



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ISIS TARCILA VITAL DE SOUZA

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS:
O imaginário de remanescentes de quilombos

BELÉM
2021

ISIS TARCILA VITAL DE SOUZA

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS:

O imaginário de remanescentes de quilombos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem (PPGENF), do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), da Universidade Federal do Pará (UFPA), como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Enfermagem.
Orientadora: Dra. Nádile Juliane Costa de Castro
Coorientadora: Dra. Jacira Nunes Carvalho

ELÉM

2021

ISIS TARCILA VITAL DE SOUZA

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS:

O imaginário de remanescentes de quilombos

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Data de aprovação: 29/06/2021

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Nádile Juliane Costa de Castro
(UFPA/PPGENF)

Coorientadora: Dra. Jacira Nunes Carvalho
(UFPA/PPGENF)

Profa. Dra. Lucia H. Takase Gonçalves (UFPA/PPGENF)

Profa. Dra. Renata Karina Reis (EERP/USP)



Esta dissertação é dedicada as Comunidades
Quilombolas.

“Deus Santo, Deus Forte, Deus Imortal, tende piedade de nós e do mundo inteiro”.

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação com o tema: “Infecções sexualmente transmissíveis: o imaginário de remanescentes de quilombos” faz parte do estudo multicêntrico intitulado: Diagnóstico Situacional das Infecções Sexualmente Transmissíveis no Contexto Amazônicos” e tem o apoio do Programa Nacional de Coordenação de Aperfeiçoamento Acadêmico - PROCAD, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, Edital PROCAD AMAZÔNIA nº 21/2018: UFPA – Universidade Federal do Pará/PPGENF x EERP-USP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP x Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN/PPGENF.

Agradeço, imensamente, esta e todas as minhas demais conquistas, à minha família, principalmente à Rosa Maria da Cunha Vital, Alberto José Santos de Souza, Ana Carolina Ramos Vital e Ingrid Caroline Vital de Souza, pois sem eles nada disso seria possível. Sou extremamente grata ao meu cunhado Rodrigo Brasil e ao meu companheiro de todas as horas Paulo Sergio Frade de Araújo Junior.

Agradeço as minhas amigas, que me apoiaram em toda trajetória pessoal e profissional, além-de embarcaram nesta pesquisa. Palavras de gratidão não serão suficientes para o laboratório em que me proporcionou tantas oportunidades de crescimento profissional e pessoal, toda minha gratidão ao LASIG/GEPEC.

Agradeço às minhas orientadoras, Profa. Dra. Jacira Nunes Carvalho e Dra. Nádile Juliane Costa de Castro pelas orientações, conhecimentos transmitidos e tempo dado a este estudo.

Agradeço à Universidade Federal do Pará por todas as oportunidades.

Agradeço às comunidades quilombolas do Acará por participarem de todas as atividades pensadas e desenvolvidas em suas comunidades.

RESUMO

Atualmente, as comunidades quilombolas no Brasil são múltiplas e se encontram distribuídas em todo território nacional. Na região Norte há 873 comunidades quilombolas um marco importante na história, é que, a primeira comunidade a receber o título está situado no Estado do Pará. Historicamente as comunidades sofrem com a falta de infraestrutura, precariedade no acesso a saúde, educação, saneamento básico, revelando que esse grupo vive em uma situação de vulnerabilidade, fruto de um processo histórico escravocrata. Neste aspecto, reconhece-se a vulnerabilidade dessas populações, considerando a dificuldade preventiva e assistencial no que diz respeito às Infecções Sexualmente Transmissíveis. Estas infecções são causadas por diferentes tipos de microrganismos com evoluções e expressões clínicas bastante específicas. As IST são transmitidas, sobretudo, por contato sexual direto ou indiretamente e de forma eventual por via sanguínea. O objetivo deste estudo foi conhecer o imaginário/percepção de remanescentes de quilombos a respeito da transmissão, prevenção e tratamento das Infecções sexualmente transmissíveis. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa com informações obtidas a partir de entrevistas semiestruturadas e os dados analisados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. A partir do resultado tornou-se possível agrupar os discursos dos residentes da comunidade remanescente de quilombos de Itacoã Mirim sobre infecções sexualmente transmissíveis em quatro categorias: 1) Discurso da percepção do que é Infecção Sexualmente Transmissível. 2) Discurso sobre transmissão. 3) Discurso sobre prevenção. 4) Discurso sobre tratamento. Acredita-se que o presente estudo trouxe uma importante contribuição para a enfermagem, uma vez que trouxe evidências que subsidiam um cuidado voltado a comunidade remanescente de quilombo e seu imaginário quanto as IST exibindo seus comportamentos e atitudes de risco.

Palavras-chave: Enfermagem. Infecções sexualmente transmissíveis. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. Grupos de Risco. Quilombolas.

ABSTRACT

Currently, quilombola communities in Brazil are multiple and are distributed throughout the national territory, in the North there are 873 quilombola communities an important milestone in history, is that, the first community to receive the title is located in the State of Pará. Historically the communities they suffer from a lack of infrastructure, precarious access to health, education, and basic sanitation, revealing that this group lives in a situation of vulnerability, the result of a historical process of slavery. In this respect, the vulnerability of these populations is recognized, considering the preventive and assistance difficulties with regard to Sexually Transmitted Infections. These infections are caused by different types of microorganisms with very specific clinical evolution and expressions. Being transmitted, above all, by direct or indirect sexual contact and occasionally by blood. The aim of this study was to know the imagery / perception of quilombos remnants regarding sexually transmitted infections. This is a qualitative study with information obtained from semi-structured interviews and the data analyzed using the Collective Subject Discourse technique. From the result it became possible to group the discourses of the residents of the community that remains from quilombos of ItacoãMirim about sexually transmitted infections in four categories: 1) Discourse on the perception of what is Sexually Transmitted Infection. 2) Speech about transmission. 3) Discourse on prevention. 4) Discourse on treatment. It is believed that the present study made an important contribution to nursing, since it brought evidence that subsidizes care aimed at the remaining quilombo community and its imagery regarding the Ists exhibiting their risky behaviors and attitudes.

KEYWORDS: Nursing. Sexually Transmitted Diseases. African Continental Ancestry Group. Risk Groups. Quilombolas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa do Brasil quilombola: localidades por município.	15
Figura 2 – Localização do Município do Acará, no Estado do Pará.	28
Figura 3 – Porto da Palha, Município de Belém.	29
Figura 4 – Placa de bem-vindos de Boa Vista no Município do Acará.	29
Figura 5 – Localização da Comunidade Remanescente de Quilombo Itancoã Mirim, no Município de Acará.	30
Figura 6 – Açaí em processo para posteriormente ser comercializado.	30
Figura 7 – Fogão de barro em uma casa da Comunidade Remanescente de Quilombo de Itancoã Mirim.	31
Figura 8 – Despolpadeira de açaí em residências da Comunidade Remanescente de Quilombo de Itancoã Mirim.	31
Figura 9 – Salão de festa da Comunidade Remanescente de Quilombo de Itancoã Mirim.	32
Figura 10 – Escola da Comunidade Remanescente de Quilombo de Itancoã Mirim.	33
Figura 11 – Posto de Saúde da Comunidade Remanescente de Quilombo de Itancoã Mirim.	33
Figura 12 – Agente Comunitária de Saúde se deslocando para residências da Comunidade Remanescente de Quilombo de Itancoã Mirim.	35
Figura 13 – Agente Comunitária de Saúde durante visita a residentes da Comunidade Remanescente de Quilombo de Itancoã Mirim.	35
Figura 14 – Nuvem de palavras realizada a partir dos discursos dos residentes Comunidade Remanescente de Quilombo de Itancoã Mirim	42
Figura 15 – Plantas medicinais utilizadas pelos residentes Comunidade Remanescente de Quilombo de Itancoã Mirim	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Expressões-chave das respostas dos sujeitos a respeito das Infecções Sexualmente Transmissíveis	43
Quadro 2 – Expressões-chave das respostas dos sujeitos a respeito da transmissão das Infecções Sexualmente Transmissíveis	43
Quadro 3 – Expressões-chave das respostas dos sujeitos a respeito da prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis	44
Quadro 4 – Expressões-chave das respostas dos sujeitos a respeito do tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis	

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Percentual Sociodemográfico de indivíduos da comunidade de Itancoã Mirim, no Acará, do ano de 2020 41

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ACS	Agente Comunitário de Saúde
DSC	Discursos do Sujeito Coletivo
ECH	Expressões Chave
FCP	Fundação Cultural Palmares
HBV	Vírus da Hepatite B
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Ideias Centrais
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITERPA	Instituto de Terras do Pará
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PNI	Programa Nacional de Imunização
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 JUSTIFICATIVA	17
3 PROBLEMÁTICA	19
4 OBJETIVOS.....	21
4.1 GERAL	21
4.2 ESPECÍFICOS.....	21
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	22
5.1 POLÍTICAS DE SAÚDE QUILOMBOLAS	22
5.2 QUILOMBOLAS NA AMAZÔNIA.....	24
5.3 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM QUILOMBOLAS	25
5.4 VULNERABILIDADE	27
5.5 O IMAGINÁRIO.....	29
6 MATERIAIS E MÉTODOS.....	31
6.1 TIPO DE ESTUDO	31
6.2 LOCAL DE ESTUDO	31
6.3 PARTICIPANTES.....	37
6.3.1 Critérios de Inclusão.....	37
6.3.2 Critérios de Exclusão	37
6.4 COLETA DE DADOS.....	37
6.5 ANÁLISE DE DADOS	40
6.6 TRATAMENTO ÉTICO DA PESQUISA	42
6.7 RISCOS E BENEFÍCIOS	42
7 RESULTADOS	44
8 DISCUSSÃO.....	50
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59

REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE A– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS	74
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DISCURSO DO CONHECIMENTO.....	75
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	77
ANEXO B – TERMO DE ACEITE DA PESQUISA NA COMUNIDADE DE ITANCOÃ MIRIM.....	80

1 INTRODUÇÃO

O sistema escravista tem origem nos anos de 1930, período esse, que se começa a pensar nas raízes históricas da formação do povo brasileiro, durante esse momento da história o tráfico negreiro revelava a engrenagem do sistema mercantilista de colonização, tornando-se um setor rentável da economia (DIAS, 2019).

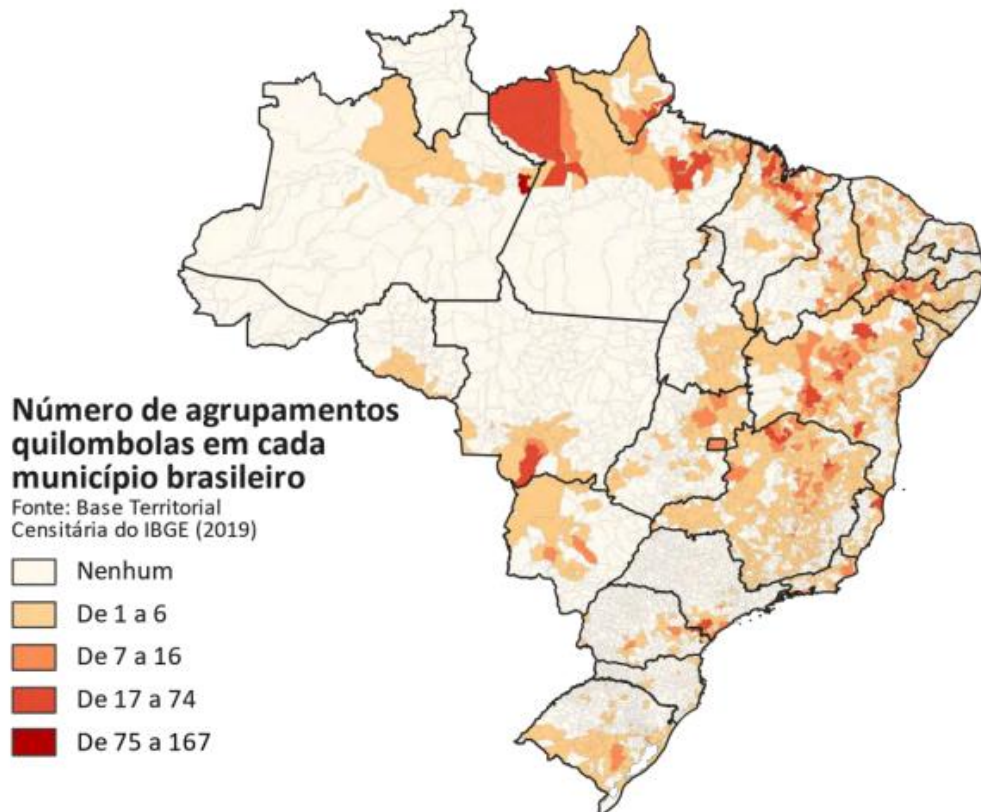
Os mais de trezentos anos de práticas exploratórias colonialistas refletem na memória social brasileira e influenciaram nos traços e costumes próprios da identidade brasileira. Além disso, múltiplos fatores cooperaram para que a escravização de população negra se tornasse efetiva e vantajosa, entre eles, a desenvoltura da população africana com atividades como agricultura, mineração, construção, entre outros saberes que os faziam mão de obra adequada para a colonização (SOUZA, 2008; SILVA *et al.*, 2014).

Durante o período de escravidão, os cativos eram mantidos com base em uma vigilância ferrenha e punição de cunho violento, isto resultou em diversas ações de resistência contra este sistema, entre eles, as fugas e a criação de comunidades distantes das fazendas e dos senhores (SOUZA, 2008). No Brasil, desde as primeiras décadas da colonização, tais comunidades ficaram conhecidas primeiramente com a denominação mocambos e depois quilombos. Eram termos da África Central usados para designar acampamentos improvisados (GOMES, 2015).

Como reflexo deste processo registra-se hodiernamente no Brasil várias comunidades quilombolas no Brasil, atualmente, são múltiplas e variadas e se encontram distribuídas em todo território nacional. Entretanto, essas comunidades sofrem com a falta de infraestrutura, precariedade dos serviços de saúde, educação, saneamento básico, assim como, dificuldade de acesso a esses serviços, revelando que esse grupo vive em situação de vulnerabilidade, fruto de um processo histórico (GOMES *et al.*, 2013).

No Brasil, registra-se que há 5.972 localidades quilombolas em 2019, de acordo com a Base de Informações Geográficas e Estatísticas sobre os Indígenas e Quilombolas (Figura 1). A região nordeste do país possui 3.171 localidades quilombolas, pouco mais da metade do total. Em seguida vem o Sudeste com 1.359 quilombos. O restante está dividido nas regiões Norte (873), Sul (319) e Centro-Oeste (250).

Figura 1 – Mapa do Brasil quilombola: localidades por município.



Fonte: Informativo Desigualdades Raciais e COVID-19 com dados da Base Territorial Censitária do IBGE (2019).

Em relação a distribuição das comunidades Barreirinha, no Amazonas, é a cidade com mais localidades quilombolas do país (167), seguida de Alcântara (74) e Itapecuru Mirim (45), ambas no Maranhão, Oriximiná (41) e Moju (38), no Pará. O Quilombo Boa Vista, situado no Estado do Pará, foi o primeiro do país a receber seu título de propriedade, em 1995.

A titulação das terras quilombolas é fundamental para garantir a preservação do estilo de vida e da cultura dessas comunidades. É importante salientar que as etapas do processo de titulação são bastante complexas, de uma espera longa, e ainda poderão ser modificadas conforme política governamental e ideológica do governo e do momento político, de modo a avançar nas conquistas de direitos ou retroceder, prejudicando o já estabelecido nas legislações.

Sabe-se que a ausência ou mesmo limitação de acesso aos de serviços de saúde e educação na comunidade retratam iniquidade e vulnerabilidades na sociedade, em especial a esta população tradicional, que vivencia um contexto diferente de escala geográfica, enfrentando grandes distâncias para acessar esses serviços indispensáveis a população (SILVA *et al.*, 2018; FONTE *et al.*, 2018).

Em comunidades quilombolas, essas dificuldades elevam as fragilidades e obstáculos interpostos a população quilombola o que demonstra a necessidade de planejamento e

implementação de estratégias sejam elas coletivas e ou individuais referentes às características dessa população. (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Neste aspecto, reconhece-se a situação de vulnerabilidade dessa população, considerando a dificuldade de acesso aos serviços de saúde preventiva e assistencial no que diz respeito às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Estas são doenças causadas por diferentes tipos de microrganismos com evoluções e expressões clínicas bastante específicas. Sendo transmitidas, sobretudo, por contato sexual direto ou indiretamente e de forma eventual por via sanguínea. A transmissão de uma IST ainda pode acontecer por via vertical, da mãe para o filho, durante o período de gestação, o parto ou a amamentação (SILVA *et al.*, 2018).

A estratégia de política preventiva determina as probabilidades de cada pessoa ou grupo proteger-se da transmissão de IST. Entretanto, a oferta de informações corretas e cientificamente embasadas continua a ser um dos desafios para que cidadãos façam suas escolhas de modo consciente e factível em seus singulares contextos de vida, aderindo os modelos reconhecidos de prevenção destas doenças (FERRAZ; PAIVA, 2015). As comunidades quilombolas estão em condição de vulnerabilidade social, apontadas pela baixa escolaridade, economicamente fragilizados, com baixo número de empregos, exposto nos resultados do estudo de Passos *et al.* (2017).

Sendo assim, o estudo tem como objetivo analisar o conhecimento e o imaginário de remanescentes quilombolas sobre infecções sexualmente transmissíveis, suas atitudes e práticas relacionadas ao cuidado destas infecções.

2 JUSTIFICATIVA

Segundo Ferreira e Pantaleão (2016) as comunidades tradicionais residentes em áreas rurais, como as comunidades quilombolas, indígenas e ciganas, nas últimas décadas puderam perceber um quadro de melhora em sua qualidade de vida. No entanto, os Indicadores de Desenvolvimento Humano (IDH) ainda são muito desiguais quando comparados aos demais segmentos da sociedade, demonstrando a necessidade de investir nos programas específicos para essas comunidades (Desenvolvimento Humano para Além das Médias, 2017).

Estudar as populações quilombolas envolve perceber que a condição de raça/cor e etnia influenciam diretamente a condição de vida e de saúde dessa população. O que já vem sendo enunciado como a falta de saneamento básico, péssimas condições de moradia, e falta de acesso à serviços de educação e saúde neste cenário resultam em altas prevalências de agravos à saúde (AMORIM *et al.*, 2013; FRANCHI *et al.*, 2018).

Essa realidade demonstra a vulnerabilidade e invisibilidade das comunidades quilombolas no Brasil e afirma a necessidade da realização de pesquisas que melhor descrevam as condições de vida e saúde dessas comunidades, particularmente no estado do Pará.

Além disso, Ferreira e Pantaleão (2016) expõem que o atendimento à população quilombola é descontínuo e de baixa qualidade técnica, que há elevada rotatividade e/ou falta de profissionais entre eles os Enfermeiros para realizar o atendimento, ao lado da escassez de materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde. Esse conjunto de condições precárias tem prejudicado o alcance de bons níveis de resolução dos problemas de saúde coletiva nas comunidades quilombolas.

Os avanços nos serviços de saúde quanto à população negra tornaram-se visíveis, somente a partir da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída pela portaria Nº 992 de 2009, entretanto, um dos desafios na implementação das ações junto a estas comunidades é o acesso a informação de forma clara, objetiva e oportuna sobre saúde e, em particular sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013).

O Brasil é um país de grande extensão territorial, onde a população está espalhada pelos centros urbanos, áreas rurais e também nas florestas e margens de rios, o que contribuiu para as desigualdades de acesso nos serviços públicos, principalmente no acesso à saúde e essa característica se maximiza na região amazônica (GONÇALVES; DOMINGOS, 2019).

Pesquisas realizadas em comunidades quilombolas demonstram alta prevalência de problemas básicos de saúde ligados às precárias condições de vida e moradia, à ausência de

saneamento básico e ao acesso restrito à educação e serviços de saúde (BEZERRA *et al.*, 2014). Tal realidade expressa a situação de vulnerabilidade em que se encontra a população quilombola no Brasil e evidencia a necessidade da realização de estudos representativos que melhor caracterizem a situação de saúde, particularmente na Amazônia, que possui muitas comunidades registradas.

De acordo com a Fundação Cultural Palmares (FCP), existem 3.386 comunidades oficialmente certificadas como remanescentes de quilombos no país (Fundação Cultural Palmares, 2015/2018). A FCP é o órgão responsável pela certificação das comunidades quilombolas. A certificação é uma espécie de confirmação estatal do direito à auto atribuição, previsto na Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e ratificado pelo governo brasileiro em 2003.

O Brasil vive um aumento dos casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis, à exemplo o aumento da incidência de casos de infecção pelo HIV. No ano de 2019, foram notificados 41.919 casos de infecção pelo HIV, sendo 4.948 (11,8%) casos na região Norte, 10.752 (25,6%) no Nordeste, 14.778 (35,3%) no Sudeste, 7.639 (18,2%) no Sul e 3.802 (9,1%) no Centro-Oeste.

O enfermeiro, em sua prática profissional, precisa atender basicamente a dois aspectos: o de preservar, respeitar e reconhecer a particularidade, individualidade e a variabilidade das situações e necessidades dos usuários; e o de estar em conformidade com determinadas regras e regulamentos, além de se inserir/ integrar permanentemente às atividades da equipe multiprofissional (FILPIN *et al.*, 2011).

3 PROBLEMÁTICA

O território brasileiro é marcado por profundas desigualdades regionais decorrentes de heranças históricas que demarcam seus usos e da conformação política e econômica do país. O acesso a saúde é ofertado de maneira desigual, injustamente porque estão associadas a características sociais que metodicamente depositam desvantagem em determinados grupos com relação à oportunidade de ser e se manter sadio e/ou saudável (MARSIGLIA; BARATA, 2018).

No Brasil, várias questões têm sido evidenciadas em relação à tendência da epidemia das IST/HIV/AIDS na população em geral, tais como: ocorrência de epidemias microrregionais, com diferentes taxas de crescimento; aumento progressivo dos casos de AIDS em mulheres, por meio da transmissão heterossexual; redução das taxas de mortalidade, associada à introdução da terapêutica combinada antirretroviral, em 1996; progressiva “pauperização”, caracterizada pela expansão da doença para áreas mais distantes dos centros urbanos, de menor porte, população com menor poder aquisitivo, aumento proporcional dos casos entre pessoas com níveis de escolaridade mais baixos (SOUZA *et al.*, 2013).

Sendo assim, o reflexo do descaso com a população quilombola pode ser observado na sociedade atual pelas condições de acesso de moradia com estrutura abaixo das mínimas, atividades laborais rurais ou nas condições desiguais de saúde que se encontram (ALMEIDA *et al.*, 2019).

As comunidades remanescentes quilombolas devido a sua organização social e econômica relacionada à consciência identitária, especialmente a partir Constituição Federal de 1988, Artigo 68, estão considerados na categoria de povos tradicionais. Grupos que de tal modo se definem e manifestam consciência de sua condição, configuram-se enquanto sujeitos sociais com existência coletiva e articulados pelo critério político-organizativo (SCHÖRNER, 2018).

Um ponto a destacar nestas populações é quando se trata do serviço público de saúde em relação aos territórios quilombolas: a necessidade de troca de saberes entre os profissionais que prestam assistência a essas comunidades e os saberes e as práticas tradicionais das mesmas, que precisam ser conhecidas e reconhecidas para o planejamento dos serviços, com o devido respeito para não incorrer na invasão cultural dos modos de vida de seus moradores.

Apesar dos achados encontrados na literatura, o entendimento a respeito das IST ainda é pouco estudado, em comunidades tradicionais quilombolas. Assim, a realização desta pesquisa orienta-se pela seguinte questão: Como e o que pensam os remanescentes de

comunidades quilombolas sobre infecções sexualmente transmissíveis e quais são suas atitudes e práticas relacionadas ao cuidado dessas infecções?

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Conhecer o imaginário de remanescentes quilombolas sobre infecções sexualmente transmissíveis, suas atitudes e práticas relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis.

4.2 ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil demográfico e socioeconômico dos indivíduos da comunidade quilombola Itancoã Mirim;
- b) Conhecer os aspectos comportamentais da comunidade quilombola de Itancoã Mirim suas atitudes e práticas relacionadas à transmissão, prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 POLÍTICAS DE SAÚDE QUILOMBOLAS

A Abolição da escravidão ocorrida no ano de 1888 não foi acompanhada de políticas públicas que se ocupassem com a integração dos recém-libertos. Somente mais recentemente, a partir de luta e reivindicação do Movimento Social Negro é que foram alcançadas conquistas muito importantes para a população negra brasileira (CANDIDO *et al.*, 2018).

Em 1995, foi criado o grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra. No ano seguinte, o Grupo de Trabalho realizou em Brasília uma mesa-redonda intitulada “Saúde da População Negra”, que contou com a participação de cientistas, sociedade civil organizada, médicos e técnicos do Ministério da Saúde (WERNECK, 2016).

Em 2004, no âmbito do Ministério da Saúde, houve a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, por meio da Portaria nº 1.678/2004 e, posteriormente, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, por meio da Portaria nº 992/2009 (WERNECK, 2016).

A necessidade de políticas afirmativas e reparadoras no Brasil, embora discutida principalmente pelo movimento negro, encontrou um maior espaço apenas na década de 2000. A primeira vez em que foi assumida a necessidade de políticas reparatórias para a população negra foi na Conferência de Durban, em 2001 e, a partir da discussão das cotas e da Lei 10.639/2003, movimentaram os debates raciais no Brasil.

No contexto específico das comunidades quilombolas, em 2006, o Ministério da Saúde (MS) garantiu o acréscimo de 50% nos valores repassados por equipes de saúde a municípios que atendessem populações quilombolas e de assentamentos de reforma agrária, conforme a Portaria nº 822/GM/MS, alterando os critérios de definição das modalidades da Estratégia Saúde da Família. As comunidades quilombolas também foram referidas em outros documentos, como na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em 2009, e na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, instituída pela Portaria nº 2.866/2011 (WERNECK, 2016).

A oferta pública de saúde se concentra nas sedes dos municípios, com base na demanda dos profissionais e gestores, não dos usuários, reforçando situações de vulnerabilidade social. (CAVALCANTE, 2011). Outro estudo indica que, na maioria das comunidades, os agentes comunitários de saúde são os únicos elos com as secretarias, e o fato de serem residentes das

próprias comunidades é um elemento facilitador do trabalho de saúde desenvolvido (SILVA; PERES, 2016).

O quilombola, tem contribuído para dar visibilidade às comunidades. No entanto, por mais que a luta tenha avançado nos últimos anos, ainda há uma invisibilidade quanto à presença das comunidades nos serviços públicos de saúde. Esta falta de reconhecimento da presença destes grupos dificulta a construção de uma política pública de saúde que dê conta das especificidades, bem como impossibilita a busca dos recursos públicos para a construção desta política (CAVALCANTE, 2011).

Segundo Cavalcante (2011) é preciso que os agravos à saúde da população quilombola também levem em consideração as condições de invisibilidade e de desigualdade às quais foram submetidas. Além da necessidade de construir ações que promovam a educação para a saúde, a diversidade tanto racial (enquanto fenômeno social e não biológico) como cultural destas comunidades devem ser elementos considerados para o planejamento das ações de prevenção e de cuidado.

Dentre as dificuldades de acesso universal e equidade proposto pelo sistema de saúde a comunidade quilombola, está marcado pela discriminação de usuários, geralmente de baixa escolaridade e o não acesso igualitários a saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; BOCCOLINI *et al.*, 2016). Além disso, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde em algumas comunidades quilombolas inicia quando se tem pouca quantidade de unidades básicas de saúde em seu território (ALMEIDA *et al.*, 2019).

As comunidades quilombolas estão refém do sistema de saúde característico de uma sociedade construída sob a o processo histórico da escravidão e de uma sociedade elitista (VIEIRA; MONTEIRO, 2013). Mesmo com os direitos à saúde garantidos por lei e por possuírem necessidades específicas de atendimento, às populações quilombolas não são ouvidas e sim suprimidas pelas condições de vida precárias em que se encontram. Dessa maneira, percebe-se que o sistema de saúde brasileiro não consegue ser equânime em garantir o acesso à toda a população (ALMEIDA *et al.*, 2019).

Os questionamentos feitos nesta reflexão sobre o acesso à saúde buscam chamar atenção para a recorrência das dificuldades de acesso aos serviços de saúde pelas populações quilombolas (ALMEIDA *et al.*, 2019). Além disso, deve-se questionar as raras informações a respeito do acesso, o perfil sociodemográfico dessa população específica o que dificulta o planejamento e implementação de intervenções.

5.2 QUILOMBOLAS NA AMAZÔNIA

Os quilombos frequentemente são locais de difícil acesso transformados em uma fronteira social e cultural, conhecidos hoje como comunidades remanescentes de quilombos, são organizações determinadas, atualmente, pelo autorreconhecimento dos descendentes dos negros africanos escravizados (FREITAS *et al.*, 2011).

Após o término da escravidão, o distanciamento dos centros urbanos da maior parte dos quilombos, apesar de manter seus valores culturais preservados tais como o tipo de alimentos que preparam, a religiosidade, a relação com atividades ligadas ao trabalho com a terra, fez com que esta população permanecesse às margens da sociedade, sobretudo pela escassez de emprego, levando-os a permanecer em atividades predominantemente rurais (ALMEIDA *et al.*, 2019).

As comunidades remanescentes quilombolas apresentam características étnicas específicas, mantidas ao longo do tempo, por meio da organização de seus grupos ou pela força da memória que fortalece a sua identidade. Esses grupos se organizam como novas unidades de produção que em nível local ou regional reordenam o sistema da propriedade e os usos das terras em diversos sentidos, estabelecendo padrões sociais de produção agrícola e/ou animal (OLIVEIRA, 2012). Destaca-se que os quilombolas lutam pelo direito de serem agentes de sua própria história, mesmo submetidos às relações de poder desiguais.

Segundo Araújo *et al.* (2017) o costume de vida quilombola é majoritariamente rural e diferencia-se pela divisão técnica, social, sexual e etária do trabalho. As aptidões singulares, os utensílios técnicos e força laboral, reportam diversas atividades na unidade familiar de produção sem emprego de máquinas agrícolas e baixo uso de instrumentos e técnicas modernas, baixa produtividade e incipiente integração ao mercado (NAHUM; OLIVEIRA, 2013).

Além disso, muitos dos descendentes de pessoas escravizadas ainda vivem nas mesmas localidades que residiam seus antepassados e mantém tradições, saberes e fazeres repassados de geração em geração contribuindo para a construção/reconstrução da identidade étnica (SILVA *et al.*, 2014).

É importante destacar que as comunidades quilombolas viveram as transformações próprias da realidade social brasileira e que apesar de passarem por essas mudanças elas não abandonaram a referência que têm de seus antepassados. Assim, além de absorverem novos elementos socioculturais trazidos por essas mudanças, as comunidades quilombolas preservam suas tradições e identidade histórica, renovando suas práticas sem abandonar o vínculo com o passado, apresentando-se, dessa maneira, como um grupo dinâmico (BRASIL, 2009).

A memória viva da trajetória e experiência do grupo traduz-se, para as comunidades quilombolas, na referência histórica de práticas culturais produzidas. A identidade dessas comunidades define-se a partir da vivência e do compartilhamento de valores culturais dentro do grupo. Segundo Furtado *et al.* (2014) a cultura mesmo que dinâmica é o que nos faz e nos torna o que somos ao crescermos em um determinado ambiente.

Werneck (2016) aborda que as mulheres ocupam a maior parte das atividades desenvolvidas nas comunidades, sejam atividades de pesquisa ou de organização comunitária. Por estarem no cotidiano frequentemente cuidando dos lares e dos filhos, exercerem funções como as de benzedeadas e dos cuidados à saúde.

Estudos como de Araújo (2017) expõem que a infraestrutura básica de educação, saúde e saneamento em comunidades quilombolas são limitados. O nível de escolaridade e renda é baixo. Além de problemas relacionados à mobilidade devido à precariedade da infraestrutura da estrada e a violência física no percurso até o centro dos municípios.

É primordial o entendimento da estrutura social e cultural das comunidades quilombolas para tornar possível uma análise entre nível de conhecimento e comportamentos sexuais destas populações.

5.3 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM QUILOMBOLAS

Durante a história das Infecções Sexualmente Transmissíveis, o estigma e o preconceito sempre se fizeram presentes, a ponto de se constituírem numa interferência negativa nas questões do seu enfrentamento. Segundo o Ministério da Saúde, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) caracterizam-se por infecções causadas por mais de 30 agentes etiológicos diferentes (bactérias, vírus, fungos e protozoários), sendo transmitidas de maneira prioritária por contato sexual. Eventualmente, também podem ser transmitidas por contato sanguíneo, e da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação (BRASIL, 2015).

O Brasil faz seu planejamento de estratégias de controle de IST a partir de políticas e programas, sendo que a carência de dados epidemiológicos no que tange às IST, suas fragilidades, subnotificação de doenças, assim como a ausência de estudos de base populacional, dificultam a mensuração da magnitude e a gravidade das IST na esfera psicossocial da população, especialmente a quilombola. (NASCIMENTO, 2017).

Segundo o Boletim Epidemiológico HIV/aids (2020) de 2007 até junho de 2020, foram notificados no Sinan 342.459 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 152.029 (44,4%) na

região Sudeste, 68.385 (20,0%) na região Sul, 65.106 (19,0%) na região Nordeste, 30.943 (9,0%) na região Norte e 25.966 (7,6%) na região Centro-Oeste. Além disso, em 2020, 50,7% dos casos de HIV registrados ocorreram em pessoas negras.

Atualmente a bacterian *Neisseria gonorrhoeae* apresentou um aumento em sua incidência no Brasil, a rede nacional de vigilância monitora a resistência antimicrobiana da *N. gonorrhoeae*, mostrou alta resistência desse patógeno à penicilina, à tetraciclina e ao ciprofloxacino; emergência de resistência à azitromicina; e total sensibilidade (de acordo com os critérios do CLSI) às cefalosporinas de terceira geração (ceftriaxona, cefixima) (BAZZO, 2018).

A Sífilis é a única doença além do HIV que está na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados notificados. A Notificação compulsória de sífilis congênita em todo o território nacional foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; a de sífilis em gestantes, mediante a Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005; e, por último, a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. (SÍFILIS, 2019).

A respeito da prevenção temos a prevenção combinada, que remete à conjugação de diferentes ações de prevenção às IST, está relacionada à combinação das três intervenções: biomédica, comportamental e estrutural, aplicadas ao âmbito individual e coletivo. A união dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados e possibilidades da Prevenção Combinada (BRASIL, 2019b):

- a) Usar preservativo;
- b) Imunizar para HAV, HBV e HPV;
- c) Conhecer o status sorológico para HIV da(s) parceria(s) sexual(is);
- d) Testar regularmente para HIV e outras IST;
- e) Tratar todas as pessoas vivendo com HIV;
- f) Realizar exame preventivo de câncer de colo do útero (colpocitologia oncótica);
- g) Realizar Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), quando indicado;
- h) Conhecer e ter acesso à anticoncepção e concepção;
- i) Realizar Profilaxia Pós-Exposição (PEP), quando indicado.

Além disso, destaca-se a importância da sensibilização, necessária, da população para enfrentar o medo do diagnóstico e concomitante realização dos testes rápidos e todas as ferramentas implantadas para o controle das IST. A respeito da Imunização a três IST que

podem ser prevenidas o Papilomavírus Humano, Hepatite A e Hepatite B. A imunização para HPV é realizada por meio de vacina quadrivalente (tipos 6, 11, 16 e 18), estando indicada para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. O esquema é composto de duas doses, com intervalo de seis meses (BRASIL, 2019b).

Um agravamento para a região amazônica brasileira é caracterizado por comunidades dispersas e isoladas, com uma infraestrutura física frágil e uma escassez e alta rotatividade de profissionais de saúde, os quais dificultam a implementação de programas de testes de ISTS (RUFFINEN *et al.*, 2015). O estudo de Ruffinen *et al.* (2015) identificou que as barreiras geográficas e falta de transporte é uma das principais limitações ao acesso aos cuidados de saúde em comunidades.

5.4 VULNERABILIDADE

O termo vulnerabilidade surgiu em distintos contextos. Figueiredo, Weihmüller, Vermelho e Araya (2017) expõem que nos quais a idealização de vulnerabilidade surgiu na área jurídica com caráter de distinguir situações de fragilidade que atingem certas populações. Já para Monteiro (2011), a categoria vulnerabilidade passou a existir em um contexto de pobreza enquanto questões econômicas e de renda.

Em saúde, a utilização do termo vulnerabilidade começou no início dos anos 1980, com os estudos sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) (COSTA *et al.*, 2016) dividindo julgamentos da área dos Direitos Humanos. Foram as características da progressão da epidemia, como a mudança no perfil das pessoas atingidas e variáveis socioeconômicas, que trouxeram à tona novas associações ao contexto da infecção, exigindo a redefinição das ideias individualizantes até então vigentes sobre os “grupos de risco” (CARMO; GUIZADI 2018).

Com o exercício etimológico resgatamos que a conexão dos vocábulos em latim *vulnerare*, que significa ferir, lesar, prejudicar (JACZURA, 2012). O termo vulnerabilidade já assumiu várias conotações, entre estas, designando grupos ou indivíduos fragilizados, juridicamente ou politicamente, que necessitam de auxílio e proteção para a garantia de seus direitos como cidadãos (SCOTT *et al.*, 2018).

Pedersen e Silva (2013) afirmam que atualmente o conceito de vulnerabilidade social tem sido usado para caracterizar uma parcela da população, cada vez maior, que se encontra em uma situação desfavorável em relação a outros grupos populacionais.

A concepção de vulnerabilidade em sua formação não está estritamente dependente da carência ou precariedade no acesso à renda, mas conectada também às fragilidades de conexão afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos (CARMO; GUIZARDI, 2018).

O ser humano vulnerável, por outro lado, é aquele que, conforme conceito compartilhado pelas áreas da saúde e assistência social, não necessariamente sofrerá danos, mas está a eles mais suscetível uma vez que possui desvantagens para a mobilidade social (GUARESCHI *et al.*, 2007). As pessoas não são vulneráveis, mas sim vulnerabilizadas por contextos que reproduzem mecanismos de desigualdade e exclusão social (BRASIL, 2003).

Dentro do conceito de vulnerabilidade, a subdivisão entre vulnerabilidade individual, social e programática (SANTOS, 2016). A vulnerabilidade individual abrange os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e referentes às relações sociais. A social é marcada por aspectos culturais, sociais e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. A vulnerabilidade programática refere-se aos recursos sociais imprescindíveis para a proteção do sujeito a riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social (RODRIGUES; NERI, 2012).

Os fatores ligados à vulnerabilidade individual consideram questões como idade, sexo, atividade e práticas sexuais, raça/cor, escolaridade, renda, acesso a serviços de saúde e outros bens sociais. Ou seja, consideram os contextos epidemiológicos e sociodemográficos que determinam um maior ou menor grau de exposição ao HIV/aids dos indivíduos (SANTOS, 2016).

À vulnerabilidade social, tangem as questões ligadas ao exercício de cidadania e dos direitos. Aqui se incluem os direitos sexuais e reprodutivos e a diversidade sexual, as questões de gênero e gerações, o pertencimento étnico e racial e seus significados dentro da sociedade (SANTOS, 2016).

A vulnerabilidade programática é definida pelo investimento em ações e programas de saúde voltados à prevenção da infecção pelo HIV e à assistência prestada a pessoas vivendo com HIV/aids, assim como pela possibilidade de acesso dada aos diferentes segmentos da população às ações e equipamentos sociais e de saúde (SANTOS, 2016).

A vulnerabilidade produzida pela raça possui territórios e endereçamentos marcados pelas relações de colonização e escravidão (HÜNING *et al.*, 2021). O analfabetismo, conforme dados de 2016 do IBGE, atingiu níveis de 11% na população negra em comparação com 5%

para a população branca, e a população negra consistia em 70% dos que viviam em situação de extrema pobreza (BRASIL, 2017).

5.5 O IMAGINÁRIO

O autor Durand sugere que o imaginário é abrangido toda política cultural relacionada aos grupos sociais, ou seja, identificar o ligado a imagens que, de forma lógica, produzem e são produzidas por determinados grupos, algumas de caráter universal e outras de aspecto local (MAGALHAES, 2016).

Segundo Magalhaes (2016) o Baczko, assim como os demais pensadores do imaginário, busca arquitetar sua análise com base na relação entre o imaginário e o real e em seu aspecto fundamental da classe humana, onde o imaginário é um aspecto da vida social, de uma atividade dos diversos agentes sociais, constituindo pontos de referência nas redes simbólicas pelas quais a coletividade direciona regras, normas e objetivos. Através dos seus imaginários sociais, uma coletividade designa a sua identidade; elabora uma certa representação de si; estabelece a distribuição dos papéis e das posições sociais; exprime e impõe crenças comuns; constrói uma espécie de código de “bom comportamento.

Sendo assim, para Vigotski (1996, p. 133), “[...] os traços sociais e de classe formam-se no homem a partir de sistemas interiorizados, que nada mais são do que sistemas e relações sociais entre pessoas trasladados para a personalidade [...]”. Conclui-se que os modos de conhecimento da imaginação no funcionamento psíquico dependem do contexto social em que se dá o desenvolvimento humano e das práticas sociais em que os indivíduos se inserem (CRUZ, 2015).

As semelhanças entre a atividade imaginária e a realidade, tal como Vigotski as vê relata que a primeira forma dessas relações é a de que toda invenção imaginária parte de elementos adotados da realidade e resulta em uma transformação, uma reelaboração desses elementos. Outra forma é aquela em que imaginação possibilita o conhecimento do real a partir da experiência do outro, servindo como meio de ampliação da experiência do homem. É o que ocorre quando arquitetamos imagens de lugares, fatos e coisas que nunca vimos (CRUZ, 2015).

Esta visão nos conduz à concepção de Vigotski (2000) de que não é o pensamento que pensa, mas o indivíduo. “Uma vez que a pessoa pensa, perguntamos: qual pessoa” e responder a isso leva em consideração o contexto histórico-cultural, das relações em que a pessoa está

inserida e da posição ocupada. O papel do sonho, do pensamento, da imaginação, do afeto, da memória no funcionamento psíquico será distinto em cada pessoa e guardará as marcas de suas pertencas histórico-culturais. (CRUZ, 2015).

Além disso, segundo Werneck (2006) pela posição do sujeito histórico-geográfico, cultural e econômica e a ideologia como orientação originária do imaginário que determina os papéis e as funções sociais.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 TIPO DE ESTUDO

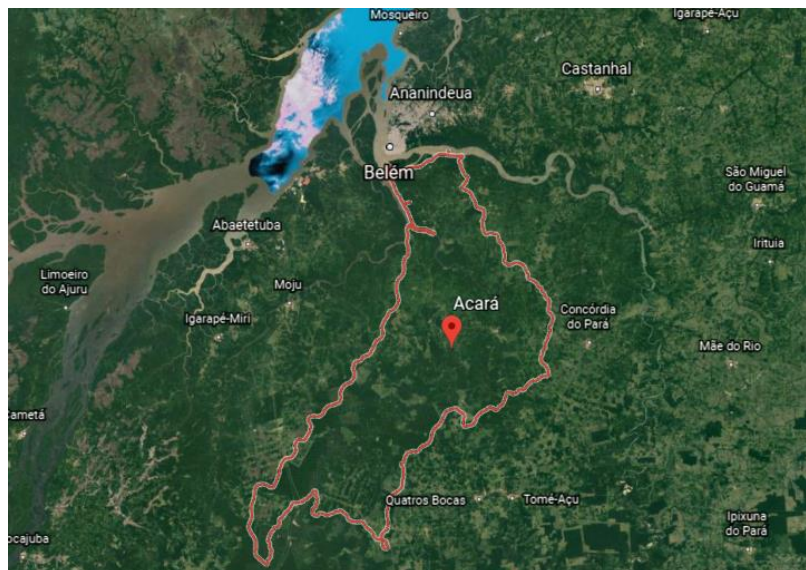
Trata-se de um estudo descritivo que procura conhecer a realidade estudada e descrever suas características, fatos e suas dificuldades (ZANELLA. 2013). Além disso, o estudo é de natureza qualitativa, Segundo Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa do mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem.

A coleta de informações seguiu os fundamentos metodológico e o teórico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2000).

6.2 LOCAL DE ESTUDO

A comunidade quilombola Itancoã Mirim é composta por 175 famílias. Está localizada no município de Acará (figura 2), região do Baixo Acará, nordeste do estado do Pará. O Baixo Acará pertence ao bioma amazônico e fica nas proximidades da capital paraense, Belém. Há duas maneiras de locomoção de Belém para o município do Acará, a primeira é por meio terrestre que dura em torno de três horas, e a segunda é de barco, a viagem dura por volta de trinta minutos.

Figura 2– Localização do Município do Acará, no Estado do Pará.



Fonte: Zoom Earth (2021) adaptado pelo autor.

O deslocamento para a pesquisa ocorreu por meio de barco, por ter uma duração menor de tempo, além do que a estrada com ramais possui trechos sem pavimentação e de pouca segurança. A travessia ocorria do porto da palha no Bairro da Cremação (figura 3) no município de Belém até ao porto de Boa Vista (figura 4) no município do Acará por meio de lanchas ou barcos.

Figura 3– Porto da Palha, Município de Belém.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 4 – Placa de bem-vindos de Boa Vista no Município do Acará.



Fonte: Autoria própria (2020).

A área da comunidade de Guajará Mirim (figura 5) soma 1.024,1954 hectares titulados em 2002 pelo Instituto de Terras do Pará (ITERPA), órgão vinculado ao governo do estado do Pará. O título foi dado em nome da Associação das Comunidades Remanescentes de Quilombos Filhos de Zumbi, que representa as comunidades quilombolas de Guajará Mirim, Itacoã Mirim e Espírito Santo.

Figura 5– Localização da Comunidade Remanescente de Quilombo Itacoã Mirim, no Município de Acará.



Fonte: Zoom Earth (2021) adaptado pelo autor.

A comunidade de Itacoã Mirim foi escolhida para a pesquisa por estar localizada próximo ao município de Belém e tem como base econômica atividades que se perpetua entre as gerações, as atividades mais comuns é a produção de carvão e farinha de mandioca, coleta de frutas regionais (específicas por época, safra) e pequenos estabelecimentos comerciais.

Figura 6– Açáí em processo para posteriormente ser comercializado.



Fonte: Autoria própria (2020).

Algumas residências possuem estrutura de madeira ou mista de madeira e alvenaria, além de ser comum a utilização de fogão de barro (figura 7) e grande parte das famílias da comunidade de Itancoã Mirim possuem despoldadeira de açaí (figura 8).

Figura 7– Fogão de barro em uma casa da Comunidade Remanescente de Quilombo de Itancoã Mirim.



Fonte: Aatoria própria (2020).

Figura 8 – Despoldadeira de açaí em residências da Comunidade Remanescente de Quilombo de Itancoã Mirim.



Fonte: Aatoria própria (2020).

A comunidade remanescente quilombola tem na sua esfera religiosa a Igreja Católica como principal raiz e a referência à Santa Luzia como padroeira da comunidade. No entanto, os evangélicos também possuem espaços representados pela Assembleia de Deus como sua maior referência do seguimento protestante.

Figura 9 – Salão de festa da Comunidade Remanescente de Quilombo de Itancoã Mirim.



Fonte: Autoria própria (2020).

Além disso, a comunidade apresenta como infraestruturas: um centro comunitário que é formado pela igreja, um campo de futebol, um salão de festas (figura 9), uma escola (figura 10) que oferece aulas da 1ª a 4ª série do ensino fundamental, em classe multisseriada e um posto de saúde que tem dois Agente Comunitário de Saúde (ACS) e um técnico de Enfermagem.

Figura 10 – Escola da Comunidade Remanescente de Quilombo de Itancoã Mirim.



Fonte: A autoria própria (2020).

Figura 11 – Posto de Saúde da Comunidade Remanescente de Quilombo de Itancoã Mirim.



Fonte: A autoria própria (2020).

6.3 PARTICIPANTES

Participaram do estudo indivíduos residentes da comunidade quilombola Itancoã Mirim no Estado do Pará.

6.3.1 Critérios de Inclusão

- a) Maiores de 18 anos
- b) Residentes da comunidade quilombola Itancoã Mirim

6.3.2 Critérios de Exclusão

- a) Não apresentar interesse em participar da pesquisa;
- b) Não estar na localidade do estudo.

6.4 COLETA DE DADOS

O primeiro contato com as comunidade do Acará se deu através de uma ação educativa a respeito de Câncer de mama em novembro de 2020, neste momento, foi estabelecido um diálogo para e planejamento da coleta de dados em uma das comunidades quilombolas do baixo acará, no caso Itancoã Mirim. Após este primeiro contato, foi necessário agendar um dia para a apresentação do projeto de pesquisa para a liderança da comunidade de Itancoã Mirim, onde foi solicitado a permissão para realizar coletada de dados na comunidade. A coleta de dados ocorreu com usuários atendidos durante a visita de saúde com a Agente Comunitária de Saúde (figura 12 e 13) da comunidade quilombola Itancoã Mirim nos dias 17 de Novembro e 3 de Dezembro de 2020, onde os residentes da comunidade foram convidados a participar do estudo após uma apresentação do projeto, estes tiveram livre arbítrio de participar ou não da pesquisa.

Figura 12 – Agente Comunitária de Saúde se deslocando para residências da Comunidade Remanescente de Quilombo de Itancoã Mirim.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 13 – Agente Comunitária de Saúde durante visita a residentes da Comunidade Remanescente de Quilombo de Itancoã Mirim.



Fonte: Autoria própria (2020).

Sendo assim, foi explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE que teve duas vias (uma via para o pesquisador e a outra foi entregue para o participante) e o documento teve finalidade de explicar os detalhes da pesquisa (justificativa, objetivos, procedimentos, desconfortos, riscos, benefícios, entre outros aspectos), também foi informado e assegurado os direitos dos participantes a respeito das entrevistas, sanando todas as dúvidas referentes a gravação de voz e/ou imagem.

Para coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista. Para isso foi escolhido um local da residência onde houvesse privacidade para realizar a entrevista, justamente que o participante ficasse a vontade para responder. O formulário possuía questões semiestruturadas que consistiam em:

- a) Nome;
- b) Orientação sexual;
- c) Data de nascimento;
- d) Idade;
- e) Escolaridades;
- f) Religião;
- g) Estado civil;
- h) Ocupação;
- i) Renda familiar.

As perguntas abertas consistiam em:

1. Fale sobre o que sabe de doenças venéreas/IST? Conhece os sinais e sintomas de alguma IST? Quais IST você conhece? Você já teve alguma?
2. Fale de algum cuidado para não pegar doenças venéreas/IST?
3. Fale de algum tratamento caseiro para doenças venéreas/IST usado na comunidade?
4. Fale sobre os tipos de proteção para doenças venéreas/IST que você conhece?
5. Quando alguém na comunidade aparece com uma doença venérea/IST o que é logo feito ou qual o tratamento adotado?
6. As pessoas da comunidade quando tem alguma doença venérea fazem uso de remédios extraídos da floresta? ou ensinados por pessoas da família?

Além disso, utilizou-se o recurso de gravação de áudio com a finalidade de obter todas as expressões verbais possíveis visando conseguir informações fidedignas do entendimento dos remanescentes quilombolas sobre as infecções sexualmente transmissíveis. O Formulário elaborado (Apêndice B) contempla questões de identificação para caracterizar os participantes do estudo.

O critério utilizado para determinar o tamanho da amostra do trabalho foi a de saturação de dados, ou seja, aquele momento no qual a busca de novos sujeitos não acrescenta nova informação à investigação. Segundo Cherques (2009) considera saturada a coleta de dados quando nenhum novo elemento é encontrado no discurso do sujeito.

6.5 ANÁLISE DE DADOS

A partir da transcrição dos dados, obtida por meio de cópia rigorosa das expressões verbais, realizou-se a análise pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), a qual Lefèvre e Lefèvre (2003) definem como uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, papers, revistas especializadas e outros.

Para a elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs), utilizou-se as seguintes figuras metodológicas, conforme Lefèvre e Lefèvre (2003):

- a) **Expressões Chave (ECHs)** – São trechos ou transcrições literais do depoimento, que devem ser sublinhadas, iluminadas, coloridas pelo pesquisador, e que revelam a essência desse depoimento. É com a matéria-prima das ECHs que se constroem os DSCs.
- b) **Idéias Centrais (ICs)** – É um nome ou uma expressão linguística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECHs, que originam, posteriormente, o DSC. É importante assinalar que as ICs não são uma interpretação, mas sim uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos.
- c) **Ancoragem (AC)** – É a manifestação linguística explícita de uma teoria, ou ideologia, ou crença, que o autor do discurso professa e que, na qualidade de

afirmação genérica, é usada pelo enunciador para ‘enquadrar’ uma situação específica.

A elaboração do discurso do sujeito coletivo consiste para Lefevre e Lefevre (2013) como uma “reunião num só discurso-síntese, redigido na primeira pessoa do singular, de ECH que tem a mesma IC ou AC. As IC semelhantes são reunidas em uma única ideia central ou categoria”.

Foi utilizado o DSCsoftware, instrumento capaz de recuperar e descrever, empiricamente, o que as coletividades pensam sobre tudo aquilo que estão habilitadas, como conjunto de atores sociais a pensar (LEFEVRE; EFEVRE, 2005).

A proposta do DSC, segundo Lefèvre e Lefèvre (2003), é reconstruir com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos síntese quantos se julguem necessários para expressar uma dada ‘figura’, ou seja, um dado pensar ou uma representação social de um fenômeno. Observa-se que, apesar de o DSC envolver várias pessoas falando, não se trata de um nós, mas de um eu coletivizado.

Por fim, ao tabular os dados foram seguidos os seguintes passos:

- a) Ler algumas vezes o conjunto das respostas a uma questão;
- b) Ler cada resposta em particular identificando as ECH;
- c) Identificar a ou as Ideias Centrais de cada resposta;
- d) Analisar todas as Ideias Centrais buscando agrupar as semelhantes em conjuntos homogêneos ou categorias;
- e) Nomear as categorias homogêneas;
- f) Construir o/ou os Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs) de cada categoria obtida na etapa;
- g) Para construir um DSC é preciso escrever ou sequenciar as ECH obedecendo a uma sistematização: começo, meio e fim ou do mais geral para o mais específico.

Nuvem de palavras, Segundo Schwatz (2018) é a terminação utilizada para um tipo de visualização que expande a capacidade analítica sobre o conteúdo de textos. Em uma nuvem de palavras, quanto maior a frequência de um determinado termo, maior será sua apresentação na imagem. Sua cor também é destacada (FREITAS *et al.*, 2018).

6.6 TRATAMENTO ÉTICO DA PESQUISA

Respeitando-se os princípios éticos que regem as pesquisas envolvendo seres humanos, informamos que este projeto seguiu as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP, resolução 466/12) e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências e da Saúde da Universidade Federal do Pará, CAAE 35278720200000018 (ANEXO A).

Foi utilizado ainda, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Autorização de uso de Imagem e Depoimentos salvaguardando o direito de imagem de cada indivíduo o qual dispõe sobre o respeito devido à dignidade humana e exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido. Assim, foi garantido o anonimato e sigilo das informações coletadas, conforme Resolução nº 466/12 e 510/16.

6.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

Este estudo oferece riscos mínimos aos participantes, porque os métodos, ou seja, as práticas foram minimizadas com informações e/ou orientações adequadas durante todo o procedimento, cuja abordagem foi realizada de forma individual. Pode ter acontecido um certo constrangimento ao responder aos questionamentos, que foram contornados com esclarecimentos sobre a pesquisa realizada.

A pesquisadora responsável pelo estudo coletou informações gerais sobre os participantes. Em todos os registros, um código foi substituído pelo nome do participante. Todos os dados coletados foram mantidos de forma confidencial, assegurando o sigilo sobre a participação dos voluntários. As respostas de cada participante foram lidas e interpretadas pela autora da pesquisa.

Os dados coletados serão utilizados apenas para fins de estudo científico. Os dados também poderão ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, a identidade do informante não será revelada em qualquer circunstância.

Ninguém foi obrigado a participar da pesquisa, assim como podia deixá-la no momento que desejasse, pois não haveria prejuízo pessoal por esta causa.

Além disso, não houve nenhum tipo de despesa na pesquisa, assim como não houve nenhuma forma de pagamento pela participação. A participação na pesquisa foi sigilosa, isto significa que, somente a pesquisadora tem acesso a participação dos voluntários.

Quanto aos benefícios, obter o diagnóstico sobre o que se evidencia como conhecimento e prática de cuidado em IST/HIV para a realização de intervenções na assistência a este grupo, com o objetivo de aumentar a qualidade de vida. Ademais, o estudo pode contribuir para o planejamento das ações de saúde.

7 RESULTADOS

Durante a pesquisa participaram 16 residentes da comunidade de Itancoã Mirim a partir das entrevistas, observou-se conforme a Tabela 1 a predominância de participação do sexo feminino, que correspondeu 81,25% (n=12), o maior percentual encontrado foi o de indivíduos na faixa etária de 18 anos a 29 anos com, 50% (n=8), seguido pelos indivíduos com 40 anos a 49 anos com 25% (n=4).

Além disso, na Tabela 1, parte dos residentes da comunidade de Itancoã Mirim que participaram da pesquisa apresenta apenas o ensino fundamental incompleto 37,50% (n=6), seguido por moradores com o ensino médio completo 25% (n=4).

Tabela 1– Percentual Sociodemográfico de indivíduos da comunidade de Itancoã Mirim, no Acará, do ano de 2020.

Variável	Categoria	Quantidade	Percentual
Sexo	Masculino	3	19,
	Feminino	13	81
Faixa Etária	18 a 29	8	51
	30 a 39	2	12
	40 a 49	4	25
	50 a 59	2	12
Escolaridade	Analfabeto	1	7,
	Ensino Fundamental Incompleto	6	37
	Ensino Fundamental Completo	3	19
	Ensino Médio Incompleto	2	12
Renda Familiar Mensal	Ensino Médio Completo	4	25
	Até 1 Salário-Mínimo	15	94,
Ocupação	Entre 1 e 2 Salários-Mínimos	1	6
	Do lar	11	69
	Agricultor	4	25
Estado Civil	Autônomo	1	6
	Casado(a)	3	12
	Solteiro(a)	8	56
	União Estável	4	25
	Divorciado	1	7

Fonte: Autoria própria (2020).

Grande parte dos moradores 94% (n=15) que participaram da pesquisa apresentam como renda familiar mensal até um salário-mínimo e 69% (n=11) são do lar como ocupação.

1. Discurso da percepção do que é Infecção Sexualmente Transmissível

Quadro 1– Expressões-chave das respostas dos sujeitos a respeito das Infecções Sexualmente Transmissíveis

Sujeito 1: Doença relacionada ao sexo.

Sujeito 2: Uma coisa muito ruim, muito grave... quando ela engravidou ela pegou sífilis...

Sujeito 6: Um vírus que a gente pega através do sexo, da relação sexual.

Sujeito 8: Doença feia... câncer.... aids... é uma coisa que a pessoa não sabe né... se a pessoa tem algum problema.

Sujeito 9: Fico com medo né... aparece corrimento...

Sujeito 10: HIV né, sífilis só isso que eu sei...

Sujeito 12: Algumas eu sei assim né... sífilis, escorrimento né... que fala isso se tiver assim com mal cheiro isso se torna um câncer né.

Sujeito 13: Só o que ouço falar é a aids, câncer que pega da inflamação que vira o câncer de útero.

Sujeito 14: HIV, câncer também...

Sujeito 15: Aids, várias coisas....

Sujeito 16: Poderia uma mulher pegar uma doença se ela se envolver com outras pessoas que ela não conheça.

Fonte: Autoria própria (2020).

Discurso do Sujeito Coletivo

“São doenças graves relacionadas ao sexo como: HIV, aids e sífilis e surgem alguns sinais e sintomas como inflamação, corrimento e cheiro podendo se tornar câncer”.

2. Discurso sobre transmissão

Quadro 2– Expressões-chave das respostas dos sujeitos a respeito da transmissão das Infecções Sexualmente Transmissíveis

Sujeito 1: Pelo sexo.

Sujeito 2: Eu acho que é só através do sexo, do sangue eu acho...

Sujeito 3: Tendo relações sexuais...

Sujeito 5: No sexo.

Sujeito 10: Fazendo relação.

Sujeito 15: Relação sexual.

Fonte: Autoria própria (2020).

Discurso do Sujeito Coletivo

“A transmissão das Infecções sexualmente transmissíveis é pela relação sexual”.

3. Discurso sobre prevenção

Quadro 3– Expressões-chave das respostas dos sujeitos a respeito da prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis

Sujeito 1: preservativo.

Sujeito 2: Só prevenir com preservativo, acho que só isso mesmo... e no caso se defender né... não tá se jogando muito assim no mundo aí do sexo... do jeito que tá né...

Sujeito 3: Usando camisinha e se precaver.

Sujeito 4: Tem que usar camisinha.

Sujeito 5: Se prepara né?! Ir com uma camisinha... com alguma coisa.

Sujeito 6: usando preservativo.... não[se]sentando em vasos sanitários em lugares públicos onde a gente vê muitas pessoas frequentam... tendo higiene com si próprio.

Sujeito 7: usando camisinha, eu acho que é só isso... e injeção.

Sujeito 8: Só se a pessoa tomar algum antibiótico né... pílula.

Sujeito 9: Usar camisinha para se proteger.

Sujeito 10: tem que se prevenir, usando camisinha... preservativo.

Sujeito 11: Devemos nos prevenir com camisinha né... isso daí a gente sabe né...

Sujeito 12: O preservativo né.

Sujeito 13: A camisinha.

Sujeito 14: A pessoa tem que ter só o seu marido e fazer relação... se preveni, com camisinha e essas coisas... também tem camisinha de mulher... a pessoa pode tomar remédio também para não pegar inflamação né?!...

Sujeito 15: Usar camisinha.

Sujeito 16: Eu acredito me protegendo eu viver com uma pessoa só, assim. Tem mulher que usa camisinha... esses tipos de coisas, mas eu como eu acredito no meu parceiro...

Fonte: Autoria própria (2020).

Discurso do Sujeito Coletivo

“O meio de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis é usando camisinha, ter higiene, não se sentar em vasos sanitários, usar pílula, antibiótico e injeção. Além disso, não se jogar no mundo do sexo, viver com um pessoa só”.

4. Discurso sobre tratamento

Quadro 4– Expressões-chave das respostas dos sujeitos a respeito do tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis

Sujeito 3: Aqui nós tomamos mesmo é verônica... unha de gato é igual a verônica um pau da Amazônia... tira um sumo que sai meio avermelhado... é meio amargo, “pra” ficar imune a algumas doenças.

Sujeito 4: Hospital.

Sujeito 5: Com médico.

Sujeito 6: Procurando o posto de saúde, “pra” procurar ajuda... um ACS... alguma coisa assim...

Sujeito 7: Não sei, sei que tem tratamento. Usa verônica e unha de gato...

Sujeito 8: Procurar médico... “pra” ver o medicamento.... tem muito remédio caseiro... a uma de gato a Veronica... tem chuva, que é uma folha que a pessoa faz para fazer chá e tomar é... esqueci o nome do outro remédio que coloca junto... casca de caju, casca de uxi a pessoa se asseia, toma o chá.

Sujeito 9: Tem que ir para o médico para ter um tratamento.

Sujeito 10: Tomar remédio.

Sujeito 11: É procurado o posto, mas não aqui... que na verdade a gente sabe que esse posto.... a gente procura o posto de Boa Vista que aqui é o básico mesmo. As mulheres usam, eu nunca usei... elas usam verônica, unha de gato para fazer banho de asseio essas coisas. Eu nunca usei isso, mas minha mãe usava sempre... minha mãe sempre fez essas coisas.

Sujeito 12: Eu nunca tomei assim... mas as pessoas dizem que a casca de uxi e a casca desses matos que os antigos falam que ele é bom “pra” isso... aquele sucuba, verônica também é bom para a pessoas tomar.... A gente põe na água para se lavar ferve e “pra” tomar unha de gato que as pessoas falam que é bom para inflamação e para outras coisas.

Sujeito 13: Olha quando nós estamos.... tem a inflamação que a pessoa pega [se] sentando em uma cadeira quente, em um banco quente... até assim virar inflamação aí nós tomamos a unha de gato e a verônica e aí passa. Às vezes a gente manda comprar em Belém que a mulher toma quando acaba de ter o filho... água inglesa. Toma meia xicara daquele todo dia. Vou para o banheiro... tomo primeiro em jejum depois tomo banho... “praquilo” sair. Sai quando a pessoa “tá” sangrando.

Sujeito 14: Eu tomava muito aquela saúde da mulher... chá de verônica... sempre eu fui disso porque sempre minha mãe dizia que era bom esses tipos de remédio caseiro... as vezes a gente até se asseia com esse chá de verônica.

Sujeito 15: Verônica, esses paus.... Tomo quase todo dia a pessoa coloca na geladeira para gelar... Tem uns e outros remédios... Tem, caju do mato... Tem vários remédios.

Sujeito 16: Tem um remédio caseiro aqui que a gente sempre costuma fazer... que é o banho de asseio com casca travosa do uxi, da murta cabeluda do mato de enxuga, do caju do mato que é onde a mulher se mantém... onde ela se lava, cicatrizar a cicatriz que tá abrindo... pode tomar o chá de casca de vários paus que tem aqui no mato, as vezes que tem em casa. plantas... tirando isso é farmácia mesmo... medicina mesmo.

Fonte: Autoria própria (2020).

Discurso do Sujeito Coletivo

“Aqui, nós usamos remédio caseiro ensinado por nossas mães, que são anti-inflamatórios e cicatrizantes. Tomamos ou é feito o banho de assento para se lavar, com verônica um pau da Amazônia de onde é tirado um sumo meio avermelhado, usamos como chá as ervas: unha de gato, folha de chuva, casca de caju, casca de uxi, sucuba e murta cabeluda. Procuramos a ajuda da ACS, do posto de saúde ou vamos ao hospital para tratamento com remédio... medicina mesmo”.

8 DISCUSSÃO

Imaginário social se expressa por ideologias e utopias, e também por símbolos, alegorias, rituais e mitos. Tais elementos plasman moldam visões de mundo e modelam condutas e estilos de vida, em movimentos contínuos ou descontínuos de preservação da ordem vigente ou de introdução de mudanças. (PESSOA et al., 2020)

A imaginação adquire uma função muito importante no comportamento e no desenvolvimento humano. Ela transforma-se em meio de ampliação da experiência de um indivíduo porque, tendo por base a narração ou a descrição de outrem, ele pode imaginar o que não viu, o que não vivenciou diretamente em sua experiência pessoais. (VYGOTSKY, 1996, p. 125)

Segundo o boletim HIV/aids (2020) descreve que a maior concentração dos casos de Aids no Brasil foi observada nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos, em ambos os sexos. Sendo assim, notamos a importância do nível de informações dos participantes desta pesquisa já que mais da metade dos entrevistados estão nesta faixa etária (62,50%) tão acometida pela aids.

Estudos apontam que a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde (RIBEIRO *et al.*, 2018). Segundo Pieri (2018) há uma ampla diferença econômica e social entre indivíduos que estudaram mais em relação aos menos escolarizados. Pessoas com menor escolaridade tendem a viver menos, com piores condições de saúde, empregos com menores salários e tem maior probabilidade de praticar atividades criminosas.

Segundo IBGE (2018) a metade da população do Norte e do Nordeste vivem com até 1/2 salário-mínimo, enquanto nas demais regiões esse percentual varia entre 15,6% e 21,5%. As condições de saúde da população estão profundamente relacionadas à questão social, refletindo as condições de vida em que ela vive, sendo um fator de risco e de agravamento em saúde (PITOMBEIRA; OLIVEIRA., 2020).

Alguns estudos como o Souza (2020) e Plutarco *et al.*, (2019) verificaram que indivíduos com estado civil, de casados ou em união estáveis têm uma menor chance de usar o preservativo, existindo uma maior dificuldade em manter o uso do preservativo em suas relações.

Relações estáveis, para a maioria das pessoas, representam ausência de risco para contrair alguma IST e, por isso, negligenciam o uso do preservativo (MAGNO; CASTELANOS, 2016). O estudo de Gutierrez *et al.*, (2019) corrobora com estudo anterior

onde os participantes casados ou os que vivem com parceiro existiu menos relações protegidas com preservativos.

No que concerne às comunidades remanescentes de quilombos um grupo populacional extremamente vulnerável a doenças infecciosas, tendo a dificuldade de acesso aos serviços de saúde por residirem em localidades rurais, desprovidos de transporte coletivo, dificulta a qualidade e acessibilidade aos serviços, até a busca por medicamento (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018).

A diante apresentaremos cada um dos discursos do sujeito coletivo divididos em quatro categorias diferentes e seu respectivo imaginário a respeito do Discurso do Sujeito Coletivo. Primeira categoria: Discurso da percepção do que é Infecção Sexualmente Transmissíveis. Segunda categoria: Discurso sobre transmissão. Terceira categoria: Discurso sobre prevenção. Quarta categoria: Discurso sobre tratamento.

No entanto, torna-se fundamental conceituar que o imaginário social se propaga por ideologias e utopias, e também por marcos, comparações, cerimônias e tradições. Tais meios moldam visões de mundo e modelam condutas e estilos de vida, em movimentos contínuos ou descontínuos de preservação da ordem vigente ou de introdução de mudanças. (PESSOA *et al.*, 2020).

A imaginação adquire uma função muito importante no comportamento e no desenvolvimento humano. Ela transforma-se em meio de ampliação da experiência de um indivíduo porque, tendo por base a narração ou a descrição de outrem, ele pode imaginar o que não viu, o que não vivenciou diretamente em sua experiência pessoais. (VYGOTSKY, 1996, p. 125)

1. Discurso da percepção do que é Infecção Sexualmente Transmissíveis

A partir do DSC nota-se a relação que os residentes da comunidade remanescente de quilombo realizam entre as ISTs e o HIV, aids e a sífilis. Além de relacioná-las ao câncer, evidenciando a carência de informação. O que evidencia um conhecimento superficial sobre as IST, assim como, escassez de informações corretas. As dificuldades de acesso aos serviços de saúde podem ser fator contribuinte para a vulnerabilidade desta população às doenças de modo geral e em especial as IST.

Nota-se no discurso dos indivíduos que as IST são cobertas por um estereótipo e a falta de informação perpetua o preconceito a respeito destas doenças, ligadas a morte e doenças incuráveis. Segundo o estudo de Antunes *et al.* (2014) o HIV/aids é visto como algo fatal e que traz sofrimento e dificuldades para as pessoas que vivem com ela.

Segundo Meneses e Lima (2015) o HIV no seu surgimento foi relacionado a grupos socialmente já estigmatizados e os denominados 'maus' comportamentos (promiscuidade sexual, traição, uso de drogas injetáveis, homossexualidade e prostituição). Além disso, este estereótipo foi abundantemente reforçado pela mídia, que com seu poder, noticiava reportagens sensacionalistas, distorcia e estigmatizava a aids como uma doença que não tinha cura, que levava à morte e era restrita a “grupos de riscos”, disseminando, desta forma, na população pânico, rejeição, estigmatização. consigo o estereótipo de uma doença vergonhosa, fortemente associada a conotações como desvalorização moral e social (VILLARINHO; PADILHA, 2016).

Segundo Kelenet *et al.* (2018) o estudo de educação e saúde são áreas sociais que se influenciam mutuamente. a educação é importante na vida das pessoas, pois tende a facilitar os seus processos de desenvolvimento individual, suas condições de saúde e o meio em que vivem como formas promotoras de saúde, como aquisição de hábitos alimentares mais saudáveis, diminuição do tabagismo, melhores condições para receber orientações em saúde, reflexão sobre a inserção delas em suas vidas e viabilização de transformações cotidianas.

2. Discurso sobre transmissão

É possível notar que apenas 6 participantes da pesquisa elegeram o mecanismo de transmissão das IST, nota-se ainda que apenas um sujeito relacionou o sangue como meio de transmissão. Vale salientar que, segundo o Ministério da Saúde, as IST também podem ser transmitidas por meio não sexual, pelo contato de mucosas ou pele não íntegra com secreções corporais contaminadas. A infecção decorre principalmente do contato sexual sem proteção, que permite, por meio de micro abrasões, a penetração do vírus na camada profunda do tecido epitelial. Entretanto, pode-se dar pelo contato direto ou indireto com as lesões em outras partes do corpo. Ainda é descrita a transmissão vertical durante a gestação ou no momento do parto (BRASIL, 2020; ZOURIDIS *et al.*, 2018).

A vulnerabilidade às IST está relacionada à exposição ao risco em virtude, principalmente, da falta de conhecimentos, atitudes e práticas favoráveis à saúde sexual. Segundo o estudo de Santos *et al.* (2018) A maioria dos participantes da pesquisa(n=74) possui conhecimento adequado acerca da IST, HIV/Aids, especialmente sobre suas formas de transmissão e prevenção, porém ainda a respeito do estudo as atitudes e práticas adotadas pelos caminhoneiros pesquisados comprovou comportamento de risco para contrair algum tipo de IST, pois 18 (24%) relataram já ter adquirido alguma IST na vida.

Além disso, é notório que por mais que o indivíduo tenha conhecimento de como as IST são transmitidas, não é empregado prevenção na prática a partir do discurso do sujeito coletivo. Segundo o estudo de Gutierrez *et al.* (2019) os participantes conhecem o meio de transmissão, mas tem um baixo uso de preservativo na primeira e na última relação sexual.

Os indivíduos jovens demonstraram conhecer o HIV/ aids e a forma de prevenção, todavia nota-se que embora forneçam informações a respeito da forma de exposição ao HIV não realizam essas práticas em seu cotidiano e nas suas relações sexuais (SILVA *et al.*, 2016; SPINDOLA *et al.*, 2019).

Além disso, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) aprovou em sessão plenária, realizada em 29 de setembro, o Parecer nº 259/2016, que atualiza as normas para a realização de testes rápidos pela equipe de profissionais de enfermagem onde o técnico ou auxiliar de enfermagem devidamente treinado e sob a supervisão do enfermeiro pode realizar teste rápido para triagem do HIV, sífilis e hepatites virais”. O que evidencia ainda mais a vulnerabilidade da comunidade de Itacoã mirim pois a equipe de saúde é composta por duas ACS e uma técnica de Enfermagem, não havendo um Enfermeiro específico a comunidade. Sendo assim, esta equipe reduzida se direciona para a ESF de Boa vista onde há uma Enfermeira e um Médico

3. Discurso sobre prevenção

Um achado fundamental na pesquisa foi DSC é o uso do preservativo (masculino) como contraceptivo de barreira sendo um dos maiores símbolos da prática do sexo seguro, recomendado o uso durante todo contato sexual, com ou sem penetração, o uso do preservativo ainda é uma das estratégias mais baratas e de fácil empregabilidade para a prevenção do IST e gravidez (GONCALVES *et al.*, 2020). Porém, não protege inteiramente da infecção pelo HPV e Herpes genital.

Embora seja menos frequente, o vírus também pode propagar-se por meio de contato com a mão, pele, objetos, toalhas e roupas íntimas no caso do HPV (GALVÃO *et al.*, 2017). A transmissão da Herpes genital dá-se através do contato direto com a lesão ou fluido contaminado (FERREIRA; SOUSA, 2002; WAGNER; HEWLETT, 1999). Os pacientes infectados podem sofrer recaídas frequentes. Além disso, essa doença está associada a um risco aumentado de transmissão de outras IST, em até três vezes, incluindo o HIV, conforme comprovado em populações encarceradas nos Estados Unidos (ALTICE *et al.*, 2005).

Por mais que o uso de preservativos seja uma estratégia fundamental a ser sempre estimulada, ele possui limitações. Assim, outras medidas de prevenção são importantes e

complementares para uma prática sexual segura. A Prevenção Combinada é a associação de diferentes métodos de prevenção às IST, conforme as características e o período de vida de cada indivíduo. Entre os métodos que podem ser combinados, estão: a testagem regular para o HIV; a prevenção da transmissão vertical; o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis e das hepatites virais; a imunização para as hepatites A e B; programas de redução de danos para usuários de álcool e outras substâncias; profilaxia pré-exposição (PrEP); profilaxia pós-exposição (PEP); e o tratamento de pessoas que já vivem com HIV (BRASIL, 2017a).

O termo “Prevenção Combinada” remete à conjugação de diferentes ações de prevenção às IST, ao HIV e às hepatites virais e seus fatores associados. Assim, sua definição está relacionada à combinação das três intervenções: biomédica, comportamental e estrutural (BRASIL, 2017b).

Segundo o guia básico da prevenção combina (2016) é a combinação de diferentes estratégias comportamentais e/ou biomédicas de prevenção em diferentes momentos da vida de uma pessoa. Como uma estratégia de prevenção que deve ser combinada com a pessoa que irá utilizá-la, a partir da sua realidade e dentro das suas possibilidades, num processo de aconselhamento dialogado e não prescritivo, e uma estratégia orientada pelo respeito aos direitos humanos e a autonomia das pessoas, e por políticas públicas que garantam acolhimento, informação e acesso aos serviços de saúde e aos insumos de prevenção, principalmente para as pessoas mais vulneráveis.

Além disso, é possível notar no discurso do sujeito 16 que relata “Tem mulher que usa camisinha... esses tipos de coisas, mas eu acredito no meu parceiro”. Entende-se a partir do discurso do participante que não se utiliza de outros métodos de prevenção de IST, a não ser na confiança no parceiro sexual. Alguns autores como Horan e Cafferty (2017) relatam que as principais razões para o não uso de preservativo é a falsa percepção da segurança pelo afeto existente entre parceiros.

É notório que em relações heterossexuais, no contexto de uma sociedade patriarcal, a decisão pelo uso do preservativo, frequentemente, cabe ao homem, sendo necessário o empoderamento das mulheres para negociar essa questão, normas sociais relativas ao gênero que vulnerabilizam as pessoas de modo diferencial (REIS *et al.*, 2016; GONÇALVES *et al.*, 2020).

Conforme o estudo de Theis e Gouvêa (2019) os idosos em sua maioria não utilizam os preservativos masculinos e/ou femininos, por diversas razões, entre elas a confiança no parceiro. Além disso, Souza *et al* (2020) corrobora que quanto maior a idade, menor é a adesão ao uso do preservativo. Esse tipo de comportamento é observado em pessoas com idades mais

avanzadas, as quais tendem a manter relações sexuais sem preservativo, principalmente nas relações estáveis. Constatou-se que quanto menor a idade do indivíduo, maior sua chance de usar preservativo.

Segundo o Ministério da Saúde, o preservativo tem sido, assim, a forma de prevenção mais divulgada pelas políticas de saúde por seu elevado grau de proteção frente ao risco do aparecimento das ISTs, sobretudo, o HIV e por, efetivamente, reduzir os ciclos de contaminações (BRASIL, 2018a). O estudo de Gutierrez *et al.* (2019) também verificou que os preservativos continuam a ser uma importante estratégia de prevenção.

É possível compreender também que em nem um discurso foi abordado o método de prevenção das vacinas contra o papiloma vírus humano (HPV) um dos principais causadores do câncer de colo de útero. A vacinação contra o HPV foi iniciada no PNI (Programa Nacional de Imunização) em março de 2014, é segura e altamente eficaz na prevenção contra o câncer de colo de útero e doenças associadas aos tipos de HPV contidos na vacina (CARDIAL *et al.*, 2017).

A partir do discurso podemos atrelar a falta de informação e de Educação continuada desses moradores a falta de uma equipe completa da Estratégia Saúde da Família inserida exclusivamente na comunidade de Itacoã Mirim, levado para o papel do Enfermeiro que se insere em uma realidade cujo desafio é contribuir para a prestação de cuidados integrais de saúde individuais e coletivo. É atribuído ao enfermeiro a supervisão, coordenação e realização das atividades de EPS na atenção básica. O enfermeiro desempenha atividades de natureza educativa, assistencial e administrativa, contribuindo de forma significativa para a resolutividade nos diferentes níveis de atenção à população (CAÇADOR *et al.*, 2015; VIANA *et al.*, 2015).

4. Discurso sobre tratamento

Figura 15– Plantas medicinais utilizadas pelos residentes Comunidade Remanescente de Quilombo de Itancoã Mirim



Fonte: dr. Robin b. Foster, (c) field museum of natural history ¹

Nome científico: *Dalbergia monetaria*
Nome popular: Verônica



Fonte: Nature's. ¹

Nome científico: *Uncaria tomentosa*
Nome popular: Unha de gato



Fonte:Compêndio Online Gerson Luiz Lopes.²

Nome científico: *Himatanthus sucuuba*
Nome popular: Sucuuba



Fonte: Monaco NatureEncyclopedia.³

Nome científico: *Myrtus communis L.*
Nome popular: Murta cabeluda

É notório no discurso do sujeito coletivo da categoria 4 que apesar de ser utilizada a medicina convencional, a medicina popular com as plantas medicinais (figura 15) ainda permanece arraigado nos hábitos da comunidade remanescente de quilombos de Itancoã Mirim como uma alternativa terapêutica.

¹Disponível em: <https://plantidtools.fieldmuseum.org/es/nlp/catalogue/3670718>. Acesso em: 20 de Fevereiro de 2021.

²Disponível no site: <<https://sites.unicentro.br/wp/manejoflorestal/himatanthus-sucuuba-spruce-ex-mull-arg-woodson-sucuuba-verdadeira/>>. Acesso em: 20 de Fevereiro de 2021.

³Disponível em: <<https://www.monacatureencyclopedia.com/myrtus-communis/?lang=en>>. Acesso em: 20 de Fevereiro de 2021.

A utilização de plantas medicinais para tratamento de doenças está presente na humanidade desde os primórdios, e continua a ser utilizada nos dias de hoje através dos ensinamentos transmitidos de geração para geração (SILVA *et al.*, 2018). Além disso, segundo Costa e Oliveira (2017) embora essas práticas de cura popular, principalmente os fazeres do povo negro brasileiro, nos terreiros e quilombos, tenham sido perseguidos e criminalizados, tais saberes foram perpetuados por meio da oralidade, passando de geração em geração pelas populações tradicionais que na atualidade os mantêm vivos.

As práticas de uso de plantas medicinais podem apresentar risco para a saúde do indivíduo se utilizadas de maneira equivocada, o desconhecimento acerca de como identificar as plantas e a forma adequada de uso, bem como o risco de interações entre os medicamentos e as plantas medicinais utilizadas por gerações (ZENI *et al.*, 2017; PATRICIO *et al.*, 2021). Para serem utilizadas é preciso ter alguns conhecimentos a respeito, como saber onde colhê-las, como prepará-las, e a suas verdadeiras funções (SILVA *et al.*, 2018).

No estudo foram apontadas práticas populares em saúde a partir do uso de plantas que possuem eficácia cientificamente comprovada de analgesia, antipirético, anti-inflamatório e antiespasmódica é o caso da sucuba (BRASIL, 2006).

Além disso, é de extrema importância levar em consideração a posologia, pois mesmo sendo de origem natural é possível ocorrer danos ocasionados por hepatotoxicidade, nefrotoxicidade, genotoxicidade, incidência aumentada de tumores, efeitos abortivos, lesão ao sistema nervoso central (VEIGA JUNIOR *et al.*, 2005; SILVA *et al.*, 2018). A partir do resultado é possível notar que a grande parte dos participantes utilizam plantas medicinais, frequentemente nem procuram atendimento médico, resultado este similar ao encontrado no estudo de Zeni *et al.* (2017) podendo representar risco à saúde, pois a algumas plantas medicinais não tem sua eficácia comprovada, assim como as possíveis interações entre as plantas medicinais (VEIGA JÚNIOR *et al.*, 2005).

Historicamente, populações rurais em todo mundo são destituídas de condições favoráveis à melhoria da qualidade de vida, o que inclui o acesso à educação, saúde, água potável e saneamento. Devemos avaliar a distância para acessar outros tipos de serviços de saúde, a duração da viagem, os custos com locomoção, os custos com hospedagem e alimentação. Além do impacto econômico provocado pela necessidade de interromper as atividades de agricultura, pesca, entre outras, por vezes, as únicas fontes de renda nas comunidades (GUIMARÃES *et al.*, 2020; VIACAVA; BELLIDO, 2016). Ainda são escassas as investigações voltadas à saúde de pessoas remanescentes de quilombos principalmente que

residem em áreas ribeirinhas, locais de extrema pobreza, marginalizados e invisíveis pela sociedade e setores governamentais.

Às limitações da organização, junto com baixa renda e as grandes distâncias geográficas típicas da Amazônia resultam em barreiras ao acesso e utilização dos serviços de saúde, que castigam particularmente as populações rurais (GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017; CARMO; GUIZARDI, 2018). Apesar da melhoria no acesso e uso de serviços de saúde em todas as regiões, notam-se diferenças regionais importantes quando se observam as regiões Norte e Nordeste em relação às demais, como por exemplo: pior avaliação do estado de saúde, maior restrição de atividades, e menor uso de serviços de saúde.

Outros estudos realizados em populações ribeirinhas e remanescentes de quilombos da Amazônia evidenciaram que as questões geográficas interferem diretamente no acesso aos serviços de saúde (GAMA *et al.*, 2018; SILVEIRA; PINHEIRO, 2014; GUIMARAES *et al.*, 2020).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do resultado tornou-se possível agrupar os discursos dos residentes da comunidade remanescente de quilombos de Itancoã Mirim em quatro categorias diferentes que discorreram acerca de seu imaginário a respeito do conhecimento, transmissão, prevenção e tratamento das ISTs.

O presente estudo abordou o imaginário e os aspectos comportamentais da comunidade quilombola de Itancoã Mirim suas atitudes e práticas pertinentes a transmissão, prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis. Sendo primordial reconhecer a vulnerabilidade da população específica e proporcionar planejamentos para intervenções futuras levando em consideração a diversidade amazônica e suas especificidades de seus povos.

Compreende-se a partir do estudo que apenas com uma visão das características de segmentos populacionais, com planejamento de ações multissetoriais, com contundente enfrentamento da vulnerabilidade, será possível alcançar equidade na saúde. Desta maneira, é indubitável a importância do planejamento de intervenções e ações futuras, pela equipe de saúde, no sentido de promover orientações à comunidade incentivando a adoção de atitudes e práticas saudáveis, visando à promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, dos residentes desta comunidade.

No entanto, é evidente que na graduação há um déficit na inserção de conteúdos e práticas voltadas à saúde da população quilombola. Neste contexto, é fundamental a implementação de projetos políticos pedagógicos na graduação que formem profissionais capazes de atuar e de atender com qualidade as demandas quilombolas, suas formas próprias de organização ambiental, social e cultural, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Escolar Quilombola.

A respeito das limitações da pesquisa, o enfrentamento da pandemia dificultou e criou barreiras para as realizações das entrevistas. Além disto, a busca por artigos a respeito da temática é complexa, visto que as palavras chaves foram de difícil identificação, consecutivamente necessitando procurar sinônimos para aumentar o número de artigos referente a esta população específica, mostrando assim a fragilidade na sistematização do conhecimento produzido, na qual envolve essas populações.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. B.; SANTOS, A. S.; VILELA, A. B.A.; CASOTTI, C. A. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. **Av.Enferm.**, Bogotá, v. 37,n. 1,p. 92-103, abr.2019. Disponível no site:<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002019000100092&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>.
- ALTICE F. L *et al.* Correlatos da infecção pelo HIV entre mulheres encarceradas: implicações para melhorar a detecção da infecção pelo HIV. **J. Urban. Health**, v. 82, p. 312-26, 2005.
- AMORIM, M. M *et al.* Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola boqueirão, Bahia, Brasil. **Biosci. J.**, Uberlândia, v. 29, n. 4, p. 1049-57, jul./ago. 2013.
- ANTUNES, L.; CAMARGO, B. V.; BOUSFIELD, A. B. S. Representações sociais e estereótipos sobre aids e pessoas que vivem com HIV/Aids. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 43-57, dez. 2014. Disponível no site: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000300004>.
- ARAÚJO, A. *Set al.* Análise socioeconômica de agricultores da comunidade quilombola do Abacatal, Ananindeua, estado do Pará, Brasil. **Biota Amazônia**. Macapá, v. 7, n. 1, p. 30-37, 2017.
- ARRUTI, J. *Met al.* O impacto da Covid-19 sobre as comunidades quilombolas. **Informativo Desigualdades raciais e Covid-19**. CEBRAP, n. 6, jan. 2021.
- AYRES, M *et al.* **BioEstat 5.0**: Aplicações Estatísticas nas áreas das Ciências Biológicas e Médicas. Sociedade Civil Mamirauá, 2007. 364 p.
- BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, dec. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400016>>.
- BEZERRA, V. *Met al.* Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1835-1847, jun. 2014.
- BOCCOLINI, C. S *et al.* Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 371-8, 2016.
- BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 20, n. 4, p. 5, dez. 2006.
- BRASIL. **Diretrizes para implementação da rede de cuidados em IST/HIV/AIDS**. Manual de Prevenção CRT – DST/AIDS. CCD. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2017a. Disponível no site: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/publicacoes->

[download/diretrizes para implementacao da rede de cuidados em IST hiv aids - vol ii - manual de prevencao.pdf](#)>.

BRASIL. **Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência 2017**: desigualdade racial, municípios com mais de 100 mil habitantes. Brasília, DF, 2017

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Guia de cadastramento de famílias quilombolas**. 2 ed. rev. 2009. Disponível em:

<https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cadastro_unico/guia-de-cadastramento-de-familias-quilombolas.pdf>.

BRASIL. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. **Quadro Geral de Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs)**. 1 p. Disponível em:

<<http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/quadro-geral-13-05-2019.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids**. Número Especial. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico. Sífilis**. Número Especial. Brasília: Ministério da Saúde: 2019b. Disponível no site:

<<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/30/Boletim-S--filis-2019-internet.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais**. 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **PORTARIA Nº 33, DE 14 DE JULHO DE 2005**.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Pobreza e desigualdade no Brasil: traçando caminhos para a inclusão social / organizado por Marlova Jovchelovitch Noletto e Jorge Werthein. – Brasília : **UNESCO, 2003**.

CAÇADOR, B.S.; BRITO, M.J.; MOREIRA, D.A.; REZENDE, L.C.; VIELA, G.S. **Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades**. • Rev Min Enferm. 2015 jul/set; 19(3): 612-619

CANDIDO, A *et al.* Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior. **Universidade e Sociedade**. Brasília: Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, 2018.

CARDIAL, M. F. T.; ROTELI-MARTINS, C. M.; NAUD, P. S. V.; FRIDMAN, F.Z. Papilomavírus humano (HPV). In: **Programa vacinal para mulheres.Série Orientações e Recomendações Febrasgo** – Comissão Nacional Especializada de Vacinas. Cap. 4, n. 13, p. 26-39. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2017.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**,v. 34,n. 3, mar. 2018.

CAVALCANTE,I. M. S. **Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia Paraense: um olhar antropológico**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Universidade Federal do Pará. Belém, 2011.

CHERQUES, H. R.T. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, v. 3, p. 20-27, 2009.

COSTA, I. E.; OLIVEIRA, L. L. O uso de plantas medicinais na comunidade quilombola de paratibe: um relato de experiência na EMEF Antônia do Socorro Silva Machado, João Pessoa – PB. **Revista Humanidades e Inovação**, v.4, n. 3, 2017.

COSTA, R. R. O.; BOSCO FILHO J.; SILVA, M. B. M.; LOURENÇO, P. F. S. S.; MEDEIROS, S. M. Vulnerabilidade social e saúde: interfaces do cuidado e estratégias de enfrentamento na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública** ISSN 1678-4464. 34 n.º.3. Rio de Janeiro, Março 2018.

CRUZ, M. N. Imaginação E Relações Sociais: Reflexões Sobre A Imaginação Como Sistema Psicológico. *Cad. Cedes, Campinas*, v. 35, n. Especial, p. 361-374, out., 2015

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Orgs.) **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

DIAS, C. L. Os índios, a Amazônia e os conceitos de escravidão e liberdade. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 33, n. 97, p. 235-252, dec. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142019000400235&lng=en&nrm=iso.

FALCÃO, J. T. R.; RÉGNIER, J. Sobre os métodos quantitativos na pesquisa em ciências humanas: riscos e benefícios para o pesquisador. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 81, n. 198, p. 229-243, 2000.

FERRAZ, D.; PAIVA, V. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 89-103, set. 2015.

FERREIRA, E. P.; PANTALEÃO, F. S. Saneamento Básico em Comunidades Quilombolas no Estado de Alagoas. **Revista GEOTemas**, Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte, v.6, n.2, p.71-82, jul./dez. 2016.

FERREIRA, W. C.; SOUSA, J. C. **Microbiologia**. Volume III. Edições técnicas. Lisboa (Portugal): LIDEL, 2002. 488 p.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 129-136, abr. 2013.

FIGUEIREDO, G. DE O.; WEIHMÜLLER, V. C.; VERMELHO, S. C.; ARAYA, J. B. **Discusión y construcción de la categoría teórica de vulnerabilidad social**. *Cadernos de Pesquisa*, 47(165), 796-818, 2017.

FILIPIN, R.R ; MELO, M. M.; STEIN, D. B; GEHLEN, M.H; TEIXEIRA, S. M. H. **Avanços e Perspectivas da Atuação do Enfermeiro em Estratégia Saúde da Família**.

Cogitare Enfermagem, vol. 16, núm. 3, julio-septiembre, 2011, pp. 498-504 Universidade Federal do Para.

FONTE, V. R. F *et al.* Conhecimento e percepção de risco em relação às infecções sexualmente transmissíveis entre jovens universitários. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 55903, 2018.

FRANCHI, E. P. L. *Pet al.* A formação de profissionais de saúde no cuidado às comunidades quilombolas: Um relato de experiência. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018.

FREITAS, D. *Aet al.* Saúde e Comunidades Quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 5, p. 937-943, out. 2011.

FREITAS, R.; NEVES, R. F. O.; GONÇALVES, V. H. Utilizando as técnicas de “nuvem de palavras” e clusterização aplicadas as entrevistas dos atletas olímpicos da cidade de São Carlos. **Olimpianos – Journal of Olympic Studies**, v. 2, n. 2, p. 423-434, 2018.

FURTADO, M. B.; SUCUPIRA, R. L.; ALVES, C. B. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: Uma leitura a partir a psicologia cultural. **Psicologia e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 106-115, abr. 2014.

GALVÃO, A. *Met al.* Conhecimentos sobre o papiloma vírus humano (HPV) e cancro do colo do útero (CCU): estudo exploratório em estudantes da área da saúde do ensino superior. **Revista Studere Ciência & Desenvolvimento**, v. 1, n. 1, p. 75-98, 2017.

GAMA, A. S. *Met al.* Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n.2, fev. 2018.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1225-1234, abr. 2017.

GONÇALVES, R. M.; DOMINGOS, I. M. População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. **Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito (RECHTD)**, v. 11, n. 1, p. 99-108, jan./abr. 2019.

GOMES, O. K.; REIS, A. E.; GUIMARÃES, C. D. M.; CHERCHIGLIA, L. M. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1829-42, 2013.

GOMES, F. S. **Mocambos e quilombos**: uma história do campesinato negro no Brasil. 1 ed. São Paulo: Claro Enigma, 2015. Disponível em: <<https://www.companhiadasletras.com.br/trechos/35044.pdf>>.

GONCALVES, T.R.; COSTA, A. H. C.; SALES, M. S.; LEITE, H. M. Prevenção combinada do HIV? Revisão sistemática de intervenções com mulheres de países de média e baixa renda. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1897-1912, maio 2020.

GUARESCHI, N. M. F.; REIS, C. D.; HUNING, S.M.; BERTUZZI, L. D. Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. **Estud Pesqui Psicol** 2007; 7:20-30.

GUIA Básico de Prevenção Combinada – O Que é? Como fazer? Onde saber mais? Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids CRT-DST/AIDS-SP. Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. 2016.

GUIMARAES, A. *Fet al.* Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v.11, p. 1-7, maio 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/s2176-6223202000178>>. Acesso em: mar.2021.

GUTIERREZ, E. B *et al.* A contribuição da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas no Município de São Paulo para a reformulação do Programa Municipal de DST/Aids. **Bis**, v. 16, n. 2, 2019.

HORAN, S. M.; CAFFERTY, L. A. Condom communication: reports of sexually active. young adults' recent messages with new partners. **J. Health. Commun.**, v. 22, n. 9, p. 763-71, sep. 2017.

HÜNING, S. M.; SILVA, A. K.; BRAGA NETO, T. L. VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO NEGRA E POLÍTICAS EDUCACIONAIS NO BRASIL. **Cad. CEDES** 41 (114), 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

IPEA. **Desenvolvimento Humano para Além das Médias: 2017**. Brasília: PNUD: IPEA: FJP, 2017. 127 p. Disponível em: <https://atlasbrasil.org.br/acervo/biblioteca>.

JANCZURA R. **Risco ou vulnerabilidade social?** Textos Contextos (Porto Alegre) 2012; 11:301-8.

LEFÈVRE, A. M. C.; LEFÈVRE, F.; CARDOSO, M. R. L.; MAZZA, M. M. P. R. Assistência Pública à Saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 2, ago./dez. 2002.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2003.

MAGALHAES, W. L. O imaginário social como um campo de disputas: um diálogo entre Baczko e Bourdieu. **albuquerque – revista de história**. vol. 8, n. 16. jul.-dez./2016, p. 92-110.

MAGALHÃES, M. N.; LIMA, C. P. **Noções de Probabilidade e Estatística**. São Paulo:EDUSP, 2011.

MAGNO, L.; CASTELLANOS, M. E. P. Significados e vulnerabilidade ao HIV/aids entre caminhoneiros de rota longa no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, n. 76, 2016.

MARSIGLIA, R. G.; BARATA, R. B.; SPINELLI, S. P. Determinação social do processo epidêmico. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 4, out./dec.2018.

Monteiro, S. R. R. P. (2011). **O marco conceitual da vulnerabilidade social**. *Sociedade em Debate*, 17(2), 29-40.

MENESES, J., LIMA, G. **O preconceito ainda é o pior sintoma da AIDS: Caminhos para promover saúde e reduzir estigmas**. Recife (PE): Gestos, 2015.

NAHUM, J. S.; OLIVEIRA, J. B. Políticas de Estado para comunidades remanescentes de quilombo na Amazônia paraense. **Acta Geográfica**, v.7, n.14, p.07-23, 2013.

NASCIMENTO, V. B *et al.* Vulnerabilidades de mulheres quilombolas no interior da Amazônia às infecções sexualmente transmissíveis: um relato de experiência. **Interdisciplinary Journal of Health Education**, v. 2, n. 1, 2017.

NASCIMENTO, V. B. **Vulnerabilidade de mulheres quilombolas do Rio Trombetas (PA) às Infecções Sexualmente Transmissíveis HIV/AIDS**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

OLIVEIRA, J. B. Comunidades remanescentes de quilombo da Amazônia: o uso do território. In: VI ENCONTRO NACIONAL DA ANPPAS. **Anais**. 2012.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Histórias, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>>.

PATRICIO, K.P, MINATO, A. C., LOPES, M. A., BROLIO, A. F., DE BARROS, G. R., MORAES, V. DA SILVA., BARBOSA, G.C. O uso de Plantas Medicinais na Atenção Primária À Saúde: Revisão Integrativa. **Cien Saúde Colet [periódico na internet]** 2021.

PESSOA, A.P.N. NOGUEIRA, Pessoa. NORONHA, J.C. **A importância do imaginário social para a construção das práticas de ensino-aprendizagem contemporâneas**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 05, Ed. 10, Vol. 22, pp. 133-144. Outubro de 2020. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/imaginario-social>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/educacao/imaginario-social.

PEDERSEN, J. R.; SILVA, J. A. A exploração sexual de crianças e adolescentes e sua relação com a vulnerabilidade social das famílias: desafios à garantia de direitos. In K. B. Krüger &

C. F. Oliveira. (Orgs.), *Violência intrafamiliar: discutindo facetas e possibilidades*. Jundiaí, 2013.

PIERI, R. **Retratos da Educação no Brasil**. São Paulo: INSPER Instituto de Ensino e Pesquisa, 2018.

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 5, maio 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n5/1699-1708/pt/#>>.

PLUTARCO, L. *Wet al.* A influência da confiança no parceiro na decisão do uso da camisinha. **Psicol. Saúde Doenças**, v. 20, n. 1, p. 220-33, 2019.

RIBEIRO, K. *Get al.* Education and health in a region under social vulnerability situation: breakthroughs and challenges for public policies. **Interface (Botucatu)**, v. 22, supl. 1, p. 1387-98, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v22s1/1807-5762-icse-1807-576220170419.pdf>>.

REIS, R. K.; MELO, E. S.; GIR, E. Fatores associados ao uso inconsistente do preservativo entre pessoas vivendo com HIV/Aids. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n. 1, p. 47-53, jan./fev. 2016.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva** 17 (8), 2012.

SANTOS, C. M. *Aet al.* Conhecimentos, atitudes e prática de homens sobre infecções sexualmente transmissíveis. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2018.

SANTOS, N. J. S. **Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids**. *Saude soc.* 25 (3) 2016.

SCHÖRNER, A. Entre a cana, o Eucalyptus e a soja: razão histórica de povos e comunidades tradicionais brasileiros. In: SCHÖRNER, Anselmo. (Org.). **Territórios em conflito: quilombolas, indígenas, faxinalenses, geraizeiros e atingidos por barragens – história, cultura e resistência**. São Paulo: Todas as Musas, 2018. p. 7-22.

SCHWARTZ, F. P. **Análise do discurso parlamentar por meio da técnica do processamento de linguagem natural**: abordagem estatística e aprendizagem de máquina [relatório de pesquisa de estágio pós-doutoral] – Universidade de Brasília, Departamento de Engenharia Elétrica. Brasília, 2018.

SCOTT, J. B. PROLA, C. A.; SIQUEIRA, A. C.; PEREIRA, C. R. R. O Conceito de Vulnerabilidade Social no Âmbito da Psicologia no Brasil: Uma Revisão Sistemática da Literatura. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 600-615, ago. 2018

SILVA, G. S.; SILVA, V.J. Quilombos brasileiros: alguns aspectos da trajetória do negro no Brasil. **Revista Mosaico**, v. 7, n. 2, p. 191-200, jul./dez. 2014.

SILVA, J. N.; CABRAL, J. F.; NASCIMENTO, V. F.; LUCIETTO, G. C.; OLIVEIRA, C. B. C.; SILVA, R. A. Impactos do diagnóstico da infecção sexualmente transmissível na vida da mulher. **Enferm. Foco**, v. 9, n. 2, p. 23-27, 2018.

SILVA, M. A. B. P.; PERES, R. S. O imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde em relação a usuários de saúde mental. **Vínculo**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 55- 65, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902016000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: set. 2019.

SILVA, N. C. S.; VITOR, A.M.; BESSA, H. H. S.; BARROS, R. M. S. A utilização de plantas medicinais e fitoterápicos em prol da saúde. **Única cadernos acadêmicos**, ano 2, v. 3, 2018. Disponível em: <<http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/issue/view/7>>.

SILVA, P. M. C.; SILVA, I. M. B.; INTERAMINES, I. N. C. S.; LINHARES, F. M. P.; SERRANO, Q. S.; PONTES, C. M. Conhecimento e atitudes sobre o Papilomavírus humano e a vacinação. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 2. 2018.

SILVA, R. A. *Ret al.* Conhecimento de estudantes adolescentes sobre transmissão, prevenção e comportamentos de risco em relação as DST/HIV/AIDS. **J. Res. Fundam. Care**, v. 8, n. 4, p. 5054-61, 2016.

SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia - Brasil. **Rev Bras Educ Med**, v. 38, n. 4, p. 451-9, out./dez. 2014.

SPINDOLA, *Tet al.* Práticas Sexuais, Conhecimento e Comportamento dos Universitários em Relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Res. Fundam. Care**, v. 11, n. 5, p. 1135-114, out./dez. 2019.

SOUZA, B. O. **Aquilombar-se**: Panorama histórico, identitário e político do Movimento Quilombola Brasileiro. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social – Universidade de Brasília. Distrito Federal, 2008.

SOUZA, C. C *et al.* Interiorização do HIV/AIDS no Brasil: Um Estudo Epidemiológico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 11, n. 35, jan./mar. 2013.

SOUZA, L. T *et al.* Prevalência do uso do preservativo por trabalhadores da construção civil e fatores associados. **Rev.Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, 2020.

THEIS, L. C.; GOUVÊA, D. L. Percepção dos Idosos em Relação a Vida Sexual e as Infecções Sexualmente Transmissíveis na Terceira Idade. **Revista Brasileira de Ciências Saúde**, v. 23, n. 2, p. 197-204, 2019.

VEIGA JÚNIOR, F. V.; PINTO, A. C.; MACIEL, A. M. M. Plantas medicinais: cura segura? **Quim Nova**, v. 28, n. 3, p. 519-528, 2005.

VIANA, D. M.; ARAÚJO, R.S.; VIEIRA, R. M.; NOGUEIRA, C.A. OLIVEIRA, V. C.; RENNO, H.M.S.a educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeirona estratégia de saúde da família. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2015 mai/ago; 5(2):1658-1668.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J. G. Health, access to services and sources of payment, according to household surveys. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 351-370, feb.2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200351&lng=en&nrm=iso>.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da bioética de intervenção. **Saúde Debate**, v. 37, n. 99, p. 610-18, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341756008>>.

VIGOTSKI, L. S. Manuscrito de 1929. Educ. Soc. Campinas, n. 71, p. 21-44, jul. 2000.

VIGOTSKI, L. S. Sobre os sistemas psicológicos. In VIGOTSKI, L. S. Teoria e método em psicologia. São Paulo: Martins Fontes, 1996, p. 103-135.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

VILLARINHO, M. V, PADILHA, M. I. Sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde frente à epidemia da AIDS (1986-2006). **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, e0010013, 2016.

WAGNER, E. E M; HEWLETT, 1999. Basic Virology. **Blackwell Science, Inc.**; USA.

WERNECK. V.R. Sobre o processo de construção do conhecimento: o papel do ensino e da pesquisa. Ensaio: aval.pol.públ.Educ. 14 (51) Jun 2006.

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia de pesquisa**. 2. ed. reimp. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC, 2013.

ZENI, A. L.B.; PARISOTTO, A. V.; MATTOS, G.; HELENA, E. T. S. Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2703-2712, 2017.

ZOURIDIS, A.; KALAMPOKAS, T.; PANOULIS, K.; SALAKOS, N, Deligeoroglou E. Intrauterine HPV transmission: a systematic review of the literature. **ArchGynecolObstet**, v. 298, n. 1, p. 35-44, July 2018.PMID: 29777347.

APÊNDICES

APÊNDICE A– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do projeto: “**O Cotidiano e o Imaginário de Remanescentes de Quilombos Relacionadas as Infecções Sexualmente Transmissíveis**”, cujos resultados serão utilizados na defesa do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, da Universidade Federal do Pará, da discente Isis Tarcila Vital de Souza, orientada pela Profa. Dra. Jacira Nunes Carvalho, docente da UFPA.

Este projeto tem como objetivo principal conhecer o cotidiano e o imaginário de remanescentes quilombolas sobre infecções sexualmente transmissíveis, suas atitudes e práticas relacionadas ao cuidado destas infecções. Na comunidade quilombola de Itancoã Mirim, município do Acará no Estado do Pará.

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, nascido (a) em ____ / ____ / _____ abaixo assinado (a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) da pesquisa “**Infecções Sexualmente Transmissíveis: O Imaginário de Remanescentes de Quilombos**”, O participante da pesquisa fica ciente:

- I. Os dados serão coletados nos municípios de Acará, no Estado do Pará, em forma de entrevista semiestruturadas com perguntas abertas;
- II. A participação neste projeto não tem objetivo de submeter você a nenhum tratamento, bem como não causará a você nenhum gasto com relação ao material utilizado no estudo;
- III. O participante da pesquisa (ou voluntário da pesquisa) tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento que desejar, sem necessidade

de qualquer explicação; A desistência não causará nenhum prejuízo a sua saúde ou bem-estar físico.

- IV. A sua participação neste projeto contribuirá para acrescentar à literatura dados referentes ao tema, direcionando as ações voltadas para a promoção da saúde e não causará nenhum risco a sua integridade física, psicológica, social e intelectual;
 - V. O participante da pesquisa não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária;
 - VI. O participante da pesquisa concorda que os resultados sejam divulgados em publicações científicas, desde que seus dados pessoais não sejam mencionados;
 - VII. Essa pesquisa oferecerá riscos mínimos aos participantes, porque os métodos, ou seja, as práticas podem ser minimizadas com informações e/ou orientações adequadas durante todo o procedimento, cuja avaliação será feita de forma individual, e por possuir profissionais qualificados. Pode haver certo constrangimento ao responder aos questionamentos, que serão contornados com esclarecimentos sobre a pesquisa realizada;
 - VIII. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial e asseguramos o sigilo sobre a participação dos voluntários. As respostas de cada participante serão ouvidas, transcritas e interpretadas pelo autor da pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins deste estudo científico. Porém, a identidade do voluntário não será revelada em qualquer circunstância.
 - IX. O participante terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.
 - X. O participante da pesquisa deverá rubricar todas as folhas do termo de consentimento
 - XI. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo pesquisador principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12).
 - XII. Caso o participante da pesquisa desejar poderá pessoalmente, ou por meio de telefone entrar em contato com o Pesquisador responsável para tomar conhecimento dos resultados parciais e finais desta pesquisa.
- () Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- () Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Desta forma autorizo a minha participação na referida pesquisa cima citada. **Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA) - Complexo de Sala de Aula/ICS – Sala 13 - Campus Universitário, nº 01, Guamá, CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel/Fax. 3201- 7735 E-mail: cepcs@ufpa.br.**

Belém, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do participante

Responsável pela Pesquisa: Isis Tarcila Vital de Souza

Assinatura Pesquisador Responsável: _____ -

Telefone: (091) 98491-3697

E-mail: isistarcila@gmail.com

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu, _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), **AUTORIZO**, através do presente termo, A pesquisadora Isis Tarcila Vital de Souza do projeto de pesquisa intitulado “**Infeções Sexualmente Transmissíveis: O Imaginário de Remanescentes de Quilombos**” a realizar as fotos e/ou vídeos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, **LIBERO** a utilização destas fotos e/ou vídeos (seus respectivos negativos ou cópias) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados. Por ser a expressão da minha vontade assino a presente autorização, cedendo, a título gratuito, todos os direitos autorais decorrentes dos depoimentos, artigos e entrevistas por mim fornecidos, abdicando do direito de reclamar de todo e qualquer direito conexo à minha imagem e/ou som da minha voz, e qualquer outro direito decorrente dos direitos abrangidos pela Lei 9160/98 (Lei dos Direitos Autorais).

Belém, _____ de _____ de 2020.

Participante

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DISCURSO DO CONHECIMENTO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Instrumento de Coleta de Dados

Formulário N°: _____

Data: ___/___/2020

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	
1. Nome: _____	
2. Orientação sexual: () Homossexual () Heterossexual () bissexual	Idade: _____ Data de Nascimento: _____
3. Escolaridade: () Analfabeto () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Médio Incompleto () Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo	
4. Religião: () Católica () Evangélica () Outra: _____ () Sem religião	
5. Estado Civil: () Solteiro (a) () Casado (a) () União estável () Divorciado (a) () Viúvo (a)	
5.2 Tem parceiro sexual? () Não () Sim	5.3 Se SIM, Qual tipo de parceiro?
6. Ocupação: _____	
7. Renda familiar mensal: () Até 1 salário mínimo () Entre 1 e 2 salários mínimos () Entre 2 e 3 salários mínimos () Entre 3 e 4 salários mínimos () Entre 4 e 5 salários mínimos () Não sabe referir	

1- Fale sobre o que sabe de doenças venéreas/IST. Conhece os sinais e sintomas de alguma IST? Quais IST você conhece? Você já teve alguma?

2- Fale de algum cuidado para não pegar doenças venéreas/IST.

3- Fale de algum tratamento caseiro para doenças venéreas/IST usado na comunidade.

4- Fale sobre os tipos de proteção para doenças venéreas/IST que você conhece.

5- Quando alguém na comunidade aparece com uma doença venérea/IST o que é logo feito ou qual o tratamento adotado?

6- As pessoas da comunidade quando tem alguma doença venérea fazem uso de remédios extraído da floresta? Ou ensinados por pessoas da família?

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: O IMAGINÁRIO DE REMANESCENTES DE QUILOMBOS

Pesquisador: Isis Tarcila Vital de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35278720.2.0000.0018

Instituição Proponente: Universidade Federal do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.230.420

Apresentação do Projeto:

Atualmente, as comunidades quilombolas no Brasil são múltiplas e se encontram distribuídas em todo território nacional, no Norte há 357 comunidades quilombolas certificadas e um marco importante na história, é que, a primeira comunidade há receber o título está situado no Estado do Pará. Historicamente as comunidades sofrem com a falta de infraestrutura, precariedade no acesso a saúde, educação, saneamento básico, revelando que esse grupo vive em uma situação de vulnerabilidade, fruto de um processo histórico escravocrata. Neste aspecto, reconhece-se a vulnerabilidade dessas populações, considerando a dificuldade preventiva e assistencial no que diz respeito as Infecções Sexualmente Transmissíveis. No que tange as Infecções Sexualmente Transmissíveis são causadas por diferentes tipos de microrganismos com evoluções e expressões clínicas bastante específicas. Sendo transmitidas, sobretudo, por contato sexual direto ou indiretamente e de forma eventual por via sanguínea. **OBJETIVO:** Conhecer o imaginário de remanescentes quilombolas sobre infecções sexualmente transmissíveis, suas atitudes e práticas relacionadas ao cuidado destas infecções **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, que será empregado na comunidade quilombola Itancoá Mirim, composta por 175 famílias e está localizada no município de Acará, região do Baixo Acará, nordeste do estado do Pará. A coleta de dados se dará com usuários que frequentam a unidade básica de saúde da comunidade quilombola, a entrevista será constituída de

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7725 **Fax:** (91)3201-8098 **E-mail:** cepcca@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 4.230-420

questões semiestruturadas e abertas. A respeito da análise de dados, será realizado primeiramente a transcrição dos dados que será obtida por meio de cópia rigorosa das expressões verbais, realizar-se-a a análise pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. O resultado da pesquisa constituir-se-á na elaboração da dissertação de mestrado em enfermagem da PPGENF- UFPA.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer o imaginário de remanescentes quilombolas sobre infecções sexualmente transmissíveis, suas atitudes e práticas relacionadas ao cuidado destas infecções.

Objetivo Secundário:

- I. Descrever o perfil demográfico e socioeconômico dos indivíduos da comunidade quilombola Itancoã Mirim;
- II. Conhecer os aspectos comportamentais da população suas atitudes e práticas relacionadas ao cuidado destas Infecções sexualmente transmissíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo buscará acametar riscos mínimos aos seus participantes, como a exposição de seus dados e constrangimento nas abordagens. Para a minimização desses riscos, será garantido o anonimato dos participantes através de codificações aleatórias para identificá-los, bem como a manutenção dos dados coletados de forma confidencial, assegurando o sigilo. Além disso, os dados obtidos serão divulgados somente para fins científicos, sendo descartados após cinco anos.

Benefícios:

Quanto os benefícios, obter o diagnóstico sobre o que se evidencia como conhecimento e pratica de cuidado em IST/HIV para a realização de intervenções na assistência a este grupo, com o objetivo de aumentar a qualidade de vida. Ademais, o estudo pode contribuir para o planejamento das ações de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados, nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Endereço: Rua Augusto Corêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 68.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepcca@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 4.220.420

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1583452.pdf	15/07/2020 17:37:48		Aceito
Folha de Rosto	folhadestosemasassinatura.pdf	15/07/2020 17:37:09	Isis Tarcia Vital de Souza	Aceito
Outros	termoinst.pdf	10/07/2020 02:29:49	Isis Tarcia Vital de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PREPROJETOPRONT0.docx	01/07/2020 14:16:10	Isis Tarcia Vital de Souza	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE.docx	01/07/2020 14:13:00	Isis Tarcia Vital de Souza	Aceito
Outros	termodeaceitedoorientador.pdf	30/06/2020 23:28:30	Isis Tarcia Vital de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromissodopesquisador.pdf	30/06/2020 23:27:37	Isis Tarcia Vital de Souza	Aceito
Outros	onus.pdf	30/06/2020 23:17:56	Isis Tarcia Vital de Souza	Aceito
Outros	cartadeencaminhamento.pdf	30/06/2020 23:15:41	Isis Tarcia Vital de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 22 de Agosto de 2020

Assinado por:

**Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Augusto Correa nº 01- Campus do Guamá -UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8008 **E-mail:** cepca@ufpa.br

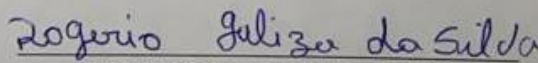
**ANEXO B – TERMO DE ACEITE DA PESQUISA NA COMUNIDADE DE
ITANCOÃ MIRIM.**


**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TERMO DE ACEITE

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos na realização da pesquisa intitulada intitulado **“Infecções Sexualmente Transmissíveis: O Imaginário de Remanescentes de Quilombos”**, na comunidade de Itacoã Miri no período de 2020 sob a orientação da **Profa. Dra. Jacira Nunes Carvalho** e pesquisadora **Isis Tarcila Vital de Souza** mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Pará.

Belém/PA, em 17 de Novembro de 2020


Líder de Comunidade Itacoã Miri