armas contra a ameaça às suas conquistas de autonomia em seu cotidiano. Desta forma, os escravos fugitivos se organizavam em comunidades negras rurais, que se uniam e formavam as chamadas comunidades quilombolas (Funes, 1995, 2009).

As comunidades quilombolas são uma herança viva da história brasileira, da fuga dos escravos negros e indígenas dos maus tratos e agressões praticados pelos senhores de engenhos. Essas comunidades eram formadas por escravos fugitivos, geralmente de engenhos de cana-de-açúcar, fazendas e pequenas propriedades. Seus habitantes, chamados de quilombolas, eram, em sua maioria, negros de origem africana, que foram escravizados (Funes, 2009).

Os quilombolas são descendentes de africanos escravizados que mantiveram as tradições culturais, de subsistência e religiosas ao longo dos séculos (Funes, 1995). Para Botelho (2007, p.7) são negros africanos descendentes de africanos escravizados que habitam em

“comunidades negras rurais, que valorizam as tradições culturais e religiosas de seus precedentes, e que mantêm laços de parentesco e vivem, em sua maioria, de culturas de subsistência, em terra doada, comprada ou ocupada secularmente pelo grupo”.

Segundo dados do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), existem no Brasil cerca de 2.847 comunidades remanescentes de quilombos. O estado do Pará tem 112 comunidades quilombolas, destas, 58 apresentam título definitivo de terra e 54 estão em processo de titulação. Hoje, o Brasil tem 165 quilombos titulados e o Pará é responsável por 35% dessas terras tituladas como território quilombola (INCRA 2015; Fundação Cultural Palmares, 2014).

Este processo de titulação de terra representa um avanço para a saúde dos quilombolas, pois não se constrói saúde sem o respeito à vida, à história e à territorialidade das pessoas. As conquistas dos quilombolas paraenses se traduzem também em leis estaduais e programas de governo destinados especificamente a esta população (Cavalcante, 2011).

Figura 1 – Terras Quilombolas Tituladas



Fonte: Comissão Pró-Índio. Ano: 2016. Disponível: <http://www.quilombo.org.br/territorios?lightbox=dataItem-ihiz5jl> [2017 Mar. 25]

A população quilombola do Brasil é fruto de um processo histórico da formação da nação brasileira, originada na colonização portuguesa. Os negros que habitavam inicialmente a região de Oriximiná tinham como procedência o sudoeste/centro da África e foram trazidos para servir de mão de obra na lavoura, pecuária (fazendas de gado), trabalho doméstico e agricultura (plantação de cacau) na região do Baixo Amazonas. Devido à dura vida dos negros nas fazendas, os mesmos fugiram e começaram a formar essas comunidades no interior da Floresta Amazônica (Funes, 2009; Silva, Lima, Hamann, 2010).

As comunidades negras remanescentes de quilombos do estado do Pará têm sua história marcada por conflitos e resistências de cativos, que romperam suas condições sociais, objetivando a formação de locais próprios para negros. Os mocambos, como os negros eram conhecidos nos séculos XVIII e XIX, fugiam dos cacoais, das fazendas de criar e das propriedades dos senhores e se refugiaram no interior das florestas formando aldeamentos de quilombolas em todos os municípios da região do Alto Trombetas (Funes, 2009).

Na temática saúde, a população quilombola da região de Oriximiná ainda vive em um contexto regional bem diferenciado, devido às dificuldades de acesso ao serviço público, em razão da longa distância entre as comunidades e o centro urbano onde estão localizadas as unidades de saúde. As políticas de saúde disponíveis para a população quilombola ainda merecem uma atenção diferenciada do poder público no que tange ao planejamento, à organização e às propostas efetivas que viabilizem a aplicação e descentralização de recursos nesta área (Fundação Cultural Palmares, 2014).

De acordo com a Constituição Federal de 1988, “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Isso implica em dizer que o Sistema Único de Saúde-SUS assegura atendimento de saúde a todo e qualquer indivíduo independente de raça, cor ou etnia. O direito de atendimento também é garantido pela Lei Orgânica da Saúde-LOS, de número 8.080/1990, que traz como princípios e diretrizes da saúde a universalidade, a igualdade, a equidade e a integralidade, buscando através desses conceitos minimizar as desigualdades encontradas no país, com o intuito de garantir o direito ao acesso de saúde universal e igualitário nas ações e serviços de atenção à saúde voltada para a promoção, proteção e recuperação (Brasil, 2007; Luiz, Kayano, 2010).

A saúde da população negra tem sido objeto de vários estudos, por se tratar de um grupo de pessoas que apresenta maior dificuldade no acesso aos programas de saúde. As políticas de saúde foram elaboradas para minimizar os preconceitos e eliminar as barreiras, buscando promover a equidade no que diz respeito à efetivação do direito humano à saúde dessa população (Werneck, 2016).

É importante ressaltar que as primeiras inserções relacionadas ao tema “Saúde da População Negra” nas ações governamentais no âmbito estadual e municipal, ocorreram na década de 1980 e foram formuladas por ativistas do Movimento Social Negro (MSN) e pesquisadores que buscavam a melhoria na assistência em saúde, porém o MSN já tinha atuação no cenário político nas questões relacionadas à classe e à raça desde a década de 1970 (Brasil, 2007).

Dentro do eixo de educação em saúde, as informações e o conhecimento sobre IST/HIV/aids no Brasil são desiguais, quanto mais bem posicionado nos estratos socioeconômicos um grupo estiver, mais próximo do centro produtor do conhecimento ele estará e mais rapidamente conseguirá utilizar os conhecimentos para rever suas práticas e promover mudanças.

Objetivando diminuir as desigualdades no país, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), através da Portaria 992, de 13 de maio de 2009, cujo objetivo é garantir e ampliar as ações, serviços e identificar as necessidades de saúde dessa população. Entre essas ações está inserida a promoção da saúde com as temáticas voltadas para a prevenção e o controle das IST/HIV/aids (Brasil, 2007).

A PNSIPN traz avanços na concepção de saúde para população negra, pois reconhece o racismo histórico, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas a promover a equidade em saúde e ações estratégicas para superar as desigualdades de toda a população negra (Cavalcante, 2011).



Legenda: Preparo da equipe para o processo de entrevista. Foto de Luana Almeida.



Legenda: Barco utilizado pela a equipe de pesquisadores. Foto de Lays Oliveira.

4 Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo exploratório, descritivo, prospectivo, transversal com abordagem quantitativa.

Para Teixeira (2012) este tipo de metodologia possibilita ao pesquisador registrar e analisar os fenômenos estudados diante do levantamento de informações sobre um determinado objeto, com um tempo previamente fixado, sem interferências pessoais ou julgamentos do objeto encontrado, evitando alterações na análise no estudo.

Marconi e Lakatos (2011) corroboram com este tipo de estudo ao descrever que a pesquisa quantitativa traduz em números, informações e opiniões, para classificá-las e analisá-las através de técnicas estatísticas.

Segundo Hoga e Borges (2016), os estudos com cortes transversais analisam dados em um único momento de tempo e possibilitam que grandes quantidades deles sejam coletadas e os resultados prontamente disponibilizados para o processo de análise, classificação e interpretação.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A escolha para desenvolver o estudo no interior da Amazônia brasileira se iniciou a partir da atuação da pesquisadora na região no período de 2004 a 2010, ainda como técnica de enfermagem em um projeto de base assistencial em saúde, denominado “Projeto Quilombo”, executado por uma ONG. O projeto desenvolvia suas ações na região quilombola do Alto Trombetas em três comunidades polo (comunidade do Moura, Jamari e Tapagem). Esta atuação permitiu vislumbrar algumas situações vivenciadas por mulheres, o que motivou a presente pesquisa. Além disso, faz necessário citar outras facilidades existentes na região como o processo de comunicação e logística entre a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), a Associação de remanescentes de quilombos, as lideranças comunitárias e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o que tornaria possível a realização do estudo.

As comunidades nas quais a pesquisa foi desenvolvida são reconhecidas legalmente como comunidades quilombolas e estão localizadas no município de Oriximiná, região Oeste do

estado do Pará, distantes em média 8 horas por via fluvial (barco a motor) da sede urbana do município.

Figura 2 – Mapa do Estado do Pará



Fonte: INFOGRAFIA (EL PAÍS), ANO: 2016. Disponível: https://brasil.elpais.com/brasil/2014/03/28/sociedad/1396039867_792085.html [2016 Jul. 08]

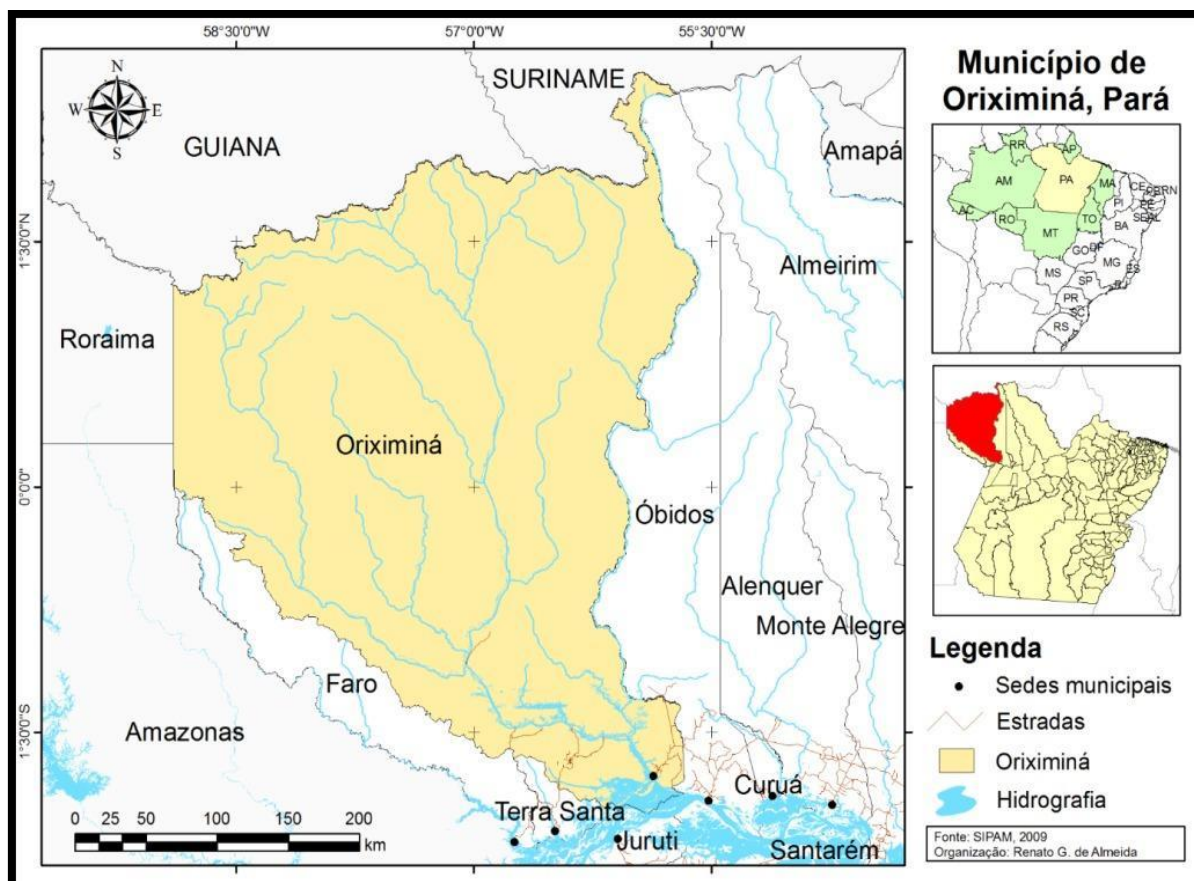
Os quilombolas em Oriximiná detêm a propriedade de 975.800 hectares, distribuídos por oito territórios, que formam 25 comunidades. Essas comunidades quilombolas são filiadas à Associação das Comunidades Remanescentes de Quilombos do município de Oriximiná (ARQMO) (Comissão Pró-Índio, 2015).

A população, em famílias, residente na área de pesquisa segundo a ARQMO é de aproximadamente 378 famílias, distribuídas em oito comunidades, a saber: Boa Vista, com 150 famílias; Água Fria, com 23 famílias; Terra Preta, com 22 famílias; Serrinha, com 60 famílias; Arancuan de Cima, com 12 famílias; Arancuan do Meio, com 28 famílias; Arancuan de Baixo, com 48 famílias e Bacabal, com 35 famílias, totalizando aproximadamente 2.268 pessoas.

O município de Oriximiná está situado na região Oeste do estado do Pará, com uma área territorial de 107.603,2 km², população de 62.794 habitantes e densidade demográfica de 0,6 habitantes por km², segundo censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Oriximiná é o segundo maior município do estado do Pará em extensão territorial e está situado na bacia do Rio Trombetas, na calha Norte do estado. Essa região apresenta clima quente e úmido, com umidade relativa do ar de 86% e temperatura média anual entre 25 a 30°C, sua estação climática é dividida em dois períodos, a seca que vai de agosto a dezembro e o período chuvoso que se estende de janeiro a julho (Fundação Cultural Palmares, 2015; IBGE, 2010).

Figura 3 – Mapa do Município de Oriximiná

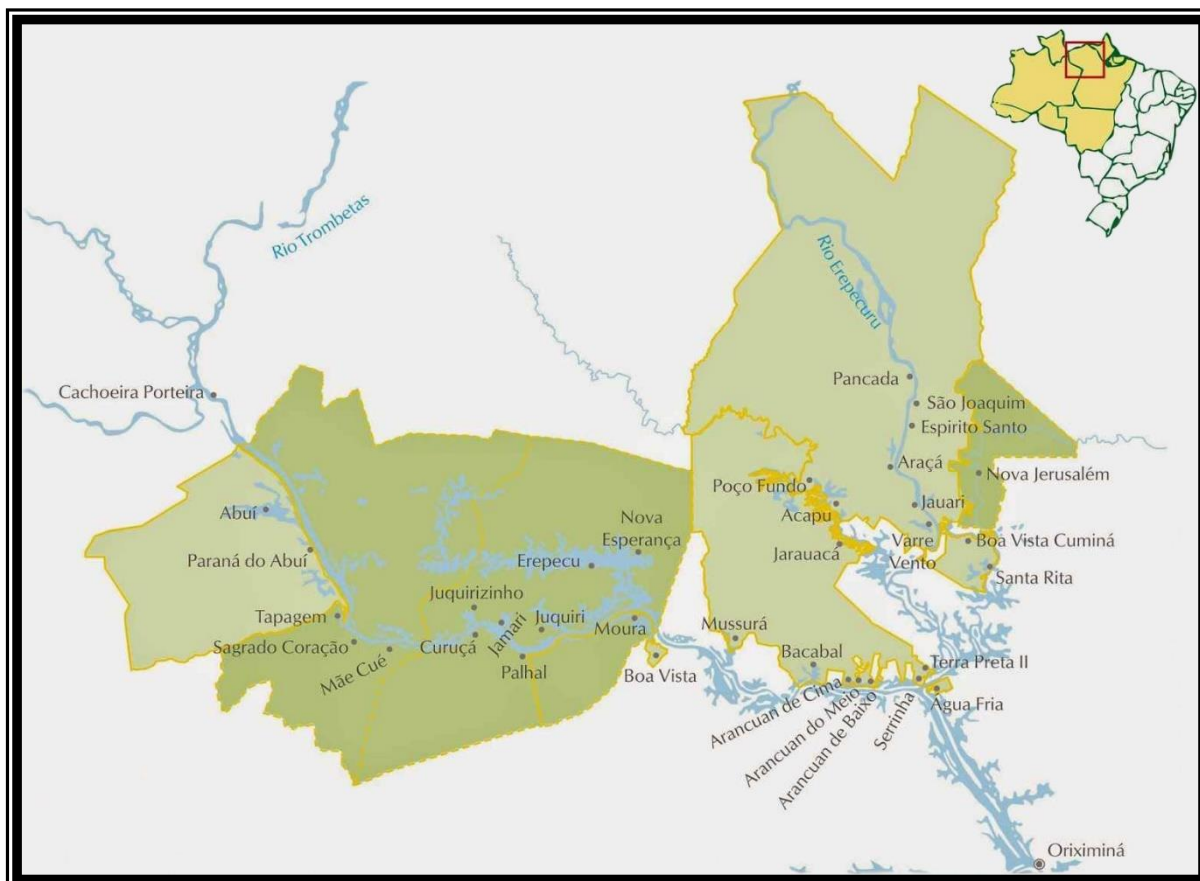


Fonte: INFOGRAFIA (EL PAÍS), ANO: 2016. Disponível: <http://www.guianet.com.br/pa/mapapa.htm> [2016 Mar. 08]

As comunidades em que a pesquisa foi desenvolvida não possuem sistema de fornecimento de energia elétrica e nem de abastecimento de água. A geração de energia acontece por meio de um gerador movido a óleo diesel, que é acionado somente no horário

noturno (entre às 19 horas e às 22 horas) e em datas importantes. A rede de abastecimento de água (para consumo humano / beber e cozinhar) é derivada dos rios, igarapés ou de microsistemas de água, que são os poços comunitários.

Figura 4 – Mapa da região do Rio Trombetas



Fonte: JORNAL GAZETA, ANO: 2015. Disponível em <http://www.gazetadesantarem.com.br> [2015 out. 19]

O meio de transporte utilizado para mobilidade entre estas comunidades e a cidade são pequenas embarcações fluviais, públicas ou particulares. Nas comunidades não há Unidade Básica de Saúde e a assistência à saúde é realizada na cidade de Oriximiná.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para esta pesquisa foram selecionadas mulheres quilombolas residentes nas comunidades de Boa Vista, Água Fria, Terra Preta, Serrinha, Arancuan de Cima, Arancuan do Meio, Arancuan de Baixo e Bacabal.

Os critérios de inclusão foram: as mulheres deveriam estar orientadas no tempo e no espaço para terem condições de responder a entrevista, residirem nas comunidades quilombolas do estudo e estarem na faixa etária entre 15 a 55 anos.

A faixa etária de idade das mulheres quilombolas que participaram da pesquisa foi indicada pelo os ACS das comunidades juntamente com a SEMSA e ARQMO, com base do instrumento de coleta de dados.

Os dados foram coletados após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas mulheres (Apêndice I). Para adolescentes menores de 18 anos participantes da pesquisa, além da assinatura do TCLE, realizado pelos pais ou responsáveis (Apêndice II), foi lido e assinado o Termo de Assentimento (TA), redigido exclusivamente para as menores que aceitaram participar da pesquisa (Apêndice III).

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário (Apêndice IV), elaborado especificamente para este estudo, composto por perguntas com respostas fechadas e abertas. O questionário foi dividido em quatro eixos, a saber:

- Eixo 1. Objetivou conhecer o perfil sociodemográfico (idade, escolaridade e estado civil, as condições de vida, trabalho e moradia).
- Eixo 2. Abordou os antecedentes ginecológicos, obstétricos e sexuais (menarca, primeiro coito etc.).
- Eixo 3. Agrupou os saberes, práticas e enfrentamento do público alvo sobre a temática em estudo.
- Eixo 4. Expôs a identificação de vulnerabilidades das mulheres quilombolas e do sistema de saúde local.

4.4.1 Avaliação do instrumento de coleta de dados

Após uma reunião com a equipe da Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) da área na qual a pesquisa foi realizada, foram selecionadas cinco mulheres residentes na cidade de Oriximiná, para o teste piloto do instrumento de pesquisa e avaliação acerca da compreensão das perguntas pelas pesquisadas, bem como as respostas, considerando,

principalmente a linguagem e o entendimento das questões, uma vez que o nível de escolaridade na região é baixo.

Após avaliação do instrumento houve necessidade de reformular algumas alternativas do instrumento como aquelas relacionadas à situação marital, à religião e ao meio de comunicação disponível na comunidade.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a realização da pesquisa nas comunidades supracitadas foram realizadas 12 reuniões envolvendo a SEMSA de Oriximiná, a coordenação do programa da Atenção Primária a Saúde de Oriximiná, a coordenação da EACS, a ARQMO e os ACS. Essas reuniões começaram tendo por objetivo a apresentação da pesquisadora e do projeto de pesquisa a ser realizado. Ressalta-se que todos os envolvidos citados foram acessíveis para o desenvolvimento de todo o processo de pesquisa, assim como colaboraram com informações importantes acerca das localidades que seriam visitadas.

No decorrer das reuniões foi solicitado autorização da SEMSA e da ARQMO para o desenvolvimento da pesquisa nas comunidades quilombolas. O agendamento do período de pesquisa e entrada nas comunidades foi feito pela SEMSA e ARQMO.

Ao chegar à comunidade, a pesquisadora responsável realizou reuniões com os líderes comunitários, os ACS e as mulheres, para apresentação do projeto, seus objetivos, riscos e benefícios, assim como para o fornecimento de todos os esclarecimentos necessários. As reuniões aconteceram no barracão da igreja e nas escolas das comunidades, com a duração média de 20 a 30 minutos.

No período seguinte, após os esclarecimentos, iniciaram-se as visitas domiciliárias com o acompanhamento dos líderes e/ou ACS para a aplicação do questionário de pesquisa.

Os dados foram coletados pela pesquisadora, com o auxílio de quatro acadêmicos do curso de Enfermagem da UEPA e de uma enfermeira voluntária que reside no município de Oriximiná.

Aos acadêmicos foi reservado um tempo de 8 horas de treinamento para a execução da pesquisa, oportunidade na qual foram disponibilizados o projeto de pesquisa, o mapa da região, a informação sobre o meio de transporte a ser utilizado e o roteiro orientador sobre a logística

da coleta de dados. Durante o treinamento foi realizada simulação da aplicação do instrumento de pesquisa entre os acadêmicos.

A coleta de dados aconteceu no período de 16 a 21 de outubro de 2016, com o preenchimento de 139 questionários pelas mulheres residentes nas localidades supramencionadas neste estudo e que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa. Ressalta-se que o apoio logístico para localização das residências nas comunidades foi fornecido pelos ACS e pelas lideranças comunitárias, os quais foram de extrema importância durante as visitas domiciliares nas comunidades visitadas.

O transporte até as comunidades foi realizado por uma pequena embarcação fretada pela pesquisadora que serviu também como hospedagem para os pesquisadores. A ancoragem do barco era feita nas margens do rio, na frente da comunidade, local em que permanecia do entardecer até o amanhecer do dia subsequente, devido aos fortes ventos.

No momento da realização da coleta de dados, a região passava por um período de seca do rio, assim, em algumas comunidades não era possível seguir com o barco, sendo necessária a divisão da equipe em grupos menores para que o transporte até as residências fosse realizado por canoas disponibilizadas pelos próprios moradores e chamadas localmente de “rabetas” (pequenas embarcações movidas a remo ou motor).

Ao chegar à residência da participante do estudo o pesquisador se apresentava e convidava a mulher para um local reservado, escolhido por ela, de modo que a mesma pudesse se sentir à vontade para responder o questionário. A entrevista foi realizada de forma individual, com oferecimento do TCLE e/ou do TA à mulher para a realização da leitura. Quando esta mulher não sabia ler, a leitura era realizada pelo próprio pesquisador e posteriormente a mulher assinava. Nos casos em que a mulher não soubesse nem ler e nem escrever, era utilizada a leitura digital do polegar direito da participante. Para as mulheres menores de 18 anos, o TCLE era lido e assinado pelo responsável e a menor assinava o TA. A aplicação do questionário durou em média 25 minutos por cada mulher.

Durante todo o processo de entrevista foi possível contar com a participação de mulheres em todas as comunidades, não teve casos de recusa ou não aceitação na participação da pesquisa, garantido com isso um número de 50% mais um de participação das mulheres na faixa etária de 15 a 55 anos em todas as comunidades.

O tempo, em horas, entre a sede do município e a primeira comunidade (Serrinha) foi de 4 horas de viagem. Pela manhã, a equipe se reuniu com o ACS da comunidade em questão, onde iniciou o processo de pesquisa na vila da comunidade. No horário da tarde a equipe seguiu

para as casas fora da vila e para a comunidade de Terra Preta, neste dia foi possível realizar pesquisa nas duas comunidades, devido ao número reduzido de mulheres. Durante os outros dias, para otimização do tempo de estadia, utilizou-se esse mesmo método logístico nas comunidades seguintes (quando era possível), uma vez que o conforto da hospedagem da equipe não era adequado, em decorrência do tamanho reduzido da embarcação e da condição climática local, que apresentava o calor intenso oriundo do verão amazônico.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Atendendo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob parecer de número 1.667.309 (Anexo A).

Ainda de acordo com a citada Resolução, foram elaborados o TCLE e o TA nos quais ficam garantidos às participantes da pesquisa o anonimato e o sigilo sobre os dados. Nestes documentos foram oferecidas informações sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos que seriam utilizados, os riscos, desconfortos e benefícios para os participantes, o sigilo e a possibilidade de abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Todas as participantes receberam uma via do documento assinada pela pesquisadora.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram inseridos no programa Microsoft Excel 2013 e foram organizados em planilhas para análise posterior. Destarte, utilizou-se o programa SPSS, versão 21.0, para análise das variáveis. A apresentação dos dados foi feita com uso de estatística descritiva, por meio de média aritmética, tabelas e distribuições de frequências percentuais.

A faixa de idade utilizadas com entradas das tabelas foi classificada com o uso do programa BioEstat 5.3, o qual resultou em cinco classificação etária, a saber: 16 – 20 anos; 21 – 30 anos, 31 – 40 anos, 41 – 50 anos de 51 – 60 anos.

As variáveis centrais da análise foram as seguintes: identificação (idade, estado civil, escolaridade, cor/raça); condições de vida, moradia e trabalho (renda, profissão, habitação), antecedentes ginecológicos (menarca, primeiro coito) e obstétricos (partos, aborto); sexuais, saberes, práticas (aquisição de informação, conhecimento) e, serviços de saúde. As variáveis

foram relacionadas de forma geral com a idade das pesquisadas que foi estratificada em cinco categorias. Os resultados foram, ainda, categorizados para proceder os cálculos estatísticos para as variáveis categóricas e numéricas.

Para a renda foi considerada o salário mínimo vigente à época na região, que foi de R\$ 880,00. No tocante à variável cor/raça, os dados foram obtidos através de autodeclaração, sendo empregadas as seguintes classificações: branca, negra, parda e indígena. A variável idade foi estratificada em cinco categorias com a menor em 16 e a maior em 60 anos.

Para o nível de escolaridade foram categorizadas as seguintes variáveis: nunca estudou, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo.

4.8 ANÁLISE DE VULNERABILIDADE

Para estudar as fragilidades ou situação das mulheres quilombolas do Rio Trombetas (PA) às IST/HIV/aids foi adotada como apoio conceitual a vulnerabilidade, sendo analisadas a partir do conjunto de aspectos individuais e coletivos que aumentam ou diminuem o risco de exposição a infecção por estas patologias.

Ayres et al. (2003) afirmam que as mulheres não são vulneráveis, mas que estão vulneráveis, visto que a vulnerabilidade depende, também, de fatores individuais inseridos no contexto social, político, econômico e cultural. Portanto, a existência de outros fatores tais como raça, escolaridade, preferência e práticas sexuais e acesso à renda definem os variados graus ou tipos de vulnerabilidades a que a mulher está exposta.

O baixo grau de escolaridade, frequentemente associado à pobreza, por exemplo, contribui para a aquisição de informações estereotipadas dificultando o acesso às medidas corretas de prevenção da infecção pelo vírus HIV.

A fundamentação para análise do estudo estará pautada no conceito e interpretação de vulnerabilidade descrita por Jonathan Mann, sendo esta fundamentação elencada em três dimensões: vulnerabilidade individual, social e programática (Mann et al., 1993).

A vulnerabilidade individual ao adoecimento em consequência das IST/HIV/aids é determinada pelo comportamento individual, que é emergente e reproduzido pelo contexto social em que o indivíduo está inserido. O conhecimento do indivíduo quanto aos agravos à saúde e os comportamentos que o expõe ao adoecimento ou que podem contribuir para a sua

proteção estão interligados à dimensão individual. Outro fator inserido nesta dimensão é o acesso e a qualidade de informação disponível sobre IST/HIV/aids e suas formas de prevenção, somando-se a isso a capacidade individual de elaborar essas informações a ponto de efetivamente incorporá-las ao seu cotidiano, transformando-as em práticas de prevenção. Como observado, a vulnerabilidade individual à infecção as IST/HIV/aids é determinada pelo comportamento individual (que é influenciado pelo contexto social) e varia ao longo da vida (Mann et al., 1993; Andrade et al., 2017).

Segundo Ayres et al. (2003) e Mann et al. (1993), a vulnerabilidade individual envolve fatores cognitivos e comportamentais. Os cognitivos estão relacionados ao acesso às informações de qualidade necessárias sobre IST/HIV/aids, práticas sexuais seguras e à rede de serviços, objetivando a diminuição da vulnerabilidade à infecção por elas. Os comportamentais estão divididos em duas categorias: 1) características pessoais, o que inclui desenvolvimento emocional, percepção de risco e atitudes em relação a esse possível risco; e 2) habilidades pessoais, como a de negociar práticas de sexo seguro e saber usar o preservativo.

Dentro da dimensão individual, no contexto biológico, todos os indivíduos são vulneráveis ao HIV, ou seja, qualquer pessoa exposta ao vírus causador desta patologia pode infectar-se, pois é desconhecida qualquer forma de resistência ou imunidade à infecção pelo vírus HIV. A vulnerabilidade pode diminuir ou aumentar na medida em que o indivíduo adota ou não práticas de sexo seguro (Santos, Abud, Inagaki, 2009).

Na dimensão social, a vulnerabilidade está pautada na importância social ao adoecimento, considerando o acesso à informação e os gastos com serviços de saúde. São contemplados nessa dimensão o ciclo de vida, as normas sociais vigentes, as relações de gênero, entre outros. A vulnerabilidade social inclui tanto a vulnerabilidade à doença, quanto a vulnerabilidade ao impacto socioeconômico provocado pelas IST/HIV/aids (Moreschi et al., 2012).

Entre os fatores correspondentes à dimensão programática para as IST/HIV/aids está a prestação e a disponibilidade dos serviços de saúde e profissionais capacitados para desenvolver ações, campanhas e programas voltados para promoção e prevenção das IST/HIV/aids (Terra, 2011).

Maison (2014) ressalta que as ações de saúde voltadas para o controle das IST/HIV/aids devem ser enfatizadas dentro dos programas de prevenção do câncer cérvico-uterino, planejamento familiar, assistência no parto e puerpério, ou seja, em todos os programas voltados para a saúde da mulher. Salienta-se ainda que o acesso aos serviços de saúde, o vínculo dos

profissionais com os usuários desses serviços e os programas de prevenção e controle de agravos estão estritamente ligados à dimensão programática de vulnerabilidade.

Sousa (2011) referência vulnerabilidade programática com três elementos fundamentais para a prevenção das IST/HIV/aids: 1- Informação e educação; 2- Serviços sociais e de saúde; 3- Não discriminação das pessoas portadoras de HIV/aids. Orienta ainda que, para reduzir a vulnerabilidade feminina às IST/HIV/aids, é necessário a efetividade e acessibilidade desses três elementos, assim como a qualidade e conteúdo dos mesmos.

Para o processo de análise e interpretação, a discussão dos dados no contexto de vulnerabilidade seguirá os seguintes tópicos:

- ✓ **VULNERABILIDADE INDIVIDUAL:** identificação das fontes de informações, conhecimentos sobre IST/HIV/aids, atitudes e práticas sexuais; conhecimento sobre aids: conhecimentos sobre as formas de transmissão, práticas sexuais: idade da primeira relação sexual; tipo de práticas sexuais e caracterização das parcerias sexuais (número de parceiros, idade e sexo); autopercepção: risco e práticas preventivas relativas à transmissão do HIV, percepção de risco; práticas preventivas: conhecimento e percepção em relação ao sexo seguro: frequência e uso consistente do preservativo; motivos para o não-uso e formas de acesso aos preservativos.
- ✓ **VULNERABILIDADE SOCIAL:** caracterização das mulheres (condições de vida e moradia). Foram consideradas as seguintes variáveis: idade, escolaridade, estado civil, ocupação, tipo de residência, procedência da água para consumo e acesso à informação.
- ✓ **VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA:** acesso aos serviços de saúde, através das unidades de saúde e dos programas e campanhas de prevenção, promoção da saúde e educação preventivas. Alguns componentes como: conduta ao adoecer, serviços de saúde disponíveis na comunidade, ajudou na caracterização desta dimensão de vulnerabilidade na população de mulheres quilombolas, bem como servirão de sustentação para a discussão dos resultados da pesquisa.

Diante dos conceitos supracitados, para este estudo foi analisada a vulnerabilidade em sua dimensão individual, social e programática, levando em consideração a correlação das três dimensões conceituais. Também foram investigadas condições cognitivas, comportamentais e sociais para a diminuição da vulnerabilidade à infecção às IST/HIV/aids.



Legenda: Chegada na residência para entrevista. Foto de Luana Almeida.



Legenda: Entrevista das mulheres. Foto de Lays Oliveira.

5 Resultados

5 RESULTADOS

No período proposto, foram entrevistadas 139 mulheres residentes em oito comunidades quilombolas, situadas no município de Oriximiná, região Oeste do Pará. A distribuição do número de mulheres por comunidades apresentou-se da seguinte forma: Comunidade de Água Fria, 16 mulheres (11,6%); Arancuan de Baixo, 35 mulheres (25,2%); Arancuan de Cima, 4 mulheres (2,8%); Arancuan do Meio, 9 mulheres (6,5%), Bacabal, 7 mulheres (5,0%); Boa Vista, 44 mulheres (31,7%); Serrinha, 17 mulheres (12,2%) e Terra Preta, 7 mulheres (5,0%). A comunidade com maior número de pesquisadas foi a comunidade Boa Vista. A média de mulheres quilombolas pesquisadas por comunidade foi de 19,8.

Os resultados relativos à idade das mulheres, conforme evidenciado na Tabela 1, apontam que a faixa etária variou de 16 a 55 anos, com maior frequência em mulheres com idade entre 21 e 30 anos (36,8%). Verificou-se ainda que 115 (82,7%) das mulheres têm 40 anos ou menos, idade considerada como de alta fertilidade. A média de idade identificada foi de 30 anos (dp=10,31).

Tabela 1 – Distribuição etária de mulheres quilombolas por comunidades, Rio Trombetas (PA), 2016

VARIÁVEIS	IDADE (N = 139)										TOTAL	
	16 20 anos		21 30 anos		31 40 anos		41 50 anos		51 60 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
COMUNIDADE												
Água Fria	5	3,6	3	2,2	5	3,6	3	2,2	0	-	16	11,6
Aracuan de Baixo	8	5,7	13	9,4	8	5,7	3	2,2	3	2,2	35	25,2
Aracuan de Cima	1	0,7	2	1,4	0	-	1	0,7	0	-	4	2,8
Aracuan do Meio	0	-	9	6,5	0	-	0	-	0	-	9	6,5
Bacabal	1	0,7	5	3,6	1	0,7	0	-	0	-	7	5,0
Boa Vista	9	6,5	16	11,5	14	10,1	4	2,9	1	0,7	44	31,7
Serrinha	1	0,7	3	2,2	5	3,6	1	0,7	7	5,0	17	12,2
Terra Preta	2	1,4	0	-	4	2,9	0	-	1	0,7	7	5,0
TOTAL	27	19,3	51	36,8	37	26,6	12	8,7	12	8,6	139	100

5.1 CONDIÇÕES DE VIDA, TRABALHO E MORADIA

Em relação à cor/raça, prevalece o seguinte perfil: negra, 88 mulheres (63,3%); seguida de parda, 51 mulheres (36,7%). Não houve nenhuma referência à raça indígena e branca na população em estudo (Tabela 2).

No tocante à variável escolaridade, 48 mulheres (34,5%) possuíam o ensino fundamental completo e dessas, 22 (43,1%) estavam na faixa etária entre 21 e 31 anos; 43 das pesquisadas (30,9%) cursaram o ensino médio completo. Apenas 4,3% das mulheres quilombolas tinham o ensino superior completo, concentradas na faixa de 21 a 50 anos. As mulheres com menor instrução têm idade acima de 41 anos (Tabela 2).

Quanto ao estado civil, 96 (69,1%) mulheres eram casadas (religioso ou civil) ou viviam em união estável com o companheiro; 39 (28,0%) eram solteiras e 4 (2,9%) eram separadas. Referente à religião, 102 mulheres (73,4%) declaram-se católicas e 37 (26,6%), evangélicas (Tabela 2).

Tabela 2 – Características demográficas de mulheres quilombolas do Rio Trombetas (PA), 2016

VARIÁVEIS	IDADE (N = 139)										TOTAL	
	16 20 anos		21 30 anos		31 40 anos		41 50 anos		51 60 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
COR/RAÇA												
Negra	15	55,5	32	62,7	23	62,2	8	66,7	10	83,3	88	63,3
Parda	12	44,5	19	37,3	14	37,8	4	33,3	2	16,7	51	36,7
ESCOLARIDADE												
Nunca estudou	0	-	0	-	0	-	1	8,3	4	33,3	5	3,6
Ens. Fund. Inc.	1	3,7	5	9,8	11	29,7	6	50,0	6	50,0	29	20,9
Ens. Fund. Comp.	11	40,7	22	43,1	13	35,1	2	16,7	0	-	48	34,5
Ens. Méd. Inc.	0	-	3	5,9	0	-	0	-	0	-	3	2,2
Ens. Méd. Comp.	14	51,9	15	29,4	11	29,7	1	8,3	2	16,7	43	30,9
Ens. Sup. Inc.	1	3,7	3	5,9	0	-	1	8,3	0	-	5	3,6
Ens. Sup. Comp.	0	-	3	5,9	2	5,4	1	8,3	0	-	6	4,3
ESTADO CIVIL												
Solteira	16	59,3	13	25,5	6	16,2	1	8,3	3	25,0	39	28,0
Casada/União estável	11	40,7	37	72,5	28	75,7	11	91,7	9	75,0	96	69,1
Separada	0	-	1	2,0	3	8,1	0	-	0	-	4	2,9
RELIGIÃO												
Católica	19	70,4	39	76,5	23	62,2	11	91,7	10	83,3	102	73,4
Evangélica	8	29,6	12	23,5	14	37,8	1	8,3	2	16,7	37	26,6

A Tabela 3 apresenta as condições de vida e moradia das participantes aludidas na pesquisa, sendo que 53 (38,1%) das mulheres referiram realizar atividades remuneradas. Quanto à renda mensal individual, dessas 53 mulheres, 32 (60,4%) relataram possuir renda menor que um salário mínimo vigente, 19 (35,8%) alegaram renda de um a dois salários e 2 (3,8%) renda maior que dois salários. A maioria das mulheres nesse estrato, 36 (67,9%), residia

em casa de alvenaria, sendo que 35 (66,0%) habitavam em casa com mais de três cômodos. A água para consumo era proveniente, para 34 (64,2%) das mulheres, do abastecimento (microsistema) comunitário ou de poço particular, para 19 (35,8%) mulheres.

Das 139 mulheres, 86 (61,9%) não eram salarizadas, constituindo o maior grupo. O sustento era proveniente da renda do companheiro, da realização de serviços gerais na Vila de Porto Trombetas, prática da agricultura ou, ainda, de artesanato. Estas, em sua maioria, residiam em casa de madeira, registrando-se 51 (59,3%) mulheres e em residências com menos de três cômodo, registrando-se 61 (70,9%) mulheres (Tabela 3).

Com relação água de consumo, para os dois grupos, 85 (61,2%) mulheres recebiam água oriunda de abastecimento comunitário (microsistema). Vale ressaltar que apenas no grupo das mulheres sem remuneração, a água do rio era utilizada por 30,2% das famílias (Tabela 3).

Quanto ao meio de comunicação, o celular foi o mais utilizado, com 89 (43,0%) indicações, porém em menor proporção nas mulheres sem renda fixa, que utilizam o rádio comunitário (40,2%) ou o telefone fixo (rural). Nesta questão as pesquisadas poderiam responder mais de uma variável (Tabela 3).

Tabela 3 – Condições de vida, trabalho e moradia de mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016

VARIÁVEIS	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ATIVIDADE REMUNERADA	53	38,1	86	61,9	139	100
RENDA MENSAL INDIVIDUAL						
< 1 salário	32	60,4	-	-	32	60,4
1 a 2 salários	19	35,8	-	-	19	35,8
> 2 salários	2	3,8	-	-	2	3,8
TIPO DE MORADIA						
Alvenaria	36	67,9	26	30,2	62	44,6
Madeira	17	32,1	51	59,3	68	48,9
Palha	0	-	9	10,5	9	6,5
NÚM. CÔMODO EM CASA						
< = 3	18	34,0	61	70,9	79	56,8
> 3	35	66,0	25	29,1	60	43,2
ÁGUA PARA CONSUMO						
Abastecimento comunitário	34	64,2	51	59,3	85	61,2
Poço particular	19	35,8	9	10,5	28	20,1
Rio	0	-	26	30,2	26	18,7

(continua)

(continuação)

VARIÁVEIS	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
MEIO DE COMUNICAÇÃO						
Celular	47	62,7	42	31,8	89	43,0
Rádio comunitário/armador	16	21,3	53	40,2	69	33,3
Telefone fixo rural	12	16,0	37	28,0	49	23,7

(conclusão)

5.2 PERFIL GINECOLÓGICOS, SEXUAIS E OBSTÉTRICOS

Os resultados revelaram que a idade da primeira menstruação para 111 (79,8%) das mulheres ocorreu entre 11 e 14 anos. Já para a iniciação sexual (coitarca), observa-se que 64 (46,0%) iniciaram sua vida sexual entre 15 e 17 anos de idade. Quanto à realização do exame Preventivo do Câncer de Colo do Útero – PCCU, a maioria das mulheres (100- 71,9%) já tinha coletado o exame e 67 dessas, haviam efetuado no último ano (Tabela 4).

No que diz respeito à história pregressa de IST, um quantitativo de 79 (56,8%) das pesquisadas citou apresentar em algum momento sinais e sintomas, sendo os mais frequentes o corrimento anormal e a dor pélvica, em todas as faixas etárias, já a ferida genital e a verruga genital aparecem entre as mais jovens (Tabela 4).

Tabela 4 – Aspectos ginecológicos de mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016

VARIÁVEIS	IDADE										TOTAL	
	16 20 anos**		21 30 anos		31 40 anos		41 50 anos		51 60 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MENARCA												
< 10 anos	2	7,4	1	2,0	0	-	0	-	0	-	3	2,2
11 - 14 anos	23	85,2	38	74,5	33	89,2	9	75,0	8	66,7	111	79,8
>15 anos	2	7,4	12	23,5	4	10,8	3	25,0	4	33,3	25	18,0
1º COITO												
< 12 anos	2	7,4	3	5,9	0	-	1	8,3	0	-	6	4,3
13 a 14 anos	12	44,4	17	33,3	11	29,7	0	-	5	41,7	45	32,4
15 - 17 anos	9	33,3	22	43,1	22	59,5	7	58,3	4	33,3	64	46,0
> 18 anos	0	-	9	17,6	4	10,8	4	33,3	3	25,0	20	14,4
Não aconteceu	4	14,8	0	-	0	-	0	-	0	-	4	2,9
PCCU*												
Sim	10	37,0	37	72,5	34	92,0	11	91,7	8	66,7	100	71,9

(continua)

(continuação)

VARIÁVEIS	IDADE										TOTAL	
	16 20 anos**		21 30 anos		31 40 anos		41 50 anos		51 60 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
APRESENTOU SINAIS/ SINTOMAS DE IST												
Sim	17/27	62,9	36/51	70,6	15/37	40,5	6/12	50,0	5/12	41,6	79	56,8
SINAIS/SINTOMAS												
Corrimento	10/17	58,8	12/36	38,9	11/15	73,3	6/6	100,0	4/5	80,0	43	54,4
Dor pélvica	9/17	52,9	16/36	44,4	9/15	60,0	4/6	66,7	5/5	100,0	43	54,4
Ferida genital	0/17	-	4/36	11,1	2/15	13,3	2/6	33,3	0/5	-	8	10,1
Verruga genital	2/17	11,7	4/36	5,5	0/15	-	0/6	-	0/5	-	6	7,6

(conclusão)

* Exame de prevenção do câncer cérvico uterino-PCCU

** Na faixa etária de 16 | 20 anos, considerar 23 pesquisadas.

Com relação ao número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses referido pelas mulheres, 110 (79,1%) informaram ter de um a dois parceiros (Tabela 5).

Referente ao uso de preservativo masculino nas relações sexuais, apenas 34 (25,2%) das pesquisadas informaram fazer uso sempre. Para mulheres com 40 anos ou menos, a utilização de preservativo masculino se mostrou mais frequente. Quanto ao uso do preservativo feminino, este percentual foi ainda menor, pois apenas 17 (12,6%) responderam que usavam, com distribuição semelhante em todas as faixas etárias. Entre os motivos para o não uso estava a não disponibilidade do método, com 52,5% das respostas (Tabela 5).

Tabela 5 – Comportamento sexual de mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016

VARIÁVEIS	IDADE										TOTAL	
	16 20 anos		21 30 anos		31 40 anos		41 50 anos		51 60 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nº DE PARCEIROS												
1 a 2 parceiros	17	63,0	44	86,3	30	81,1	10	83,3	9	75,0	110	79,1
3 a 4 parceiros	5	18,5	6	11,8	5	13,5	1	8,3	1	8,3	18	12,9
> 5 parceiros	1	3,7	0	-	1	2,7	1	8,3	0	-	3	2,2
Nenhum	4	14,8	1	2,0	1	2,7	0	-	2	16,7	8	5,8
USO DE PRESERVATIVO - MASCULINO*												
Não usa	6	26,1	26	51,0	28	75,7	8	66,7	10	83,3	78	57,8
Raramente usa	8	34,8	9	17,6	4	10,8	1	8,3	1	8,3	23	17,0
Sempre usa	9	39,1	16	31,4	5	13,5	3	25,0	1	8,3	34	25,2

(continua)

(continuação)

VARIÁVEIS	IDADE										TOTAL	
	16 - 20 anos		21 - 30 anos		31 - 40 anos		41 - 50 anos		51 - 60 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
USO DE PRESERVATIVO - FEMININO*												
Não	19	82,6	45	88,2	34	91,9	8	66,7	12	100	118	87,4
Sim	4	17,4	6	11,8	3	8,1	4	33,3	0	-	17	12,6
MOTIVO: NÃO USAR PRESERVATIVO - FEMININO*												
Não tenho	9	47,4	27	60,0	17	50,0	4	50,0	5	41,7	62	52,5
Não conheço	5	26,3	5	11,1	6	17,6	1	12,5	5	41,7	22	18,6
Não gosto	5	26,3	13	28,9	11	32,3	3	37,5	2	16,6	34	28,8

(conclusão)

* Nas variáveis Uso de preservativo (feminino/masculino) e Não usar preservativo - feminino, considerar 23 pesquisadas.

Buscando relacionar o uso de preservativos com o estado civil, observa-se que das 39 solteiras, 35 tiveram relação sexual, sendo que dessas 16 (45,7%) referiram fazer o uso do preservativo masculino, enquanto que das 96 casadas, apenas 16 (16,7%) informaram o seu uso, ou seja, 65 (67,7%) não a utilizam e 15 (16,7%) raramente usam (Tabela 6).

Já em relação ao uso do preservativo feminino, o percentual de mulheres casadas (13,5%) que fazem uso foi um pouco maior que as mulheres solteiras (11,4%). O motivo alegado para a não adoção do uso, no geral, foi a não disponibilidade do mesmo. Verificou-se que para as solteiras o desconhecimento foi significativo e para as casadas foi, principalmente, o fato de não gostar dele (Tabela 6).

Tabela 6 – Associação entre o estado civil e o uso do preservativo de mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016

VARIÁVEIS	ESTADO CIVIL							
	SOLTEIRA (N = 35)		CASADA (N = 96)		SEPARADA (N = 4)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
USO DO PRESERVATIVO MASCULINO								
Não usa	12	34,3	65	67,7	1	25,0	78	57,8
Raramente usa	7	20,0	15	15,6	1	25,0	23	17,0
Sempre usa	16	45,7	16	16,7	2	50,0	34	25,2
USO DO PRESERVATIVO FEMININO								
Não	31	88,6	83	86,5	4	100,0	118	87,4
Sim	4	11,4	13	13,5	0	-	17	12,6
MOTIVO – NÃO USO FEMININO								
Não conheço	12/31	38,7	10/83	12,1	0	-	22	18,7
Não gosto	9/31	29,0	25/83	30,1	0	-	34	28,8
Não tenho	10/31	32,3	48/83	57,8	4/4	100,0	62	52,5

Na Tabela 7 são descritos os dados obstétricos das 139 mulheres, sendo que 123 (88,5%) já tinham passado por algum processo gravidez. Mais da metade (50,4%) teve mais de quatro gravidezes. O número de gravidezes entre as mulheres foi de 514, com média de 4,17% por mulher (Tabela 7).

Deste número, 27 mulheres relataram 66 abortos, o que corresponde a média de 2,44 abortos por mulher.

O número de partos entre as 123 mulheres foi de 459, sendo 397 (86,5%) partos naturais, 22 mulheres relataram a realização de 62 (13,5%) cesáreas.

Dos partos naturais, 164 (41,3%) aconteceram em ambiente domiciliar e 233 (58,7%) em âmbito hospitalar (Tabela 7).

Tabela 7 – Dados obstétricos das mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016

VARIÁVEL	N	%
NÚMERO DE GRAVIDEZ		
1 3	61	49,6
4 6	51	41,4
7 8	11	9,0
TIPOS DE PARTOS (N=459)		
Natural	397	86,5
Cesárea	62	13,5
LOCAL DO PARTO (N=397)		
Natural-Domicílio	164	41,3
Natural-Hospitalar	233	58,7

Tabela 8 – Aquisição de conhecimento de mulheres quilombolas sobre as IST, Rio Trombetas (PA), 2016

VARIÁVEIS	IDADE										TOTAL	
	16 20 anos		21 30 anos		31 40 anos		41 50 anos		51 60 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
INFORMAÇÕES IST												
Sim	19	70,4	36	70,6	28	75,7	9	75,0	4	33,3	96	69,1
FONTE DE INFORMAÇÕES *												
Posto de saúde	9/19	47,7	16/36	44,4	8/28	28,6	0/9	-	1/4	25,0	34	27,0
Escola	9/19	47,7	18/36	50,0	10/28	35,7	1/9	0,1	2/4	50,0	40	31,7
Trabalho	0/19	-	1/36	2,7	1/28	3,6	0/9	-	0/4	-	2	1,6
Roda de conversa	0/19	-	2/36	5,5	11/28	39,3	1/9	0,1	0/4	-	14	11,1
Outros	4/19	21,6	7/36	19,4	17/28	60,7	7/9	0,7	1/4	25,0	36	28,6

* Múltiplas respostas

5.3 SABERES E PRÁTICAS SOBRE IST/HIV/AIDS

Para detectar os saberes e práticas relativas às IST/HIV/aids no grupo estudado, foram suscitadas indagações relativas às suas formas de transmissão e fonte de informações, esses resultados encontram-se descritos na Tabela 8.

No que tange à aquisição de conhecimento, 96 (69,1%) já haviam recebido informações sobre IST e as fontes de maior evidência foram: o posto de saúde na cidade de Oriximiná (71,9%), a escola (28,5%) e outras fontes (igrejas e associações) (Tabela 8).

Quanto aos saberes sobre as IST, descritas na Tabela 9, verificou-se que pouco mais da metade, 77 (55,4%), respondeu à alternativa correta e que a prevenção é feita através do uso da camisinha, com 112 (80,6%) registros. Vale salientar que quatro mulheres consideraram a pílula anticoncepcional como uma forma de prevenção e que 42,4% não souberam indicar o que são IST.

Pouco mais da metade, 90 (64,7%), alegou saber como as IST são veiculadas, sendo que 55 (43,0%) têm consciência que a via de transmissão pode ser através da relação sexual sem proteção, 37 (28,9%) com o uso de seringa contaminadas, 55 (43,0%) com leite materno, 19 (14,8%) através do contato com secreção vaginal e 17 (13,3%) com secreção uretral, todavia, observou-se ainda um alto índice de mulheres que desconhecem ou não souberam responder a questão (35,3%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Saberes das mulheres quilombolas sobre as IST/HIV/aids, Rio Trombetas (PA), 2016

VARIÁVEIS	IDADE										TOTAL	
	16 20 anos		21 30 anos		31 40 anos		41 50 anos		51 60 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SABER SOBRE IST												
Doença transmitida através da relação sexual sem proteção	12	44,4	33	64,7	23	62,2	6	50,0	3	25,0	77	55,4
Doença de homossexual/gay	1	3,7	2	3,9	0	-	0	-	0	-	3	2,2
Não sei	14	51,9	16	31,4	14	38,0	6	50,0	9	75,0	59	42,4
PREVENÇÃO IST/HIV/AIDS												
Camisinha	22	81,5	42	82,3	31	83,8	10	83,3	5	58,3	110	79,1
Pílula	0	-	1	1,9	0	0	0	-	3	8,3	4	2,9
Não sabe	5	18,5	8	15,7	6	16,2	2	16,7	4	33,3	25	18,0

(continua)

(continuação)

VARIÁVEIS	IDADE										TOTAL	
	16 - 20 anos		21 - 30 anos		31 - 40 anos		41 - 50 anos		51 - 60 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SABER/FONTE DE TRANSMISSÃO												
Sim	17	63,0	37	72,5	26	70,2	6	50,0	4	33,3	90	64,7
FONTE												
Relação sem uso de proteção	16/17	94,1	37/37	100	26/26	100	6/6	100	4/4	100	55	43,0
Seringa contaminada	9/17	52,9	25/37	67,6	16/26	61,5	4/6	66,7	1/4	25,0	37	28,9
Leite materno	1/17	5,9	6/37	16,2	6/26	23,1	3/6	50,0	1/4	25,0	55	43,0
Secreção vaginal	7/17	41,2	15/37	40,5	11/26	42,3	3/6	50,0	1/4	25,0	19	14,8
Secreção uretral	2/17	11,8	8/37	21,6	6/26	23,1	2/6	33,3	1/4	25,0	17	13,3

(conclusão)

Ao descrever a percepção de risco individual e comunitário para contrair as IST/HIV/aids, apenas 62 (44,7%) das mulheres consideraram que existia risco em contraí-las, que se acentua com a infidelidade do parceiro (45,2%). Apesar de se considerarem em risco, as mesmas classificam o grau individual de exposição a possível infecção em baixo risco (64,6%) e apenas 8,1% classificam em alto risco (Tabela 10).

Chama atenção o fato de que 9,6% das mulheres asseguraram não ter risco nenhum para contrair uma IST/HIV/aids. Concomitantemente, quando questionadas se teriam relação “sem camisinha” há uma contradição à percepção de risco pessoal, pois 66,9% (93) afirmaram que sim, aumentando desta forma a possibilidade de contrair as IST/HIV/aids (Tabela 10).

Referente a percepção do risco da comunidade para IST/HIV/aids, 47,5% classificaram como baixo, 15,8%, médio e 14,4% como alto (Tabela 10).

Tabela 10 – Autopercepção de risco para infecção por IST/HIV/aids das mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016

VARIÁVEIS	IDADE										TOTAL	
	16 - 20 anos		21 - 30 anos		31 - 40 anos		41 - 50 anos		51 - 60 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
RISCO PESSOAL												
Sim	10	37,1	24	47,1	12	32,4	9	75,0	7	58,3	62	44,7
Não	14	51,8	19	37,2	13	35,2	3	25,0	3	25,0	52	37,4
Não Sabe	3	11,1	8	15,7	12	32,4	0	-	2	16,7	25	17,9

(continua)

(continuação)

VARIÁVEIS	IDADE										TOTAL	
	16 - 20 anos		21 - 30 anos		31 - 40 anos		41 - 50 anos		51 - 60 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MOTIVO DO RISCO												
Infidelidade do parceiro	2/10	20,0	10/24	41,6	5/12	41,7	5/9	55,5	6/7	85,7	28	45,2
Não sabe explicar	6/10	60,0	6/24	25,0	3/12	25,0	0/9	-	0/7	-	15	24,1
Não uso camisinha	1/10	10,0	1/24	4,2	3/12	25,0	0/9	-	0/7	-	5	8,2
Outros	1/10	10,0	7/24	29,2	1/12	8,3	4/9	44,4	1/1	14,3	14	22,5
GRAU DE RISCO PESSOAL												
Alto	2/10	20,0	0/24	-	0/12	-	2/9	22,2	1/7	14,3	5	8,1
Baixo	8/10	80,0	16/24	66,7	7/12	58,3	5/9	55,6	4/7	57,1	40	64,6
Médio	0/10	-	4/24	16,7	1/12	8,3	0/9	-	0/7	-	5	8,1
Não sabe	0/10	-	3/24	12,5	2/12	16,7	0/9	-	1/7	14,3	6	9,6
Nenhum	0/10	-	1/24	4,1	2/12	16,7	2/9	22,2	1/7	14,3	6	9,6
RELAÇÃO SEXUAL SEM CAMISINHA												
Sim	14	51,8	37	72,6	26	70,3	8	66,7	8	66,7	93	66,9
Não	13	48,2	10	19,6	9	24,3	4	33,3	3	25,0	39	28,1
Não Sabe	0	-	4	7,8	2	5,4	0	-	1	8,3	7	5,0
GRAU DE RISCO COMUNITÁRIO												
Alto	3	11,1	4	7,8	6	16,2	3	25,0	4	33,3	20	14,4
Baixo	14	51,9	28	54,9	15	40,5	6	50,0	3	25,0	66	47,5
Médio	5	18,5	11	21,6	4	10,8	2	16,7	0	-	22	15,8
Não sabe	1	3,7	6	11,8	7	19,0	0	-	3	25,0	17	12,2
Nenhum	4	14,8	2	3,9	5	13,5	1	8,3	2	16,7	14	10,1

(conclusão)

A Tabela 11 apresenta a percepção de risco destas mulheres frente às IST/HIV/aids, de acordo com o estado civil e mostra que das 96 casadas, 46,8% das mulheres responderam estarem em risco para as infecções, 42,2% classificaram como baixo risco. Percepções semelhantes foram encontradas nas mulheres solteiras, sendo que 16 (41,0%) consideraram estar em risco, e que risco pessoal é baixo (62,6%) (Tabela 11).

Tabela 11 – Associação entre o estado civil e autopercepção de risco para IST/HIV/aids de mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016

VARIÁVEIS	ESTADO CIVIL							
	SOLTEIRA (N = 39)		CASADA (N = 96)		SEPARADA (N = 4)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RISCO PESSOAL								
Sim	16	41,0	45	46,8	1	25,0	62	44,6
Não	19	48,7	31	32,3	2	50,0	52	37,4
Não Sabe	4	10,3	20	20,8	1	25,0	25	18,0
GRAU DE RISCO PESSOAL-SIM								
Alto	3	18,8	2	4,4	0	-	5	8,1
Baixo	10	62,6	19	42,2	0	-	29	46,8
Médio	1	6,2	3	6,7	1	100	5	8,1
Não Sabe	1	6,2	10	22,2	0	-	11	17,7
Nenhum	1	6,2	11	24,4	0	-	12	19,4

Em relação ao conhecimento sobre aids apresentado na Tabela 12, 59,7% (83) das mulheres responderam saber o que é aids, este conhecimento é menor no grupo com maior idade (33,3%). O significado da aids descrito pelas mulheres, foi que: é uma “Doença que destrói o sistema de defesa do organismo causando a morte” (84,3%) e síndrome da imunodeficiência adquirida (4,8%). Os outros conceitos tais como: doença de homossexual/gay, doença sem cura e outros também, foram colocados pelas mulheres (Tabela 12).

Tabela 12 – Conhecimento sobre aids das mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016

VARIÁVEIS	IDADE										TOTAL	
	16 20 anos		21 30 anos		31 40 anos		41 50 anos		51 60 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SABER SOBRE AIDS												
Sim	16	59,7	33	64,7	24	64,9	6	50,0	4	33,3	83	59,7
Não sabe	11	40,7	18	35,3	13	35,1	6	50,0	8	66,7	56	40,3
SIGNIFICADO DA AIDS (N = 83)												
Doença que causa a morte	16	59,6	26	51,0	20	54,1	5	41,7	3	33,3	70	84,3
Doença de Homossexual	0	-	1	1,9	0	-	0	-	0	-	1	1,2
Síndrome da imunodeficiência adquirida	0	-	2	3,9	2	5,4	0	-	0	-	4	4,8

(continua)

(continuação)

VARIÁVEIS	IDADE										TOTAL	
	16 20 anos		21 30 anos		31 40 anos		41 50 anos		51 60 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doença com tratamento	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	-
Doença que passa pelo sexo	2	7,4	1	1,9	1	2,7	0	0	0	-	4	4,8
Doença sem cura	0	0	1	1,9	1	2,7	0	0	0	-	2	2,4
Não soube explicar	1	3,7	0	-	0	-	1	8,3	0	-	2	2,4

(conclusão)

Quanto à forma de transmissão da aids, ainda existem percepções errôneas que expressam o estigma e o preconceito frente à doença. Para 35 (25,2%) das pesquisadas, a aids é transmitida através do abraço, aperto de mão, compartilhando a mesma rede, toalhas, copo, vaso sanitário, sentando-se no mesmo local, sendo proporcionalmente mais frequente entre as jovens (16 até 20 anos). Já 25 (17,9%) das pesquisadas responderam que o contágio acontece tomando banho de rio, igarapé, piscina ou lagoa junto com uma pessoa portadora da retrovírose, igualmente nos grupos das mais jovens, com menos de 20 anos (Tabela 13).

Uma resposta que ressalta a concepção errônea do contágio foi descrita por 89 (64,1%) mulheres ao indicarem ser possível que uma pessoa pode contrair aids por picada de inseto (mosquito, pernilongo ou muriçoca), conceito este que predomina na faixa etária acima de 40 anos, estando presente em 83,3% (Tabela 13).

Ao serem questionadas se o sangue, o sêmen e o leite materno podem conter o vírus da aids, 115 (82,7%) das mulheres responderam que sim. Felizmente para 122 (87,8%) o uso do preservativo é considerado uma forma de prevenção (Tabela 13).

Tabela 13 – Conhecimento sobre a transmissão da aids das mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016

VARIÁVEIS	IDADE										TOTAL	
	16 20 anos		21 30 anos		31 40 anos		41 50 anos		51 60 anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
AFETO CORPORAL, COMPARTILHAMENTO DE UTENSÍLIOS E SANITÁRIOS												
Sim	11	40,7	15	29,4	6	16,2	1	8,3	2	16,7	35	25,2
Não	13	48,2	34	66,7	26	70,3	10	83,3	8	66,6	91	65,5
Não Sabe	3	11,1	2	3,9	5	13,5	1	8,3	2	16,7	13	9,4

(continua)

(continuação)

VARIÁVEIS	IDADE											
	16 20 anos		21 30 anos		31 40 anos		41 50 anos		51 60 anos		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BANHOS COLETIVOS												
Sim	7	29,9	5	9,8	7	18,9	3	25	3	25,0	25	17,9
Não	16	59,2	40	78,4	22	59,4	9	75	4	33,3	91	65,5
Não Sabe	4	14,8	6	11,7	8	21,6	0	-	5	41,6	23	16,6
SECREÇÕES CORPÓREAS												
Sim	22	81,5	43	84,3	33	89,1	9	75	8	66,7	115	82,8
Não	1	3,7	4	7,8	1	2,7	-	5	1	8,3	7	5,0
Não Sabe	4	14,8	4	7,8	3	8,1	3	25	3	25,0	17	12,2
PICADA DE INSETOS												
Sim	13	48,2	31	60,8	27	73,0	10	83,3	8	66,7	89	64,1
Não	7	25,9	14	27,5	6	16,2	2	16,7	2	16,6	31	22,3
Não Sabe	7	25,9	6	11,7	4	10,8	0	-	2	16,6	19	13,6
RELAÇÃO SEM CAMISINHA												
Sim	23	85,2	49	96,1	31	83,8	10	83,3	9	75,0	122	87,8
Não	2	7,4	0	-	5	13,5	0	-	1	8,3	8	5,7
Não Sabe	2	7,4	2	3,9	1	2,7	2	16,7	2	16,7	9	6,5

(conclusão)

5.4 SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE NA COMUNIDADE

Em relação aos serviços de saúde, verificou-se que todas as pesquisadas afirmaram sua inexistência na comunidade, ressaltando a disponibilidade somente do ACS. A conduta tomada quando estão doentes é a de usarem remédios caseiros, como chás (58,3%), dirigirem-se ao hospital (35,7%) e à farmácia (5,0%) da cidade de Oriximiná ou na Vila de Porto Trombetas (Tabela 14).

Tabela 14 – Serviços e ações de saúde nas comunidades quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016

VARIÁVEIS	N = 139	%
SERVIÇO DE SAÚDE DISPONÍVEL NA SUA COMUNIDADE		
Não tem	139	100,0
CONDUTA QUANDO ESTÁ DOENTE		
Tomar remédio caseiro	81	58,3
Vai ao hospital na cidade	51	36,7
Vai à farmácia na cidade	07	5,0

No que concerne às atividades educativas de prevenção relacionadas às IST/HIV/aids descritas na Tabela 15, as mesmas são realizadas em modelo de palestras e menos da metade (48,9%) das pesquisadas informaram já ter participado de alguma atividade.

Essas atividades em algumas localidades ocorreram anualmente (82,3%), sendo realizadas pelo profissional enfermeiro da cidade (36,8%), pelos ACS (25,0%) e por estagiários de cursos técnicos (38,2%) que colaboram com esta atividade, através de ações do hospital de Porto Trombetas ou do Projeto Quilombo (Tabela 15).

Tabela 15 – Atividades educativas de prevenção às IST desenvolvidas nas comunidades quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016

VARIÁVEIS	N	%
ATIVIDADE DE PREVENÇÃO		
		(N = 139)
Sim	68	48,9
FREQUÊNCIA DAS ATIVIDADES		
Anual	56	82,3
Mensal	08	11,8
Semestral	04	5,9
RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE		
		(N = 68)
ACS	17	25,0
Enfermeiros	25	36,8
Outros (estagiários)	26	38,2

A respeito da realização do teste de HIV, 103 (74,1%) mulheres efetuaram o teste em alguma oportunidade, sendo que 70 (67,9%) realizaram nos últimos três anos. Com relação ao local de realização do teste, 88 (85,4%) fizeram no posto de saúde da cidade e 4 (3,9%) em ações na comunidade, entretanto, 11 (10,7%) fizeram o teste em entidade privada, disponibilizada pelo hospital da vila de Porto Trombetas (Tabela 16).

Tabela 16 – Realização do teste anti-HIV por mulheres quilombolas, Rio Trombetas (PA), 2016

VARIÁVEL	N	%
TESTE PARA HIV		
		(N = 139)
Sim	103	74,1
Não	36	25,9
LOCAL DE REALIZAÇÃO DO TESTE		
		(N = 103)
Serviço Público-Posto de Saúde	88	85,4
Serviço Público-Comunidade	04	3,9
Serviço Particular	11	10,7



Legenda: Saído da entrevista na comunidade de Terra Preta. Foto de Luana Almeida.



Legenda: Chegada na residência para entrevista na Comunidade de Serinha. Foto de Lays Oliveira.

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 CONDIÇÕES DE VIDA, TRABALHO E MORADIA DAS MULHERES QUILOMBOLAS

Buscando identificar as vulnerabilidades das mulheres quilombolas do Rio Trombetas, os resultados das entrevistas revelaram que o contexto de vulnerabilidades entrelaça as condições de vida, trabalho e moradia, assim como os dados que demonstraram o perfil, possibilitando indicar questões importantes relacionadas à saúde, modo de vida e aspectos sociodemográficos que estão estritamente relacionadas com as dimensões de vulnerabilidade das mulheres quilombolas na região Norte do Brasil.

Diante dos dados desse estudo, verificou-se que, a faixa etária mais frequente compreendeu mulheres de 21 a 30 anos. Esta média de idade também foi encontrada em um estudo que objetivou identificar a frequência e a distribuição de variáveis relacionadas à prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes no Brasil, no qual 55,0% dos pesquisados pertenciam a faixa etária de 18 a 35 anos (Silva, 2011).

Apesar dessa população ser constituída por adultos jovens, ressalta-se que os indivíduos com idade inferior à média apontada residem na cidade Oriximiná ou Santarém, pela necessidade de continuarem os estudos, portanto, não estavam presentes nas comunidades no período da pesquisa.

A maior concentração de mulheres estava na comunidade de Boa Vista, que foi uma das primeiras comunidades titulada dessa região como terra quilombola pelo o INCRA em 1995, conseqüentemente, o número de moradores desta comunidade é maior ao ser comparado com o de outras (INCRA, 2015).

Em relação à cor/raça autodeclarada, prevaleceu a negra, seguida de parda. Tal identificação já era esperada pela alusão aos princípios da formação das comunidades quilombolas na Amazônia, constituídas originalmente por escravos negros oriundos da África, que colonizaram estas terras através da fuga de seus cativos. Essas comunidades remanescentes de quilombo são grupos sociais cuja identidade étnica e racial os distingue do restante da sociedade (Funes, 2009; Madeira Filho, 2012).

Segundo o IBGE, os negros (pretos e pardos) representavam 53,6% população brasileira em 2010, sendo que a cada dez pessoas, três são mulheres negras (IBGE, 2015).

A pesquisa revelou que a maioria cursou o ensino fundamental completo, seguida daquelas que cursaram o ensino médio completo. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Albuquerque, Moço e Batista (2010) em que mais da metade das mulheres entrevistadas possuíam apenas o ensino fundamental completo/incompleto.

Esse quadro revela a baixa escolaridade das mulheres quilombolas, realidade muito comum nas comunidades da Amazônia Brasileira, uma vez que o ensino funciona em formato modular e que as escolas não disponibilizam o ensino médio. Para Artes, Ricoldi (2015) e Silva (2013) os negros apresentam menor nível de escolaridade e enfrentam as piores condições de aprendizagem escolar.

A baixa escolaridade, as desigualdades de gênero, o baixo nível socioeconômico e as disparidades regionais podem ser considerados fatores condicionantes para a vulnerabilidade individual feminina ao HIV/aids (Ribeiro et al., 2010; Arruti, 2006), na qual o conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção dessas infecções é incipiente e aumenta o risco de infecção (Garcia et al., 2008).

Verificou-se, ainda, que somente uma pequena parcela das pesquisadas possuíam o ensino superior completo, com licenciatura em Pedagogia e Geografia pelo Plano Nacional de Formação de Professores (PARFOR), respondendo a um programa do Governo Federal que foi instituído em 2009, visando ao aprimoramento dos educadores/professores em exercício na rede pública de Educação Básica (MEC, 2015).

Neste contexto, sabe-se que o PARFOR é um incentivo para o aprimoramento e continuidade dos estudos, em que as mulheres durante o processo de ensino básico contaram apenas com o ensino fundamental disponível nas comunidades, sendo o ensino médio ofertado somente na cidade. Deste modo, o programa é um instrumento importante para a melhoria na qualidade da escola pública e que para as mulheres constitui uma oportunidade para cursar o ensino superior.

O estado civil casada/união estável, declarado pela maioria, estava em consonância com a região, na qual muitos casamentos acontecem de maneira precoce, antes da maioridade das mulheres, por um processo de tradição familiar e cultural.

Nestas comunidades as mulheres jovens tendem a se relacionar com homens mais velhos, o que, segundo Braga, Cardoso e Segurado (2007), aumenta cerca de 10 vezes suas chances de desenvolver IST/aids.

Apesar de a maioria das pesquisadas ter se declarado católica, havia um percentual importante de mulheres evangélicas, evidenciando a existência de uma diversidade religiosa

nas comunidades, visto que, embora tivessem declarado as religiões convencionalmente aceitas, percebeu-se a presença de religiões afro-brasileiras como a umbanda.

Embora o trabalho doméstico, segundo Bastos (2010), seja a única alternativa para as mulheres quilombolas nas grandes cidades e a dificuldade para conseguir emprego formal na cidade está relacionada ao baixo nível de escolaridade, a condição de raça/etnia, além do isolamento geográfico acentuado pela distância, contribui para a marginalização e precarização do trabalho para essa população. Com isso muitas mulheres, além do trabalho doméstico assalariado, dedicavam-se a agricultura com a produção de farinha de mandioca e a coleta da castanha-do-pará.

A agricultura familiar é uma prática tradicional de cultivo nas comunidades, sendo essa atividade uma herança dos afrodescendentes. O plantio da matéria prima acontece em um local reservado e mais distante do ambiente do domicílio, onde a família realiza a produção dos alimentos, este processo acontece baseada em saberes tradicionais e por todos os membros da família (Fidelis, 2011; Funes, 2009).

Outra fonte de renda predominante nas comunidades é a coleta da castanha-do-pará, atividade sazonal que ocorre nos meses chuvosos, entre dezembro e maio, período chamado de “inverno amazônico”, sendo o extrativismo fonte de lucro sazonal, para o povo quilombola, além de garantir de alimento para a família (Becker, 2013; Funes, 2009).

Ao contextualizar as condições de vida e moradia das mulheres quilombolas assalariadas, ficou evidenciado que as mesma residiam em casa de alvenaria, com mais de três cômodos, com água para consumo proveniente do abastecimento comunitário ou poço artesiano particular e que o celular era o meio de comunicação mais utilizado.

Já para aquelas que não exerciam atividade remunerada, a agricultura de subsistência é uma oportunidade de trabalho e complementação da renda familiar, por meio do plantio de frutas, hortaliças, mandioca, feijão e criação de galinhas e porcos, os quais são comercializadas na feira da vila de Porto Trombetas e na cidade de Oriximiná.

Para essas, as casas eram de madeira, com um número menor que três cômodos, a água para consumo era proveniente do abastecimento comunitário ou do rio e se utilizavam do rádio comunitário, além do celular.

A descrição acima nos leva a refletir que havia uma diferença acentuada entre mulheres com atividade remunerada e aquelas sem remuneração, o que já era esperado e visível durante o processo de pesquisa de campo, uma vez que se presume que as mulheres que exerciam

atividade remunerada teriam meios para providenciar uma melhor condição de conforto material para seus familiares.

Silva (2015) e Freitas et al. (2011) ressaltam que a população quilombola no Brasil faz parte de uma parcela da sociedade em que as oportunidades de educação, trabalho e saúde são limitadas ou ausentes, favorecendo a vulnerabilidade a vários fatores. A pobreza e a desigualdade de gênero são exemplos de fatores econômicos ou sociais que podem ampliar a vulnerabilidade dos indivíduos em várias áreas do viver e trabalhar.

6.2 PERFIL GINECOLÓGICO, SEXUAL E OBSTÉTRICO DAS MULHERES QUILOMBOLAS

A idade da primeira menstruação das mulheres quilombolas variou entre 11 e 14 anos, a mesma faixa etária encontrada no estudo de Prates et al. (2014). No Brasil, a menarca acontece entre 12,5 e 13 anos, sendo este um fenômeno representativo e o principal marco biológico de maturação sexual para a mulher (Brasil, 2010).

No contexto da iniciação sexual, observou-se que a maioria das pesquisadas iniciou a prática sexual entre 15 e 17 anos, com maior incidência aos 15 anos, ou seja, ainda no período caracterizado como adolescência¹ e marcado por profundas transformações estruturais/corporais, hormonais e experiências inerentes à sexualidade feminina (Hugo et al., 2011; Martins et al., 2015).

O início da prática sexual acontece com mais frequência antes do casamento e o uso do preservativo é adotado pelas que se declararam católicas. Para esta população a sexualidade faz parte do cotidiano e a valorização do cuidado, o consentimento do casal e a maturidade para optar pelo início da vida sexual é responsabilidade de cada um (Silva, Paiva, Parker, 2013).

Já entre a população evangélica, a prática sexual é reservada para depois do casamento, independentemente da idade do casal, sendo este um meio de segurança no eixo de fidelidade. Além disso, o sexo antes do casamento é considerado “pecado” e configurado como um ato ilícito pela comunidade evangélica (Coutinho, Ribeiro, 2014).

A participação e assiduidade em grupos religiosos tem sido indicada como uma alternativa importante de afinidade para população, em especial para os jovens, acontecendo

¹ *Adolescência: período que se estende dos 10 aos 19 anos de idade (UNICEF, 2011).*

nesses locais a troca de experiência de vida, servindo também como base para orientação no contexto da vida sexual e reprodutiva (Coutinho, Ribeiro, 2014; Silva, Paiva, Parker, 2013).

A maioria das mulheres deste estudo já havia realizado o PCCU, sendo que a metade havia efetuado esse exame no último ano. O MS preconiza a realização do PCCU em todas as mulheres que já tiveram relação sexual, dado que o início da prática sexual aumenta a exposição da mulher às IST/HIV/aids (Brasil, 2002; Brasil, 2013).

Entre as IST, o HPV é o mais grave por ser precursor do câncer uterino e sua detecção precoce é de suma importância para reduzir a morbimortalidade das mulheres com vida sexual ativa (Souza, Costa, 2015). De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a persistência da infecção pelo HPV com altas cargas virais representa o principal fator para o desenvolvimento do câncer de colo do útero (Brasil, 2002).

Ressalta-se que, apesar de todas as dificuldades encontradas no contexto local, pela ausência de UBS nas comunidades para a realização do PCCU, o número de mulheres com o exame atualizado é alto. A justificativa tem relação com os programas de distribuição de renda, como o bolsa família, que condiciona o recebimento do benefício à realização periódica do exame de PCCU (Souza, 2011).

A despeito disso, mulheres quilombolas do estado Bahia apresentaram baixa adesão ao PCCU (Amorim et al., 2013). Dentre os fatores de não adesão, pode-se destacar: possuir mais de 50 anos, baixo nível socioeconômico, estar na fase de climatério ou menopausa e não ter cônjuge (Boa Sorte, Nascimento, Ferreira, 2016).

As IST são as infecções mais comuns nos segmentos mais pobres da população no Brasil, pois a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico precoce e tratamento para a população com menor poder econômico favorece o agravamento do quadro de manifestações clínicas dessas infecções, o que potencializa o risco de infecção pelo vírus HIV (Farias, Silva, 2015).

A sintomatologia relacionada às IST mais prevalentes entre as participantes deste estudo foi o corrimento vaginal e a dor pélvica. Vale ressaltar que, em menor proporção, as verrugas e as feridas genitais também foram citadas por essas mulheres.

O corrimento vaginal não é expressão de uma verdadeira IST, todavia deve ser investigado para a conclusão do diagnóstico, pois o tratamento das IST tardio predispõe a mulher a doenças crônicas graves (Brasil, 2008).

O número de parceiros sexuais das mulheres pesquisadas variou de um a dois nos últimos 12 meses, conforme referido. Esse item mostra um certo preconceito, pois o fato de ter mais

parceiros declarados poderia evidenciar um comportamento diferente, não aprovado pelo próprio grupo de mulheres participantes da pesquisa. Percebeu-se, durante as observações do trabalho de campo e em conversas informais, que esse número poderia ser maior. Para Lara e Abdo (2014), o número de parceiros sexuais tem sido associado à maior frequência de comportamento sexual de risco, sendo este um indicador de aumento da possibilidade de contato com um portador do agente infeccioso.

A prática de manter o relacionamento por um longo tempo é algo do passado entre as mulheres quilombolas desta região. Na atualidade é muito comum o processo de separação do casal, que se deve, segundo seus próprios comentários, à infidelidade masculina.

Nesse contexto, mulheres solteiras e que não possuíssem parceiro fixo utilizaram mais o preservativo masculino do que as casadas e com parceiro fixo, que informaram não fazer o uso do condom nas relações sexuais. O uso do preservativo masculino e feminino entre as entrevistadas foi relativamente baixo, independente da faixa etária e da comunidade em que residiam.

Dentre os fatores apontados para o não uso, as participantes declararam a indisponibilidade dos preservativos, o que, segundo Nicolau et al. (2011), torna as mulheres quilombolas mais vulneráveis a adquirir uma IST/HIV/aids.

O uso do preservativo masculino nas relações por mulheres jovens e solteiras foi difícil e para as casadas, ainda mais complicado, ao se considerar a relação de confiança e proteção com o companheiro, além da fidelidade estabelecida entre o casal (Santos, 2016; Silva, Vargens, 2009). A convivência e a intimidade estabelecida no cotidiano do casal parecem afastar o preservativo das relações sexuais, favorecendo desta maneira a crescente vulnerabilidade feminina (Garcia et al., 2008).

Santos et al. (2015) afirmaram que, na atualidade, a mulher brasileira está sendo contaminada por seu parceiro fixo. A confiança, a afeição e a falta de poder de barganha para o uso do preservativo são balizadores nas relações sexuais, à medida que se estabelece um elo de confiança com o outro, o uso do preservativo torna-se secundário (Faria, Silva, 2015; Albuquerque, Moço, Batista, 2010).

Além disso, mulheres negras com parceiro único e fixo na maioria das relações são submissas às práticas sexuais desprotegidas por não terem diálogo com seus companheiros, tornando-se mais vulneráveis à infecção pelo o vírus HIV e outras IST (Ribeiro et al., 2008).

Em relação ao preservativo feminino, as mulheres não conheciam ou não gostavam de utilizá-lo. O preservativo feminino é um contraceptivo de barreira que pode ser usado durante

a relação sexual com o intuito de reduzir a probabilidade de ocorrência de gravidez ou de contrair IST, ele surgiu como uma alternativa que promove a autonomia das mulheres para o sexo seguro, dependendo menos da atitude do parceiro (Albuquerque et al., 2015; Acosta, Costa, Gomes, 2015).

Outros relatos que justificaram a não continuidade do uso preservativo feminino nas relações seguintes foram: dificuldade de manuseio no início e no final do ato sexual, emissão de ruídos na hora do ato, indisponibilidade do preservativo na hora da relação sexual, necessidade do homem de realizar logo a penetração, diminuição do prazer e da lubrificação, incômodo do anel interno, perda de sensibilidade e alergias no canal vaginal.

A baixa adesão pode ser justificada pela dificuldade de acesso ao método e sua baixa distribuição nos serviços de saúde, além da insegurança na colocação e dificuldade de dialogar com o parceiro sobre seu uso (Costa et al., 2014).

No Brasil a distribuição do preservativo masculino é mais comum, sendo em média oito vezes maior do que a de preservativo feminino, o que provoca uma dicotomia de poder entre homens e mulheres, na qual a mulher não tem autonomia sobre o seu próprio corpo, cabendo ao homem a decisão sobre o método a ser utilizado na relação sexual (Gomes et al., 2011; Brasil, 2005).

No que concerne ao preservativo feminino, infelizmente, sabe-se que ainda é pouco disponibilizado pelo MS na região quilombola. Na área pesquisada se observou que muitas mulheres nunca o tinham visto, ou seja, a baixa disponibilidade do método potencializa a ausência de liberdade na vida sexual, comprometendo o poder de decisão para a proteção e conduzindo a mulher uma situação de maior vulnerabilidade às IST (Acosta, Costa, Gomes, 2015).

A dependência afetiva e o medo de perder o parceiro representam outros fatores que estão relacionado às questões de gênero e que se configuram como barreiras para a adesão e negociação de uso do preservativo feminino, tornando a mulher mais vulnerável a práticas sexuais inseguras (Silva, Vargens, 2009).

Santos (2016) enfatiza que a subalternidade de gênero é um determinante na vulnerabilidade feminina, na qual para o uso do preservativo é necessária uma negociação com o parceiro. Desta maneira, Silva, Lopes e Vargens (2010) descrevem também que a trajetória histórico-social e a crença do romantismo contribuem para a vulnerabilidade às IST/HIV/aids.

Assim, nota-se que a desigualdade de gênero historicamente construída também contribui para a disseminação das IST/HIV/aids, visto que ela pode aumentar as taxas de infecção e

reduzir a capacidade de as mulheres lidarem com a epidemia, constituindo um fator de ampla vulnerabilidade para essas mulheres (Costa, 2016).

Diante dos dados encontrados, fica evidente que para as mulheres quilombolas o casamento pode ser um meio que garante a proteção as IST/HIV/aids. O fato de estarem casadas proporciona a essas mulheres uma sensação de segurança, fazendo com que pressuponham estarem protegidas dessas patologias.

Quanto aos aspectos ginecológicos e obstétricos, a maioria apresenta história de gravidez positiva, processo muito comum na população quilombola, na qual a maternidade figura como traço cultural (Grupioni, Andrade, 2015).

A falta de habilidade feminina para utilizar ou negociar o uso do preservativo, devido às desigualdades de poder com base no gênero, a atividade sexual precoce, a não adoção de práticas sexuais seguras, a discriminação racial, o menor acesso à renda, emprego e educação, a ausência de políticas públicas direcionadas à população de mulheres quilombolas são fatores que potencializam também a infecção pelas IST/HIV/aids, favorecendo a vulnerabilidade das mulheres, independente da sua raça ou idade para tais infecções (Santos, 2016; Costa, 2013; Faria, Silva, 2013).

6.3 SABERES E PRÁTICAS SOBRE IST/HIV/AIDS DE MULHERES QUILOMBOLAS

A maioria das mulheres já havia recebido algum tipo de informação sobre IST, sendo a escola o local de maior concentração dessa prática educativa, seguida pelas igrejas locais e associações. Ainda que a informação seja veiculada principalmente nas escolas, ela pode ser considerada insuficiente e pouco apreendida pelas mulheres.

Neste contexto, apesar de as mulheres possuírem informações sobre IST/HIV/aids, o uso do preservativo ainda é baixo na população sexualmente ativa, independentemente do seu estado marital.

Sobre o conhecimento das IST, observa-se que a maioria das mulheres conhecia as formas de prevenção, afirmando que o preservativo é um método eficaz e efetivo para a prevenção dessas patologias.

As formas de transmissão das IST, de acordo com as mulheres quilombolas, estariam relacionadas à relação sexual sem preservativo, seguida de uso de seringas contaminadas, de contaminação através do contato com secreção vaginal e/ou secreção uretral.

Este fato chama atenção, haja vista que mesmo as pesquisadas possuindo conhecimento de que o ato sexual sem proteção aumenta as chances de transmissão das IST, elas, em sua maioria, não utilizam o preservativo. Essa informação vai ao encontro do estudo de Silva e Oliveira (2015), no qual a maioria julgou ter um conhecimento satisfatório, porém 38,7% disseram não fazer o uso de preservativo durante a relação sexual. Além disso, há relatos de que o preservativo deixa a relação fria, tira a sensibilidade e atrapalha o desempenho sexual do homem (Riscado, Oliveira, Brito, 2010).

Estes relatos negativos do uso do preservativo foram evidenciados também em um estudo referente a vulnerabilidade de mulheres negras ao HIV/aids em comunidade de remanescentes de quilombo (Taquette, Meirelles, 2013; Riscado, Oliveira, Brito, 2010).

Mesmo diante do conhecimento sobre a prática sexual e os métodos de prevenção das IST/HIV/aids, existe uma preocupação com esta população, uma vez que ela se encontra em meio a diferentes situações que podem contribuir para o aumento da potencialidade da vulnerabilidade, entre os quais se destaca a ausência de serviços de orientações e de saúde.

Apesar de a maioria das participantes ter afirmado possuir informações sobre as IST/HIV/aids, ainda houve relatos, principalmente entre as mulheres na faixa etária de 41 a 56 anos, do significado inadequado da sigla, formas incorretas de transmissão e prevenção, além de respostas comuns na região produzidas pelo imaginário popular, como a de “doença do macaco”, “doença de cachorro”, “doença de gay” entre outras.

A carência de informações a respeito das IST são fatores que favorecem as concepções errôneas e influenciam diretamente o comportamento feminino. Tais equívocos conceituais podem ser fundamentados em elementos culturais como, por exemplo, crenças, mitos e tabus que apresentam grande significado para os indivíduos, não representando fontes corretas e confiáveis de informações (Panobianco et al., 2013; Santos, 2014).

Um número significativo de mulheres quilombolas acima de 40 anos acreditava que a pílula anticoncepcional prevenia as IST. Em um estudo referente à prevenção de DST, realizado no Rio Grande do Sul, esta resposta equivocada também foi encontrada, além da indicação de mulheres que acreditam que na primeira relação sexual não existe a possibilidade de adquirir doenças (Sehnem et al., 2014).

Analisando a variável fonte de transmissão, a maioria das mulheres afirmou conhecer como as IST são transmitidas, mostrando que grande parte delas têm consciência que uma das vias de transmissão é a relação sexual sem proteção, seguida do uso de seringa contaminadas, através do contato com secreção vaginal e/ou de secreção uretral. Todavia, é notório salientar que o número de mulheres que desconhece as vias de transmissão dessas patologias ainda é considerado alto.

Para Fontes et al. (2017), o alto grau de vulnerabilidade às IST/aids, a falta de informação adequada e outros agravos estão relacionados à ausência de uma política de saúde mais efetiva e de um trabalho educativo permanente junto à população.

Ressalta-se que o acesso à informação adequada ainda se encontra vinculado à educação formal, aos serviços de saúde e aos meios de comunicação disponíveis, os quais dependem da disponibilidade de renda que permita aos cidadãos a ter acesso a eles (Boa Sorte, Nascimento, Ferreira, 2016). No contexto da população quilombola da região Amazônica, essa disponibilidade é distante.

Em estudo realizado nas comunidades quilombolas de Santarém-PA, ficou demonstrado que essas comunidades têm acesso parcial às informações sobre HIV/aids, porém, a quantidade e a qualidade dessas informações não são suficientes para garantir a compreensão sobre o risco de infecção e o autocuidado referente à prevenção destas doenças (Melo, 2014).

Diante da ausência de educação de qualidade, de serviços de saúde e de informações adequadas supõe-se que as mulheres quilombolas se encontram fortemente expostas a condições de vida desfavoráveis, implicando em níveis mais altos de vulnerabilidade às IST/HIV/aids. Portanto, fica evidente a necessidade de ampliar os olhares sobre essa temática, além de incentivar a adoção de práticas educativas participativas e emancipatórias, no contexto dos serviços de saúde, com vistas a melhorar a realidade dessas mulheres.

As mulheres ainda vivenciam a contingência de terem menos informações sobre IST/HIV/aids, assim como menos recursos para adotar medidas preventivas adequadas. Entre essas medidas citam-se as barreiras para negociação do sexo seguro, influenciada pela desigualdade histórica de poder com o parceiro e a sua dependência econômica, de certa forma, limitam o acesso a informações adequadas e atualizadas (Costa, 2016).

Na percepção de risco individual para as IST/HIV/aids, a maioria das pesquisadas considerou que existe o risco de se contrair uma IST/HIV/aids e que este risco é acentuado pela infidelidade do parceiro.

Ribeiro et al. (2010) mostraram que mulheres negras apresentam maior probabilidade de serem mal informadas e de se auto perceberem sem risco de infecção ao serem comparadas com mulheres brancas. Para Figueiredo et al (2013), um estudo com mulheres casadas revelou que as mesmas identificaram o casamento como uma proteção contra IST/HIV/aids, considerando ainda que esta patologia atinge somente gays, travestis e prostitutas e quem não possuía parceiro fixo.

Estes aspectos reforçam as condições de vulnerabilidade individuais que esta população está sujeita. Neste sentido, algumas mulheres acreditam que existe o risco pessoal para a contrair uma IST/HIV/aids mas, as mesmas classificaram esse risco como baixo.

O que chama atenção, é que ainda há mulheres que asseguram não ter risco nenhum para contrair uma IST/HIV/aids, pois reafirmam que “transariam sem camisinha”, aumentando a vulnerabilidade para as IST/HIV/aids.

Dessa forma, Mesenburg (2012, p.65) revelou que 40% das pesquisadas em seu estudo achavam impossível serem contaminadas com uma IST ou aids e descreve, ainda, que a “autopercepção de vulnerabilidade não é um bom indicador, pois as mulheres não identificam corretamente seu nível de risco”.

A vulnerabilidade feminina esteve também associada a eventos extraconjugais, principalmente por parte dos homens, sendo que as mulheres sabem destes eventos de infidelidade e os aceitam por considerar como uma necessidade do sexo masculino e não efetivam a cobrança do uso do preservativo, contribuindo, assim, para a aquisição de uma IST (Figueiredo et al., 2013; Silva, Vargens, 2009).

Constatou-se que um percentual alto destas mulheres sabia o real significado da aids, tendo sido definida inclusive como “Doença que destrói o sistema de defesa do organismo causando a morte”, sabia onde poderiam ser encontrados o agente causador da doença nos organismos, assim como as formas de prevenção.

Respostas similares foram encontradas em um estudo sobre conhecimento e atitudes de mulheres sobre a aids, no qual 57,0% das pesquisadas a definiram como uma doença sexualmente transmissível perigosa, fatal e que destrói o organismo (Scherer, Coelho, Santos, 2011).

No tocante à forma de transmissão da aids, ainda existem respostas errôneas que expressam o estigma e o preconceito frente à doença. As mulheres com idade abaixo de 30 anos acreditam que a aids é transmitida através do abraço, aperto de mão, compartilhando a mesma rede, toalhas, copo, vaso sanitário, sentando no mesmo local. Já as mulheres com idade menor

que 20 anos responderam que a transmissão pode acontecer tomando banho de rio, igarapé, piscina ou lagoa junto com uma pessoa portadora da doença, resultados que mostram como estas mulheres estão mal informadas quanto à doença, necessitando de intervenções educativas urgentes, tanto no ensino fundamental como nas instituições de saúde que atendam a esta população.

O conhecimento adequado sobre a IST/aids, em especial sobre sua forma de transmissão e prevenção, facilita o entendimento para prevenção e proteção, assim como diminui a vulnerabilidade na exposição ao vírus HIV pelas mulheres. Vale ressaltar que tanto no Brasil quanto na América Latina, a aids é cada vez mais feminina, mais jovem e pobre. A síndrome afeta cada vez mais mulheres que adquirem o vírus em suas próprias casas através dos maridos ou companheiros (Dornelas Neto et al., 2013; Scherer, Coelho, Santos, 2011).

O conhecimento que as mulheres quilombolas apresentaram em relação a aids é de suma importância, pois pode ser um fator que exerce influência sobre o aumento da incidência da doença nesse segmento da população, com cultura e condições de vida diferenciadas de outros estratos populacionais.

6.4 SERVIÇOS DE SAÚDE NAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Como já relatado, não há disponibilidade de serviços de saúde na comunidade e quando necessário buscam a Vila de Porto Trombetas, ainda que nesta última, o atendimento é feito somente para os dependentes dos funcionários da mineradora, daí acessarem mais frequentemente a cidade de Oriximiná.

Para a resolução de qualquer problema de saúde é necessário o deslocamento fluvial por conta própria até a cidade, soma-se a isso o fato de a viagem ser desgastante e longa e a inexistência de transporte público na região, dificultando ainda mais a resolução de problemas.

Diante do descaso do poder público em oferecer serviço básico de saúde, evidenciado pela sua ausência nas comunidades, a maioria das mulheres quilombolas, em situação de doença, utilizava remédios caseiros e as doenças eram tratadas por leigos, que atuavam baseados em conhecimentos empíricos, com uso de plantas/ervas medicinais, repassados de geração a geração (Sales, Albuquerque, Cavalcante, 2009; Cavalcante, 2011). Este descaso com a saúde também foi encontrado em um estudo realizado na comunidade quilombola de Kalunga, no estado de Goiás (Fernandes, 2015).

A ausência de serviços de saúde na comunidade e a limitação de acesso ao uso de serviços retratam desigualdades e vulnerabilidades na sociedade, em especial desta população, que vivencia um contexto diferente de escala geográfica, enfrentando grandes distâncias para acessar o serviço de saúde disponível (Stopa et al. 2017). A população de quilombo da região Amazônica está entre o grupo mais suscetível, fator esse influenciado pelo isolamento geográfico da região, assim como a disparidade no repasse de recursos financeiros para os serviços de saúde (Cavalcante, 2011).

Silva (2011) descreve que a população quilombola faz parte de uma parcela da sociedade em que as oportunidades de educação, trabalho e saúde são escassas, as situações de discriminação estão presentes e a somatória desses fatores favorece a vulnerabilidade dessa população.

Esta fragilidade em relação à equidade na saúde nas comunidades quilombolas do Brasil faz com que tais localidades permaneçam às margens dos processos inclusivos da realidade sanitária do país (Fernandes, 2015).

No que concerne às atividades de prevenção voltadas para IST/HIV/aids, as mesmas são realizadas em modelo de palestras, como referiu uma parcela das pesquisadas. Estas atividades educativas eram realizadas anualmente, por um enfermeiro da cidade e/ou pelo ACS em ações itinerantes.

Em um estudo qualitativo que objetivou conhecer o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde em quilombos na Amazônia Paraense, mostrou-se que a oferta de saúde da atenção básica está disponível na cidade grande, em campanhas ou ações de saúde e que o levantamento das necessidades é feito pelo gestor e não pelos usuários, ampliando, desta forma, a vulnerabilidade social para a população quilombola (Cavalcante, 2011).

A precariedade do atendimento e assistência era grande, pois apenas cinco das oito comunidades eram atendidas por um ACS em cada localidade. Oshai e Silva (2013) apontaram que apenas 57,0% das comunidades quilombolas da Amazônia Paraense possuem ACS sendo considerados o elo entre as comunidades e as unidades de saúde.

Nesse contexto, fica evidente a dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde, a ausência de ações educativas voltadas para a prevenção, o que pode direcionar a maior vulnerabilidade programática para as IST/HIV/aids nesta região.

Um dos fatores mais relevantes para o aumento da vulnerabilidade das IST/HIV/aids nos grupos histórico e culturalmente discriminados ou excluídos, como é o caso da população

quilombola, está vinculado ao acesso a serviços de saúde de qualidade e a resolubilidade dos problemas entre outros (Garcia et al., 2008).

A vulnerabilidade das mulheres quilombolas está pautada em aspectos individuais, sociais e programáticos. Entrelaçando o conceito de vulnerabilidade com a temática em estudo é possível compreender que as IST e a infecção pelo o vírus HIV não acontecem apenas através dos comportamentos individuais, como o hábito de não usar o preservativo nas relações sexuais, mas também por fatores culturais e crenças populares, e é acentuada pela falta ou dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, baixa qualidade de informação quanto às IST/HIV/aids, dentre outros fatores, contribuindo desta forma com vulnerabilidade feminina as IST/HIV/aids (Santos, 2016).

Apesar do baixo acesso ao serviço de saúde, chamou atenção que a maioria das pesquisadas tinha realizado o teste anti-HIV. Tal adesão é decorrente do significativo número de gestações, uma vez que o Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) recomenda a realização do teste anti-HIV com aconselhamento e consentimento para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal. Assim sendo, considera-se que a obrigatoriedade do teste no programa de pré-natal favoreceu sua realização para muitas mulheres quilombolas (Brasil, 2005).

Fora do período gestacional o teste dificilmente é realizado, em decorrência da ausência de serviços de saúde nas comunidades que executem tal atividade, fato que gera preocupação para esta comunidade, pois muitas mulheres já se encontram com outros parceiros sexuais após a gravidez.

A indisponibilidade de recursos essenciais à prevenção, as dificuldades de acesso a serviços de diagnóstico precoce e o tratamento adequado entre outros fatores, maximizam a vulnerabilidade feminina às IST (Santos, 2016).

Para a efetivação da equidade para a população quilombola é necessária a implantação e reorganização de serviços de Atenção Básica dentro das comunidades e daqueles disponíveis na cidade, buscando atender às necessidades de saúde, assim como efetivar a atenção às IST/HIV/aids para esta população (Cavalcante, 2011).

Silva (2015) e Garcia (2010) descrevem que as condições sociais de desigualdade, como os menores salários, a baixa escolaridade, a dificuldade de acesso ao teste sorológico para realizar o diagnóstico dentre outros fatores, contribuem para os contextos de vulnerabilidade à infecção pelo vírus e o adoecimento pela aids que podem conseqüentemente ser favorecido por uma IST.

Abati e Segurado (2015) ressaltam ainda que a desigualdade de gênero na testagem do HIV em regiões que caracterizam a vulnerabilidade social e programática também contribui para a suscetibilidade das mulheres e que o “estar vulnerável” decorre da maneira como elas se relacionam com seus companheiros, sua concepção e enfrentamento de estigmas, preconceitos e formas de lidar em sociedade, além do desenvolvimento de requisitos programáticos para o enfrentamento das dificuldades de saúde.

Os resultados encontrados no estudo mostraram que a vulnerabilidade das mulheres quilombolas está presente nas três dimensões: individual, social e programática. Na dimensão individual o baixo grau de escolaridade, com pouco ou nenhum acesso à informação, dificulta a incorporação de conhecimento e atitude de prevenção nas ações do cotidiano.

Na dimensão social o baixo nível econômico, a não efetividade das políticas públicas em especial as de educação e saúde, as relações raciais e a pobreza, são itens que compõem e estão presentes, aumentando a desigualdade na população estudada.

Já na dimensão programática é acentuada pela ausência de serviços, ações e programas de saúde, sendo que o único profissional de saúde é o ACS, o que dificulta o diagnóstico precoce e o tratamento tardio das IST/HIV/aids.

Diante do exposto, é importante investir em ações de prevenção junto à população quilombola com estratégias diversificadas e emancipatórias, que considerem os conhecimentos, ainda que insuficientes, na tentativa de promover o protagonismo dos sujeitos e promover transformações na realidade dos quilombos, considerando as premissas dos programas do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais.

7 Conclusão

7 CONCLUSÃO

Buscando identificar e analisar as vulnerabilidades de mulheres quilombolas do Rio Trombetas (PA) às IST/HIV/aids, foram entrevistadas 139 mulheres, residentes em oito comunidades que apresentaram as seguintes características:

- Todas se autodeclararam negras (63,3%) ou pardas (36,7%), a idade das pesquisadas compreendeu entre 16 e 55 anos, 34,5% possuíam o ensino fundamental completo, 30,9% o ensino médio e 4,3% o ensino superior. Quanto ao estado civil, 69,1% estavam em união estável ou casada, 28,1% solteiras. Em relação à religião, 73,4% eram católicas e 26,6% evangélicas.
- Das 139, 38,1% tinham emprego fixo, sendo assalariadas, possuíam renda individual menor que um salário mínimo (60,4%) e 61,9% não apresentavam renda fixa, dependiam do trabalho da agricultura, do artesanato ou da renda do companheiro. O tipo de moradia predominante foi a de madeira (48,9%), com menos de três cômodos (56,8%), com água para consumo oriunda do abastecimento comunitário (61,2%). O celular foi o meio de comunicação mais utilizado (43,0%).
- A faixa etária da menarca foi de 11 a 14 anos (79,8%), do primeiro coito de 15 a 17 anos (46,0%), 71,9% já tinham realizado o exame de PCCU, 56,8% já haviam apresentado sinais de IST, como corrimento (32,4%) e dor pélvica (30,9%). O número de parceiro sexual nos últimos doze meses foi de um a dois parceiros (79,1%), o uso do preservativo masculino entre as casadas foi de apenas 16,7% e do feminino de 13,5%, entre os motivos para o não uso preservativo feminino está a indisponibilidade (52,5%).
- Das 139 mulheres, 123 (88,5%) já tinham engravidado ou estavam no período gestacional. A média de gravidez foi de 4,17 por mulher, 86,5% passaram por partos naturais e 13,5% por cesariana. A média de aborto foi de 2,4 por mulher.
- Quanto aos saberes sobre os IST/HIV/aids, encontramos que 69,1% já haviam recebido informações, sendo que 55,4% sabiam o que são IST, 80,6% que o uso da camisinha é um meio de prevenção, porém, 18,0% informaram não saber acerca da

temática. Para 43,0% a relação sexual sem proteção é uma forma de contrair as IST/HIV/aids.

- 44,7% consideram que existe risco individual para contrair uma IST/HIV/aids e que a infidelidade do parceiro (45,2%) contribui para o risco. Apenas 8,1% classificaram o risco como alto e 64,6% como baixo e ainda 9,6% asseguram não apresentar risco nenhum para contrair uma IST/HIV/aids.
- Em relação ao conhecimento sobre a aids, 84,3% responderam que é “Doença que destrói o sistema de defesa do organismo causando a morte” e 40,3% não têm conhecimento sobre aids, 87,8% acreditam que a doença é transmitida através da relação sexual sem camisinha, 82,8% responderam que as secreções corpóreas (sangue, leite materno e sêmen) contêm o vírus HIV, porém 64,1% ainda acreditam que a picada de insetos transmite a aids.
- No que concerne a realização do teste anti-HIV, 74,1% já tinham feito em algum período, sendo que 89,3% realizaram no serviço público na cidade
- Não há UBS nas comunidades e a conduta em situação de enfermidade é a de utilizar remédios caseiros (58,3%).
- Quanto ao enfrentamento das mulheres quilombolas, verificou-se que frente às limitações apontadas nas dimensões individual, social e programática o processo de enfrentamento é inexistente, mostrando quão vulneráveis e suscetíveis essas mulheres estão frente às IST/HIV/aids.

8 Considerações finais

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção de conhecimento sobre a realidade da população feminina quilombola do município de Oriximiná-Pará, região Norte do Brasil, possibilitou a compreensão de fatores que contribuem para o aumento da vulnerabilidade entre as mulheres, com ênfase nas IST/HIV/aids, verificando-se a inexistência de serviços e ações de saúde nas comunidades, assim como a ausência de estudos sobre a temática com esta população, fato que favorece a invisibilidade desse grupo social no meio científico.

As condições de vida, trabalho e moradia mostraram-se como importantes fatores para determinação do aumento da vulnerabilidade da população em estudo, indicando a necessidade de políticas públicas específicas voltadas para as mulheres quilombolas que sejam de fato efetivadas de acordo com o contexto cultural, regional e geográfico da Amazônia.

O conhecimento fragilizado das mulheres quilombolas sobre as IST/HIV/aids é condicionante para as práticas sexuais desprotegidas. As pesquisadas apesar de terem a informação sobre a importância do preservativo, não o utilizam no ato sexual, fator este relacionado a sua indisponibilidade, além de sinalizar a falta do poder de convencimento da mulher para com o homem.

Soma-se a isso, o fato de que muitas mulheres, apesar de atuarem como profissionais do sexo nos bares e restaurantes na vila ou em torno dela, não admitiam esta condição. Tal prática latente predispõe as mulheres à maior situação de vulnerabilidade.

Vários tabus sobre as IST estavam presentes nas entrevistas, desde serem consideradas doenças de gays, de macaco e até que o casamento representa a proteção para as IST/HIV/aids. Há ainda mulheres que acreditavam que o HIV/aids é transmitido através da picada de insetos.

No que concerne ao processo de enfrentamento das mulheres, foi notório que no plano individual esta é uma condição inexistente, uma vez que elas não têm o hábito de usar o preservativo, se tornando susceptível às IST/HIV/aids por práticas sexuais desprotegidas.

O enfrentamento no plano programático também contou com resultados negativos, uma vez que a falta de acesso a serviços de saúde que promovam a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres foi evidenciada. O serviço de teste rápido para HIV e a coleta de exame de PCCU apenas são realizados por uma estratégia de cadastro que condiciona o recebimento de benefícios do governo a sua realização, sendo estes ofertados na cidade de Oriximiná. A participação em atividade de promoção da saúde e prevenção das IST/HIV/aids também não acontece com frequência positiva na comunidade, ou seja, o plano de

enfrentamento para a promoção da saúde sexual das mulheres é inexistente, uma vez que as mesmas não possuem mecanismos para colocarem em prática e assim reduzir as vulnerabilidades a estas infecções.

Diante dos resultados encontrados, o principal desafio é traduzir as soluções para a superação dos diferentes contextos de vulnerabilidade das mulheres quilombolas às IST HIV/aids, implementando políticas efetivas e ações concretas que assegurem o acesso aos programas de promoção e prevenção, disponíveis no sistema de saúde, com garantia de assistência holística e integral para a saúde da mulher.

Estudos nas áreas de IST/HIV/aids contemplando a vulnerabilidade das populações, somados ao processo de interiorização e pauperização, favorecem a resolução de problemas como a falta de serviços e ações de saúde, assim como são importantes instrumentos para mapear as reais necessidades e expectativas deste grupo, que se caracteriza por possuir crenças e culturas próprias e estar em um contexto geográfico diferenciado.

Ao estudar a vulnerabilidade de mulheres quilombolas às IST/HIV/aids foi possível analisar o papel dessa mulher enquanto sujeito ativo no processo de promoção da saúde, tanto a nível individual e social, como no programático, uma vez que, de posse de condições de educação e de saúde, a mesma possa elaborar representações que orientem o seu comportamento, seus conhecimentos e suas práticas, que a torne menos vulnerável às IST/HIV/aids, transformando futuras gerações para o seu enfrentamento. Neste contexto, vale ressaltar que os enfermeiros, principais agentes da comunidade, devem considerar esses aspectos ao planejar intervenções de promoção, prevenção e controle dessas doenças.

Partindo do princípio que a identificação das necessidades em saúde realizada pelos profissionais de saúde permite enfrentar vulnerabilidades com maior propriedade e conhecimentos, é extremamente relevante repensar nossas práticas profissionais junto às populações tradicionais, através da escuta sensível, possibilitando que a mulher seja protagonista de sua saúde, o que fortalecerá políticas públicas inerentes a sua realidade e vulnerabilidades.

Referências

REFERÊNCIAS

Abati PAM, Segurado AC. Testagem anti-HIV e estadios clínicos na admissão de indivíduos em serviço de saúde especializado. Pará, Brasil. 2015. Rev Saude Publica [Internet]. 2015;49:16. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049004625.pdf.

Acosta DF, Costa JES, Gomes VLO. A camisinha feminina sob o olhar do homem. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2015;9(1):47-53. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10305/10973>.

Albuquerque GA, Belém JM, Garcia CL, Quirino GS. Autonomia sexual feminina: o preservativo feminino nas práticas eróticas. Rev Saude Com [Internet]. 2015;11(2):123-36. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v11/v11n2a03.pdf>.

Albuquerque VS, Moço ET-SM, Batista CS. Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. Saude Soc [Internet]. 2010 [citado 2016 jun. 10];19(supl. 2):63-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600007.

Amorim MM, Laize TL, Silva RAA, Gestinari RS, Figueiredo TB. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola boqueirão, Bahia, Brasil. Biosci J [Internet] 2013 [citado 2017 set. 14];29(4):1049-57. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/17308>.

Andrade ACG. Pessoas que vivem com HIV/aids: uma análise a partir do perfil sociodemográfico e das condições clínicas [dissertação]. Ribeirão Preto-SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2014 [citado 2016 nov. 10]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-09012015-101032/pt-br.php>.

Andrade J, Ayres JA, Alencar RA, Duarte MT, Parada CM. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. Acta Paul Enferm [Internet]. 2017 [citado 2015 dez. 10];30(1):8-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n1/1982-0194-ape-30-01-0008.pdf>.

Arruti JMA, Monteiro JM. Mocambo: antropologia e história do processo de formação quilombola. Bauru: Edusc; 2006.

Artes A, Ricoldi AM. Acesso de negros no ensino superior: o que mudou entre 2000 e 2010. *Cad Pesqui* [Internet]. 2015 [citado 2017 set. 15];45(158):858-81. Disponível em: www.scielo.br/pdf/cp/v45n158/1980-5314-cp-45-158-00858.pdf.

Ayres JRCM, França Jr. I, Calazans GJ, Saletti FHC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.117-39.

Ayres JRDCM, Figueiredo R. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids em São Paulo, SP. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2002 [citado 2015 fev. 05];36(4):96-107. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11169.pdf>.

Bastiani JAN, Padilha MICS, Vieira M, Maliska ICA, Maia ARCR. Pessoas que vivem com HIV/AIDS em Florianópolis/SC, Brasil: ocupação e status socioeconômico ocupacional (1986-2006). *Rev Eletronica Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2017 set. 17];14(3):579-87. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a14.pdf.

Bastos DC, Paiva MS, Carvalho ESS, Rodrigues GRS. Representações sociais da vulnerabilidade de mulheres negras e não negras à infecção pelo HIV/AIDS. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. [citado 2015 nov. 10] 2013; 21(3):330-6. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a09.pdf>.

Bastos PC. Jovem mulher negra quilombola: identidades e trajetórias, 2010 [Internet]. In: *Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*; 2010 ago. 23-26; Florianópolis. Florianópolis: UFSC; 2010 [citado 2017 set. 22]. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278289979>
[ARQUIVO_textocompleto.priscilabastos.pdf](#).

Becker BK. Cidades Amazônicas: Surtos Econômicos e Perspectivas. *Esp Aberto* [Internet]. 2013 [citado 2017 set. 12];3(1):7-18. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/EspacoAberto/article/view/2098>.

Bennett M. Os quilombolas e a resistência. *Rev Palmares* [Internet]. 2010 [citado 2015 jun. 22];6(6):29-35. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/revista06.pdf>.

Beserra PJF, Nóbrega MML, Nogueira JA, Bittencourt GKG. Produção sobre vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)* [Internet]. 2015 [citado 2015 nov. 10];7(supl.):105-18. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5618306>.

Boa Sorte ET, Nascimento ER, Ferreira SL. Conhecimento de mulheres quilombolas sobre o câncer do colo uterino. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2016 [citado 2017 set. 20];30(1):325-34. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/13594/pdf_28.

Botelho D. Lei nº 10. 639/2003 e educação Quilombola. Inclusão educacional e população negra brasileira. Educação Quilombola. Boletim 10 [Internet]. 2007 [citado 2016 maio 08]. Disponível em: <http://professor-ruas.yolasite.com/resources/educacao-quilombola-110614065720-phpapp01.pdf>.

Braga PE, Cardoso MRA, Segurado AC. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2007 [citado 2017 set 12];23(11):2653-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001100013&script=sci_abstract&tlng=pt.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: MS/INCA; 2002. [citado 2017 set. 14]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [Internet]. Brasília; 2007. [citado 2015 nov. 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf.

Brasil. Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [citado 2016 ago. 04]. Disponível em: http://www.dst.uff.br/publicacoes/Prevalencias%20DST%20Brasil%20capitais_para_web.pdf.

Brasil. Lei n. 12.288, de 20 julho de 2010. Dispõe sobre a Igualdade Racial [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2015 jun. 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 26). [citado 2017 set. 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico HIV/Aids [Internet]. 2014. [citado 2015 nov. 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/boletim-epidemiologico-2014>.

Cavalcante IMS. Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia paraense: um olhar antropológico [dissertação]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2011. [citado 2015 jun. 22]. Disponível em: <http://tede.ufam.edu.br/handle/tede/3404>.

Clemente TMG. Racismo institucional: dificuldades e alternativas no enfrentamento à epidemia de DST/Aids [monografia]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011. [citado 2017 set. 04]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/gerencia-de-prevencao/trabalhos-curso-nepaids/clemente_tmg.pdf.

Comissão Pró-Índio. Comunidades Quilombolas do Estado do Pará. [Internet]. São Paulo; 2015. [atualizado 2015; citado 2015 nov. 10]. Disponível em: http://www.cpisp.org.br/comunidades/html/i_brasil_pa.html.

Costa JES, Silva CD, Gomes VLO, Fonseca AD, Ferreira DA. Preservativo feminino: dificuldades de adaptação e estratégias para facilitar o uso rotineiro. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2014 [citado 2017 ago. 04];22(2):163-68. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13547/10358>.

Costa MS. Crenças, práticas e representações sociais sobre HIV/AIDS construídas por mulheres idosas [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2016. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/8703>.

Coutinho RZ, Ribeiro PM. Religião, religiosidade e iniciação sexual na adolescência e juventude: lições de uma revisão bibliográfica sistemática de mais de meio século de pesquisas. Rev Bras Estud Popul [Internet]. 2014 [citado 2017 set. 14]; 31(2):333-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v31n2/a06v31n2.pdf>.

Custódio MDS. Mulher Negra: Da Inserção na História a Inserção na Propaganda. Rev Inic Cient FFC [Internet]. 2005 [citado 2015 nov.20];5(1/2/3):37-49. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/ric/article/viewFile/137/128>.

Dornelas Neto J, Santos DAC, Zonta GE, Bonafé SM. Situação do hiv/aids no brasil e os fatores que influenciam a infecção. In: Anais Eletrônico do VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica; 2013 out. 22-25; Maringá [Internet]. Maringá: UNICESUMAR. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Jader_Dornelas_Neto.pdf.

Farias IA, Silva DGKC. Estudo da prevalência de doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres em idade fértil atendidas em Estratégia de Saúde da Família de Acari/RN. *Biota Amaz* [Internet]. 2015 [citado 2017 set. 10];5(1)1-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18561/2179-5746/biotaamazonia.v5n1p1-6>.

Fernandes CR. O que queriam os Kalungas? A transformação do olhar acadêmico sobre as demandas quilombolas do nordeste de Goiás. *Interações* (Campo Grande) [Internet]. 2015;16(2):421-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/inter/v16n2/1518-7012-inter-16-02-0421.pdf>.

Ferraz NBA. Expressão da vulnerabilidade das mulheres às DST/AIDS: análise de oficinas de arte/educação e Saúde. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012. [citado 2016 ago. 04]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-19022013-125636/pt-br.php>.

Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 5ª ed. Curitiba: Positivo; 2010.

Fidelis L. Quilombos, agricultura tradicional e a agroecologia: o agroecossistema do quilombo João Surá sob a ótica da sustentabilidade. *Cad CERU* [Internet]. 2011 [citado 2017 set. 22];22(1):57-72. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ceru/article/view/29465>.

Figueiredo LG, Silva RAR, Silva ITS, Souza KGS, Silva FFA. Percepção de mulheres casadas sobre o risco de infecção pelo HIV e o comportamento preventivo. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2013;21(esp.2):805-11. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a18.pdf>.

Fontes MB, Crivelaro RC, Scartezini AM, Lima DD, Garcia AA, Fujioka RT. Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 [citado 2017 set. 14];22(4):1343-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401343&script=sci_abstract&tlng=pt.

Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev CEFAC* [Internet]. 2011 [citado 2017 set.20];13(5):937-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n5/151-10.pdf>.

Fundação Cultural Palmares. Cultura Afro-Brasileira: Tempo de cidadania e diversidade. *Rev Palmares* [Internet]. 2014 [citado 13 jun. 2016];5(5). Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/revista05.pdf>.

Funes EA. “Nasci nas matas Nunca tive senhor”: História e memória dos Mocambos do Baixo Amazonas [tese]. São Paulo: Faculdade de filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 1995. [citado acesso 2015 Jun 22]. Disponível em: <http://pos.fflch.usp.br/node/42830>.

Funes EA. Mocambos: natureza, cultura e memória. *Historia Unisinos* [Internet]. 2009 [citado 2015 nov. 10];13(2):146-153. Disponível em: revistas.unisinos.br/index.php/historia/article/view/5083/2343.

Garcia S, Berquó E, Lopes F, Lima LP, Souza FM. Práticas sexuais e vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: considerações sobre as desigualdades de gênero, raça e geração no enfrentamento da epidemia. In: Miranda-Ribeiro P, Simão AB, organizadores. *Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil* [Internet]. Belo Horizonte: ABEP: UNFPA; 2008. p.417-447. (Demografia em debate; v.2). [citado 2017 jun. 10]. Disponível em: www.abep.org.br/publicacoes/index.php/ebook/article/download/59/57.

Garcia S, Souza FMD. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saude Soc* [Internet]. 2010 [2015 set. 10];19(supl.2):9-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600003.

Gomes VLO, Fonseca AD, Jundi MG, Severo TP. Percepções de casais heterossexuais acerca do uso da camisinha feminina. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2011;15(1):22-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100004>.

Grupioni DF, Andrade LMM, organizadores. *Entre Águas Bravas e Mansas, índios & quilombolas em Oriximiná*. São Paulo: Comissão Pró-Índio de São Paulo; 2015. Disponível em: www.cpis.org.br/pdf/EntreAguasBravaseMansas.pdf.

Guerrero AFH. Situação nutricional de populações remanescentes de quilombos do município de Santarém - Pará, Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010. [citado 2015 jun. 04]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12827/1/1075.pdf>.

Guilhem D, Azevedo AF. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da Aids. *Rev Bioet* [Internet]. 2008 [citado 2015 dez. 05];16(2):229-40. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/70/73.

Hoga LAK, Borges ALV. *Pesquisa Empírica em Saúde Guia Prático para Iniciantes*. São Paulo: EEUSP; 2016.

Hugo TDO, Maier VT, Jansen K, Rodrigues CEG, Cruzeiro ALS, LC Ores, Pinheiro RT, Silva R, Souza LDM. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. Cad Saude Publica [Internet]. 2011 [citado 2017 set. 28];27(11):2207-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011001100014&script=sci_abstract&tlng=pt.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Caracterização da população e dos domicílios [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [citado 2015 jun. 16]. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf.

INCRA. Quilombolas [Internet]. Brasília. [atualizado 2015; citado 2015 nov 22]. Disponível em: <http://www.incra.gov.br/estrutura-fundiaria/quilombolas>.

Lara LAS, Abdo CHN. Aspectos da atividade sexual precoce. 2015. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2015 [citado 2017 set. 11];37(5):199-202. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n5/0100-7203-rbgo-37-05-00199.pdf>.

Luiz ODC, Kayano J. Saúde e direitos: princípios para ação. Boletim do Instituto de Saúde [Internet]. 2010 [citado 2015 out. 10];12(2):115-21. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cursos/saudepopnegra/recomendacaoLuisEduardo.pdf>.

Madeira Filho W, Silva ECB, Pinuad DZ, Terra ADG, Louzada AB. Retorno à vila paraíso: memórias, processos de territorialização e gestão de espaços de prostituição no brega 45, no Rio Trombetas, em Oriximiná (PA). Confluências [Internet]. 2012 [citado 2015 out. 12];12(1),218-36. Disponível em: <http://www.confluencias.uff.br/index.php/confluencias/article/viewFile/312/245>.

Maison CL. Vulnerabilidade programática nas unidades básicas de Saúde de Cuiabá, São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014. [citado 2017 set. 12]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-16042015-162116/pt-br.php>.

Mann J, Tarantola DJM, Netter T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. In: Parker R, organizador. A Aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p.276-300.

Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia Científica. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2011.

Martins FCG, Almeida JJC, Falcão FM, Borges SMC. Chega de tabus: adolescência e sexualidade feminina sem preconceitos. In: Anais da XXII Semana de Educação da Universidade Estadual do Ceará; 2015 ago. 31 - set. 04; Fortaleza [Internet]. Fortaleza; 2015. [citado 2017 set. 14] Disponível em: http://www.uece.br/eventos/semanadeeducacaouece/anais/trabalhos_completos/210-13490-21092015-190432.pdf.

MEC. Programas do Ministério da Educação voltados à formação de professores [Internet]. Brasília; 2015. [citado 2017 set. 22]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=15944>.

Melo W, “Só sei por cima só”: as comunidades quilombolas do município de Santarém-Pará e a vulnerabilidade ao HIV/AIDS [dissertação]. Belém: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará; 2014. [citado 2017 set. 14]. Disponível em: <http://www.ppgp.ufpa.br/WILLIVANE%20FERREIRA%20DE%20MELO%202.pdf>.

Mendosa D. Viver em risco: sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil [Resenha Tempo Soc. 2011;23(1):305-17]. [citado 2015 dez. 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702011000100014.

Mesenburg MA. Avaliação temporal de comportamentos sexuais de risco e percepção de vulnerabilidade para DST/AIDS em mulheres da cidade de Pelotas: 1999-2012 [Dissertação]. Pelotas: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas; 2012. Disponível em: http://repositorio.ufpel.edu.br/bitstream/123456789/1937/1/Dissertacao_Marilia_Arndt_Mesenburg.pdf.

Moreschi C, Siqueira DF, Freitas HMB, Schaurich D, Biazus CD, Freitas PH. Mulheres e vulnerabilidades ao HIV/AIDS. Saude (Santa Maria) [Internet]. 2012 [citado 2017 set. 12];38(2):85-94. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/5145>.

Nicolau AIO, Moraes MLC, Lima DJM, Ribeiro SG, Aquino PS, Pinheiro AKB. Perfil sexual de mulheres esterilizadas: comportamentos e vulnerabilidades. Rev RENE [Internet]. 2011 [citado 2017 set. 14];12(2):253-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600004.

Oliveira EF, Jesus VS, Siqueira SMC, Alves TA, Santos IM, Camargo CL. Promovendo saúde em comunidades vulneráveis: tecnologias sociais na redução da pobreza e desenvolvimento sustentável. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2015 [citado 2017 set. 04];36(esp):200-6. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/56705>.

Oshai CMA, Silva HP. A PNAB e o acesso à saúde em populações quilombolas. In: Anais do 12º Congresso de Medicina de Família e Comunidade; 2013 mai. 30 - jun. 02; Belém [Internet]. Belém: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2013. n.12, p.1426. Disponível em: <https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1047>.

Oviedo RAM, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. Interface Comun Saude Educ [Internet]. 2015 [citado 2015 nov. 10];19(53):237-49. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-1807-576220140436.pdf>.

Panobianco MS, Lima ADF, Oliveira ISB, Gozzo TO. O conhecimento sobre o HPV entre adolescentes estudantes de graduação em enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2013;22(1):201-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_24.pdf.

Prates LA, Barreto CN, Cremonese L, Possati AB, Resse LB. O olhar feminino sobre o cuidado à saúde da mulher quilombola: nota prévia. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2014 [citado 2017 set. 08];8(7):2194-8. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9903/10169>.

Ribeiro PM, Simão AB, Caetano AJ, Lacerda MA, Torres MEA. Perfis de Vulnerabilidade Feminina ao HIV/aids em Belo Horizonte e Recife: comparando brancas e negras. Saúde Soc [Internet]. 2010;19(supl.2):21-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600004.

Ribeiro PM, Simão AB, Lacerda MA, Torres MEA. “É igual chupar bala com papel”: a vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids e o uso de camisinha em Belo Horizonte e Recife. In: Miranda-Ribeiro P, Simão AB, organizadores. Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil [Internet]. Belo Horizonte: ABEP: UNFPA; 2008. p.391-416. (Demografia em debate; v.2). [citado 2017 set. 10]. Disponível em: www.abep.org.br/publicacoes/index.php/ebook/article/download/58/56.

Riscado JLDS, Oliveira MABD, Brito MBBD. Vivenciando o Racismo e a Violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. Saude Soc [Internet]. 2010 [citado 2015 nov. 11];19(2):96-108. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000600010&script>.

Rocha S, Vieira ACS, Barbosa Filho EA, organizadores. Hiv Aids e as teias do capitalismo, patriarcado e racismo África do Sul, Brasil e Moçambique. Recife: Editora UFPE, 2016. (Série Brasil & África. Coleção Pesquisas, 3). [citado 2017 ago. 04]. Disponível em: http://nigs.ufsc.br/files/2017/08/2017-COLET%C3%82NEA-HIV_AIDS.pdf.

Rodrigues LSA, Paiva MS, Oliveira JF, Nóbrega SM. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [citado 2015 dez. 10];46(2):349-55. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/40955/44468>.

Sales GPS, Albuquerque HN, Cavalcante MLF. Estudo do uso de plantas medicinais pela comunidade quilombola Senhor. Rev Biol Ciencias Terra [Internet]. 2009;(supl.esp.1):31-6. Disponível em: <http://joaootavio.com.br/bioterra/workspace/uploads/artigos/6bomfim-515651b928777.pdf>.

Santos CO, Silva LS, França AMB, Rodrigues APRA, Miyazawa AP. Perfil epidemiológico de casos de mulheres com sida no estado de Alagoas no período de 2009 a 2014. Cienc Biol Saude [Internet]. 2015;3(1):77-92. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/viewFile/2509/1500>.

Santos JE, Santos GCS. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. Saude Debate [Internet]. 2013 [citado 2015 out. 15];37(99):563-70. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400003&script=sci...tlnq.

Santos MF. Concepções de mitos e relações com a saúde. Bol Mus Int Roraima [Internet]. 2014;8(2):53-60. Disponível em: <http://uerr.edu.br/bolmirr/wp-content/uploads/2014/12/BOLMIRR-v82-Santos.pdf>.

Santos NJS. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. Saude Soc [Internet]. 2016 [citado 2016 nov. 10];25(3):602-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00602.pdf>.

Santos TL, Abud ACF, Inagaki ADM. Vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres com alta escolaridade. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2009 [citado 2017 set. 22];17(4):502-5. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a08.pdf>.

Santos VC, Boery EM, Boery RNSDO, Anjos KF. Condições de saúde e qualidade de vida de idoso negro quilombola. Rev Enfermagem UFPE [Internet]. 2014 [citado 2015 out. 10];8(8):2603-10. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/6300/pdf_5830.

Scherer A, Coelho EBS, Santos CFT. Conhecimento e Atitudes de Mulheres sobre AIDS: uma difícil negociação. Saude Transform Soc [Internet]. 2011;1(2):33-42. Disponível em: <http://violenciaesaude.ufsc.br/wp-content/uploads/2016/09/Artigo-AIDS.pdf>.

Sehnm GD, Schmalfluss JM, Bonadiman POB, Pereira FW, Lipinski JM, Bogorni L. Gênero e sexualidade: influências na prevenção das DSTS/AIDS e as contribuições para a enfermagem. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2014;4(4):678-88. Disponível em: <http://enfermagem.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=330>.

Silva BC, Oliveira MC. Percepções sobre sexualidade em relação às doenças sexualmente transmissíveis de pessoas adultas na atenção básica. Rev Gespevida [Internet]. 2015;1(1):86-99. Disponível em: <http://www.icepsc.com.br/ojs/index.php/gepesvida/article/view/68/42>.

Silva CG, Paiva V, Parker R. Juventude religiosa e homossexualidade: desafios para a promoção da saúde e de direitos sexuais. Interface Comun Saude Educ [Internet]. 2013 [citado 2017 set. 14];17(44):103-17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013000100009&script=sci_abstract&tlng=pt.

Silva CM, Lopes FMVM, Vargens OMC. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à Aids. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2010 [citado 2015 dez. 10];31(3):450-7. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11880>.

Silva CM, Vargens OMC. Women's perception about female vulnerability to STD and HIV. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [Cited 2017 Aug. 04];43(2):399-404. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a20v43n2.pdf. DOI: 10.1590/S0080-6234200900200020.

Silva MHP. Assistência à saúde em comunidades quilombolas: revisão sistemática [monografia]. Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia; 2015. [citado 2017 set. 28]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18346/1/Marcos%20Henrique%20Paraiso%20Silva.pdf>.

Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/ HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. Saude Soc [Internet]. 2010 [citado 2015 set. 27];19(2):109-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000600011&script=sci_abstract&tlng=pt.

Silva MJG. A vulnerabilidade programática ao HIV/AIDS em comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil [tese]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2011. [citado 2015 set. 05]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/8704>.

Silva SRD. Negros na mata atlântica, territórios quilombolas e a conservação da natureza [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2008. [citado 2015 ago. 04]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8135/tde-27112008-170206/pt-br.php>.

Sousa MRT. A vulnerabilidade programática na atenção à saúde da mulher negra de baixa renda no município de Hortolândia [projeto de pesquisa]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011. [citado 2017 set. 20]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/gerencia-de-prevencao/trabalhos-curso-nepaids/silva_mrt.pdf.

Souza AP. Políticas de Distribuição de Renda no Brasil e o Bolsa Família. In: Bacha EL, Schwartzman S, organizadores. Brasil: a nova agenda social. Rio de Janeiro: LTC; 2011. [citado 2017 set. 05]. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/simon/agenda5.pdf>.

Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Galvão Cesar CL. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rev Saude Publica [Internet]. 2017;51(supl.1):1s-11s. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf.

Taquetti S. Interseccionalidade de Gênero, Classe e Raça e Vulnerabilidade de Adolescentes Negras às DST/aids. Saúde Soc [Internet]. 2010 [citado 2016 fev. 10];19(2):51-62. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29690/31564>.

Teixeira E. As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012.

Terra MF. A vulnerabilidade programática de mulheres vítimas de violência doméstica às DST/HIV/Aids no Brasil: análise de documentos norteadores da assistência [monografia]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011. [citado 2017 set. 12]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/gerencia-de-prevencao/trabalhos-curso-nepaids/terra_mf.pdf.

UNAIDS. Declaração de posição sobre preservativos e a prevenção do HIV, outras infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada [Internet]. Genebra; 2015. [citado 2017 ago. 10]. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/>.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. Adolescência uma fase de oportunidades. Situação Mundial da Infância 2011. Nova York: UNICEF; 2011. [citado 2017 set. 24]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf.

Villarinho MV, Padilha MI, Berardinelli LMM, Borenstein MS, Meirelles BHS, Andrade SR. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. Rev Bras Enferm. 2013;66(2):271-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/18.pdf>.

Villela WV, Barbosa RM. Prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres: é possível pensar estratégias sem considerar suas demandas reprodutivas? Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2015; [citado 2017 ago. 12];18(Suppl 1):131-142. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s1/pt_1415-790X-rbepid-18-s1-00131.pdf.

Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saude Soc [Internet]. 2016 [citado 2017 set. 22];25(3):535-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>.

Apêndices

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a senhora para participar da pesquisa intitulada “Vulnerabilidades de mulheres quilombolas do Rio Trombetas (PA) às Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids”, desenvolvida pela pesquisadora Veridiana Barreto do Nascimento.

O estudo é importante para a senhora e sua comunidade, pois com sua participação poderemos atingir o objetivo do estudo que é identificar e analisar o risco da senhora adquirir as Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids.

Sua participação nessa pesquisa consiste em responder um questionário com perguntas sobre sua idade, condições de moradia e trabalho, conhecimentos e práticas para a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids.

A aplicação do questionário é individual e será realizada por meio de visitas domiciliares, em dias e horários previamente agendados entre a senhora e a pesquisadora, no local que a senhora se sinta mais segura, com duração média de 20 a 30 minutos.

Os questionários respondidos ficarão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos, após o término desse período todos os dados serão incinerados ou delatados e em nenhum momento outras pessoas terão acesso a esse material. A senhora poderá sentir algum desconforto ao responder as perguntas, mas lembre-se que sua participação nesta pesquisa é voluntária, que a senhora não terá nenhum gasto, assim como não terá nenhum ganho financeiro em participar, caso à senhora desejar, poderá interromper a pesquisa a qualquer momento mesmo depois de ter concordado em participar sem nenhum prejuízo.

O estudo pode oferecer risco, de, por exemplo, ter sido revelada sua identidade, porém este será minimizado através da utilização de códigos numéricos, não revelando e preservando sua identidade.

O principal benefício da pesquisa é possibilitar identificar os saberes, práticas, conhecimento e risco de mulheres quilombolas do Rio Trombetas (PA) sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids.

Durante o desenvolvimento da pesquisa será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre as etapas da pesquisa, enfim, tudo o que senhora queira saber antes, durante e depois da sua participação.

A senhora tem a liberdade de desistir ou de interromper sua colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, sua desistência não causará nenhum prejuízo à sua saúde ou bem estar físico.

A senhora após a leitura e esclarecimento deverá rubrica em todas as páginas desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinar as duas vias.

Este termo depois de lido, será obtido pela pesquisadora Veridiana Barreto do Nascimento, onde uma via de igual teor será assinada em todas as páginas e lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora.

Como foi explicado acima a senhora não terá lucros e nem gastos financeiros com sua participação no estudo. Caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, a senhora será devidamente indenizada, conforme determina a lei.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, a senhora poderá entrar em contato com: Veridiana Barreto do Nascimento, (93) 99145-5798, ou no endereço situado na rua: São Jorge, 358, bairro do Santarenzinho, cidade de Santarém, Pará, Brasil, email: veridiananascimento30@gmail.com. Caso a senhora tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, localizado na Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 2º andar, sala 201, CEP: 05403-000 - Cerqueira César - São Paulo – SP, Telefone: (11) 3061-8858 - E-mail: cepee@usp.br.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Assinatura do Pesquisador

_____/_____/_____

Assinatura da Participante da Pesquisa

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-PAIS

A sua filha _____, está sendo convidada a participar da pesquisa “**Vulnerabilidades de mulheres quilombolas do Rio Trombetas (PA) às Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **Veridiana Barreto do Nascimento**, que será desenvolvida na região quilombola do Rio Trombetas no município de Oriximiná, Pará, que tem como objetivo identificar e analisar o risco que a mulher tem para adquirir as Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids. Gostaria de contar com participação da sua filha que deve ser de livre escolha, o documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que pretendo realizar. A colaboração da sua filha (menor) nesta pesquisa será de muita importância, mas caso a mesma desista de participar a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a sua filha ou a você como responsável.

A menor ou (o responsável pela menor) fica ciente que:

- I) A coleta de dados será realizada através do preenchimento de um questionário contendo perguntas referentes à idade, condições de moradia e trabalho, conhecimentos e práticas para a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids.
- II) Os dados serão coletados através de uma entrevista individual durante a visita domiciliar, com duração em média de 20 a 30 minutos.
- III) A menor tem a liberdade de desistir ou de interromper sua colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à saúde ou bem estar físico da menor.
- V) A participação da menor neste projeto possibilitar identificar os saberes, práticas, conhecimento e risco de mulheres quilombolas do Rio Trombetas (PA) sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids.
- VI) O responsável pela menor não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, assim como, a menor do qual é responsável, sendo sua autorização à participação da menor voluntária;
- VII) Os questionários respondidos ficarão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos, após o término desse período todos os dados serão incinerados ou excluídos e em nenhum momento outras pessoas terão acesso a esse material.

- VIII)** Durante a realização da pesquisa, serão obtidas as assinaturas do responsável pela menor e da pesquisadora, também, constarão em todas as páginas do TCLE as rubricas do pesquisador e do responsável pelo menor; o responsável pelo menor concorda que os resultados sejam divulgados em publicações científicas, desde que seus dados pessoais não sejam mencionados; assim como a menor se concordar em participar da pesquisa assinará o termo de assentimento.
- IX)** Caso o responsável pela menor desejar, poderá pessoalmente ou por meio de telefone tomar conhecimento dos resultados parciais e finais desta pesquisa.
- X)** Sua filha não terá lucros e nem gastos financeiros com sua participação na pesquisa. Caso ocorra algum dano decorrente da sua participação, sua filha será devidamente indenizada, conforme determina a lei.

Este termo depois de lido, será obtido pela pesquisadora Veridiana Barreto do Nascimento, onde uma via de igual teor será assinada em todas as páginas e será entregue a você responsável pela a menor e a outra ficará com a pesquisadora.

Será garantida a privacidade e a confidência das informações sendo a responsabilidade assumida pela pesquisadora que para qualquer informação, poderão ser contatados nos seguintes endereços: Veridiana Barreto do Nascimento, na rua: São Jorge, 358, Santarenzinho, email: veridiananascimento30@gmail.com, celular: (93) 99145 5798, o presente projeto será desenvolvido conforme aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, localizado na Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 2º andar, sala 201, CEP: 05403-000 - Cerqueira César - São Paulo – SP, Telefone: (11) 3061-8858 - E-mail: cepee@usp.br.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012 que aprova a diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Assinatura do Pesquisador

_____/_____/_____

Assinatura do responsável da Menor

APÊNDICE III

TERMO DE ASSENTIMENTO

Convidamos você _____ para participar da pesquisa intitulada “Vulnerabilidades de mulheres quilombolas do Rio Trombetas (PA) às Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids”, desenvolvida pela pesquisadora Veridiana Barreto do Nascimento.

Confirmando que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo será realizado. A pesquisadora se compromete em manter segredo do meu nome durante a pesquisa e serei identificada por um código numérico. Minha participação nessa pesquisa consiste em responder a perguntas sobre minha idade, condições de moradia e trabalho, conhecimentos e práticas para a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids. Responderei as perguntas em minha casa com duração de 20 a 30 minutos. Compreendi que não sou obrigada a participar desta pesquisa e minha escolha de participar ou não, será respeitada. Mesmo depois de aceitar participar, posso sair a qualquer momento e minha saída não implicará em qualquer dificuldade ou problema em minha comunidade. Esta pesquisa tem como objetivo identificar e analisar o risco que eu tenho para adquirir as Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids. Informo também, que fui esclarecida que os questionários preenchidos serão armazenados pela pesquisadora por um período de 5 anos e após esse período, serão excluídos. Estou ciente de que não terei nenhum custo ou receberei qualquer valor financeiro ou de outra natureza. Em caso de dano pessoal ou material no decorrer de minha participação, poderei solicitar da pesquisadora meus direitos, conforme as leis vigentes no país. A minha participação será de grande valia e o principal benefício é possibilitar identificar os saberes, práticas, conhecimento e risco de mulheres quilombolas do Rio Trombetas (PA) sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids. Se eu ou minha família tivermos dúvidas sobre a pesquisa, poderemos telefonar ou encontrar a pesquisadora nos seguintes contatos: Veridiana Barreto do Nascimento, na rua: São Jorge, 358, Bairro do Santarenzinho, Cidade de Santarém, Pará, Brasil, email: veridiananascimento30@gmail.com, celular: (93) 99145 5798. Caso eu tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, posso entrar em contato com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, localizado na Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 2º andar, sala 201, CEP: 05403-000 - Cerqueira César - São Paulo – SP, Telefone: (11) 3061-8858 - E-mail: cepee@usp.br.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012 que aprova a diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Assinatura do Pesquisador

____ / ____ / ____

Assinatura da Participante (menor)

APÊNDICE IV
QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

VULNERABILIDADES DE MULHERES QUILOMBOLAS DO RIO TROMBETAS (PA)
ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/HIV/AIDS

I - Identificação:

Código: _____

1. Qual a sua data de Nascimento: ___ / ___ / ___ idade (em anos): _____

2. Como você define a sua Cor/Raça:

- € Negra
- € Branca
- € Parda
- € Indígena

3. Que ano (série) está estudando ou até que ano (série) estudou?

- € Nunca estudou
- € 1ª a 4ª Série
- € 5ª a 8ª Série
- € 2º grau
- € Superior
- € Não respondeu

4. Qual sua situação marital?

- € Solteira
- € União Estável
- € Casada
- € Viúva
- € Separada

5. Qual a sua religião?

- € Católica
- € Candomblé
- € Evangélica
- € Espiritismo
- € Outros: _____

II - Condição de vida, trabalho e moradia:

6. Que você faz para se divertir? (Múltiplas respostas)

- € Joga futebol
- € Vai à igreja

- € Vai a festas
- € Assiste televisão
- € Escuto musica
- € Jogo (dominó, Baralho, dama, etc.)
- € Ler livros
- € Outros: _____

7. Qual a sua profissão? _____

8. Qual a sua ocupação habitual? _____

9. Desenvolve atividade com remuneração?

- € Sim
- € Não

10. Qual a sua renda mensal (em salário mínimo)?

- € Menor que um salário mínimo
- € De 1 a 2 salários
- € 3 a 4 salários
- € 4 ou mais salários

11. Qual o seu tipo de habitação?

- € Pau a pique (barro com madeira)
- € Alvenaria
- € Madeira
- € Palha
- € Outros: _____

13. Número de cômodos na sua casa: _____

14. Número de moradores na residência (incluindo você): _____

15. De onde vem à água que você usar para consumo

- € Rio
- € Igarapé
- € Microsistema
- € Poço particular
- € Outros: _____

16. Qual o meio de comunicação que você tem disponível na comunidade?

- € Rádio comunitária
- € Rádio armador
- € Telefone público
- € Celular
- € Outros: _____

III - Antecedentes ginecológicos, obstétricos e sexuais:

17. Você tinha quantos anos quando menstruou pela primeira vez?

- € 10 anos ou -
- € 11 a 14 anos
- € 15 anos ou +

18. Você já fez o exame Preventivo do Câncer de Colo Uterino (PCCU)?

- € Não
- € Sim

19. Quantos anos tinha quando teve relação sexual pela a primeira vez?

- € 12 anos ou menos
- € 13 a 14 anos
- € 15 a 17 anos
- € 18 anos ou mais

20. Qual sua preferência sexual?

- € Homens
- € Homens e Mulheres
- € Mulher

21. Você mantém relação sexual atualmente?

- € Sim
- € Não

22. Você tem parceiro sexual fixo?

- € Sim
- € Não

23. Você teve quantos parceiros sexuais nos últimos 12 meses?

- € Nenhum parceiro
- € 1 a 2 parceiros
- € 3 a 4 parceiros
- € 5 a 6 parceiros
- € mais de 06 parceiros

24. Você acredita que seu parceiro só tem relação sexual com você?

- € Sim
- € Não

25. Você usa preservativo em todas as suas relações sexuais?

- € Sempre uso
- € Raramente uso
- € Não uso

26. Você já usou preservativo feminino?

- Sim
- Não. Por quê?

27. Você já apresentou alguns desses sinais? (Você poderá marcar mais de uma alternativa)

- Ferida na região genital (vagina)
- Corrimento anormal
- Verruga (carne crescida) na região genital
- Dor pélvica (dor na pente)
- Vesículas (bolhas) na região genital
- Não apresentou

28. Você já engravidou?

- Sim
- Não (pule para 32)

29. Você tem filhos?

- Não (pule 31)
- Sim

30. Quais foram os tipos de partos?

- Natural. Quantos _____
- Cesárea. Quantos _____

31. Você já teve algum aborto?

- Não
- Sim

IV. Saberes e práticas**32. Você já recebeu informações sobre DST/HIV/aids?**

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Escola | <input type="radio"/> Televisão |
| <input type="radio"/> Posto de Saúde | <input type="radio"/> Rádio |
| <input type="radio"/> Projeto quilombo | <input type="radio"/> Rodas de conversa |
| <input type="radio"/> Outros _____ | |

- Não
- Sim. Se sim, onde:

33. O que você sabe sobre Doença Sexualmente Transmissível?

- Não sei
- Doença transmitida através da relação sexual sem proteção
- Doença de homossexual/gay
- Outro significado: _____

34. Você sabe o que é aids?

- € Sim
- € Não Sei (pule para 36)

35. O que você entende por aids?

- € Doença que destrói o sistema de defesa do organismo causando a morte
- € Doença de homossexual/gay
- € Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- € Outra resposta: _____

36. Você sabe como as DST/HIV/aids são transmitidas?

- € Sim
- € Não

37. Como são transmitida as DST/HIV/aids: (Você poderá marcar mais de uma alternativa)

- € Relações sexuais sem proteção;
- € Uso de seringas e agulhas contaminadas;
- € Da amamentação com o leite materno;
- € Contato com secreção vaginal;
- € Contato com secreção uretral;
- € Outros meios: _____

38. Você acha que corre o risco de pegar alguma DST/HIV/aids?

- € Sim
- € Não
- € Não sabe

39. Não sua opinião, na comunidade onde você mora, o risco de pegar uma DST/HIV/aids é?

- € Baixo
- € Médio
- € Alto
- € Nenhum risco
- € Não sabe
- € Não quer informar

40. E quanto a você? O risco de você pegar uma DST/HIV/aids é?

- € Baixo
- € Médio
- € Alto
- € Nenhum risco
- € Não sabe
- € Não quer informar

41. Você sabe como se prevenir das DST/HIV/aids?

- € Não sei
- € Usando camisinha nas relações sexuais
- € Tomando Pílula anticoncepcional
- € Outros: _____

42. Em caso de suspeita de DST/HIV/aids a quem você recorre primeiramente?

- € A Unidade Básica de Saúde na Cidade
- € Ao projeto Quilombo
- € Ao médico particular
- € A farmácia
- € As amigas
- € Ao parceiro sexual
- € Ao Curandeiro/pai de santo
- € A Outros meios: _____

43. Caso você contraísse alguma DST/HIV/aids, contaria ao seu parceiro?

- € Sim
- € Não
- € Talvez

44. Você já fez o teste para HIV alguma vez na vida?

- € Não (pule46)
- € Sim

45. Onde você fez o teste para HIV?

- € Serviço Público
- € Serviço Particular
- € No Hemocentro
- € Na Comunidade
- € Outros

46. Você acha que a aids se pega através do abraço, aperto de mão, compartilhando a mesma rede, toalhas, copo, vaso sanitário, sentar no mesmo local.

- € Sim
- € Não
- € Não sei

47. Você acha que a transmissão da aids acontece tomando banho de rio, igarapé, piscina ou lagoa junto com uma pessoa com aids.

- € Sim
- € Não
- € Não sei

48. O sangue, o sêmen e o leite materno podem conter o vírus da aids?

- € Sim
- € Não
- € Não sei

49. Você acha que uma pessoa pode pegar AIDS se transar sem camisinha?

- € Sim
- € Não
- € Não sei

50. Uma pessoa pode pegar AIDS por picadas de insetos tipo mosquito, pernilongo ou muriçoca?

- € Sim
- € Não
- € Não sei

51. Você transaria sem camisinha?

- € Sim
- € Não
- € Não sei

V - Outros

52. Qual o serviço de saúde disponível na sua comunidade?

- € Não tem
- € Centro de saúde
- € Unidade de saúde
- € Hospital público
- € Outros

53. Qual a conduta adotada quando você está doente?

- € Tomo remédio caseiro (chás)
- € Vou ao hospital na cidade
- € Vou ao curador
- € Vou à farmácia
- € Outros: _____

54. Na sua comunidade já foi realizado alguma atividade para a prevenção das DST/HIV/aids pela a secretaria de saúde ou outra instituição de saúde?

- € Sim
- € Não (pule para 56)

55. Quem realizou a atividade de prevenção na sua comunidade?

- € Enfermeiro
- € Agente comunitário de Saúde

- € Promotor Voluntario de Saúde
- € Professor
- € Outros

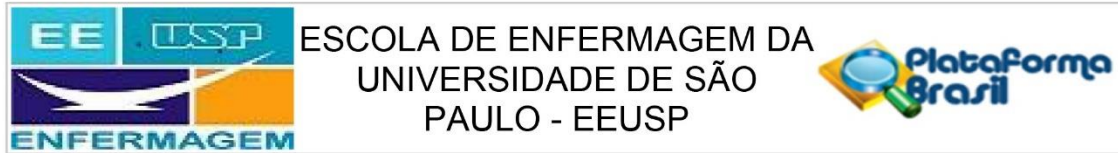
56. Com que frequência acontece atividade de prevenção para às DST?HIV/aids na sua comunidade

- € Mensal
- € Semestral
- € Anual
- € Não acontece

Anexos

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADES DE MULHERES QUILOMBOLAS DO RIO TROMBETAS (PA) ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/HIV/AIDS

Pesquisador: Veridiana Barreto do Nascimento

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57176316.6.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.667.309

Apresentação do Projeto:

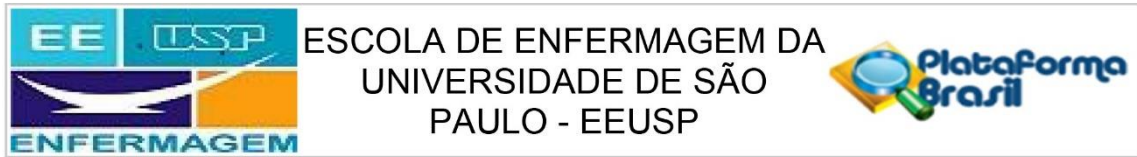
Trata-se de projeto de mestrado em que será realizada uma pesquisa de abordagem quantitativa, exploratória, descritiva, prospectiva, com corte transversal, em mulheres quilombolas, com idade entre 15 e 55 anos, residentes na região quilombola do Rio Trombetas no município de Oriximiná, Estado do Pará, nas comunidades de Boa Vista, Água Fria, Terra Preta, Serrinha, Arancuan de Cima, Arancuan do Meio, Arancuan de Baixo e Bacabal.

Pretende-se estudar as vulnerabilidades de mulheres quilombolas às Doenças Sexualmente Transmissíveis/Hiv/aids, pois emergiram mudanças significativas no cenário nacional a partir da tendência de interiorização, pauperização e feminização, além da escassez de dados epidemiológicos relacionadas com a fragilidade e a inadequação do sistema de notificação das DST nessas comunidades.

Metodologia:

As comunidades quilombolas que compõem o cenário de estudo da presente pesquisa estão localizadas na Amazônia Brasileira, no interior do município de Oriximiná, região Oeste do Estado do Pará, distantes em média 8 horas de barco da sede urbana do município. A população residente na área de pesquisa é de aproximadamente 378 famílias, distribuídas em 8 (oito) comunidades. Serão incluídas na pesquisa mulheres

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



Continuação do Parecer: 1.667.309

escolha da faixa etária a partir de 15 anos foi devido ao início da atividade sexual precoce), residente nas comunidades em estudo e que aceitem participar da pesquisa. Serão excluídas da pesquisa adolescentes menores de 15 anos, mulheres maiores de 55 anos e menores de 18 anos que o responsável legal não assinar o termo de consentimento e assentimento e ainda, as mulheres que estiverem ausentes das comunidades no período da coleta de dados ou que por qualquer motivo não aceitem participar da pesquisa. Os dados serão coletados através de um questionário composto por respostas fechadas e abertas, através de entrevistas que serão realizadas pela a própria pesquisadora e acadêmicos de enfermagem da Universidade do Estado do Pará, previamente treinados. Dentro deste cenário em que mulheres quilombolas estão inseridas, o referencial para análise será o da vulnerabilidade considerando a princípio as três dimensões: individual, social e programática, para as DST/HIV/aids.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar e analisar as vulnerabilidades de mulheres quilombolas do Rio Trombetas (PA) às Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids.

Objetivo Secundário:

Conhecer as condições de vida, trabalho, moradia e características pessoais de mulheres quilombolas. Identificar saberes e práticas das mulheres quilombolas frente à prevenção das DST/HIV/aids. Verificar como se expressa o enfrentamento de mulheres quilombolas frente à suscetibilidade para infecção por DST/HIV/aids.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Às participantes da pesquisa o risco de identificação existe, porém será minimizado através da utilização de códigos (numeração) para identificação, preservando com isso a confidencialidade das informações que é um direito dos mesmos. Vale ressaltar que as informações obtidas no decorrer desta pesquisa não serão utilizadas para outro fim que não seja para a própria produção da pesquisa científica como a produção de artigos. Para a sociedade, os riscos são de caráter informativo, visto que os dados obtidos na pesquisa são passíveis de manipulação. Entretanto, como a equipe da pesquisadora preza também pela imparcialidade, exclui-se qualquer forma de manipulações tendenciosas, diminuindo assim o possível risco de divulgação indevida dos dados obtidos.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP



Continuação do Parecer: 1.667.309

Benefícios:

Como benefícios a presente pesquisa irá possibilitar identificar e analisar as vulnerabilidades de mulheres quilombolas do Rio Trombetas (PA) às DST/HIV/aids, assim como, conhecer as condições de vida, trabalho, moradia e características pessoais das participantes e verificar como se expressa o enfrentamento de mulheres quilombolas frente à suscetibilidade para infecção por DST/HIV/aids, fomentando com isso discussões a respeito da temática em estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto aborda tema relevante para a comunidade que será pesquisada, e tem potencial de gerar conhecimento científico. A pesquisa não prevê intervenção, mas a simples entrevista é uma oportunidade de realizar ações de educação em saúde. O instrumento de coleta de dados foi apresentado e não apresenta óbices éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE para mulheres adultas está apropriado e atende à resolução 466/2012.

O TCLE para os pais foi aprimorado atendendo à solicitação do parecer anterior.

O Termo de Assentimento foi apresentado na forma de convite, à semelhança do TCLE para adultas, e contempla os aspectos importantes em linguagem adaptada para a adolescente.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP



Continuação do Parecer: 1.667.309

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_727858.pdf	06/07/2016 18:41:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendicetermodeassentimento.docx	06/07/2016 18:40:13	Veridiana Barreto do Nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendicetclepais.docx	06/07/2016 18:39:44	Veridiana Barreto do Nascimento	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartasemsaoriximina.pdf	17/06/2016 23:27:04	Veridiana Barreto do Nascimento	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaarqmooriximina.pdf	17/06/2016 23:26:39	Veridiana Barreto do Nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendiceltcel.docx	17/06/2016 16:37:34	Veridiana Barreto do Nascimento	Aceito
Outros	instrumento.docx	16/06/2016 21:03:31	Veridiana Barreto do Nascimento	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoVeridianaBarretoDoNascimento.docx	16/06/2016 20:38:47	Veridiana Barreto do Nascimento	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoprojeto.pdf	30/05/2016 17:06:37	Veridiana Barreto do Nascimento	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 03 de Agosto de 2016

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ANEXO B
CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE




CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL

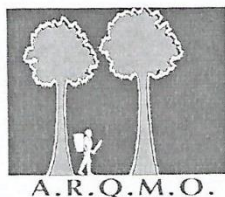
PREFEITURA MUNICIPAL – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, neste ato representada por sua Secretária Municipal, **LILIANA BENTES DINIZ SAVINO**, nomeada através do Decreto nº 050/2015, com os poderes que lhe são atribuídos legalmente, **DECLARO** para os devidos fins e a quem de direito possa interessar que tenho conhecimento do Projeto de Dissertação de Mestrado intitulado **“Vulnerabilidades de Mulheres Quilombolas do Rio Trombetas (PA) às Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV/aids”**, de autoria da enfermeira e pesquisadora **Veridiana Barreto do Nascimento**, sob orientação da Professora Doutora **Suely Itsuko Ciosak**, docente do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O projeto de pesquisa será desenvolvido na região do Rio Trombetas, com expresso consentimento da ARQMO para realização do mesmo conforme planejamento, após a aprovação do projeto em questão no Conselho de Ética, o qual é pré-requisito para o início da pesquisa.

Necessário, porém, se faz que antes da publicação dos resultados o trabalho seja apresentado a esta secretaria com o escopo de avaliar e discutir os resultados obtidos, sendo obrigatório citar na publicação o nome da SEMSA, e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como locais de realização da pesquisa.

Oriximiná, 05 de Maio de 2016.


Liliana Bentes Diniz Savino
 Secretária Municipal de Saúde
 Decreto nº 050/2015

ANEXO C
CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DOS
REMANESCENTES DE QUILOMBOS



CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL

Em nome da Associação dos Remanescentes de Quilombo - ARQMO, declaro ter conhecimento do Projeto de Dissertação de Mestrado intitulado **“VULNERABILIDADES DE MULHERES QUILOMBOLAS DO RIO TROMBETAS (PA) ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/HIV/AIDS”**, de autoria da Enfermeira e pesquisadora **Veridiana Barreto do Nascimento**, sob orientação da Professora Doutora **Suely Itsuko Ciosak**, docente do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O projeto de pesquisa será desenvolvido na região do Rio Trombetas no Município de Oriximiná no Estado do Pará nas comunidades remanescentes de quilombo.

Associação dos Remanescentes de Quilombo - ARQMO autoriza a realização da pesquisa nas comunidades remanescentes de quilombo, sendo necessário a apresentação dos resultados a ARQMO, assim como, citar a associação nas publicações de trabalhos científicos.

Oriximiná, 09 de Maio de 2016.

Claudinete Colé de Souza

Claudinete Colé

Presidente da Associação dos Remanescentes de Quilombo - ARQMO

Antonio Carlos Printes

Antonio Carlos Printes

Coordenador de projetos da Associação dos Remanescentes de Quilombo - ARQMO