

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE**

**RAIMUNDO LUIS SILVA CARDOSO**

**VULNERABILIDADES ÀS DSTs/AIDS ENTRE JOVENS  
DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA  
DO MUNICÍPIO DE TURIÁÇU-MA**

São Luís  
2011

**RAIMUNDO LUIS SILVA CARDOSO**

**VULNERABILIDADES ÀS DSTs/AIDS ENTRE JOVENS  
DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA  
DO MUNICÍPIO DE TURIAÇU-MA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Maranhão, como parte das exigências do Mestrado em Saúde e Ambiente, para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: saúde de populações.

Linha de Pesquisa: raça, etnia, gênero e saúde.

Orientador: Prof. Dr. István Van Deursen Varga

Co-orientadora: Prof. Dra. Silvia Cristina Viana Silva Lima.

São Luís  
2011

Cardoso, Raimundo Luis Silva

Vulnerabilidades às DSTs/Aids entre Jovens de uma Comunidade Quilombola do Município de Turiaçu-MA/ Raimundo Luis Silva Cardoso.  
– São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2011.  
84 f.

Bibliografia

1. DSTs/AIDS. 2. Quilombo. 3. Sexualidade. I. Cardoso, Raimundo Luis Silva. I Título.

CDU 616.97

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Raimundo Luis Silva Cardoso

Vulnerabilidades às DSTs/AIDS entre Jovens de uma Comunidade Quilombola do Município de Turiaçu-MA.

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Maranhão, como parte das exigências do Mestrado em Saúde e Ambiente, para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: saúde de populações.  
Linha de Pesquisa: raça, etnia, gênero e saúde.  
Orientador: Prof. Dr. István Van Deursen Varga  
Co-orientadora: Prof. Dra. Silvia Cristina Viana Silva Lima.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

Prof. Dr. István Van Deursen Varga (orientador)

Assinatura: \_\_\_\_\_

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Silvia Cristina Viana Silva Lima

Assinatura: \_\_\_\_\_

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Luis Eduardo Batista

Assinatura: \_\_\_\_\_

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Prof. Dra. Elba Gomide Mochel

Assinatura: \_\_\_\_\_

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

À minha família pelo apoio incondicional e pelo que representa em minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer a todos os atores que participaram na elaboração desta obra é uma tarefa difícil. Neste momento recordo-me das dificuldades enfrentadas, dos depoimentos e da colaboração de atores sociais, que, na sua área de conhecimento, acadêmico ou não, foram fundamentais para a minha compreensão da contribuição desta obra ao povo negro, em especial às comunidades de remanescentes de quilombo. Fico, portanto, preocupado em cometer erros e valorizar ou subestimar suas contribuições, se faço isto aqui, em algum ponto, peço minhas sinceras desculpas e ofereço os meus profundos agradecimentos.

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela vida que desfruto diariamente, pela oportunidade de finalizar mais uma etapa de vida.

Aos meus pais, Luiz e Hilda, que sempre acreditaram em mim, pela companhia, amor e carinho que sempre me ofertaram.

À minha esposa, Maria Cícera, que me faz acreditar no amor, pelo apoio durante as grandes dificuldades, que já foram superadas. Sem você seria impossível continuar.

Aos meus filhos, Samuel e Luisa, que são tudo na minha vida.

Ao professor e orientador Prof. Dr. István Van Deursen Varga pelos conhecimentos fornecidos e pela oportunidade ímpar de conhecer as dificuldades enfrentadas pelas comunidades tradicionais, em especial, de remanescentes de quilombo.

À Prof. Dra. Silvia Viana meus sinceros e profundos agradecimentos, pelos conhecimentos fornecidos e pela oportunidade singular de possibilitar o entendimento dos aspectos sociais ao redor da Política Nacional de Controle e Prevenção de DST/AIDS.

À Prof. Dra. Eloisa da Graça do Rosário Gonçalves pelas sugestões proferidas durante a qualificação deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Luis Eduardo Batista pela paciência e dedicação em contribuir na construção desta obra, e pela oportunidade proporcionada pela disciplina “Saúde da População Negra”, proferida no decorrer do mestrado, que garantiu a visibilidade e importância da construção desta pesquisa.

Ao prof. Msc. Luiz Alves (Luizão) pelas críticas e considerações acerca das especificidades do povo negro.

À minha equipe de trabalho da clínica cirúrgica do HUUFMA: Liliani, Lauriveth, Marcelo, Elizabeth, Flor, Edith e Auxiliadora, pela compreensão e apoio na elaboração desta obra.

Aos integrantes do NuRuNi: Beatriz Lorena de Sousa, Rôzele Robson Marques, Silvia Cristina Pinheiro, Diego Pires Araújo, Suzana Cristina Paixão Barros, Glaúcio Fernando Cunha Silva e Simião Ferreira Araújo. Graças ao seu apoio este estudo pôde ser finalizado.

Ao amigo Antonio Henrique França Costa, pelas críticas, sugestões e oportunidades vivenciadas com os integrantes do Movimento Negro Unificado.

À Zelena Maria Pereira dos Santos (*in memoriam*) pelo apoio, amizade e pelas lutas vivenciadas para o reconhecimento das especificidades do povo negro pelos gestores de saúde. Fico profundamente feliz pelo prazer de ter conhecido essa amiga fantástica.

“Mas é infâmia demais! ... Da etérea plaga  
Levantai-vos, heróis do Novo Mundo!  
Andrada! arranca esse pendão dos ares!  
Colombo! fecha a porta dos teus mares!”

Castro Alves (Navio Negreiro)

## RESUMO

CARDOSO, Raimundo Luis Silva. Vulnerabilidades às DSTs/AIDS entre jovens de uma Comunidade Quilombola do Município de Turiaçu-MA.2011. 84 f. Dissertação (Mestrado). Mestrado em Saúde e Ambiente, Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2011.

A pesquisa tem por objetivo refletir a vulnerabilidade dos jovens às doenças sexualmente transmissíveis em uma comunidade quilombola Jamary dos Pretos existente no município de Turiaçu – MA. A reflexão engloba ainda o acesso à informação sobre prevenção de DST/AIDS. A análise envolve conceitos de áreas multidisciplinares de conhecimento: história, antropologia, saúde e sociedade. Aborda os conceitos de história das comunidades negras no Maranhão, bem como sua associação com o passado escravagista e sua valorização e desvalorização por setores da sociedade e como efeito do processo de formação da atual sociedade moderna. Analisa a situação socioeconômica dos jovens dessa comunidade como um dos diversos fatores integrantes para a composição desta vulnerabilidade. Avalia ainda as políticas de prevenção, controle e tratamento as DST/AIDS neste segmento populacional. Optou-se pela abordagem quantitativa do tipo survey, utilizando como instrumento de coleta de dados um formulário de perguntas fechadas a 50 jovens da comunidade, situados na faixa etária de 18 a 24 anos. Dentre os resultados, destacam-se: a baixa escolaridade, desemprego e renda familiar inferior a 1 salário mínimo, impossibilitando o acesso dos jovens aos meios de proteção e prevenção às DST/AIDS; a maioria dos jovens não percebe o risco às DST/AIDS que estão expostos; evidenciou-se comportamentos de riscos adotados pelos jovens, como desuso de preservativos nas relações sexuais e uso de drogas injetáveis.

Palavras-Chave: DSTs/AIDS. Quilombo. Sexualidade.

## ABSTRACT

CARDOSO, Luis Raimundo Silva. Vulnerability to STDs / SIDA among youth in a Quilombola Community of the Municipality of Turiaçu-MA. 2011. 84 f. Dissertation (Masters). Master of Health and Environment, Federal University of Maranhão. São Luís, 2011

The research aims to reflect the vulnerability of young people with sexually transmitted diseases in a Quilombola community Jamary dos Pretos in the municipality of Turiaçu-MA. The discussion also encompasses access to information about prevention of STDs/AIDS. The analysis involves concepts of multi-disciplinary areas of knowledge: history, anthropology, health, and society. Covers the concepts of history of black communities in Maranhão, and its association with the past of slavery and its appreciation and depreciation by sectors of society and the effect of the training process of the current modern society. Analyses the socioeconomic status of young people in this community as a member of several factors for the composition of this vulnerability. Still evaluates policies for the prevention, control and treatment of STDs / AIDS in this population segment. We opted for a quantitative survey-type approach, using as a Data collection instrument a form closed questions to 50 youths in the community, located in the age group 18 to 24 years. Among the results, include: poor education, unemployment and household income less than a minimum wage that make impossible young people have access to means of protection and prevention of STDs / AID; most young people do not realize the risk of STD / AIDS that are exposed, revealed a risk behaviors adopted by young people, such as disuse of condoms during sexual intercourse and injecting drug use.

Keywords: STDs / AIDS. Quilombo. Sexuality.

## LISTA DE SIGLAS

AIDS	_	Síndrome da Imunodeficiência Humana
ACONERUQ-MA	-	Associação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas do Maranhão
CCN	-	Centro de Cultura Negra do Maranhão
CEBRAP	-	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CIPD	-	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
DST	-	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	-	Estados Unidos da América
FHC	-	Fernando Henrique Cardoso
HIV	-	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUUFMA	_	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
NuRuNI	-	Núcleo de Extensão e Pesquisa com Populações e Comunidades Rurais, Negras Quilombolas e Indígenas
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PN-DST/AIDS	-	Programa Nacional de DST e AIDS
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UFMA	-	Universidade Federal do Maranhão
CLA	-	Centro de Lançamento de Alcântara

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos jovens segundo faixa etária, estado civil, sexo e escolaridade. Turiaçu-MA, 2011.....	44
Tabela 2	Distribuição dos jovens segundo critério de auto-identificação quanto ao quesito raça/cor. Turiaçu-MA, 2011..	47
Tabela 3	Distribuição dos jovens quanto à situação socioeconômica individual e familiar. Turiaçu-MA, 2011.....	49
Tabela 4	Distribuição dos jovens quanto ao conhecimento e risco de contágio em relação as DST/AIDS. Turiaçu-MA, 2011.....	51
Tabela 5	Distribuição dos jovens quanto a prevalência de sinais e sintomas sugestivos de DST e busca do cuidador/profissional para tratamento. Turiaçu-MA, 2011.....	54
Tabela 6	Distribuição dos jovens quanto a facilidade e dificuldade do diálogo sobre sexo nas relações familiares e sociais. Turiaçu-MA, 2011.....	55
Tabela 7	Distribuição dos jovens acerca da obtenção de informações das diferentes práticas de sexo e opinião acerca da discussão do tema sexo com crianças menores de 15 anos. Turiaçu-MA, 2011.....	56
Tabela 8	Distribuição dos jovens acerca da iniciação sexual, idade da primeira relação sexual e quem era essa pessoa. Turiaçu-MA, 2011.....	57
Tabela 9	Distribuição dos jovens acerca do tipo de prática e tomadas de medidas de proteção/prevenção adotadas durante a primeira relação sexual. Turiaçu – MA, 2011.....	59
Tabela 10	Distribuição dos jovens quanto ao uso de preservativo. Turiaçu-MA, 2011.....	61
Tabela 11	Distribuição dos jovens quanto à importância afetiva do parceiro x uso de preservativo e obtenção de preservativo. Turiaçu-MA, 2011.....	62
Tabela 12	Distribuição dos jovens acerca do contato com drogas injetáveis. Turiaçu-MA, 2011.....	63

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>1.1</b>	<b>Direitos humanos e sexualidade humana</b> .....	17
<b>1.2</b>	<b>Vulnerabilidade da população negra ao HIV/AIDS: quilombos como espaço social de discussão das vulnerabilidades sociais e saúde – HIV/AIDS</b> .....	24
<b>1.3</b>	<b>A trajetória histórica e social da epidemia da AIDS: vulnerabilidade e risco entre jovens</b> .....	33
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	37
<b>2.1</b>	<b>Geral</b> .....	37
<b>2.2</b>	<b>Específico</b> .....	37
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	38
<b>3.1</b>	<b>Natureza do estudo</b> .....	38
<b>3.2</b>	<b>Local do estudo e sujeitos da pesquisa</b> .....	39
<b>3.3</b>	<b>Instrumento de coleta de dados</b> .....	40
<b>3.4</b>	<b>Estudo piloto</b> .....	42
<b>3.5</b>	<b>Coleta e análise de dados</b> .....	42
<b>3.6</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	43
<b>4</b>	<b>RESULTADO E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	44
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	65
	REFERÊNCIAS.....	67
	APÊNDICES.....	74
	ANEXOS.....	82

## APRESENTAÇÃO

Logo nos primeiros anos de graduação tive a oportunidade de realizar trabalhos voluntários no *Grupo Solidariedade é Vida*, entidade filantrópica que realiza trabalhos de prevenção às DST/AIDS e acompanhamento aos indivíduos portadores do vírus HIV. Foi com essa experiência que tive conhecimento do real contexto em que vivem os portadores do vírus HIV no Estado do Maranhão.

A *Casa Sonho de Criança*, entidade filantrópica vinculada ao Grupo *Solidariedade é Vida*, realiza atividades de acolhimento aos órfãos portadores do vírus HIV, vitimizados pela perda de seus pais e/ou abandono dos seus familiares. Lá pude experienciar atividades voluntárias de sensibilização durante as campanhas anuais de prevenção e combate à AIDS, uma realidade que não pude ter conhecimento e vivência no ambiente acadêmico.

Não conformado em apenas atuar como colaborador do Grupo quis ir mais além. Realizei uma pesquisa em 2003, que subsidiou meu trabalho de conclusão de curso de graduação, levantando o significado da orfandade a um jovem dessa instituição e os principais problemas decorrentes da soropositividade no seu cotidiano.

Foi pelo conhecimento das necessidades de cuidados desse jovem e pela dificuldade que apresentava para desenvolvimento de sua sexualidade, que me motivou a realizar um trabalho de investigação científica que aprofundasse o estudo sobre a sexualidade de jovens frente às transformações sociais e sexuais promovidas pelo mundo moderno como resposta a epidemia da AIDS.

Minha herança familiar contribui para o interesse em resgatar o estudo sobre os povos de comunidades tradicionais de remanescentes de quilombo. Minha mãe, filha do município de Alcântara, foi obrigada a abandonar sua terra de origem nos finais da década de 70, para atender aos interesses da apropriação fundiária, que posteriormente consolidou-se na década de 90 com deslocamento compulsório de dezenas de famílias de remanescentes de quilombo, promovido pela instalação do Centro de Lançamento de Alcântara (CLA).

Gestante, futura mãe-solteira, foi obrigada a abrigar-se na periferia do bairro da Liberdade, que é composta, em quase sua totalidade, por negros (daí a denominação de “quilombo urbano”) que convivem em situações adversas, sendo desassistidos dos direitos humanos fundamentais: saúde, habitação e educação.

Como integrante dessa comunidade, perdendo vários amigos, vitimados pela violência e pelo uso de maconha e álcool, e a deficiência de políticas de saúde direcionada aos moradores da comunidade, foi que observei a alta vulnerabilidade de jovens negros às drogas e DST/AIDS.

A partir de então, comecei a considerar a possibilidade de estabelecer uma relação entre a categoria raça/cor e a vulnerabilidade às DST/AIDS, propondo-me a investigá-la. Dessa forma, realizei o processo seletivo do Mestrado Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão em 2009, buscando levantar a relação do ambiente como agente facilitador ou dificultador no acometimento de jovens negros remanescentes de quilombo às DST/AIDS.

Com o intuito de amadurecer minha investigação, comecei a participar de reuniões do Núcleo de Extensão e Pesquisa com Populações e Comunidades Rurais, Negras Quilombolas e Indígenas (NuRuNI), vinculado ao Mestrado Saúde e Ambiente, e a partir de discussões com representantes de entidades negras e com pesquisadores com projetos na linha de pesquisa na área de saúde da população negra, percebi uma lacuna no que tange às produções referentes à sexualidade de jovens negros e sua vulnerabilidade às DST/AIDS, e a carência de estudos no espaço nacional acerca da saúde de comunidades tradicionais, especialmente sobre remanescentes de quilombo. Tal fato direcionou meus estudos e esforços na busca de novos saberes sobre essa população historicamente excluída da agenda de investigação do mundo acadêmico.

Foi a partir de uma viagem a comunidade *Jamary dos Pretos*, no município de Turiaçu-MA, durante a disciplina de “Consolidação do SUS”, ministrada pelo meu orientador, que tive a oportunidade de conhecer a real situação em que vivem os moradores, contando apenas com ações de saúde esporádicas, geralmente semestrais.

Como enfermeiro, realizei consultas de enfermagem identificando os principais problemas de saúde da comunidade: dificuldade de acesso aos meios de prevenção às DST/AIDS; péssimas condições domiciliares e peridomiciliares, que aumentavam o risco de saúde de adultos e crianças; isolamento geográfico e as

péssimas condições socioeconômicas que aumentavam o risco à saúde e impediam o acesso aos serviços de promoção, proteção e de assistência, disponibilizados no município; ineficiência de políticas públicas no âmbito educacional e de saúde que atendem as especificidades dos integrantes da comunidade; alta incidência de escabiose com processo infeccioso secundário em adultos e crianças; grande parte das crianças com situação vacinal irregular; gestantes não tinham oportunidade de assistência pré-natal, mesmo em situações de risco como Eritoblastose Fetal; a respeito da saúde das mulheres, um número significativo delas estava evoluindo com leucorréia, sem tratamento e acompanhamento de profissionais de saúde, fruto da promiscuidade de seus parceiros, segundo relato das mesmas.

Diante desse quadro, constituiu-se um desafio a busca de identificar fatores de vulnerabilidade a que estão expostos os jovens às DST/AIDS da comunidade referida. E, conseqüentemente, a proposição e implementação de políticas de saúde a esses povos, socialmente e culturalmente discriminados e marginalizados do rol de discussões das políticas públicas.

Para maior compreensão do leitor, este trabalho está dividido em três seções. Na primeira seção, o leitor poderá fazer uma reflexão acerca da construção da sexualidade humana como interseção dos direitos humanos frente às discussões sexuais possibilitadas pela epidemia da AIDS. Já na segunda seção, fizemos uma reflexão sobre o racismo e as vulnerabilidades sociais e de saúde da população negra, em especial, na população negra quilombola. Na terceira seção apresentamos um retrato histórico e respostas governamentais e políticas de enfrentamento à epidemia, abordando os aspectos de vulnerabilidade e risco às DST/AIDS para os jovens.

Como pesquisador, desejo que o presente trabalho possibilite o norteamento de discussões entre os gestores das políticas de saúde e profissionais de saúde, redirecionando suas práticas, promovendo o acolhimento e investigação adequada da população negra no cotidiano de suas atividades.

## 1 INTRODUÇÃO

Na primeira metade da década de 80, a epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) manteve-se basicamente restrita as regiões metropolitanas do Sul e do Sudeste do país, tendo como principais vias de transmissão a sexual (entre homens que fazem sexo com homens) e a sanguínea (por transfusão de hemoderivados e uso de drogas injetáveis) (PARKER, 2003).

Nesse período, a velocidade do crescimento da incidência e taxas de mortalidade eram elevadas, a estrutura assistencial encontrava-se em fase de implantação/implementação e foram priorizadas medidas direcionadas à melhoria da qualidade e controle do sangue e seus derivados, contribuindo para diminuição de casos de AIDS entre hemofílicos e transfundidos (BRASIL, 2005).

A AIDS foi descoberta em 1981, nos Estados Unidos da América (EUA), com a identificação de um alto número de pacientes adultos do sexo masculino com comprometimento do sistema imune. No Brasil, a AIDS foi identificada pela primeira vez em pacientes homo ou bissexuais no ano de 1982. Um caso foi reconhecido retrospectivamente, no estado de São Paulo, como tendo ocorrido em 1980 (BRASIL, 2006).

Nos últimos anos da década de 80 e começo dos anos 90, a epidemia revelou outro perfil. A transmissão heterossexual passou ser a principal via de transmissão do HIV, acompanhada de forte participação das mulheres na dinâmica da epidemia e de um importante percentual de casos por transmissão materno-infantil. Nesse período, observou-se um desigual processo de interiorização, com maiores ritmos de crescimento nos municípios pequenos (menos de 50 mil habitantes), e a pauperização da epidemia, tendo início nos estratos sociais de menor instrução (BRASIL, 2005).

O Brasil, como sendo um país de herança colonial, contribuiu para a exclusão social de segmentos populacionais tradicionais das políticas de saúde, principalmente no tocante aos aspectos raciais que contribuem para a incidência e prevalência de agravos de saúde nas comunidades etnicamente e historicamente excluídas, como as indígenas e negros (ARRUTI, 2006).

As políticas de saúde que foram estabelecidas no Brasil a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) não contemplavam alguns segmentos de

classes sociais de baixa renda, geograficamente e culturalmente isolados. Os remanescentes de quilombo como povos isolados pela localização geográfica, com seus costumes, crenças e hábitos próprios, não são incluídos nas políticas de saúde (SOUZA, 2008).

A sociedade brasileira no período pós-abolição, e mesmo após a proclamação da república, não concretizou nenhuma política de reconhecimento e inserção dos descendentes de escravos no enredo das políticas públicas ao longo do século XIX. Os descendentes de quilombo somente foram reconhecidos como cidadãos brasileiros a partir da Constituição de 1988, que trata do direito à terra em que convivem há séculos (SOUZA, 2008).

Nas últimas décadas do século XX, a partir de mobilizações sociais de remanescentes de quilombo, que se fortaleceram em resposta à grilagem, impactante e expropriador de terras quilombolas, foi que, no Maranhão, surgiram entidades como Centro de Cultura Negra do Maranhão (CCN-MA) e Associação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas do Maranhão (ACONERUQ-MA), com objetivo de discutir e mobilizar as entidades governamentais e não-governamentais a focalizarem suas políticas aos remanescentes de quilombo (CENTRO DE CULTURA NEGRA DO MARANHÃO, 2008).

O Maranhão é um estado que possui cerca de 527 comunidades quilombolas, distribuídas em 134 municípios. O quilombo de Jmary dos Pretos é integrado ao município de Turiaçu-MA, seu processo de titulação ocorreu na década de 90. Atualmente os moradores de Jmary vivem em condições adversas, desprovidos de políticas e serviços de saúde, sendo desassistidos pelas políticas públicas municipais.

Diante desse panorama surgiram algumas questões:

1. Como as comunidades de remanescentes de quilombo do município de Turiaçu percebem os riscos e as vulnerabilidades às DST/AIDS que estão expostos?
2. Os jovens da comunidade de remanescentes de quilombo de Jmary dos Pretos estão vulneráveis às DST/AIDS?
3. Quais são os comportamentos de risco às DST/AIDS que os jovens de Jmary dos Pretos apresentam?

4. Quais são as políticas de prevenção, controle e tratamento as DST/AIDS que estão instituídas no município de Turiaçu que focalizam esse segmento populacional?

Para o Programa Nacional de Controle e Prevenção de DST/AIDS os adolescentes, segmentos populacionais de baixa renda e comunidades quilombolas, possuem comportamento de risco variável e uma alta vulnerabilidade às DST/AIDS (BRASIL, 1999). Atualmente, há intensas discussões acerca das especificidades e saúde da população negra, aliada à fomentação de pesquisa em universidades nas diversas áreas de conhecimento, para que se possa implementar e consolidar estratégias eficazes nas políticas de saúde.

Como são escassos os estudos acerca da saúde da população negra, em especial no que tange a saúde da população de remanescentes de quilombo, aliado a carência de políticas públicas que garantem a saúde dessa população, justificam a realização dessa pesquisa.

### **1.1 Direitos humanos e sexualidade humana**

O surgimento da epidemia da AIDS, a humanidade assistia ao crescimento exponencial e a morte de milhares de pessoas por todo o mundo, a descoberta da soropositividade soava como uma sentença de morte. Duas razões justificavam tal condenação: a incurabilidade da AIDS e o preconceito que impunha às pessoas com HIV, uma verdadeira segregação social provocada pela negação dos direitos fundamentais (BRASIL, 2008).

Esse novo cenário possibilita uma reflexão sobre tudo aquilo que a sociedade brasileira violentamente repugnava: a desigualdade, o preconceito, a hipocrisia, a falência do sistema de saúde, a incoerência da justiça, a fragilidade das relações pessoais. Esse campo fértil de discussões e reflexões possibilitado pela presença do vírus nas relações sociais garantiu um discurso de respeito aos direitos humanos como essencial no combate a epidemia, ou seja, a articulação com a noção de saúde com outras dimensões da vida social é a principal ferramenta de prevenção e controle da nova epidemia (BRASIL, 2008).

Essa pandemia trouxe mudanças nas políticas de saúde e sociais, onde agora deveriam estabelecer estratégias para garantir os direitos aos portadores do vírus HIV a desenvolver integralmente sua sexualidade como garantia do

desenvolvimento de seus direitos como cidadão. Outro aspecto de mudança no desenho das estratégias das políticas seria o desenvolvimento de diretrizes para promover o debate da sexualidade humana, em todos os campos de conhecimento, como método de prevenção às DST/AIDS.

A necessidade de debater paradigmas da sexualidade humana, colocando em discussão temas que refletem dogmas eclesiásticos, tabus familiares, educação sexual de jovens e crianças, diferenças de comportamento e identidade sexual, sexualidade de segmentos historicamente excluídos, como os homossexuais, bissexuais e polígamos, pedófilos e loucos, indígenas e comunidades isoladas geograficamente, como os remanescentes de quilombo, e instituir estratégias de tolerância nas sociedades modernas, talvez seja a maior problemática que essa epidemia desencadeou.

Historicamente os chamados direitos humanos são fruto de revoluções sociais que ocorreram no processo de transição do sistema feudal para o capitalismo, que se solidificaram após as duas grandes guerras mundiais. Os direitos humanos só foram inseridos no conjunto dos direitos sociais em resposta aos abusos ocorridos durante a 2ª guerra mundial (BRASIL, 2010a).

No mundo pós-guerra os direitos humanos são respostas para garantir ao homem o desenvolvimento pleno de sua liberdade e independência cultural, social e econômica, sendo indissociáveis e indivisíveis, além de estabelecerem que o Estado seja agente co-responsável na deliberação desses direitos. A promulgação desses direitos possui como marco contemporâneo a adoção pela Assembléia Geral das Nações Unidas, da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948 (BRASIL, 2008).

Essa medida estabelece que “[...] os Direitos Humanos são universais, inerentes à condição de pessoa, e não relativos a peculiaridades sociais e culturais de uma dada sociedade.” (VILLELA; ARILHA apud BRASIL, 2010a, p. 11).

A 8ª Conferencia Nacional de Saúde foi um marco histórico na discussão dos direitos humanos no espaço brasileiro, promovendo a socialização de propostas de implementação de políticas de saúde com os segmentos sociais, delimitando de acordo com as experiências de diferentes atores sociais, o significado de saúde e direito à saúde:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 4).

A Declaração dos Direitos Humanos é de extrema importância na consolidação dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, como direitos à saúde, que são conquistas das exigências de movimentos sociais ao longo da história da humanidade, como relatado no Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – Protocolo de San Salvador – 1988, ratificado pelo Brasil em 1996:

Artigo 10. Direito à saúde

1. Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social. 2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir este direito: a) Atendimento primário de saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial colocada ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade; b) Extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado; c) Total imunização contra as principais doenças infecciosas; d) Prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza; e) Educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas da saúde; e f) Satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis. (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1988).

O posicionamento assumido pela Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais no Protocolo de San Salvador provocou repercussões no espaço nacional brasileiro na elaboração da Constituição Federal da República Federativa do Brasil em 1988, onde já é marcante a responsabilidade do Estado nas medidas de promoção, prevenção e tratamento da saúde do cidadão brasileiro:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

As consolidações dos Direitos Sexuais e Reprodutivos possuem como marcos referenciais internacionais a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) em 1994, que possibilitou avanços no combate às desigualdades de gênero (com questões relacionadas à mulher), meio ambiente e direitos humanos, sexuais e reprodutivos, firmando acordos com 179 países, e a IV

Conferência Mundial sobre a Mulher em 1995, que avançou nos direitos sexuais e reprodutivos como Direitos Humanos (BRASIL, 2010).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) ampliou os direitos reprodutivos definindo como:

Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (NACIONES UNIDAS, 1995).

E, amplia e ratifica o conceito de saúde reprodutiva da Organização Mundial de Saúde (OMS) definido em 1988:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis (NACIONES UNIDAS, 1995, anexo, cap. VII, par. 7.2)

A saúde sexual é definida como:

[...] a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações (BRASIL, 2010a, p.15).

A sexualidade humana não é algo restrito ao determinismo animal, vai além do mundo natural, é contida de intencionalidade, não ficando limitada apenas ao ato sexual em si, possui qualidades, formas, manifestações e significações históricas, processuais e mutáveis. Seu desenvolvimento é influenciado pela relação

de domínio e significado com o outro, e essa relação de poder é retrato dos valores sociais e antropológicos que determinada sociedade atribui na relação de homem e mulher, assim como relata Karl Marx (apud NUNES, 1987, p. 9):

A relação do homem com a mulher é a relação mais natural do homem com o homem, e nesta relação aparece, então, até que ponto o comportamento natural do homem se tornou humano, ou melhor, até que ponto sua essência humana se tornou essência natural. Nesta relação vemos, também, até que ponto as necessidades humanas se tornam necessidades humanas, até que ponto, então, o outro homem, como homem, se torna uma necessidade para o homem, e até que ponto o homem em sua existência mais individual é, ao mesmo tempo, comunidade.

Sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não de orgasmo. É a forma de ser de cada ser humano no marco referencial da sua escolha de vida, determinando uma forma peculiar de ser no mundo (RAVAGNI, 2007).

Para Fagundez (apud RAVAGNI, 2007, p. 71):

Sexo relaciona-se ao biológico e gênero à elaboração cultural. Neste contexto, feminino e masculino são construções culturais aprendidas, que podem variar no tempo e no espaço. Além de não serem imutáveis, feminino e masculino, pelo contrário, são significados que estão em permanente construção.

Dessa forma, a simples resolução biológica define o sexo do sujeito, porém não pode definir a sexualidade do indivíduo, não estando restrita apenas a sua anatomia genital, seu significado é mais amplo estando relacionado ao contexto sociocultural em que o sujeito encontra-se inserido.

No período pré-paleolítico, caracterizado pelas sociedades tipicamente matriarcais, a sexualidade humana estava interligada com a religião, ou seja, a representação simbólica do poder estava vinculada às mulheres, que se expressava no nível da religião, das crenças e lendas, configurando um culto à fertilidade feminina. Como corrobora Nunes (1987, p. 59):

No matriarcado primitivo (período paleolítico) as divindades são concebidas como elementos femininos e variam em características e formas envolvendo a fertilidade. Como consequência, a sexualidade, ao ser envolvida de uma significação mítica, é concebida como sagrada e divina, com o predomínio da função da mulher, como apanágio feminino.

Contudo, no período neolítico que surgem as primeiras formas de religião e relações de poder patriarcal, ou seja, dominado pelo homem e pela função de pai ou de chefe, as mulheres são usurpadas pelos homens, surgindo as representações de poder masculino. Esse fato provoca mudanças nas relações sociais, antropológicas e religiosas, as figuras das divindades femininas são substituídas pelos deuses machos. As relações de poder fundamentadas no coletivismo, na

autoridade cultural e religiosa, e na tradição nas sociedades matriarcais são gradativamente substituídas pelo individualismo, pelo poder militar e político, característico das sociedades patriarcais (FARINHA; BRUNS, 2006). Essa queda do matriarcalismo e ascensão do patriarcalismo é explicado por Evelyn Reed (apud NUNES, 1987, p. 59)

No momento em que o homem se apropriou dos meios de produção, a mulher foi relegada exclusivamente à sua função biológica de mãe, e lhe foi negada toda forma de participação na vida social produtiva. Os homens tomaram as rédeas da sociedade e fundaram um novo sistema social a serviço de suas necessidades. Da destruição do matriarcado, nasceu a sociedade de classes.

Com as doutrinas do Cristianismo veio a repressão à sexualidade no ocidente, trazendo conseqüências desastrosas, potencializando proibições, aversão e discriminação às mulheres, em especial as prostitutas, fortalecendo assim, a criação de uma estrutura de poder hierárquica masculina (FARINHA; BRUNS, 2006).

Foucault defende que o significado da sexualidade desenvolveu-se de forma diferente entre os povos do Ocidente e Oriente. Segundo o autor a sexualidade dos povos orientais, que denomina de *ars erótica*, é baseada na dimensão sacramental, sedutora e misteriosa, desenvolvida com liberdade, sem limites e cerimoniosa. A *ars erótica* seria a forma de desenvolvimento da sexualidade fora do discurso lógico e racional, livre da intervenção estatal e de seus órgãos de controle (NUNES, 1987).

Já os povos do Ocidente desenvolveram uma sexualidade baseada no discurso confessional, expressivo, colonizado, incitado e controlado, que Foucault denomina de *scientia sexualis*. Foi essa concepção de sexualidade que justificava e legitimizava o poder sobre as práticas, que foi muito vivenciado durante a Idade Média e ampliado com as rupturas da modernidade e sua implantação em todos os campos da ação humana, estabelecendo os discursos e regras do permitido e do ilícito, do oculto e do perverso, do proibido e do oficializado (NUNES, 1987).

A *scientia sexualis* possibilita a intervenção das forças políticas de dominação, estabelecendo os mecanismos de regulamentação, delimitando o que se deve saber e falar, o que se deve fazer e evitar, controlando o desejo pela censura e as práticas pelo medo. Dessa forma, os indivíduos que realizam sua sexualidade, que não seguem os paradigmas impostos pela *scientia sexualis*, como os homossexuais, “loucos”, bissexuais, pedófilos e prostitutas, são renegados ao esquecimento e marginalização social. Além da negação do sexo e sua pragmática

forma de novas dominações, como a resistência de discussões de sexo com crianças e jovens, a virgindade de mulheres e sua correlação com prestígio social e “pureza divina”, desenvolvimento da sexualidade na terceira idade e homossexualismo. Dessa forma, todos os valores e dogmas que nos parecem óbvios, regulados por sentimentos de pudor, nojo e vergonha, que tomamos como “normais”, foi moldado no comportamento ocidental, ao longo de séculos de trabalho civilizador (NUNES, 1987).

Para Ravagni (2007) a sexualidade não pode ser dissociada do componente biológico que molda a particularidade corporal de cada sujeito, bem como o desejo e o prazer, isto é, os meios pelo qual o desejo é representado, vivenciado e aliviado. Tal concepção é fundamentada na percepção de cada um em ser homem ou mulher, ou seja, a compreensão da identidade sexual de cada um na identidade grupal socialmente aceita.

Esse entendimento possibilita que o desenvolvimento da sexualidade não esteja restrito apenas à genitalização, às zonas erógenas e à satisfação das necessidades eróticas que a libido desperta; cada indivíduo, para satisfazer seus desejos e conseguir chegar ao prazer, lança mão de várias maneiras e fórmulas numa seqüência metodológica ou não, fundamentada nas permissões sociais e coações impostas pelo espaço onde está inserido, e nas coações íntimas, que estão estruturadas pela sua forma de compreensão do mundo, ou seja, o comportamento sexual humano é produto da autocoação.

A reflexão da sexualidade como elemento indissociável do espaço social e do componente biológico demonstra que a interação do indivíduo - ambiente e os padrões culturais são formadores de sua identidade sexual, como relata Ravagni (2007, p. 45, 57, 59):

A interação indivíduo – ambiente, na organização dos comportamentos ligados às questões que se relacionam com a sexualidade, no intuito de poder cumprir a função que socialmente pré-estabelece a cultura, constitui papel importantíssimo na definição da identidade sexual do sujeito, como também nas suas manifestações afetivas [...].

A organização dos comportamentos sexuais, assim, representa uma determinada forma de vivenciar o recalque, no intuito de poder cumprir a função que socialmente pré-estabelece a cultura, isto é, apresentar condutas compatíveis com a masculinidade ou a feminilidade, morfo-anatomicamente e socialmente estipuladas. Coação que exerce papel importantíssimo na manifestação dos afetos, limitando, às vezes, alguma determinada opção sexual pessoal sendo esta ‘recalcada’ sob pena de não poder ser manifestada espontaneamente [...].

[...] as influências sociais operam sobre o indivíduo, na mesma proporção que o meio físico, uma vez que elas oferecem um sistema construído de

signos que, em certa dimensão, pré-moldam as atitudes ligadas aos componentes anatômicos que biologicamente, se aceite ou não, determinam a forma de ver o sexo [...].

As formas e maneiras de se chegar ao prazer dependem de uma série de passos, que circundam em torno de coações e permissões, moldadas nas regras sociais, fruto do processo civilizatório, porém a forma pessoal de tentar satisfazer os desejos reverte, no espaço restrito da individualidade de cada sujeito, denota que o comportamento e identidade sexual que o indivíduo assume pode estar ligada a sua posição de autocensura a determinadas atitudes que considera adequada e que contribuem para a construção de sua índole sexual.

## **1.2 Vulnerabilidade da população negra ao HIV/AIDS:** quilombos como espaço social de discussão das vulnerabilidades sociais e saúde – HIV/AIDS

A palavra *negra* para os povos europeus refere-se à cor de pele escura de alguns povos, geralmente aqueles de maior contato com os africanos, como os mediterrâneos. Já para o ocidente cristão, o *negro* significava a derrota, a morte, o pecado, enquanto o branco significa o sucesso, a pureza e a sabedoria (GUIMARÃES, 2008).

Há quatro séculos os negros constituem a base social na sociedade brasileira. Mesmo após a abolição da escravatura, a imigração de brancos, que rapidamente ascenderam em escala social de todos os poderes, seja econômico, político ou cultural, possibilitou ainda mais a concentração de poder nas mãos da camada branca e intensificou o empobrecimento da massa negra pós-abolição, comprovando o fenômeno de embranquecimento forçado do negro como único meio de melhoria sócio-econômica; indo além do preconceito de cor, da discriminação e da segregação racial, os supremacistas brancos manejam simultaneamente outras ferramentas de controle social do povo negro, exercendo sobre ele constante lavagem cerebral, visando entorpecer ou castrar sua capacidade de raciocínio. Esta tarefa quase não encontra obstáculos à sua frente, devido a situação de permanente penúria, fome, degradação física e moral, em que são mantidas as massas afro-brasileiras (NASCIMENTO, 1980).

No período colonial a definição dos não-brancos como não-civilizados, seus caracteres fenotípicos configurados nas diferenças físicas e de cor de pele,

fundamentou a idéia de inferioridade biológica, equacionando com a condição de não-humanos, cuja humanização é representada por um longo processo “civilizatório” adquirido pela escravidão (SILVA, 2010).

A inferioridade do povo negro é justificada por pensadores que moldaram as bases da medicina brasileira, que defendiam a idéia de “higiene social” como estratégia de combate aos agravos de saúde da população brasileira, que posteriormente, fundamentará o racismo científico. Como principal representante e defensor de uma “inferioridade do negro”, fundamentada no processo de evolução genética dos povos, temos Nina Rodrigues:

O critério científico da inferioridade da raça negra nada tem de comum com a revoltante exploração que dele fizeram os interesses escravistas dos norte-americanos. Para a ciência, não é essa inferioridade mais do que um fenômeno de ordem natural, produto da marcha desigual de desenvolvimento filogenético da humanidade nas suas diversas divisões ou seções. Os negros africanos [...] são o que são; nem melhores, nem piores do que os brancos; pertencem apenas a uma outra fase de desenvolvimento intelectual e moral. (RODRIGUES, 2008, p. 22)

A supremacia da raça branca no mundo europeu foi fundamentada no advento difundido do Darwinismo Social, como observamos no relato de Sacarrão (apud OLIVEIRA, 2003):

O darwinismo social é um produto ideológico da teoria científica elaborada por Darwin. Consiste essencialmente na utilização e desenvolvimento dos conceitos de ‘luta pela existência’ e de ‘sobrevivência dos mais aptos’ para criar certa filosofia de sociedade servindo também para caucionar as injustiças, as desigualdades, o liberalismo selvagem, as opressões. A expansão colonialista encontrou na doutrina as suas justificações e os seus fundamentos uma espécie de ‘moral’. O racismo, que se espalhou pela Europa e pela América, apoiou-se também no darwinismo social e foi em parte fortalecido por ele. O genocídio dos índios americanos, a exploração e o aviltamento social dos negros, o colonialismo escravizador exigiam uma justificação para satisfazer a moral e colocar as consciências bem consigo mesmas. O domínio do branco apoiou-se na teoria da sua superioridade em relação aos povos colonizados. Os genocídios tinham uma base ‘científica’. (OLIVEIRA, 2003, p. 62).

A base estrutural do escravismo do negro constituiu-se na violência sexual como apropriação do corpo e anulação do outro, na proibição dos cultos africanos como proibição da fala, no rigor dos castigos como proibição da reivindicação (OLIVEIRA, 1999a).

A gênese do racismo nasce pela transformação histórica na marca da cor preta, como marco da herança africana, que se justifica pela pobreza, humilhação e opressão imposta ao negro por uma elite branca/brancóide, supostamente de origem ário-europeu. Acerca do mito da democracia racial supostamente defendida no

Brasil, temos uma discussão do fenômeno natural do monopólio do poder concentrada nas mãos da camada branca desde o período colonial, o fator de raça permanece, irredutivelmente, como a fundamental contradição dentro da sociedade brasileira. A solução encontrada no Brasil para negar a existência desse problema é a negação ao invés de um choque frontal entre brancos e pretos. A única opção da massa negra é o seu “desaparecimento”, sendo aniquiladas pela força compulsória de miscigenação/assimilação ou morte (NASCIMENTO, 1980).

Howard Winant (apud Guimarães (2008, p. 100) define o racismo como

[...] [1] práticas simbólicas que essencializam ou naturalizam identidades humanas baseadas em categorias ou conceitos raciais; [2] ação social que produz uma alocação injusta de recursos sociais valiosos, baseada em tais significações; [3] estrutura social que reproduz tais alocações.

O racismo moderno é pautado na idéia de que as desigualdades entre os seres humanos estão fundadas na diferença biológica, ou seja, na natureza e na constituição mesmas do ser humano. O Embranquecimento é compreendido como processo pelo qual indivíduos negros, sobretudo, intelectuais, eram sistematicamente absorvidos e assimilados às elites brasileiras (GUIMARÃES, 2008).

Para Lopes (2005, p. 16): “Em sendo o racismo um fenômeno ideológico, sua dinâmica é revitalizada e mantida com a evolução das sociedades, das conjunturas históricas e dos interesses dos grupos. São esses predicados que fazem do racismo um fabricante e multiplicador de vulnerabilidades.”

A constante acusação de preconceito, feita aos elementos mais claros da “raça”, é também uma estratégia discursiva, cujo objetivo é criar solidariedade e identidade entre todos os descendentes próximos ou longínquos de africanos, e que, portanto, implicitamente, a idéia de raça biológica está sendo mobilizada para tal objetivo. Esta estratégia reforça a representação dos brancos de que não existe preconceito no Brasil e que os problemas que os “negros” enfrentam são criados por eles mesmos, inclusive o preconceito (GUIMARÃES, 2008).

Mario de Andrade (apud GUIMARÃES, 2008, p. 14) relata que “[...] pesam sobre os negros os preconceitos decorrentes da hierarquização dos seres humanos pelo clima e pela cultura, além dos preconceitos decorrentes das doutrinas de superioridade racial, que se desenvolveram no século XIX.”

O mito da mestiçagem se refere à origem (popular) mestiça do povo brasileiro, justificando a solidificação da posição formal de igualdade dos negros e

mulatos na sociedade brasileira, freando a discriminação e o preconceito (GUIMARÃES, 2001).

Para Abdias Nascimento (2002) acerca do extermínio do negro afro-brasileiro com adoção de concepções científicas que os definiam como povo inferior, a emancipação só seria possível com assimilação de valores culturais europeus, seja fisicamente com a subjugação sexual cometida pelo homem branco contra a mulher negra escravizada. O fruto desse cruzamento, o mulato, seria um símbolo da nossa democracia racial, uma concentração das esperanças de conjurar a ameaça racial representada pelos povos africanos, e estabelecendo o mulato como marco na ascensão sistemática da branquificação do povo brasileiro, ele representa o início da liquidação da raça negra no Brasil.

A omissão do Estado acerca das desigualdades raciais proporciona perpetuação da discriminação com a população negra. Nesse campo de atuação simbólico, o Estado omite essas ditas desigualdades com mitos das mestiçagens, projetos de branqueamento ou ideologias da democracia racial; em outras ocasiões, atua de maneira remediável sobre atitudes e comportamentos racistas (DÍAZ, 2010).

Segundo Nascimento (1980, p. 68, 69) a democracia racial seria:

[...] um mero disfarce que as classes branco/brancóides utilizam como estratégia, sob o qual permanecem desfrutando 'ad aeternum' o monopólio dos privilégios de toda espécie. E a parte majoritária da população, de descendência africana, se mantém por causa de tais manipulações, à margem de qualquer benefício social-econômico, transformado em autêntico cidadão desclassificado. E, além do mais, alienado de si mesmo de seus interesses, dopado pela falaciosidade daquela 'democracia racial'. Todos trabalhadores não-negros, os imigrantes procedentes de vários países europeus, se beneficiaram do precário estado da existência negra. Muito depressa muitos desses trabalhadores não-negros se tornaram membros da classe média, enquanto alguns outros atingiram os níveis econômicos e de status social da burguesia; e a mobilidade vertical de todos eles baseou-se firme e irremediavelmente sobre a miséria e a desgraça do povo negro. [...]

[...] é invocada para silenciar os negros, significando, portanto ainda opressão individual e coletiva do afro-brasileiro, degradação e proscricção de sua herança cultural. Este slogan traduz a insensível e cruel exploração praticada contra os negros por todos os setores e classes da sociedade branco/brancóide, quer se trate de ricos, de pobres ou remediados. Nosso país desenvolveu uma cultura baseada em valores racistas, institucionalizando uma situação de características patológicas: a *patologia da brancura*. Sociologicamente falando, esta moldura e conteúdo de interação racial se chama simplesmente de *genocídio*, tanto na forma quanto na prática. [...].

A primeira definição de quilombo foi construída pelas legislações coloniais e imperiais, que buscavam caracterizar esse espaço social como reunião de cinco (colonial) ou três (imperial) escravos fugidos, formando ranchos permanentes. Nesse

período, os quilombos simbolizavam uma forma de resistência ao regime escravista, onde seus elementos integrantes poderiam realizar suas práticas e produção culturais africanas, que simbolizavam para o branco opressor uma ameaça à relação de domínio e opressão imposta pelo escravismo. O uso do termo de “remanescente” aos integrantes do quilombo é fruto de uma idéia contemporânea dos quilombos (ALMEIDA, 1996).

Os quilombos resultam da maneira do escravo africano se defender do opressor branco, garantir sua sobrevivência e assegurar a sua existência de ser, através do esforço de resgatar sua liberdade e dignidade através da fuga ao cativeiro e da organização de uma sociedade livre. Tanto os quilombos permitidos ou não representavam uma unidade, uma única afirmação humana, étnica e cultural, a um tempo integrando uma prática de libertação e assumindo o comando da própria história (NASCIMENTO, 1980).

Os quilombos, historicamente, representaram unidades de protesto e de experiência social, de resistência e reelaboração dos valores sociais e culturais dos africanos e de seus descendentes. Para a sociedade colonial e imperial latifundiária, representavam um protesto radical e permanente, que contribuiu para crise do modo de produção escravista e evidencia a necessidade de uma nova ordem social.

Para Abdias Nascimento (NASCIMENTO, 1980) o quilombo não significa apenas escravo fugido, representa uma reunião fraterna e livre, solidariedade, convivência, comunhão existencial. Dessa forma, defende a idéia do fenômeno que denomina de *quilombolismo* – movimento social de resistência física e cultural da população negra que se estruturou não só na forma dos grupos fugidos para o interior das matas na época da escravidão, mas também, em um sentido bastante ampliado, na forma de todo e qualquer grupo tolerado pela ordem dominante em função de suas declaradas finalidades religiosas, recreativas, beneficentes e esportivas.

No Brasil, o reconhecimento dos grupos étnicos, como os remanescentes de quilombo, no tocante a visibilidade dos direitos, constituem abordagem subjetiva e coletiva no campo da esfera jurídica. A discussão do processo de reconhecimento permeia-se no processo de territorialização, aqui entendido e consolidado no fenômeno descrito como *processo de formação quilombola*, que subsidia garantia dos direitos fundamentais. A garantia da terra simboliza para os integrantes de

comunidades de remanescentes de quilombo o reconhecimento pelas entidades governamentais de sua existência e visibilidade de suas necessidades.

Os integrantes de comunidades de remanescentes de quilombo convivem com as mais profundas adversidades, a maioria é desassistida de ações políticas de saúde, sociais e econômicas. São atores e expectadores do palco de doenças endêmicas, infecto- contagiosas e infecto-parasitárias. A falta de acesso aos meios de proteção e prevenção potencializa sua vulnerabilidade aos agravos de saúde. As relações de gênero e poder aliadas à falta de informação para a prevenção e o enfrentamento, historicamente e culturalmente instituída, possibilitam a criação de um ambiente fértil para disseminação de doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS.

Acerca do quadro político brasileiro, com a ascensão de um governo amplamente apoiado por movimentos sociais, e o novo regime de Estado, tal como esboçamos, delimitaram o acirramento da luta ideológica em torno da política racial brasileira depois de 2003. Antes, no governo Sarney, enquanto a política voltada para os negros circunscrevia-se à cultura, reinou a paz entre intelectuais, ativistas e opinião pública; no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), quando as ações afirmativas entraram na agenda política, o presidente pessoalmente tratou de escolher a academia como o fórum privilegiado em que tais políticas deveriam ser discutidas. FHC abriu o debate com um seminário de experts em Brasília, deixando como espectadores boa parte dos ativistas negros do país. Tal debate, obviamente, não poderia ficar contido nos muros universitários e restrito aos seminários acadêmicos, ganhando espaço paulatinamente na mídia impressa. Principalmente depois de Durban, quando o governo brasileiro assinou a carta de intenção de modificar sua política educacional para incluir ações afirmativas, e quando os governos estaduais do Rio de Janeiro e da Bahia passaram à dianteira, instituindo um sistema de cotas para negros em suas respectivas universidades estaduais (GUIMARÃES, 2008).

Na década de 80 foram mobilizadas as primeiras ações acerca da saúde da população negra em nível estadual e municipal, fruto da persistência de movimentos sociais negros. A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco na luta pelas condições de saúde da população negra. As discussões dos movimentos sociais se intensificaram em busca de estratégias discutidas na 13ª Conferência

Nacional de Saúde acerca de agravos e doenças que a população negra brasileira está vulnerável, como as Doenças Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2007b).

Em 2006, com as exigências de movimentos sociais é que o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com foco na equidade em saúde da população negra, e nesse mesmo ano, o Pacto pela Saúde enfoca o combate às iniquidades de ordem socioeconômica e cultural que atingem a população negra brasileira (BRASIL, 2007b).

A Política Nacional de Prevenção e Controle das DST/AIDS considera como vulnerabilidade a pouca ou nenhuma capacidade do indivíduo ou grupo social em decidir sua situação de risco, podendo variar segundo a posição e situação em relação à condição de gênero, raça, fatores e condições socioeconômicas, acesso aos serviços e insumos de saúde, fatores políticos e até mesmo biológicos (BRASIL, 1999).

Com o surgimento da AIDS os pesquisadores e profissionais de saúde foram sensibilizados a repensar o conceito de vulnerabilidade, buscado encontrar respostas e avançar nas discussões acerca de risco diante da nova epidemia. Esta discussão possui como marco no campo da saúde a publicação do livro AIDS in the World, por Mann e Tarantola em 1992, parcialmente reeditado no Brasil em 1993 (TOLEDO, 2008).

Para Mann e Tarantola (apud TOLEDO, 2008) a chance de exposição dos indivíduos a adoecer é produto do conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que proporcionam maior susceptibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

No espaço brasileiro o conceito de vulnerabilidade emerge em meados dos anos 90, como estratégia de discussão de respostas aos aspectos comportamentais individuais e coletivos que direcionassem o desenho das políticas de intervenção. Nesse momento, consideravam que no entendimento do processo saúde-doença, o risco indicava a probabilidade e apresentava um caráter eminentemente analítico, já a vulnerabilidade é um indicador de iniquidade e de desigualdade social (PARKER, 2003).

A vulnerabilidade não busca levantar a relação probabilística de um evento, como o risco, pelo contrário, tenta elencar as potencialidades de adoecimento e não-adoecimento, relacionado aos aspectos individuais e coletivos

de uma determinada população. Para atingir esta compreensão, é necessário estabelecer linhas de trabalho com mutualidade, interferência, relatividade e pluralidade de significados (AYRES et al., 2003).

Corroborando o pensamento do autor todos os indivíduos são vulneráveis ao HIV, porém de maneira desigual, haja vista que as condições socioeconômicas e culturais, como as que enfrentam os jovens quilombolas e indígenas, expõem alguns indivíduos e grupos sociais a uma maior vulnerabilidade.

Analisando as três dimensões interdependentes da vulnerabilidade temos:

1) Vulnerabilidade individual:

[...] toma como ponto de partida aspectos próprio aos modos de vida das pessoas, que podem contribuir para que se exponham ao vírus ou, ao contrario, proteger-se. Ou seja, diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que as pessoas dispõem sobre a AIDS e suas formas de transmissão, bem como sobre sexualidade, uso de drogas e serviços; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios de cotidianos de preocupação e, finalmente ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas efetivas de prevenção (AYRES et al., 2003, p. 374);

2) Vulnerabilidade programática:

[...] busca justamente avaliar como, em circunstâncias sociais dadas, as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade. O quanto nossos serviços de saúde, educação, etc. estão proporcionando que estes contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados por indivíduos e grupos sociais? O quanto eles propiciam a esses sujeitos transformar suas relações, valores, interesses para emancipar-se dessas situações de vulnerabilidade? (AYRES et al., 2003, p. 375)

3) Vulnerabilidade social:

[...] O acesso à informação, o conteúdo e a qualidade dessa informação, os significados que estas adquirem ante os valores e interesses das pessoas, as possibilidades efetivas de colocá-las em prática, tudo isso remete a aspectos materiais, culturais, políticos, morais que dizem respeito à vida em sociedade, [...] Aspectos tais como a estrutura jurídica-política e as diretrizes governamentais dos países, as relações de gênero, as relações raciais, relações entre gerações, atitudes diante da sexualidade, crenças religiosas, a pobreza, etc. são aspectos que permitem compreender os comportamentos e práticas que se relacionam à exposição dos indivíduos à infecção (AYRES et al., 2003, p. 375).

Estudos sobre a população brasileira tratam da vulnerabilidade da população negra aos agravos de saúde, seja de natureza ambiental, social, econômica ou política, como exemplo das DST/AIDS que comprovam a vulnerabilidade da população negra que apresenta maior risco de adoecer (BRASIL, 2007b).

Fernanda Lopes (2005, p. 10) conceitua vulnerabilidade como um “[...] conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso

a recursos adequados para se proteger das conseqüências indesejáveis daquela situação”.

Esse termo emergiu na área de saúde como fruto da epidemia da AIDS na década de 90 que buscava novo dimensionamento do enfrentamento ao vírus HIV. A falta de acesso aos métodos preventivos (teste e preservativo), a falta de habilidades para utilizar ou negociar o uso, no caso do preservativo masculino, aumentam a vulnerabilidade de mulheres e homens negros, independentemente de sua idade. Portanto, a vulnerabilidade da população negra brasileira é resultado da exclusão e negação do meio ambiente que extrai do negro o direito natural de pertencimento, nos locais onde as desigualdades raciais são mais naturalizadas a epidemia da AIDS atinge de forma mais severa os segmentos sociais historicamente excluídos da riqueza social, bem como os culturalmente discriminados (LOPES, 2005).

Para a autora supracitada homens e mulheres negras no Brasil convivem com as diferentes formas de vulnerabilidades: vulnerabilidade social – que se reflete na inserção desqualificada e desvalorizada; vulnerabilidade programática – que se concretiza na invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças; vulnerabilidade individual – que resulta na adoção de comportamentos inadequados, doenças psíquicas e físicas.

Esta pesquisa busca confirmar essa vulnerabilidade, para que essa política possa ser discutida e focalizada a essa população, como preconizado nos seus princípios e diretrizes:

[...] (Vulnerabilidade) acesso a rede de saúde e disponibilização de insumos de prevenção, notadamente preservativos masculinos e femininos, gel, agulhas e seringas e materiais educativos; acolhimento, aconselhamento e tratamento das pessoas infectadas pelo HIV e portadoras de DST nos serviços de saúde; descentralização, institucionalização e sustentabilidade das ações de saúde no que se refere à prevenção, promoção e educação em saúde. (BRASIL, 1999, p. 21).

Segundo Cunha (2001 apud OLIVEIRA, 2003, p. 196): “A população negra está exposta a um ciclo de desvantagens cumulativas na mobilidade social intergeracional, fato este que a coloca em posição de maior vulnerabilidade frente a uma série de agravos para sua saúde”.

### 1.3 A trajetória histórica e social da epidemia da AIDS: vulnerabilidade e risco entre jovens

A AIDS passou a ser conhecimento do público norte-americano em 21/12/1991 através de uma reportagem em uma revista *News Week*. A partir de então, o mundo começou a perceber que o prazer seria uma atividade fatal, sendo necessário repensar, reestruturar e pesquisar mais profundamente a sexualidade humana. Trazendo para discussão aberta as diferentes formas de fazer sexo, as fantasias, as diversidades sexuais e os desejos mais ocultos (TRINDADE; BRUNS, 2003).

AIDS – nosologia que associa morte e prazer; torna públicos hábitos e identidades privadas; atinge, predominante, a pessoa no auge da sua capacidade produtiva, e, até o presente momento, não tem cura. É uma síndrome que surge num momento que o Estado não é mais capaz de absorver o conjunto de demandas da sociedade, e as ditas “minorias” adquirem vozes cada vez mais audíveis. Doença que, por seu caráter simultaneamente local e globalizado, pode ser tomada como um dos símbolos da pós-modernidade (VILLELA, 1999).

Para Parker (2003) a AIDS possibilitou a construção de um palco de enfrentamento de respostas e medidas de políticas públicas governamentais no espaço brasileiro dividido em 4 fases:

- a) Uma fase inicial de políticas de respostas ao HIV/AIDS no Brasil que ocorre entre 1982 e a1983, quando os primeiros casos de AIDS foram relatados; e uma inicial mobilização de programas aconteceu no estado de São Paulo entre 1985 e 1986, quando as primeiras ONG's de serviço para a AIDS foram fundadas e um Programa Nacional de AIDS foi criado. Na falta de liderança nacional ou internacional, as respostas à epidemia tendiam a crescer do chão, vindas dos representantes das comunidades afetadas, tais como o emergente movimento dos direitos gays e do compromisso de setores progressistas dentro dos serviços de saúde pública estaduais e locais que conseguiram rapidamente se alistar como aliados destas comunidades.
- b) Mudança na liderança do Programa Nacional da AIDS (1986 e 1990), período que foi marcado por uma abordagem à epidemia relativamente pragmática e crescentemente técnica. Surgimento de líderes como

Herbet Daniel. A epidemia baseava-se mais fundamentalmente no compromisso político do que na especialização tecnocrática.

- c) Ocorre entre 1990 e 1992. Embora as respostas não-governamentais e religiosas continuem a crescer e prosperar, a completa falta de diálogo efetivo entre a sociedade civil e governo federal, juntamente com uma relativa falta de cooperação entre o Programa Nacional de AIDS fez com que as dificuldades de sustentação de uma resposta a longo prazo à epidemia ficassem impressionantemente claras, chamando a atenção para a necessidade urgente de repensar as bases de ação efetiva contra a epidemia, não somente em termos técnicos, mas também políticos.
- d) Acontece entre 1992 e 1996. Caracterizada pela reorganização do Programa Nacional de AIDS. Evidenciada pela ação e esforço combinada de diversos setores para trabalharem juntos na procura da reconstrução de uma resposta à epidemia.

O impacto da AIDS possibilitou a construção de um complexo processo de elaboração de respostas somando-se à complexidade que a AIDS foi adquirindo nesses anos: doença crônica que exige, além de cuidados clínicos, ofertas voltadas para a qualidade de vida; doença cujo tratamento, num momento de sucateamento dos serviços de saúde e deficiência no cuidado com doentes crônicos e pessoas idosas, envolve considerável volume de recursos humanos, técnicos e financeiros; doença que atinge, cada vez mais, os mais pobres, num cenário de pauperização e desempregos crescentes; doença que conta com um grande número de órfãos, num contexto em que aumenta a exploração sexual infantil e a população de menores de rua (VILELLA, 1999).

No período de 1980 a junho de 2009 foram notificados 544.823 casos de AIDS. Observa-se também, nesse período uma diminuição considerável do início da epidemia até os dias atuais entre a razão de sexo (masculino: feminino). No ano de 1986 a razão era de 15,1: 1; já em 2002 estabilizou-se em 1,5:1, caracterizando uma “feminização” da epidemia. Acerca da análise raça/cor fica evidenciada uma queda na razão brancos/negros (BRASIL, 2010b).

Com relação ao comportamento epidemiológico da epidemia na população de jovens foram notificados no período de 1980 a junho de 2009 54.998

casos de AIDS situados na faixa etária de 13 a 24 anos, correspondendo a 10 % do total de casos notificados (BRASIL, 2010b).

São escassos e insuficientes os dados acerca da prevalência de DST entre a população de adolescentes e jovens. Porém, presume-se que o início precoce da sexualidade e dados do desuso do preservativo nas relações sexuais refletem a vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DST/AIDS (BRASIL, 2007c).

A adolescência e juventude constituem fases de maior vulnerabilidade ao vírus HIV, não só pelas alterações morfológicas e psicossociais, mas também pela necessidade desse jovem experimentar novos comportamentos, como uso de drogas, e início de sua atividade sexual. A busca de desenvolver essa sexualidade, impulsionado pelos valores culturais transmitidos pelos meios de comunicação, muitas das vezes precocemente sem uso de um método contraceptivo e de prevenção às DST/AIDS, aumenta ainda mais a vulnerabilidade desse segmento populacional.

O Estatuto da Criança e do Adolescente considera que adolescência é a fase de crescimento situada no período de 12 a 18 anos. A Organização Mundial da Saúde considera adolescência o período compreendido entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias, já juventude como período que vai dos 15 aos 24 anos. O Ministério da Saúde toma como base a definição da OMS e recorre aos termos de “população jovem” ou “pessoas jovens” a faixa etária compreendida entre os 10 e 24 anos, que corresponde aproximadamente a 30% da população nacional. Portanto, a juventude é uma fase de interseção entre a adolescência e fase adulta (BRASIL, 2010a).

O mundo capitalista costuma repassar para a população jovem consumista que a sexualidade é sinônimo de genitalidade. A genitalidade é vinculada apenas a satisfação do prazer genital, enquanto a sexualidade é mais amplo. Como a adolescência é considerada uma fase de transição do período infantil para o mundo adulto, o jovem vive uma ambigüidade, onde já possui idade suficiente para ser responsável por determinados atos, como escolha de sua profissão, porém é imaturo para exercer sua sexualidade (TRINDADE; BRUNS, 2003).

A sociedade de consumo e neoliberal impõe aos jovens o simbolismo da perfeita imagem corporal como meio espelho da própria sociedade, criando laços de domínio ou de dependência na apresentação sistemática de normas. A sexualidade

dos adolescentes e jovens reporta a mitos sexuais acerca da virilidade de homens e mulheres negras, que exige uma reflexão sobre os diversos sentidos do exercício da sexualidade, atuando como agente facilitador do aumento da vulnerabilidade às DST/AIDS.

Anderson et al. (1998 apud PETRILLI FILHO, 2004) relata que os jovens constituem-se em um grupo vulnerável às DST/AIDS, devido ao consumo de substâncias psicoativas, falhas ou inconsistência no uso de preservativo, principalmente quando associada a um elevado número de parceiros sexuais. Como os adolescentes e adultos jovens correspondem à população sexualmente ativa, são mais expostos ao HIV e as doenças sexualmente transmissíveis, sendo grupos prioritários as ações preventivas.

Isto nos faz refletir acerca da sexualidade de jovens de comunidades tradicionais, como os remanescentes de quilombo, cujos costumes são herdados e repassados de gerações em gerações, como condicionante de práticas culturais. O direito a diferença é, portanto, fundamental na superação das iniquidades e efetivação da igualdade. Portanto, é vital a discussão dessas práticas como promulgadoras das DST/AIDS.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Compreender os diferentes fatores de vulnerabilidades às DST/AIDS a que estão expostos os jovens da comunidade de remanescentes de quilombo de Jamary dos Pretos do município de Turiaçu-MA.

### **2.2 Específico**

Identificar os aspectos pertinentes às condições socioeconômicas, conhecimento acerca de DST/AIDS, iniciação sexual, experiências sexuais e uso de drogas injetáveis.

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 Natureza do estudo

Para nortear o caminho metodológico e atender os objetivos propostos desta pesquisa, utilizou-se o estudo exploratório-descritivo do tipo *survey*, com abordagem quantitativa, que avaliou as vulnerabilidades às DST/AIDS entre jovens de uma comunidade de remanescentes de quilombo do município de Turiaçu-MA.

Uma linha de investigação da realidade fundamenta-se na corrente positivista, que defende uma linha de pensamento em que o pesquisador, durante o estudo da realidade, deve tomar uma posição de neutralidade, não avaliando ou fazendo julgamentos, sendo objetivo, evitando que seus vieses influenciem o objeto investigado. A pesquisa concretiza-se na realidade objetiva, independente das crenças do pesquisador, utilizando o método dedutivo (da teoria para os dados), uma postura racionalista, a precisão por meio da medida e da manipulação estatística (SANTOS FILHO; GAMBOA, 2002).

Para Gil (2002), a pesquisa quantitativa pretende traduzir em números, opiniões e informações, para classificá-las e analisá-las. Exige o uso de recursos e de técnicas estatísticas, como percentagem, média, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação.

Ainda conforme o autor supracitado:

Pesquisa exploratória: visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vista a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão.

Pesquisa descritiva: [...] objetiva a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis [...]. (GIL, 2002, p. 41-42).

A pesquisa *survey* é utilizada para obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, indicado como representante de uma população-alvo, por meio de um instrumento de pesquisa, normalmente um questionário (FREITAS et al., 2000).

### 3.2 Local do estudo e sujeitos da pesquisa

Trata-se de um estudo realizado na comunidade de remanescentes de quilombo de Jmary dos Pretos, que está situada na microrregião do Gurupi, no município de Turiaçu-MA, caracterizado como área de concentração negra, onde existe um extraordinário número de quilombos ou mocambos. Essa região que está situada entre os rios de Turiaçu e Gurupi pertencia até 1852 à província do Pará. É marcante na memória dos moradores a experiência histórica dos chamados “mocambos”, nomenclatura que os moradores reportam para “lugares de moradia e refúgios dos pretos livres”, em contraposição as fazendas de escravos consideradas “lugar da dor, do trabalho forçado e da sujeição”. A única estrada de acesso a comunidade é a rodovia MA-209 que se encontra a 18 km do povoado. Como principal meio de subsistência a comunidade conta com a agricultura, tipo roça, criação de gado, suínos e aves, e pesca. No perímetro central, considerado povoado da comunidade, são localizados diversos “bairros”: Santo Antônio, Capina, Arrudá, Grota, Outeiro das Queimadas. Fora desse aglomerado central estão localizadas as localidades Boa Vista e Cajual, que são referidas pelos moradores como área de antigas fazendas de escravos (PROJETO VIDA DE NEGRO, 1993).

A comunidade é sabidamente desprovida de ações de promoção, prevenção e tratamento de saúde, contando apenas com ações solitárias de 02 agentes comunitários de saúde e atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa com Populações e Comunidades Rurais, Negras Quilombolas e Indígenas (NuRuNI), vinculado ao Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Ou então, atendimentos de saúde que são realizados na sede do município e que, por muitas das vezes, se torna inviável, devido a dificuldade de deslocamento do usuário.

Essa pesquisa foi realizada com jovens integrantes da comunidade de Jmary dos Pretos. Como critérios de inclusão foram utilizados: jovens integrantes da comunidade de remanescentes de quilombo de Jmary dos Pretos situados na faixa etária de 18 a 24 anos de ambos os sexos, que apresentaram condições cognitivas de responder as perguntas e quiseram participar voluntariamente da pesquisa.

A necessidade da escolha de jovens situados na faixa etária de 18 a 24 anos fundamenta-se na adoção do conceito de população jovem pelo Ministério da

Saúde, como todo adolescente ou jovem situado na faixa etária de 10 a 24 anos (BRASIL, 2010a). Optou-se pela abordagem com os jovens acima de 18 anos, devido a permissão legal de participação da pesquisa não exigir a necessidade de consentimento de seu representante legal.

As atividades educativas da comunidade são desenvolvidas no Centro Familiar Quilombola por Alternância Raimundo de Sousa, onde os jovens permanecem em regime de internato durante quinze dias realizando atividades pedagógicas e de ensino. Transcorrido esse período, retornam ao ambiente domiciliar para realizar suas atividades de subsistências agropecuárias.

Cabe destacar que a comunidade não dispunha de dados demográficos, sendo necessária a realização de um recenseamento pelo próprio pesquisador e integrantes do NuRuNi, para identificar os jovens da comunidade que estavam na faixa etária do estudo.

Antecedendo essa fase foi necessário a realização de três oficinas de capacitação acerca da Política de Saúde da População Negra, Política Nacional de DST/AIDS e aplicação de formulários como instrumento de coleta de dados na pesquisa de campo com 04 colaboradores do NuRuNi que participaram da fase de recenseamento e coleta de dados.

Para realização da fase de recenseamento, o pesquisador conjuntamente com membros integrantes do NuRuNi, realizaram uma atualização das Fichas – A (ANEXO A) dos agentes comunitários de saúde no período de 19 a 22/11/2010, resultando no levantamento de 382 pessoas na comunidade, integrada por 67 jovens na faixa etária do estudo. Portanto, objetivou-se atingir 100% dessa população.

### **3.3 Instrumento de coleta de dados**

Foi utilizado para a coleta de dados um formulário (APÊNDICE A), produto da conjunção de questões de dois instrumentos já testados anteriormente de duas pesquisas, “Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS” do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) referente ao ano de 2000 (BERQUÓ, 2002) e “Pesquisa entre os Conscritos do Exército Brasileiro, 1996 – 2000: Retratos do Comportamento de Risco do Jovem Brasileiro à

Infecção pelo HIV” (BRASIL, 2002), com adaptações nas questões objetivando maior compreensão pelos sujeitos da pesquisa.

A utilização do formulário nessa pesquisa possui como vantagens: baixo custo de tempo e energia para aplicação; garantia do anonimato total, que é fundamental na obtenção de informações acerca de comportamentos sexuais socialmente inaceitáveis; facilita a tabulação de dados; uniformização de uma medição a outra, tendo-se em vista que o vocabulário, a ordem das perguntas e instruções é igual para todos os sujeitos; viabiliza respostas mais rápidas e precisas; possibilita levantamentos de dados fidedignos; maior reflexão dos sujeitos da pesquisa para responder as perguntas; participação de um maior número de sujeitos; esclarecimento do sujeito as perguntas fornecidas devido a presença do entrevistador na coleta de dados; aplicabilidade em pessoas analfabetas, pois a presença do entrevistador garante o entendimento das perguntas através da leitura; garantia de um universo homogêneo; diminui o risco de tendenciosidade grave, pois não possibilita a devolutiva do instrumento.

Como os sujeitos da pesquisa são integrantes de comunidade de remanescentes de quilombo havia grande probabilidade de ocorrer à presença de jovens analfabetos, justificando a utilização do referido instrumento.

A principal desvantagem da utilização do formulário como instrumento de coleta de pesquisa é a interferência das impressões pessoais do entrevistador na coleta de dados, principalmente no tocante aos seus conceitos de normalidade de sexualidade e práticas sexuais, comprometendo a fidedignidade dos dados, pois os valores culturais e sociais acerca da sexualidade humana do entrevistador podem ser divergentes dos sujeitos da pesquisa. E, como o instrumento é composto de perguntas que discutem critérios sexuais, raciais e de gênero, que devem atender critérios de auto-afirmação, justificou-se a necessidade de realização de oficinas com o pesquisador e a equipe de entrevistadores para garantir total neutralidade durante a coleta de dados.

O referido instrumento é composto de 36 questões fechadas abordando os seguintes aspectos: condições socioeconômicas; conhecimento e prevenção acerca das DST/AIDS; iniciação sexual e experiências sexuais; uso de drogas injetáveis.

### **3.4 Estudo piloto**

Foram selecionados 10 sujeitos através de amostragem probabilística do tipo sorteio após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) e previamente à coleta de dados durante o período de 07 a 09/01/2011, com intuito de validar o instrumento e os procedimentos para referida coleta.

Esta fase foi implementada com deslocamento do pesquisador e dos colaboradores ao domicílio dos sujeitos da pesquisa. Inicialmente ocorreu a apresentação do pesquisador e entrevistadores aos sujeitos da pesquisa, informando a importância e finalidade da pesquisa. Posteriormente, houve a leitura e explicação do objetivo da pesquisa e fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Posteriormente à aplicação do teste piloto pelo pesquisador e integrantes do NuRuNi, foi necessário realizar uma discussão com os sujeitos da pesquisa e os colaboradores, objetivando identificar lacunas no tocante ao procedimento para coleta de dados, bem como validar o instrumento de pesquisa em questão.

Transcorrido essa fase foi identificado a necessidade de adaptação do referido instrumento no tocante às informações acerca dos dados educacionais, iniciação sexual e experiências sexuais, e contato com drogas injetáveis.

### **3.5 Coleta e análise de dados**

A fase de coleta de dados ocorreu durante o período de 11 a 14/02/2011. Nesse período foi aplicado pelos colaboradores, sob coordenação do pesquisador, o instrumento de coleta de dados aos 67 jovens que atenderam os requisitos de inclusão da pesquisa.

Os dados obtidos foram submetidos ao módulo de Análisis do programa Epi-info, posteriormente tabulados e inseridos no programa Microsoft Excel 2007, sendo consolidados na forma de tabelas.

### **3.6 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa em questão foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), em concordância com o que determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) onde, sob Parecer Consubstanciado nº 373/10 (ANEXO B), foi aprovado.

#### 4 RESULTADO E DISCUSSÃO DOS DADOS

A pesquisa contou com a participação de 50 jovens, ocorreram 08 abandonos, cinco recusas e quatro jovens não se encontravam na comunidade no período de coleta de dados.

A disposição das informações coletadas na forma de tabela objetiva a maior compreensão dos dados, possibilitando o entendimento e acompanhamento pelo leitor das variáveis estudadas. Dessa forma, disponibilizamos 12 tabelas seguidas da análise dos resultados e discussão com as mais recentes pesquisas disponibilizadas acerca da sexualidade de jovens e sua vulnerabilidade às DST/AIDS. Enfatizamos que a carência de estudos acerca do referido tema, nos impossibilitou em alguns momentos a enriquecer as discussões.

**Tabela 1 – Distribuição dos jovens segundo faixa etária, estado civil, sexo e escolaridade. Turiaçu-MA, 2011.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
18 a 20 anos	26	52,0
21 a 22 anos	16	32,0
23 a 24 anos	8	16,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	36	72,0
Casado ou amigado	14	28,0
Separado	0	0,0
Outro	0	0,0
Não quer informar	0	0,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	34	68,0
Feminino	16	32,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Escolaridade</b>		
Não freqüentou escola	1	2,0
1ª a 4ª série do 1º grau	9	18,0
5ª a 8ª série do 1º grau	11	22,0
1º grau completo	4	8,0
2º grau incompleto	19	38,0
2º grau completo	5	10,0
Superior incompleto	1	2,0
Superior completo	0	0,0
Não quer informar	0	0,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Analisando a tabela 1 observamos que a maioria dos sujeitos (n=26; 52%) encontra-se na faixa etária de 18 a 20 anos. A respeito do estado civil dos entrevistados observamos que a maioria (n=36; 72%) são solteiros, porém um número significativo de jovens (n=14; 28%) estão casados ou amigados.

Grande parte dos sujeitos do estudo é do sexo masculino (n=34; 68%), enquanto que o corpo feminino compõe 32% (n=16). Quanto a escolaridade dos jovens, grande parte (n=19; 38%) cursaram o 2º grau incompleto, seguido daqueles que cursaram da 5ª a 8ª série do 1º grau (n=11; 22%) e 1ª a 4ª série do 1º grau (n=9; 18%), e apenas 1(2%) sujeito não freqüentou escola.

No estudo observamos a concentração dos sujeitos na faixa etária de 18 a 20 anos, período que se caracteriza pela passagem da adolescência para a fase adulta, onde se concentra a metade dos casos de infecções de HIV no mundo todo, caracterizando a “juvenilização da epidemia” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE, 2005; BRASIL, 2010a).

Esse processo de “juvenilização” da epidemia, tornando os jovens alvo de discussões de vulnerabilidade à AIDS, foi similar no estudo realizado por Toledo (2008) no levantamento de estudos acerca da vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS que relata que a infecção da AIDS, por apresentar um período de incubação em torno de dez anos, o percentual de adolescentes que se infectam é muito mais significativo. Dessa forma, grande parte das notificações na faixa etária de 25 a 29 anos reflete uma exposição ao vírus ainda na juventude. Além do mais, a ocorrência da infecção na adolescência, a manifestação tardia da doença repercute no grau de vulnerabilidade de possíveis contatos, nesse mesmo estágio da vida.

O aspecto juvenil da epidemia possibilita a não visibilidade da AIDS e o tempo de latência do vírus contribui para que os jovens, de modo geral, ainda não se sintam diretamente implicados com o risco representado pela doença. Entretanto, a moralização da AIDS e os simbolismos negativos que ela suscita geram atitudes de negação e de proteção que ajudam a compreender o distanciamento dos jovens em relação ao risco representado pela epidemia ou, poderíamos dizer, a sua quase virtualidade (JELOÁS, 2003).

Na comunidade de remanescentes de quilombo do estudo os sujeitos são, na maioria, solteiros. Essa informação foi contrária ao estudo realizado por Silva, Lima e Hamann (2011) em 218 quilombolas maiores de 18 anos, onde o

estado civil predominante foi casado (51%), os solteiros corresponderam a 26 % dos entrevistados.

A realidade de baixa escolaridade encontrada na pesquisa foi também evidenciada por Nunes (2007) ao realizar um estudo de natureza qualitativo sobre vulnerabilidade em adolescentes que viviam nas ruas na faixa etária de 14-19 anos, onde a falta de informação decorrente da saída da escola faz com que a compreensão e aquisição de informações sobre a AIDS sejam precárias, dando ensejo ao surgimento de alguns mitos e falsas crenças sobre a AIDS, e o descobrimento de sua sexualidade seja precoce e sem orientação, aumentando ainda mais sua vulnerabilidade.

Silva, Lima e Hamann (2011) num estudo com jovens acima de 18 anos em comunidades de remanescentes de quilombo encontraram dados que se assemelham a realidade desta pesquisa, onde um grupo significativo dos sujeitos encontrava-se com baixa escolaridade: 29,5% nunca freqüentaram a escola e apenas 6% concluíram o ensino fundamental.

Villela e Doreto (2006) observaram através da experiência com jovens, que a escolaridade de jovens interfere na sua vida sexual, quanto menos escolarizado, menor é a fecundidade do jovem e mais precoce inicia suas atividades sexuais.

Varga (2008), realizando estudo sobre o acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS para população negra, evidenciou que a baixa escolaridade entre jovens de 18 a 25 anos é maior na população negra do que a não-negra. Chama atenção em seu estudo que o percentual de sujeitos que responderam não possuir nenhuma instrução (92,9%) eram negros.

A baixa escolaridade, como fator determinante para vulnerabilidade às DST/AIDS, encontrada no estudo, condiciona a pauperização da epidemia, onde é cada vez mais significativo o aumento do número de casos nos segmentos de baixa escolaridade, como os quilombolas e indígenas, em discordância com evidenciado no início da epidemia. Um outro ponto marcante do processo histórico da epidemia é a concentração de casos envolvendo adultos jovens, na idade reprodutiva e produtiva (MATTOS, 1999; ARRUTI, 2006).

**Tabela 2 – Distribuição dos jovens segundo critério de auto-identificação quanto ao quesito raça/cor. Turiaçu – MA, 2011.**

Variáveis	N	%
<b>Raça/cor</b>		
Branca	1	2,0
Negra	22	44,0
Parda	13	26,0
Preta	3	6,0
Amarela	0	0,0
Indígena	0	0,0
Outra	10	20,0
Não sabe	1	2,0
Não quer informar	0	0,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Observando a tabela 2 quanto à auto-identificação do quesito raça/cor a maioria dos sujeitos (n=22; 44%) se autodeclararam negros, seguidos de parda (n=13; 26%), outro (n=10; 20%), preta (n=3; 6%) e igualmente (n=1; 2%) não sabe e branca.

O sistema de classificação raça/cor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2004) considera a população brasileira agrupada em cinco categorias: brancos, pretos, pardos, amarelos e indígena. A população negra corresponde a conjunção das categorias parda e preta, que no estudo corresponde a 16 (32%) dos sujeitos da pesquisa. Somando a esse quantitativo os sujeitos que se autodeclararam negros (n=22; 44%) totaliza-se um universo de 38 (72%) indivíduos negros na comunidade.

Nota-se que mesmo sendo o espaço social uma comunidade de remanescentes de quilombo, cujo nome Jamary dos Pretos reporta a sua herança histórica/racial, um quantitativo pequeno (n= 3; 6%) de sujeitos se autodeclararam pretos.

A concentração da auto-afirmação da população observada neste estudo como negros foi comum no estudo qualiquantitativo realizado por Silva, Lima e Hamann (2011) em 218 quilombolas maiores de 18 anos, no qual 68,1% dos participantes se autodeclararam “negros”.

O processo de construção antropológica e histórica de formação quilombola é baseado no princípio que as comunidades de remanescentes de quilombo constituem grupos mobilizados em torno de um objetivo, em geral a conquista da terra, e definido com base em uma designação (etnônimo) que expressa uma identidade coletiva reivindicada com base em fatores pretensamente primordiais, tais como uma origem ou ancestrais em comum, hábitos, rituais ou religiosidade compartilhada, vínculo territorial centenário, parentesco social generalizado, homogeneidade racial, entre outros (ARRUTI, 2006).

O pequeno número de jovens no estudo que se auto-afirmaram pretos vai de encontro com o processo de titulação da Comunidade Jmary dos Pretos, no qual seu sufixo “preto” denota a autodeclaração de seus integrantes como pretos, forma que qualifica sua identidade afirmativa própria a um grupo etnicamente organizado (PROJETO VIDA DE NEGRO, 1993; SANTOS, 2006).

A realidade encontrada no estudo diverge do estudo de Santos (2006) que evidenciou em uma comunidade de quilombo de Tupuio no Piauí, a terminologia “negros do Tupuio”, estabelecida para a condição camponesa quilombola que assume sua identidade, baseada nas diferenças de usos e costumes, podendo servir de delineamento dos limites da comunidade étnica, estabelecendo parâmetros da condição social.

No Brasil, a identificação racial não é um fator biológico, mas sim um processo de construção social e contextual. A cor ou pertencimento racial é confirmado ou rejeitado pelo olhar do outro, podendo determinar uma dissonância entre o reconhecimento de si mesmo e reconhecimento a partir do olhar do outro. A representatividade socioeconômica interfere na mudança das pessoas no quesito raça/cor; algumas pessoas quando elevam seu nível socioeconômico tendem a relatar, com menos frequência, que são pretas, podendo até se autodeclararem com derivações semânticas do preto, como a parda. A negação da raça é acentuada entre os negros pobres e entre os mestiços (MUNANGA, 1986; OLIVEIRA, 1999a).

Esse quadro de negação da herança africana, como observado no estudo, é um mecanismo de defesa que a massa afro-brasileira adota:

Em nossos dias ainda podemos encontrar centenas, milhares, desses negros que vivem uma existência ambígua. Não pelo fato de possuírem o sangue do branco opressor, mas porque internalizando como positiva a ideologia do *embraquecimento* (o branco é o superior e o negro o inferior) se distanciam das realidades do seu povo e se prestam ao papel de auxiliares de forças repressivas do supremacismo branco. E tanto ontem

quanto hoje, os serviços que se prestam à repressão se traduzem em lucro social e lucro pecuniário. (NASCIMENTO, 1980, p. 258)

Stocco II (2006), em estudo acerca das políticas de ações afirmativas conseguiu evidenciar que a conduta de negação das pessoas ao se auto-identificarem como pretos e pardos enquadra-as numa situação de inferioridade em relação ao branco. Essa realidade foi similar ao presente estudo: os jovens, mesmo pertencente a uma comunidade tradicional de quilombo, rejeitam sua herança étnica “preta”, como medida de “embranquecimento”.

**Tabela 3 – Distribuição dos jovens quanto à situação socioeconômica individual e familiar. Turiaçu-MA, 2011.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Com quem mora</b>		
Pais	36	72,0
Avós	2	4,0
Tio(s)	1	2,0
Patrão(ões)	0	0,0
Amigos	1	2,0
Parceiros	9	18,0
Outro	1	2,0
Não quer informar	0	0,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Situação econômica</b>		
Empregado	9	18,0
Desempregado	41	82,0
Não quer informar	0	0,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Ocupação</b>		
Empregado doméstico	3	6,0
Agricultor	18	36,0
Criador de gado/aves/porcos	6	12,0
Madeireiro	0	0,0
Funcionário público	3	6,0
Outro	15	30,0
Não quer informar	5	10,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Renda mensal familiar</b>		
Até 1 salário mínimo	37	74,0
1 a 2 salários mínimos	8	16,0
2 a 3 salários mínimos	1	2,0
3 a 4 salários mínimos	2	4,0
Acima de 4 salários mínimos	1	2,0
Não quer informar	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Analisando a tabela 3 observamos que a maioria dos sujeitos da pesquisa mora com os pais (n=36; 72%) seguido da convivência com o parceiro (n=9; 18%).

Quando questionados acerca da sua situação econômica, observamos que grande parte dos jovens (n=41; 82%) encontra-se desempregada, e uma minoria (n=9; 18%) está empregada. E, quando abordados pela sua ocupação, identifica-se a concentração majoritária dos jovens nas atividades de agricultura (n=18; 36%) e de criação de gado, aves e porcos (n=6; 12%), condicionando um universo marcante na comunidade do estudo: o direcionamento desse segmento populacional nas atividades agropecuárias (n=24; 48%).

A respeito da renda mensal familiar é marcante que as famílias dos jovens estejam calcadas na subsistência de menos de um salário mínimo (n=37; 74%), seguida do subsídio mensal de um a dois salários mínimos (n=8; 16%). Essa realidade denota o encargo financeiro para as famílias desses jovens que são obrigadas a contar com apenas uma renda inferior a dois salários mínimos (n=45; 90%) para atender suas necessidades básicas.

Silva, Lima e Hamann (2011) observaram a mesma realidade do estudo em jovens de comunidades de remanescentes de quilombo acerca de sua ocupação, onde a maioria declarou como ocupação serem trabalhadores rurais. Outro ponto de consonância nesse estudo com essa pesquisa foi que grande parte dos sujeitos informou uma renda inferior a um salário mínimo.

Varga (2008) encontrou similar realidade num estudo acerca do acolhimento e tratamento do HIV/AIDS para população negra, onde a renda de 42,5% dos sujeitos do estudo é menor que um salário mínimo. Enquanto 41,9% dos/as negro/as recebem menos de um salário mínimo, 44,9% dos/as não-negros/as estão nessa faixa de renda. Para 45,5% dos/as negros/as, de uma a três pessoas dependem da renda familiar, ou seja, vivem dessa renda, enquanto são 32,7% dos/as não-negros/as dizem que de uma a três pessoas dependem dessa renda para viver.

Esse quadro de dificuldade econômica que está sujeita a população de jovens da comunidade de Jmary dos Pretos, onde a maioria das famílias dos jovens do estudo subsistem com menos de um salário mínimo mensal, reflete as dificuldades socioeconômicas da comunidade aos meios de promoção e prevenção em saúde. A obtenção de meios de proteção, como preservativo, e tratamento para os agravos de saúde são colocados no plano secundário de suas necessidades, pois a garantia de alimentos para sua sobrevivência é primordial, aumentando a vulnerabilidade desses jovens às DST/AIDS.

**Tabela 4 – Distribuição dos jovens quanto ao conhecimento e risco de contágio em relação as DST/AIDS. Turiacu – MA, 2011.**

Variáveis	N	%
<b>Já ouviu falar em doenças sexualmente transmissíveis (DST)</b>		
Sim	42	84,0
Não	5	10,0
Não lembra	2	4,0
Não sabe	1	2,0
Não quer informar	0	0,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Em caso afirmativo, quais</b>		
Gonorréia/esquentamento	42	-
Sífilis	13	-
AIDS	33	-
HPV/crista de galo	1	-
Tricomoníase	0	-
Outros	2	-
Não sabe	6	-
Não quer informar	0	-
<b>Corre risco de pegar alguma DST</b>		
Sim	17	34,0
Não	28	56,0
Não sabe	5	10,0
Não quer informar	0	0,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Risco de pegar AIDS (cidade onde mora)</b>		
Baixo	21	42,0
Médio	10	20,0
Alto	10	20,0
Nenhum risco	3	6,0
Não sabe	4	8,0
Não quer informar	2	4,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Risco de pegar AIDS (auto percepção)</b>		
Baixo	20	40,0
Médio	6	12,0
Alto	1	2,0
Nenhum risco	16	32,0
Não sabe	5	10,0
Não quer informar	2	4,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Analisando a tabela 4 quanto ao conhecimento das DSTs observamos que a maioria dos jovens (n=42; 84%) já ouviu falar das DSTs, enquanto que uma

minoria (n=5; 10%) nunca ouviu falar. Quando solicitado que citasse três DSTs para os jovens que informaram conhecimento verificou-se, em escala decrescente: Gonorréia/esquentamento (n=42); AIDS (n=33); sífilis (n=13). A AIDS é a segunda DST em nível de importância conhecida pelos jovens da comunidade.

Quanto a auto percepção dos jovens do risco de pegar DST, a maioria (n=28; 56%) não se percebem correndo risco, enquanto uma parcela dos sujeitos (n=17; 34%) se percebem com risco, e um pequeno quantitativo (n=5; 10%) não sabem informar sua condição de risco.

Acerca da percepção do risco em pegar AIDS na sua localidade, os jovens da comunidade informaram na maioria (n=21; 42%) ser baixo e igualmente (n=10; 20%) médio e alto. Chama atenção que três jovens (6%) informaram que não estão expostos ao risco de pegar AIDS na comunidade.

Quanto à auto percepção de risco individual dos jovens da comunidade em contrair AIDS a maioria declarou ser baixo (n=20; 40%). Chama atenção importante no estudo que um número significativo de jovens (n=16; 32%) informaram que não apresentam risco de pegar AIDS.

Garcia e Souza (2011), num estudo acerca da vulnerabilidade ao HIV/AIDS no contexto brasileiro, com enfoque nas iniquidades de gênero, raça e geração, encontraram que o conhecimento sobre a AIDS é maior do que sobre outras DSTs, contrapondo o que foi evidenciado nos jovens da comunidade de Juary dos Pretos.

O retrato social identificado na maioria dos jovens da comunidade Juary dos Pretos em não se perceberem ao risco das DSTs e AIDS foi correspondente ao estudo qualitativo que Borges e Medeiros (2004) acerca das representações sociais das DST/AIDS em jovens de ruas, em que obtiveram como resultados: DSTs, com exceção da AIDS, não representavam uma ameaça, pois são curáveis e o tratamento é rápido; jovens do estudo não serem capazes de assumir na prática sexual as informações sobre prevenção e transmissão do HIV que possuem; a contaminação pelas DSTs/HIV cede lugar à preocupação com a gravidez.

Silva (2002) encontrou situação similar num estudo com adolescentes acerca da prevenção às DSTs/AIDS onde a maioria não se percebia como vulnerável às DST ou AIDS, que não faz parte das preocupações de suas vidas.

A invisibilidade perceptível do risco de pegar AIDS pelos jovens da comunidade é similar ao estudo realizado por Azevedo, Coutinho e Saldanha (2011)

que conseguiram verificar que os jovens, quanto ao uso de preservativo e percepção de vulnerabilidade às DSTs/AIDS, não se percebiam vulneráveis a contrair a AIDS.

O significado da AIDS entre jovens acerca da percepção e do imaginário do risco representado pelo HIV se refere aos simbolismos, presentes na cultura ocidental, sobre contágio, doenças transmitidas pelo sexo, sangue, esperma, saliva, morte e aos valores atuais referentes à sexualidade, incluindo aqueles determinantes nas relações de gênero. O risco da AIDS vem sendo moralizado pelos jovens, à semelhança de tantos outros perigos já experimentados pela humanidade. A virtualidade da AIDS ou a não visibilidade imediata da doença, os simbolismos negativos que suscita, gerando atitudes de negação e de proteção, sua associação com doença de um *outro*, mais ou menos longínquo, abstrato ou desconhecido, os tabus relacionados à sexualidade, a exposição diária à riscos como violência e drogas e a ambivalência com que esses riscos são pensados e vivenciados, atualmente, tornam a AIDS um risco ao qual eles, de modo geral, ainda não se sentem diretamente implicados (JELOÁS, 2003).

A adolescência e a moralização da AIDS e os simbolismos negativos que ela suscita geram atitudes de negação e de proteção que ajudam a compreender o distanciamento dos jovens com relação ao risco representado pela epidemia ou, poderíamos dizer, a sua quase virtualidade. É possível que a não visibilidade da AIDS e o tempo de latência do vírus contribuam para que os jovens, de modo geral, ainda não se sintam diretamente implicados com o risco representado pela doença.

Esse imaginário de risco foi identificado por Silva, Lima e Hamann (2011) num estudo nas comunidades de quilombo, onde grande número de pessoas que afirmaram saber o que é HIV/AIDS e como ele se transmite, uma série de mitos sobre a doença ainda é predominante no imaginário dessas populações. E, como essas comunidades são construídas e fundamentadas numa herança histórica e cultural, assim como a comunidade de Jamary dos Pretos, esses valores rodeados em torno da sexualidade contribuem para falta de percepção de risco às DST e AIDS pelos jovens.

Essa situação encontrada nessa pesquisa, onde a maioria dos jovens não se percebe em situação de risco às DST a que estão expostos, e mesmo com a incurabilidade da AIDS, sua invisibilidade é perceptível no meio da população juvenil da comunidade, pela importância que é dada em nível de conhecimento e percepção de contágio dada por esse segmento.

As implicações do pouco reconhecimento da condição de vulnerabilidade dos jovens refletem sua baixa demanda espontânea nos serviços de saúde e na busca de informações acerca das medidas de proteção e prevenção às DSTs/AIDS (BELLENZANI; MALFITANO, 2006).

**Tabela 5 - Distribuição dos jovens quanto a prevalência de sinais e sintomas sugestivos de DST e busca do cuidador/ profissional para tratamento. Turiaçu-MA, 2011.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Corrimento que saia pelo pênis/vagina</b>		
Sim	4	8,0
Não	46	92,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Já teve ou tem ferida no pênis/vagina</b>		
Sim	5	10,0
Não	45	90,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Já teve ou tem pequenas bolhas no pênis/vagina</b>		
Sim	4	8,0
Não	46	92,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Já teve ou tem verrugas no pênis/vagina</b>		
Sim	4	8,0
Não	46	92,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Quem você procura para se tratar</b>		
Não tratou	1	2,0
Médico	10	20,0
Enfermeiro	2	4,0
Curandeiro/benzedeira/pai-de-santo	3	6,0
Outros	1	2,0
Não se aplica	33	66,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

A tabela 5 evidencia que a prevalência de corrimento, pequenas bolhas e verrugas no pênis ou vagina, nos jovens entrevistados, se distribuíram igualmente com evidência de quatro casos (8%), sendo que a frequência de ferida no pênis ou na vagina foi de cinco casos (10%).

Acerca do cuidador/profissional para tratamento desses sinais/sintomas, os jovens da comunidade informaram que recorrem ao médico (n=10; 20%). Um ponto marcante é a representatividade do curandeiro/benzedeira/pai-de-santo, que

foi informado por 3 (6%) dos jovens da comunidade. **O quesito** não se aplica (n=33; 66%) é referente aos jovens que não apresentaram sinais e sintomas sugestivos de DST.

A incidência de corrimento, pequenas bolhas e verrugas no pênis ou vagina nos jovens da comunidade do estudo foi similar ao estudo realizado por Silva, Lima e Hamann (2011) em 218 jovens de comunidades de remanescentes de quilombo, onde 10% relataram sinais e sintomas de DST nos últimos seis meses.

Os poucos estudos acerca da sexualidade e vulnerabilidade de jovens negros, em especial de jovens de comunidades de remanescentes de quilombo, impossibilita o diagnóstico da vulnerabilidade desse segmento populacional. Como foi relatado pelos jovens da comunidade do estudo a prevalência de sinais e sintomas sugestivos de DST, aliado ao isolamento geográfico, proporciona uma dificuldade pela busca de recursos terapêuticos e de proteção as DST, potencializando ainda mais sua vulnerabilidade.

**Tabela 6 – Distribuição dos jovens quanto a facilidade e dificuldade do diálogo sobre sexo nas relações familiares e sociais. Turiaçu-MA, 2011.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Falava sobre sexo com facilidade</b>		
Não falava	20	40,0
Seu pai/mãe	5	10,0
Sua irmã/irmão	7	14,0
Outras pessoas da família	0	0,0
Amigos(as)/colegas	7	14,0
Outras pessoas	1	2,0
Não quer informar	10	20,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Falava sobre sexo com dificuldade</b>		
Não falava	12	24,0
Seu pai/mãe	22	44,0
Sua irmã/irmão	3	6,0
Outras pessoas da família	1	2,0
Amigos (as)/colegas	2	4,0
Outras pessoas	1	2,0
Não quer informar	9	18,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

A tabela 6 acima demonstra que a maioria dos jovens (n=20; 40%) não falavam sobre sexo com facilidade nas relações familiares e sociais. Igualmente (14%) dos jovens falavam sobre sexo com facilidade com os amigos/colegas e irmão/irmã. E, um pequeno número (n=5; 10%) falava com facilidade com seus pais.

Acerca da dificuldade de discussão do tema sexo fica evidente que o principal ator levantado pelos jovens do estudo foi pai/mãe (n=22; 44%). Enquanto um número significativo de jovens (n=12; 24%) não discutia com dificuldade sobre o assunto sexo nas suas relações sociais.

Essa realidade de dificuldade do diálogo sobre sexo no ambiente familiar foi encontrada também num estudo por Dubeux (1998) sobre a sexualidade no contexto das famílias de classes médias urbanas, onde a presença da AIDS não tem sido um fator determinante para que os pais abordem mais profundamente o tema sexo com seus filhos. A sexualidade dos jovens revela ter uma significativa articulação com o projeto de felicidade elaborado pela geração de pais, para seus filhos, que passa pela proteção do patrimônio e do capital cultural dessas famílias.

Essa situação de dificuldade dos jovens discutirem sua sexualidade nas relações familiares na comunidade do estudo proporciona a adoção de práticas sexuais sem proteção, potencializando sua vulnerabilidade às DST/HIV.

**Tabela 7 – Distribuição dos jovens acerca da obtenção de informações das diferentes práticas de sexo e opinião acerca da discussão do tema sexo com crianças menores de 15 anos. Turiaçu-MA, 2011.**

Variáveis	N	%
<b>Quem informou sobre as diferentes formas de fazer sexo</b>		
Seu pai/mãe	3	6,0
Seu(sua) namorado(a) ou companheiro(a)	6	12,0
Seu(suas) irmãos e irmãs	2	4,0
Amigo	13	26,0
Seus professores	4	8,0
Especialistas, como médicos e psicólogos	0	0,0
Livros, artigos, propagandas	5	10,0
Televisão	4	8,0
Outra	3	6,0
Ninguém	9	18,0
Não sabe	1	2,0
Não quer informar	0	0,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Falar de sexo com as crianças menores de 15 anos</b>		
Sim	22	44,0
Não	27	54,0
Não quer informar	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

A tabela 7 evidencia que grande parte dos jovens obtém informações das diferentes maneiras de realizar sexo, em escala decrescente, com os amigos (n=13; 26%), não discutiam essa informação (n=9; 18%) e com namorado(a) ou companheiro(a) (n=6; 12%). Acerca da discussão do tema sexo com as crianças menores de 15 anos, a maioria dos jovens (n=27; 54%) não concorda que seja discutido.

**Tabela 8 – Distribuição dos jovens acerca da iniciação sexual, idade da primeira relação sexual e quem era essa pessoa. Turiaçu-MA, 2011.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Você já teve relações sexuais</b>		
Sim	46	92,0
Não	4	8,0
Não quer informar	0	0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Idade 1ª relação sexual</b>		
< 15 anos	8	16,0
15 anos e mais	26	52,0
Não se aplica	4	8,0
Não sabe	11	22,0
Não quer informar	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Quem era essa pessoa</b>		
Pessoa que conheceu casualmente	12	24,0
Amigo	22	44,0
Marido, mulher, companheiro(a) atual	1	2,0
Ex-marido, ex-mulher, ou ex-companheiro(a)	0	0
Noivo(a)/namorado(a)	11	22,0
Garoto(a) de programa/ prostituta(o)	0	0,0
Primo(a)	0	0,0
Empregada doméstica	0	0,0
Outra	0	0,0
Não quer informar	0	0,0
Não se aplica	4	8,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

A tabela 8 demonstra que a maioria dos jovens nesse estudo já iniciou suas atividades sexuais (n=46; 92%). A idade desses jovens para iniciar suas práticas sexuais fica evidenciada acima de 15 anos (n=26; 52%), porém é notório no estudo que uma parcela de jovens iniciou suas atividades sexuais precocemente, com idade inferior a 15 anos (n=8; 16%). E, com quem foi experienciada essa 1ª

relação, grande parte dos jovens informou amigo (n=22; 44%). Um aspecto marcante na 1ª relação sexual desses jovens foi o relato de ser produto de um relacionamento casual/pontual (n=12; 24%). O quesito não se aplica (n=4; 8%) é referente aos jovens que ainda não realizaram relação sexual.

O relato da idade ideal dos jovens para início das relações sexuais no estudo acima de 15 anos foi confluyente com estudo quantitativo em jovens de 14 a 19 anos realizado por Pereira (2003) acerca do conhecimento e opiniões sobre DST, AIDS e prevenção entre estudantes de ensino médio de um bairro de São Paulo, onde a maioria dos sujeitos da pesquisa informou que a idade ideal para primeira relação sexual é de 14,4 anos para os meninos e 14,9 anos para as meninas.

Pesquisa realizada **PN-DST/AIDS** (2008) acerca do comportamento sexual da população brasileira acerca da iniciação sexual ficou evidenciada no estudo entre os homens, 36,9% deles tiveram relações sexuais antes dos 15 anos; entre elas esse índice cai para menos da metade, 17%. Dado que é similar ao encontrado acerca da iniciação sexual dos jovens na comunidade de estudo.

Camargo et al. (2011) em um estudo acerca do comportamento sexual e vulnerabilidade ao HIV/AIDS obtiveram que os jovens afro-descendentes iniciam-se sexualmente mais cedo e têm mais relações amorosas esporádicas ("ficar"). Tal informação subsidia as discussões acerca da vulnerabilidade de jovens negros às DST/AIDS, em especial em jovens de comunidades de remanescentes de quilombo, como de Jamarý dos Pretos, onde a velocidade e as características das relações amorosas, aliado as dificuldades de acesso aos meios de proteção às DST/AIDS intensifica ainda mais sua vulnerabilidade.

Um aspecto importante identificado acerca da 1ª relação sexual desse jovem na comunidade do estudo como fruto de um relacionamento pontual num grupo significativo de sujeitos (n=12; 24%), comprova que a natureza do amor, do desejo e da paixão, domínios dos sentimentos e das sensações, do imponderável, do não-planejado, do espontâneo, da não racionalização é comum nos jovens, transformando-se em mais um elemento de vulnerabilidade (JELOÁS, 2003).

**Tabela 9 – Distribuição dos jovens acerca do tipo de prática e tomadas de medidas de proteção/prevenção adotadas durante a primeira relação sexual. Turiaçu-MA, 2011.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Fizeram nesta primeira relação</b>		
Sexo oral (com a boca)	4	8,0
Sexo vaginal (com penetração pela frente)	37	74,0
Sexo anal (com penetração por trás)	4	8,0
Outra	1	2,0
Não quer informar	0	0,0
Não se aplica	4	8,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Nesta primeira vez tomaram algum cuidado para se proteger</b>		
Sim	27	54,0
Não	19	38,0
Não quer informar	0	0,0
Não se aplica	4	8,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Para as que tomaram algum cuidado qual foi a intenção</b>		
Para evitar gravidez	6	12,0
Para evitar DST e AIDS	2	4,0
Para evitar gravidez e evitar DST e AIDS	19	38,0
Não quer informar	0	0,0
Não se aplica	23	46,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Qual cuidado tomaram</b>		
Camisinha/preservativo	25	50,0
Tabela	0	0,0
Coito interrompido/gozar fora	1	2,0
Pílula	0	0,0
Outros métodos	0	0,0
Não quer informar	1	2,0
Não se aplica	23	46,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

A tabela 9 demonstra que grande parte dos jovens durante sua 1ª relação sexual praticou sexo vaginal (n=37; 74%). Uma pequena parte igualmente realizou sexo oral e anal (n=4; 8%). Acerca da primeira experiência sexual a maioria dos jovens adotou alguma medida de proteção (n=27; 54%), porém um número significativo de jovens não adotou nenhuma medida preventiva (n=19; 38%). O quesito não se aplica (n=4; 8%), referente às práticas adotadas e cuidados tomados

durante a primeira relação sexual, refere-se aos jovens que ainda não realizaram relação sexual.

A maioria dos jovens que tomaram algum cuidado durante sua primeira relação possuía como objetivo evitar gravidez, DST e AIDS (n=19; 38%), e um pequeno grupo de jovens (n=2; 4%) tomou algum cuidado para evitar DST e AIDS. O principal método de proteção adotado foi o uso do preservativo (n=25; 50%). O quesito não se aplica (n=23; 46%), referente à finalidade e a intenção do cuidado durante a primeira relação sexual, refere-se aos jovens que ainda não realizaram relação sexual e os jovens que realizaram práticas sexuais, mas não tomaram nenhum cuidado.

A identificação de um número significativo de jovens que não adotaram medida de proteção na sua primeira relação sexual demonstra a característica desta fase da vida, onde os jovens não têm medo e preocupação com riscos a que estão expostos, percebendo-se imunes ao perigo às DST/AIDS, não fazendo parte das preocupações de suas vidas. Nessa fase, a gravidez é a principal preocupação entre os jovens sexualmente ativos, deixando a prevenção de DST em segundo plano, aumentando sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV por meio da relação sexual (PERES, 2002; SILVA, 2002; VIERA et al., 2004; AZEVEDO; COUTINHO; SALDANHA, 2011; VILLELA; DORETO, 2006).

Na história das culturas ocidentais o risco da epidemia da AIDS foi moralizado e politizado. O medo do desconhecido e a segurança familiar; a busca de limites e, em grande parte das culturas, mudança de paradigmas e discussão da moralidade das relações, buscando a explicação para os perigos e sofrimentos humanos; a apropriação do corpo do outro nas relações de gêneros, classes e poder são atitudes que se encontram no imaginário dos jovens, expondo-os ao risco da AIDS, tornando-os mais vulneráveis ao HIV, uma vez que desencadeiam mecanismos de negação, afastamento e deslocamento do risco percebido em relação a AIDS (JELOÁS, 2003). Realidade que observamos nas informações dos jovens da comunidade, não adotando nenhum método de proteção na sua primeira relação sexual.

O principal cuidado adotado pelos jovens de Jmary durante sua primeira relação sexual foi o uso de preservativo com intuito de proteção às DST e prevenção da gravidez. Essa informação foi comum ao estudo realizado por Chacham et al. (2007) em jovens do sexo feminino, onde a maioria dos sujeitos utilizavam o

preservativo nas relações sexuais como medida de prevenção às DSTs e/ou gravidez.

**Tabela 10 – Distribuição dos jovens quanto ao uso de preservativo. Turiaçu-MA, 2011.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Já usou camisinha quando transou</b>		
Sim	43	86,0
Não	3	6,0
Não quer informar	0	0,0
Não se aplica	4	8,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Usou camisinha na última vez que transou</b>		
Sim	32	64,0
Não	14	28,0
Não se aplica	4	8,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

A tabela 10 demonstra que a maioria dos jovens (n=43; 86%) já utilizou preservativo quando transou, e um pequeno número (n=3; 6%) nunca usou preservativo. Quando abordados acerca do uso do preservativo na sua última relação sexual, a maioria utilizou (n=32; 64%), mas um número significativo (n=14; 28%) não utilizou a camisinha. O quesito não se aplica (n=4; 8%) é referente aos jovens que ainda não realizaram relação sexual.

O simbolismo negativo e o desuso do preservativo nas relações sexuais no imaginário dos jovens, mesmo possuindo o conhecimento de transmissão das DST/AIDS é complexo, mas incluem padrões e expectativas culturais relacionadas a gênero, além de dificuldades de comunicação entre gêneros. Para os jovens, a camisinha ameaça as noções de virilidade, tirando a sensibilidade e atrapalha o desempenho. Associada a sexo promíscuo e à prostituição, sua presença não se faz necessária, pois normalmente os rapazes não enquadram nestas categorias as garotas com quem saem (JELOAS, 2003).

Riscado, Oliveira e Brito (2011) num estudo acerca da vulnerabilidade da mulher negra ao HIV/AIDS em comunidades de remanescentes de quilombo evidenciaram total desconhecimento da importância da utilização da camisinha na relação sexual, para a prevenção das doenças sexuais e da gravidez indesejada. É comum o mito de que a utilização do preservativo torna a relação não prazerosa, e a necessidade de permissão do marido para sua possível utilização.

Essa informação fundamenta a imposição do gênero nas relações sexuais nas comunidades de remanescentes de quilombo, onde a negociação do uso do preservativo impõe mudanças nas relações de poder sociais. Como fica evidenciado, para um número significativo de jovens na comunidade do estudo que não utilizaram o preservativo na última relação sexual, potencializa-se ainda mais sua vulnerabilidade.

**Tabela 11 – Distribuição dos jovens quanto à importância afetiva do parceiro x uso de preservativo e obtenção de preservativo. Turiaçu-MA, 2011.**

Variáveis	N	%
<b>Se você fosse ter relações sexuais com pessoas que você conhece pouco e ela não quisesse usar camisinha, mas esta relação fosse muito importante para você, o que você faria?</b>		
Transaria assim mesmo	17	34,0
Deixaria de transar	29	58,0
Outra	0	0,0
Não quer informar	0	0,0
Não se aplica	4	8,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Lugares ou com quais pessoas pode obter camisinhas/preservativos</b>		
Loja	1	-
Farmácia	11	-
Hospital/clínica/posto de saúde	27	-
Bar/hotel/motel	44	-
Amigos	3	-
Terreiros	1	-
Outros lugares	7	-
Não sabe	0	-
Não quer informar	3	-

A tabela 11 evidencia quanto ao significado afetivo do parceiro e a falta do preservativo em uma relação pontual, a maioria dos jovens deixaria de transar (n=29; 58%). Porém, um número significativo de jovens transaria assim mesmo com o parceiro (n=17; 34%). O quesito não se aplica (n=4; 8%) é referente aos jovens que ainda não realizaram relação sexual.

Acerca da obtenção de preservativo, os jovens informaram os principais locais em ordem decrescente bar/hotel/motel (n=44), hospital/clínica/posto de saúde (n=27) e farmácia (n=11).

O valor afetivo do outro se sobrepõe a importância o uso do preservativo no imaginário dos jovens da comunidade do estudo. Estudos em jovens acerca da prevenção da AIDS realizado por Peres (2002) evidenciou essa mesma realidade, onde os sujeitos informaram que o uso do preservativo só deve ocorrer nas “pessoas com quem não se conhece bem”, e 75% dos sujeitos relataram que na sua falta realizavam sexo do mesmo jeito.

A afeição e confiança no parceiro é balizador nas relações sexuais de jovens; à medida que se estabelece um elo de confiança com o outro, o uso do preservativo torna-se secundário (VIEIRA et al., 2004).

Para Jeloás (2003), para o jovem em busca do amor, a confiança é um pressuposto e, neste caso, a camisinha é um terceiro elemento, um intruso. Para aquele que espera uma paixão intensa, a camisinha é sinônimo de romper o clima, de cortar o barato. Amor e prevenção da AIDS são antinômicos: proteger-se da AIDS é ver no outro um risco eventual, é desconfiar do outro.

Nessa complexa rede de relação de confiança e permissão, projetando no outro a responsabilidade de prevenção as DST/AIDS, os jovens tornam-se vulneráveis. Essa vulnerabilidade torna-se simbólica e variável no campo de comunidades de remanescentes de quilombo, onde as relações de gênero e poder são subsidiados por processos sociais, antropológicos e culturais, onde a confiança e afetividade no outro constroem as relações familiares e sociais.

**Tabela 12 – Distribuição dos jovens acerca do contato com drogas injetáveis. Turiaçu-MA, 2011.**

<b>Contato com drogas injetáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	1	2,0
Não	49	98,0
Não quer informar	0	0,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

A tabela 12 evidencia que a maioria dos jovens (n=49; 98%) não têm contato com drogas injetáveis, apenas um jovem (2%) relata contato.

A juventude é uma fase em que o álcool e as drogas são geradores de violência, dando poder ilimitado aos jovens, suprimindo tudo que desejam, percebendo-se invulneráveis a quaisquer riscos ou sofrimento. Essa característica desse período induz o jovem a experimentar novas emoções, como o uso de drogas.

A identificação de um jovem na comunidade que teve contato com drogas injetáveis remete a vulnerabilidade de jovens de comunidades tradicionais, como de remanescentes de quilombo, que buscam vivenciar comportamentos de risco.

## 5 CONCLUSÕES

A epidemiologia como ciência não pode se alicerçar restritamente ao formalismo de análises de risco para balizar sua identidade e procedimentos como área de conhecimento científico, e os profissionais que fazem uso desses saberes, não podem transmitir mecanicamente em suas práticas e orientações tais constructos.

O conceito de vulnerabilidade envolve a discussão da inter-relação de fatores sociais, culturais, políticos e econômicos no grau de susceptibilidades de indivíduos à determinados perigos sociais (PIMENTA, 2001).

Ayres, Calazans e França Jr. (1998) defendem que o debate sobre a vulnerabilidade de jovens frente ao HIV/AIDS é resultado de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais que acarretam maior suscetibilidade à infecção. Nesse grupo etário há informação mas pouca comunicação efetiva sobre o assunto; há importantes barreiras que limitam o acesso a meios de proteção de ordem material e cultural; a margem entre satisfação de necessidades e risco tem se tornado extremamente estreita, especialmente entre as camadas mais pobres, configurando um grave quadro de pobreza de alternativa.

Os resultados encontrados neste estudo corroboram o pensamento dos autores supracitados, onde os jovens de comunidades tradicionais, como de Jamarý dos Pretos, fatores de natureza socioeconômica como a baixa escolaridade, desemprego (82%) e a renda familiar inferior a 1 salário mínimo (74%) impossibilitam a aquisição e conhecimentos dos meios de prevenção e proteção às DSTs/AIDS, potencializando ainda mais esta vulnerabilidade.

O resultado deste estudo evidenciou que a maioria dos jovens da comunidade não percebe o risco às DST/AIDS, onde 56% dos sujeitos não percebem seu risco em contrair DST, associado com relato de 40% dos jovens considerarem baixo o risco de pegar AIDS.

Esse dado condiciona as especificidades encontradas nos resultados desta pesquisa, como a dificuldade dos jovens discutirem sobre o tema sexo com os pais, proporcionando início de suas atividades sexuais como produto de um relacionamento casual, desuso do preservativo nas suas relações sexuais e realização de práticas sexuais com o parceiro mesmo com a falta do preservativo.

A identificação de um caso de contato com drogas injetáveis denota a adoção de comportamentos de risco às DST/AIDS adotados pelos jovens da comunidade.

Por não perceberem o risco individual e coletivo que apresentam às DST/AIDS, desenvolverem práticas sexuais sem uso do preservativo, suas famílias sobrevivem com uma renda que atende apenas suas necessidades de subsistência, impossibilitando a aquisição dos meios de proteção e prevenção, torna alta a vulnerabilidade dos jovens da comunidade de Jamary dos Pretos às DST/AIDS.

Por fim, há necessidade de discussão com os gestores municipais e estaduais de saúde os resultados aqui obtidos neste estudo para que sejam implementadas políticas de saúde que atendem as especificidades do povo negro maranhense, em especial às comunidades de remanescente de quilombo. Além do mais, instituir nas agendas de saúde medidas que garantem a visibilidade do retrato social que estas comunidades estão convivendo, como de Jamary dos Pretos, é ação prioritária para planejamento de ações que minimizem as vulnerabilidades que assolam esse segmento social.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de; ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.
- ALMEIDA, Alfredo Wagner B. de. Quilombos: sematologia face às novas identidades. In: **Frechal**: terra de preto, quilombo reconhecido como reserva extrativista. São Luís: SMDDH/CCN-PVN, 1996.
- ARRUTI, José Mauricio. **Mocambo**: antropologia e historia do processo de formação quilombola. São Paulo: Edusc, 2006.
- AYRES, J.; CALAZANS, G.; FRANÇA Jr., I. **Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS**. In: VIEIRA, E.; FERNANDES, M.; BAILEY, P. e MCKAY, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional, 1998.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e praticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro; São Paulo: Fiocruz/ Hucitec, 2006. p. 353-395.
- AZEVEDO, R. L. W; COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W. **Frequência do uso de preservativo e percepção de vulnerabilidade para o HIV entre adolescentes**. Disponível em: < <http://www.AIDScongress.net/html/livro7congresso.polf>. Acesso em: 13 mar. 2011.
- BELLENZANI, Renata; MALFITANO, Ana Paula Serrata. Juventude, vulnerabilidade social e exploração sexual: um olhar a partir da articulação entre saúde e direitos humanos. **Saúde soc.** [online]. v. 15, n. 3, p. 115-130, 2006.
- BERQUÓ, E. et al. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS**. Brasília, DF: MS, 2002. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/avalia4/home.htm>>. Acesso em: 18 nov. 2008.
- BORGES, I. K.; MEDEIROS, M. Representações sociais de DST/AIDS para adolescentes de uma instituição abrigo com experiência pregressa de vida nas ruas da cidade de Goiânia. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 16, n. 4, p. 43-49, 2004.
- BRASIL. Ministério as Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS**. Brasília, DF, 2007a.
- BRASIL. Ministério as Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, DF, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.** Brasília, DF, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira.** Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Direitos humanos e HIV/AIDS: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil.** Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **HIV/AIDS, hepatites e outras doenças sexualmente transmissíveis.** Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Serie A. Norma e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico – AIDS e DST.** Ano VI - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2008. Brasília, DF, ano 6, n. 1, - 01ª a 26ª semanas epidemiológicas. jan./ jun., 2009. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/AIDS: princípios, diretrizes e estratégias.** Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Pesquisa entre os conscritos do Exército Brasileiro, 1996-2000: retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV.** Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Guia de vigilância epidemiológica: AIDS/Gestantes HIV positivo e criança exposta.** 6. ed. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 1988.

CAMARGO, B. V.; BERTOLDO, R. B. Comparação da vulnerabilidade em relação ao HIV de estudantes da escola pública e particular. **Estudos de Psicologia,** Campinas, v. 23, n. 4, p. 369-379, out./dez. 2006.

CAMARGO, Brígido Vizeu et al. Relações amorosas, comportamento sexual e vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e brancos em relação ao HIV/AIDS. **Saúde e sociedade.**, São Paulo, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 abr. 2011.

CENTRO DE CULTURA NEGRA DO MARANHÃO. **Quilombos.** São Luís: CCN/MA, 2008. Disponível em: <<http://www.ccnma.org.br/quilombos.htm>>. Acesso em: 14 out. 2008.

CHACHAM, Alessandra S. et al. Autonomy and susceptibility to HIV/AIDS among young women living in a slum in Belo Horizonte, Brazil. **AIDS Care**. v. 19, s12-s22, 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1987, Brasília. **Relatório final**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1987.

DÍAZ, Ruby Esther León. A “questão racial” negra como agenda estatal no Brasil. **Revista de políticas públicas**, São Luís, v. 14, n. 1, p. 77-84, jan./jun. 2010.

DINIZ, Simone Grilo; VILLELA, Wilza Vieira. Interfaces entre os programas de DST/AIDS e saúde reprodutiva: o caso brasileiro. In.: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S.. **Saúde, desenvolvimento e política**: respostas frente à AIDS no Brasil. ABIA. São Paulo: Editora 34, 1999.

DUBEUX, C. **Quando o assunto é sexo**: um estudo geracional a respeito da transmissão de valores sobre a sexualidade em famílias de camadas médias. (1998). Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFPE, Recife, 1998.

FARINHA, Marciana Gonçalves; BRUNS, Maria Alves de Toledo. **Adolescentes profissionais do sexo**. São Paulo: Editora Átomo, 2006.

FREITAS, Henrique et al. O método da pesquisa survey. **Revista de administração**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 105-112, jul./set., 2000.

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil**: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 2000.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilidades ao HIV/AIDS no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e sociedade**, São Paulo, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 abr. 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRIEP, R. H.; ARAÚJO, C. L. F.; BATISTA, S. M. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 14, n. 2, p. 119-126, jun. 2005.

GUIMARÃES, Antonio Sergio A. **Preconceito racial**: modos, temas e tempos. São Paulo: Cortez, 2008.

GUIMARÃES, Antonio Sergio A. **Racismo e antirracismo no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo: Ed. 34, 1999.

GUIMARÃES, Antonio Sergio Alfredo. A “questão racial” na política brasileira (os últimos quinze anos). **Tempo Social**, v. 13, n. 2, p. 121-142, 2001.

HOGEMANN, Edna Raquel R. S.. **Direitos humanos:** sobre a universalidade rumo aos direitos internacional dos direitos humanos. Disponível em: [http://www.dhnet.org.br/direitos/brasil/textos/dh\\_univ.htm](http://www.dhnet.org.br/direitos/brasil/textos/dh_univ.htm). Acesso em

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais**. 2004. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/condiçãoadevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2004/default.shtm> >. Acesso em: 15 maio 2010.

JELOÁS, L. Os jovens e o imaginário da AIDS: notas para uma construção social do risco. **Campos**, v. 4, n. 1, 93-112, 2003.

LEVINSON, R. A.; SADIGURSKY, C; ERCHAK, G. M. The impact of cultural context on Brazilian adolescents' sexual practices. **Adolescence**, v. 39, n. 154, 203-227, 2004.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde as população negra no Brasil:** contribuições para a promoção da equidade. Brasília, DF: FUNASA, 2005.

MATTOS, Ruben Araujo. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In.: PARKER, Richad; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo Secron. **Saúde, desenvolvimento e política:** respostas frente à AIDS no Brasil. ABIA. São Paulo: Editora 34, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MUNANGA, Kabengele. **Negritude:** usos e sentidos. São Paulo: Ática, 1986.

NACIONES UNIDAS. **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo:** el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995. Disponível em: < [http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/572\\_filename\\_finalreport\\_icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_finalreport_icpd_spa.pdf) > Acesso em: 16 dez. 2009.

NASCIMENTO, Abdias do. **Quilombolismo**. Petrópolis: Vozes, 1980.

NASCIMENTO, Abdias do. **O Brasil na mira do pan-africanismo**. 2.ed. Salvador: EDUFBA; CEAO, 2002.

NUNES, César Aparecido. **Desvendando a sexualidade**. São Paulo: Papirus, 1987.

NUNES, Eliane Lima Guerra. Adolescentes que vivem na rua: um estudo sobre a vulnerabilidade ao HIV/AIDS relacionada à droga, à prostituição e à violência. **Interface (Botucatu)** [online]., v. 11, n. 22, p. 391-391, 2007.

OLIVEIRA, Fátima. O recorte racial/étnico e a saúde reprodutiva: mulheres negras. In: COSTA, Sarah; GIFFIN, Karen (Orgs.) **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ford, 1999 a.

OLIVEIRA, Francisco de. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política. In: OLIVEIRA, Francisco de; PAOLI, Maria Célia. **Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999 b. p. 55-81.

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra: Brasil ano 2001**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Protocolo adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. "Protocolo de San Salvador". San Salvador, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Una guía de indicadores para monitorear y evaluar los programas de prevención del VIH/SIDA para jóvenes**. Geneva, 2005.

PAIVA, V. "Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS". In: PARKER, R. (Org.). **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

PARKER, Richard. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982-1996. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 8-49, ago. 2003.

PARKER, Richard. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 2000.

PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo Secron. **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 1999.

PEREIRA, Edméa Costa. **Conhecimentos e opiniões sobre doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e prevenção entre estudantes do ensino médio de um bairro de São Paulo, 2000-2003**. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

PERES, Camila Alves et al. Prevenção da AIDS com adolescentes encarcerados em São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, ago. 2002 . Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-9102002000500011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102002000500011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 mar. 2011.

PETRILLI FILHO, José Fernando. **Vulnerabilidade às IST/AIDS entre atiradores do serviço militar obrigatório: uma apreciação sociocomportamental**. 2004. Dissertação (Mestrado enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004.

PIMENTA, Maria Cristina, et al. **Passagem segura para a vida: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PRADO, Bianca Marques Cardoso. **O aconselhamento em DST para adolescentes**: um caminho a percorrer. São Paulo, 2004.

PROJETO VIDA DE NEGRO. **Jamary dos Pretos**: terra de mocambeiros, PVN/SMDDH/CCN- MA, São Luis, 1993.

RAVAGNI, Eduardo. **O que é sexualidade humana**. 2007. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, 2007.

RISCADO, J. L. de S.; OLIVEIRA, M. A. B. de; BRITO, Â. M. B. B. de. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/AIDS em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. **Saúde e sociedade**, São Paulo, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000600012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 abr. 2011.

RODRIGUES, Nina. **Os africanos no Brasil**. São Paulo: Madras, 2008.

SANTOS FILHO, José Camilo dos; GAMBOA, Sílvio Sánchez. **Pesquisa educacional**: quantidade – qualidade. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, Carlos Alexandre Barboza Plínio dos. **Quilombo Tapuio (PI)**: terra de memória e identidade. 2006. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília. 2006.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças**: cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930. São Paulo: Caminho das Letras, 1993.

SILVA, Carlos Benedito Rodrigues da. Ações afirmativas: uma proposta de superação do racismo e das desigualdades. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 14, n. 1, p. 67-76, jan./jun., 2010.

SILVA, Maria Josenilda Gonçalves da; LIMA, Francisca Sueli da Silva; HAMANN, Edgar Merchan. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/ HIV/AIDS por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. **Saúde e sociedade**, São Paulo, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000600012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 abr. 2011.

SILVA, Wilson Aparecido. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS entre jogadores juniores. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, Supl, p. 68-75, 2002.

SOROPOSITIVO. ORG. O retrato do comportamento sexual do brasileiro – CNDSTAIDS. 2008. Disponível em: <<http://www.soropositivo.org/sociedade/juventude/4276.html>>. Acesso em: 15 out. 2010.

SOUZA, Bárbara Oliveira. **Aquilombar-se**: panorama histórico, identitário e político do Movimento Quilombola Brasileiro. 2008. 204 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.

- STOCCO II, Lauro. **Preconceito, branqueamento e anti-racialismo**: porque e como utilizar a categoria negro nas políticas de ação afirmativa. 2006. Dissertação(Mestrado). Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 2006.
- THIENGO, Maria Aparecida; OLIVEIRA, Denize Cristina de; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 1, p. 68-76, 2005.
- TOLEDO, Melina Mafra. **Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS**: revisão integrativa. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- TRINDADE, Elilika; BRUNS, Maria Alves de Toledo. **Sexualidade de jovens em tempos de AIDS**. São Paulo: Átomo, 2003.
- VALADÃO, Marina. Vulnerabilidade. In: AYRES, J. R. C. M. **Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS**: lições aprendidas e desafios atuais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- VARGA, István Van Deursen (Coord.). **Acolhimento e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS para a população negra, em dois SAE's de São Luís/MA**: relatório técnico final. São Luis: UFMA, 2008.
- VIEIRA, M. A. S. et al. Fatores associados ao uso de preservativo em adolescentes do gênero feminino no município de Goiânia. **DST J Bras Doenças Sex Transm**. v. 16, n. 3, p. 77-83, 2004.
- VILLELA, Wilza Vieira. Das interfaces entre os níveis governamentais e a sociedade cível. In: PARKER, Richad; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo Secron. **Saúde, desenvolvimento e política**: respostas frente à AIDS no Brasil. São Paulo: Editora 34, 1999.
- VILLELA, Wilza Vieira; DORETO, Daniella Tech. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad. Saude Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2467-2472, nov., 2006.

## APÊNDICES

APÊNDICE A  
Formulário de Pesquisa

**FORMULÁRIO**

**I. CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS**

Nº FORMULÁRIO: _____	NUMERO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Idade: 1( ) 18 – 20 anos 2( ) 21 – 22 anos 3( ) 23 – 24 anos	IDADE	<input type="checkbox"/>
2. Qual seu estado civil? 1( ) solteiro 2( ) casado ou amigado 3( ) separado 4( ) outro _____ 9( ) não quer informar.	ESTADOCIVIL	<input type="checkbox"/>
3. Sexo: 1( ) masculino 2( ) feminino	SEXO	<input type="checkbox"/>
4. Você estudou ate que serie? 0( ) Não freqüentou escola 1( ) 1ª à 4ª serie do 1º grau 2( ) 5ª à 8ª serie do 1º grau 3( ) 1º grau completo 4( ) 2º grau incompleto 5( ) 2º grau completo 6( ) superior incompleto 7( ) superior completo 8( ) não quer informar	SERIE	<input type="checkbox"/>
5. Qual sua raça/cor? 1( ) branca 2( ) negra 3( ) parda 4( ) preta 5( ) amarela 6( ) indígena 7( ) outra _____ 8( ) não sabe 9( ) não quer informar.	RACA/COR	<input type="checkbox"/>
6. Você mora com quem? 1( ) pais 2( ) avós 3( ) tio(s) 4( ) patrão(ões) 5( ) amigos 6( ) parceiro 7( ) outro _____ 9( ) não quer informar	MORACQUEM	<input type="checkbox"/>
7. Atualmente você se encontra: 1( ) empregado 2( ) desempregado 9( ) não quer informar	ENCONTRA	<input type="checkbox"/>

8. Qual a sua ocupação? 1( ) empregado domestico 2( ) agricultor 3( ) criador de gado/ aves/ porcos 4( ) madeireiro 5( ) funcionário público 6( ) outro _____ 9( ) não quer informar	OCUPAÇÃO	<input type="checkbox"/>
9. Qual a renda mensal total na sua casa? 1( ) até 1 salário mínimo 2( ) 1 a 2 salários mínimos 3( ) 2 a 3 salários mínimos 4( ) 3 a 4 salários mínimos 5( ) acima de 4 salários mínimos. 9( ) não quer informar	RENDAMENSAL	<input type="checkbox"/>

## II. CONHECIMENTO ACERCA DE DST/AIDS

1. Você já ouviu falar em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)? 1( ) sim 2( ) não 3( ) não lembra 8( ) não sabe 9( ) não quer informar	DOENCSEXUAL	<input type="checkbox"/>
2. Em caso afirmativo, você pode citar alguma delas? 1( ) gonorréia/ esquentamento 2( ) sífilis 3( ) AIDS 4( ) HPV/ crista de galo 5( ) tricomoníase 6( ) outros _____ 7( ) não se aplica 8( ) não sabe 9( ) não quer informar	TIPODOENCA	<input type="checkbox"/>
3. Você acha que corre o risco de pegar alguma DST? 1( ) sim 2( ) não 8( ) não sabe 9( ) não quer informar	PEGARDST	<input type="checkbox"/>
4. Na sua opinião, na cidade onde você mora, o risco de pegar AIDS é? 1( ) baixo 2( ) médio 3( ) alto 4( ) nenhum risco 5( ) não sabe 8( ) não quer informar 9( ) não se aplica	OPINIAO	<input type="checkbox"/>
5. E quanto a você? O risco de você pegar AIDS é? 1( ) baixo 2( ) médio 3( ) alto 4( ) nenhum risco 8( ) não sabe 9( ) não quer informar ( ) não se aplica	RISCOPAIDS	<input type="checkbox"/>

<p>6. Você já teve ou tem algum corrimento que saia pelo pênis (entrevistado do sexo masculino) / pela vagina (entrevistado do sexo feminino)?</p> <p>1( ) sim  2( ) não  3( ) não lembra  9( ) não quer informar</p>	CORRIMENTOP	<input type="checkbox"/>
<p>7. Você já teve ou tem alguma ferida no pênis (entrevistado do sexo masculino) / na vagina ou ao redor (entrevistado do sexo feminino)?</p> <p>1( ) sim  2( ) não  3( ) não lembra  9( ) não quer informar</p>	FERIDAPENIS	<input type="checkbox"/>
<p>8. Você já teve ou tem pequenas bolhas no pênis (entrevistado do sexo masculino) / na vagina (entrevistado do sexo feminino)?</p> <p>1( ) sim  2( ) não  3( ) não lembra  9( ) não quer informar</p>	BOLHASPENIS	<input type="checkbox"/>
<p>9. Você já teve ou tem verrugas (berrugas) no pênis (entrevistado do sexo masculino) / na vagina (entrevistado do sexo feminino)?</p> <p>1( ) sim  2( ) não  3( ) não lembra  9( ) não quer informar</p>	VERRUGASP	<input type="checkbox"/>
<p>10. Quando você teve ou tem algum problema dos citados acima (referente às perguntas 5 a 8), quem você procura para se tratar?</p> <p>0( ) não tratou  1( ) médico  2( ) enfermeiro  3( ) vendedor da farmácia  4( ) curandeiro/ benzedeira/ pai-de-santo  5( ) outros _____  8( ) não se aplica  9( ) não quer informar</p>	PROFTRATAR	<input type="checkbox"/>

### III. INICIAÇÃO SEXUAL E EXPERIÊNCIAS SEXUAIS

<p>11. Na sua casa, quando você era criança, você falava sobre sexo com facilidade com.....?</p> <p>0( ) não falava  1( ) seu pai/ mãe;  2( ) sua irmã/ irmão;  3( ) outras pessoas da família;  4( ) amigos(as)/colegas;  5( ) outras pessoas _____  9( ) não quer informar</p>	SEXOFACILIDA	<input type="checkbox"/>
<p>12. Na sua casa, quando você era criança, você falava sobre sexo com dificuldade com.....?</p> <p>0( ) não falava  1( ) seu pai/ mãe;  2( ) sua irmã/ irmão;  3( ) outras pessoas da família;  4( ) amigos(as)/ colegas;  5( ) outras pessoas _____  9( ) não quer informar</p>	SEXODIFICULD	<input type="checkbox"/>
<p>13. Quem lhe informou sobre as diferentes formas de fazer sexo, isto é, sexo com penetração vaginal, anal ou sexo oral?</p> <p>1( ) seu pai/ mãe  2( ) seu(sua) namorado(a) ou companheiro(a)  3( ) seu(suas) irmãos e irmãs  4( ) amigo  5( ) seus professores  6( ) especialistas, como médicos e psicólogos  7( ) livros, artigos, propagandas  8( ) televisão  9( ) outra _____  10( ) ninguém  88( ) não sabe  99( ) não quer informar</p>	DIFFORMASS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>14. Na sua opinião, deve-se falar de sexo com as crianças (menores de 15 anos)?</p> <p>1( ) sim  2( ) não  9( ) não quer informar</p>	FALARSEXO	<input type="checkbox"/>
<p>15. Você já teve relações sexuais? (sexo com penetração vaginal, oral ou anal)?</p> <p>1( ) sim  2( ) não  9( ) não quer informar</p>	RELACOESSEX	<input type="checkbox"/>
<p><b>Em caso negativo ou não queira informar marcar a opção “não se aplica” das demais perguntas e passar para 1ª pergunta do bloco de CONTATO COM DROGAS INJETÁVEIS.</b></p>		
<p>16. Que idade você tinha na sua primeira relação sexual (com penetração)?  Idade _____</p> <p>88( ) não se aplica  99( ) não quer informar</p>	ID1RELSEXUAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>17. Você lembra a idade que tinha a pessoa com quem teve sua primeira relação sexual?  Idade _____</p> <p>88( ) não se aplica  98( ) não sabe  99( ) não quer informar</p>	LEMBRAIDADE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>18. Quem era essa pessoa?</p> <p>1 ( ) pessoa que conheceu casualmente</p> <p>2 ( ) amigo</p> <p>3 ( ) ex-marido, ex-mulher, ou ex-companheiro(a)</p> <p>4 ( ) marido, mulher, companheiro(a) atual</p> <p>5 ( ) noivo(a)/ namorado(a)</p> <p>6 ( ) garoto(a) de programa/ prostituta(o)</p> <p>7 ( ) primo(a)</p> <p>8 ( ) empregada doméstica</p> <p>9 ( ) outra _____</p> <p>88 ( ) não quer informar</p> <p>99 ( ) não se aplica</p>	ERAPESSOA	<input type="checkbox"/>
<p>19. O que vocês fizeram nesta primeira relação?</p> <p>1 ( ) sexo oral (com a boca)</p> <p>2 ( ) sexo vaginal (com penetração pela frente)</p> <p>3 ( ) sexo anal (com penetração por trás)</p> <p>4 ( ) outra. Qual _____</p> <p>8 ( ) não quer informar</p> <p>9 ( ) não se aplica</p>	FIZERA1RELAC	<input type="checkbox"/>
<p>20. Nesta primeira vez tomaram algum cuidado para se proteger?</p> <p>1 ( ) sim</p> <p>2 ( ) não</p> <p>8 ( ) não quer informar</p> <p>9 ( ) não se aplica</p>	CUIDADO	<input type="checkbox"/>
<p>21. Para as que tomaram algum cuidado qual foi a intenção?</p> <p>1 ( ) para evitar gravidez</p> <p>2 ( ) para evitar DST e AIDS</p> <p>3 ( ) para evitar gravidez e evitar DST e AIDS</p> <p>8 ( ) não quer informar</p> <p>9 ( ) não se aplica</p>	INTENÇÃO	<input type="checkbox"/>
<p>22. Qual o cuidado que tiveram?</p> <p>1 ( ) camisinha/preservativo</p> <p>2 ( ) tabela</p> <p>3 ( ) coito interrompido/ gozar fora</p> <p>4 ( ) pílula</p> <p>5 ( ) outros métodos _____</p> <p>8 ( ) não quer informar</p> <p>9 ( ) não se aplica</p>	CUIDADOTIVE	<input type="checkbox"/>
<p>23. Você já usou camisinha quando transou?</p> <p>1 ( ) sim</p> <p>2 ( ) não</p> <p>8 ( ) não quer informar</p> <p>9 ( ) não se aplica</p>	CAMISINHAQT	<input type="checkbox"/>
<p>24. Você usou camisinha na última vez que transou?</p> <p>1 ( ) sim</p> <p>2 ( ) não</p> <p>8 ( ) não quer informar</p> <p>9 ( ) não se aplica</p>	CAMISINHAULT	<input type="checkbox"/>
<p>25. Se você fosse ter relações sexuais com uma pessoa que você conhece pouco e ela não quisesse usar camisinha, mas esta relação fosse muito importante para você, o que você faria?</p> <p>1 ( ) transaria assim mesmo</p> <p>2 ( ) deixaria de transar</p> <p>3 ( ) outra. Qual? _____</p> <p>8 ( ) não quer informar</p> <p>9 ( ) não se aplica</p>	VOCEFARIA	<input type="checkbox"/>
<p>26. Você sabe em que lugares ou com quais pessoas você pode obter camisinhas/preservativos? (Marcar até três respostas)</p>	OBTERCAMISI	<input type="checkbox"/>

1( ) loja 2( ) farmácia 3( ) hospital/clínica/posto de saúde 4( ) bar/hotel/motel 5( ) amigos 6( ) terreiros 7( ) outros _____ 8( ) não sabe 88( ) não quer informar	
--	--

#### IV. CONTATO COM DROGAS INJETÁVEIS

1. Você já usou drogas injetáveis (furada, “picada na veia”, “dose de maluco”)? 1( ) sim 2( ) não 8( ) não quer informar	USOUDROGAS
---	------------



## APÊNDICE B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhor (a),

O presente estudo trata-se de uma pesquisa para Conclusão de Curso do Mestrado Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão intitulada **Vulnerabilidades às DST/AIDS entre jovens de uma comunidade quilombola do município de Turiaçu – MA**. Como a população negra brasileira tem maior facilidade de contrair doenças, tal pesquisa busca identificar as situações que colocam em risco os jovens que convivem na comunidade quilombola Jamary dos Pretos a contrair alguma Doença Sexualmente Transmissível, doenças que se pega pelo sexo, inclusive a AIDS, e dessa forma, construir um modelo de saúde que possa atender as reais necessidades da comunidade.

Esta pesquisa tem a orientação da Prof. Dr. István Van Deursen Varga e como pesquisador Raimundo Luis Silva Cardoso.

Você será entrevistado por um pesquisador integrante do NuRuNI (Núcleo de Extensão e Pesquisa com Populações e Comunidades Rurais, Negras Quilombolas e Indígenas) vinculado ao Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e responderá alguns perguntas que dizem respeito a sua intimidade sexual e de seu(s) parceiro(s) e seus hábitos de vida.

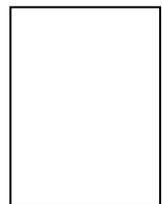
A sua participação nesta pesquisa é voluntária e será assegurado total sigilo quanto a sua identificação ou resposta dada e/ou qualquer dado que possa ferir sua conduta tanto profissional quanto pessoal, não implicando riscos morais, físicos, financeiros ou outro tipo de prejuízo. Caso não concorde em participar desta pesquisa não implicará em constrangimentos.

É garantido seu abandono ou recusa da pesquisa em qualquer fase, mesmo após você responder todas as perguntas da entrevista. Caso tenha necessidade de esclarecimento, mesmo após o término da entrevista, é livre seu acesso por telefone ou envio de correspondências aos pesquisadores ou Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (endereço e telefone de contato no final da página).

Diante deste Termo de Consentimento, declaro que fui informado sobre a pesquisa e métodos, consentindo de livre e espontânea vontade a responder as perguntas necessárias para a realização deste trabalho.

Turiaçu – Ma, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Jovem



Impressão digital

\_\_\_\_\_  
Raimundo Luis Silva Cardoso  
Pesquisador  
Rua 11 qda 08 casa 21 – Residencial Manaíra II.  
Bairro: Paraná. Paço do Lumiar – MA  
Tel.: (98) 88843730

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. István Van Deursen Varga

Pesquisador Responsável  
Praça Madre Deus, Nº 2, segundo andar.  
Bairro: Madre Deus.  
CEP: 65025-560. Tel.: (98) 32323837

Comitê de Ética  
e Pesquisa do HUHUFMA  
Rua Barão de Itapary, 227, Centro – São  
Luís/MA. Fone: (98) 2109-1250

ANEXOS

ANEXO A  
FICHA A

ANEXO B