

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIA JOSENILDA GONÇALVES DA SILVA

A VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA AO HIV/AIDS EM COMUNIDADES
REMANESCENTES DE QUILOMBOS NO BRASIL

Brasília - 2011

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

A VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA AO HIV/AIDS EM COMUNIDADES
REMANESCENTES DE QUILOMBOS NO BRASIL

Tese apresentada como
requisito parcial para obtenção
do Título de Doutor em Ciências
da Saúde pelo Programa de Pós
graduação em Ciências da
Saúde da Universidade de
Brasília

Aluna: Maria Josenilda Gonçalves da Silva
Orientador: Prof. Dr. Edgar Mércan-Hamann

BRASÍLIA

2011

Ficha Catalográfica

Gonçalves da Silva, Maria Josenilda

A vulnerabilidade programática ao HIV/AIDS em comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. – Maria Josenilda Gonçalves da Silva.
Brasília, 2011.148p.

Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília

Orientador: Prof. Dr. Edgar Mércan-Hamann

1. DST 2. HIV 3. AIDS 4. Vulnerabilidade 5. Quilombos 6. População negra 7. Populações afro-brasileiras.

Banca Examinadora

1. Professor Doutor Edgar Mércan-Hamann
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

2. Professor Doutor Mario Ângelo Silva
Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília

3. Professora Doutora Maria Fátima Sousa
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

4. Professora Doutora Maria Cristina Ferreira Sena
Escola Superior em Ciência da Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

5. Professor Doutor Miguel Ângelo Montagner
Faculdade UnB Ceilândia da Universidade de Brasília

6. Professor Doutor Oviromar Flores
Faculdade UnB Ceilândia da Universidade de Brasília

Dedico este trabalho a minha família:

Meu pai Olívio e meus irmãos, José e Olivinho (in memoriam)

À minha mãe Edite, meu irmão Luiz Antonio e minhas irmãs Maria José, Cristina e Regina.

À Minha mãe de criação, Maria primeira pessoa negra que conheci, aos meus sobrinhos netos, às sobrinhas netas e afilhadas, Maria Clara e Noémie que me trazem muita alegria e especialmente aos meus filhos André e João por compartilharem comigo dessa vitória.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao meu querido orientador Professor Doutor Edgar Mércan-Hamann, pelo apoio, incentivo e confiança em mim depositada.

Aos meus filhos, André e João por estarem sempre comigo e por acreditarem que eu poderia.

AGRADECIMENTOS

Sou especialmente grata:

Aos meus pais, Olívio (in memoriam) e Edite pelo apoio e pelo investimento.

Aos sobrinhos e sobrinhas, que considero como filhos queridos.

Aos cunhados Ubiraci e Olivan pela convivência harmoniosa de tantos anos.

Ao Thiago e Eduardo Amorim (Dudu), companheiros de viagem nas diversas viagens pelo Brasil afora.

Aos colegas do Departamento de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

Aos servidores do NESP pelo apoio.

Aos servidores da Secretaria de Pós Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde, pela disponibilidade em nos atender com atenção e respeito.

A todos as pessoas que vivem ou viveram com aids com quem muito aprendi.

Aos ativistas dos movimentos sociais que muito me ensinaram.

A Ana Paula Prado, pelos bons momentos de convivência.

Aos sujeitos de pesquisa das diversas regiões do país, pelo acolhimento e disponibilidade em participar da pesquisa.

A Felipe Paiva pela sua amizade em tão curto tempo que nos conhecemos.

A amiga Valnísia, pela amizade, apesar da distância.

A Zezé e Gisele pelos bons momentos de convivência.

A Juan Cortez, por me ajudar com o programa STATA.

***Ninguém nasce odiando outra pessoa
pela cor de sua pele,
ou por sua origem, ou sua religião.
Para odiar, as pessoas precisam aprender,
e se elas aprendem a odiar,
podem ser ensinadas a amar.***

Nelson Mandela

***Antes era o médico que empreendia a
bellum morbum, a guerra à doença, agora é toda a sociedade que o faz.***

Susan Sontag

Resumo

Estudo epidemiológico quantitativo e transversal com o objetivo de identificar a frequência e a distribuição de variáveis relacionadas à prevenção do HIV/aids e fatores associados ao papel dos serviços de saúde em comunidades remanescentes de quilombos. Objetivou ainda observar a vulnerabilidade das populações que vivem em comunidades remanescentes de quilombos à epidemia bem como outras DST, impactada por aspectos sociais, econômicos, culturais e geográficos. Utilizou-se o banco de dados secundários oriundos da pesquisa original intitulada: “Acesso da população negra auto declarada sexualmente ativa ao diagnóstico e tratamento para HIV/aids”, divulgada em 2008, por meio de análise descritiva, análise de associação e análise multivariada para controle dos fatores de confundimento, por meio de regressão logística. Cor e raça autodeclaradas, escolaridade, renda, participação em movimentos sociais e moradia nos quilombos foram variáveis significantes nas análises referentes à uso do preservativo, realização de testagem e conhecimento sobre as formas de transmissão.

Palavras-chave: DST, HIV, AIDS, vulnerabilidade, população negra, quilombos, Populações afro-brasileiras.

ABSTRACT

This is a quantitative and transverse epidemiologic study that aims to identify the frequency and distribution of variables related to HIV/aids prevention and other factors associated with health care services amongst quilombo (maroon) descendent communities in Brazil. It also aimed to observe vulnerability of these populations to the HIV/aids epidemic as well as other STI that may be affected by social, economic, cultural and geographic aspects. Source information is from secondary data from the research originally titled "Access of self-declared black and sexually active population to diagnosis and treatment do HIV/aids", published in 2008. Were carried a descriptive, associative and multivariate analysis, using logistic regression. Self-declared colour or race, education, wages, participation on social movements and presence in the communities were significative to analysis referring to use of preservative, test taking and knowledge about forms of HIV and STI transmission.

Key words: STI, HIV, AIDS, vulnerability, quilombo, Afro-brazilian populations

FIGURAS e QUADROS

Figura 1 – Estimativa de crianças e adultos vivendo com HIV, 2008

Figura 2 – Municípios com pelo menos um caso de aids notificado no Brasil.

Figura 3 – Taxa de incidência de aids segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2008 (por 100.000 hab.)

Figura 4 – Casos de aids notificados no SINAN, segundo raça/cor no sexo masculino e diagnóstico (%). Brasil, 2000 – 2007

Figura 5 – Casos de aids notificados no SINAN, segundo raça/cor no sexo feminino e ano de diagnóstico (%). Brasil, 2000 – 2007

Figura 6 – Óbitos por aids, segundo raça/cor no sexo masculino por ano de óbito(%). Brasil, 2000 – 2007

Figura 7 – Óbitos por aids, segundo raça/cor no sexo feminino por ano de óbito(%). Brasil, 2000 – 2007

Figura 8 – Comunidades quilombolas identificadas por municípios

Quadro 1 – Distribuição geográfica e número de participantes das comunidades remanescentes de quilombos selecionadas para o estudo. BRASIL, 2007–2008

Tabela 1 – Características demográficas de comunidades remanescentes de quilombos, Brasil, 2007 – 2008

Tabela 2 – Características socioeconômicas de comunidades remanescentes de quilombos, Brasil, 2007 – 2008

Tabela 3 – Antecedentes de violência de motivação racial e participação em organizações da sociedade em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 4 – Conhecimento e características do uso do preservativo em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 5 – Conhecimento sobre DST/HIV/aids e formas de transmissão em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 6 – Percepção sobre o grau de risco em algumas práticas sexuais em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 7 – Fontes de informação sobre aids e autopercepção de risco para a infecção com o vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 8 – Antecedentes de sinais /sintomas de DST nos últimos seis meses e procura por assistência médica em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007–2008

Tabela 9 – Acesso aos serviços públicos de saúde das comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 10 – Participação em atividades de prevenção de DST e aids em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 11 – Antecedente de testagem sorológica para o vírus HIV e características da procura por assistência em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 12 – Conhecimento sobre local de oferta e motivos para não realização do teste sorológico pra o vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 13 – Antecedentes de maternidade, características da assistência à saúde materna e testagem sorológica para o vírus HIV em mulheres de comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 14 – Percepção geral do serviço público de saúde em moradores de comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 15 – Análise de associação entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e a realização do teste para o vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 16 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao serviço de saúde e a realização da testagem para o vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 17 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao conhecimento, atitudes e práticas e a realização da testagem para o vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 18 – Análise de associação entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e o serviço de saúde como fonte de informação em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 19 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao serviço de saúde e o serviços de saúde como fontes de informação em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 20– Análise de associação entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e a obtenção de preservativos no serviço de saúde em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 21 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao conhecimento, atitudes e práticas e a obtenção do preservativo no serviço de saúde em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 22 – Análise de associação entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e conhecimento formas transmissão do vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 23 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao serviço de saúde e o conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 24 – Análise de associação entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e o relato de uso do preservativo em vida em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 25 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao serviço e relato de uso do preservativo em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 26 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao conhecimento, atitudes e práticas e relato de uso do preservativo no serviço de saúde em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 27 – Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e a realização do teste para o vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Tabela 28– Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e os serviços de saúde como fonte de informação em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Tabela 29– Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e a obtenção do preservativo nos serviços de saúde em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Tabela 30– Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e o conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Tabela 31– Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e o relato de uso do preservativo em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

TABELAS APÊNDICE

Tabela 1 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao conhecimento, atitudes e práticas e o serviço de saúde como fonte de informação em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 2 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao serviço e a aquisição do preservativo no serviço de saúde em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 3 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao conhecimento, atitudes e práticas e o conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Tabela 4 – Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e o conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Tabela 5 – Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e o relato de uso do preservativo em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Tabela 6 – Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e a aquisição do preservativo nos serviços de saúde em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Tabela 7 – Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e os serviços de saúde como fonte de informação em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Tabela 8 – Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e a realização do teste para o vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

LISTA DE SIGLAS

Aids - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV - Antiretrovirais

BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

CAP- Conhecimentos, atitudes e práticas

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF- Estratégia Saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América

FCP - Fundação Cultural Palmares

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IEC - Informação, Educação, Comunicação

MS - Ministério da Saúde

MSF - Médicos Sem Fronteiras

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ONG - Organização Não Governamental

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCAP - Pesquisa sobre Comportamento, Atitudes e Práticas Relacionadas às DST e Aids da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SUS - Sistema Único de Saúde

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UDI - Usuários de Drogas Injetáveis

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
1.1 Características das DST/aids	23
1.2 Panorama da aids no mundo	25
1.3 Panorama da aids no Brasil	27
1.4 A saúde da população negra	35
2. MARCOS TEÓRICOS	38
2.1 A história do conceito de vulnerabilidade	38
2.2 A Vulnerabilidade programática	41
2.3 As comunidades remanescentes de quilombos no Brasil	41
3. JUSTIFICATIVA	45
4. OBJETIVOS	45
4.1 Objetivo Geral	45
4.2 Objetivos Específicos	45
5. MÉTODOS	46
5.1 Desenho do Estudo	46
5.2 Seleção dos locais de pesquisa e da população	48
5.3 Seleção e Cálculo da Amostra	51
5.3.1 Processamento e Análise de Dados	52
5.4 Considerações Éticas	54
6. RESULTADOS	55
6.1 Características Demográficas e Socioeconômicas	55
6.2 Análise Associação não ajustada	72
6.3 Análise Multivariada	90

7. DISCUSSÃO	95
8. CONSIDERAÇÕES	104
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
10. APÊNDICE	112
11. ANEXOS	128

1. INTRODUÇÃO

A política nacional de combate à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*Acquired Immunodeficiency Syndrome – Aids*), e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) obteve grandes avanços e é fruto de uma discussão crescente entre o Estado e a sociedade brasileira, que expôs suas demandas por meio de movimentos sociais e vem buscando a inclusão de grupos mais vulneráveis. Apesar desses avanços, a trajetória de disseminação do vírus da imunodeficiência humana (*Human Immunodeficiency Virus – HIV*) e da aids no Brasil continua e vem sofrendo constantes alterações, por um lado, devido à história natural da infecção com suas implicações sociais, culturais e biológicas, e por outro, pelas próprias respostas do governo e da sociedade à epidemia.

A pobreza e a dificuldade de acesso à educação e aos serviços de saúde se destacam como principais desafios a serem enfrentados no país no combate às DST/HIV/aids. A epidemia cresce entre estratos populacionais menos favorecidos economicamente, além de mulheres e idosos. Longe das capitais e dos grandes centros urbanos, também se percebe o aumento de novas infecções, fenômeno conhecido como interiorização da epidemia, acompanhado da pauperização e feminização.

O fator racial também tem sido discutido no âmbito das políticas públicas de saúde, uma vez que há fatores específicos que aumentam a vulnerabilidade das populações negras a certas enfermidades, inclusive ao HIV/aids. A exclusão social a que este extrato da sociedade está submetido se reflete em relação à epidemia. O impacto da aids sobre essa parcela da sociedade se mantém, até certo ponto, invisível, haja vista a insuficiência de dados qualificados no que se refere à variável raça/cor.

Algumas pesquisas evidenciam o impacto da desigualdade racial na epidemia de HIV/aids, destacando a maior vulnerabilidade social e individual de mulheres negras vivendo com HIV/aids, como demonstra pesquisa realizada em São Paulo. Segundo Lopes, nesse estado, os negros, especialmente os homens, são os que apresentam as maiores taxas (1).

A vulnerabilidade da população negra à infecção pelo HIV seria consequência da violência estrutural que incide de modo perverso sobre este

grupo, principalmente nas comunidades pobres, evidenciando a necessidade de políticas de inclusão que estejam de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que se refere ao acesso universal e equânime.

Levando-se em consideração as tendências de interiorização e pauperização demonstradas anteriormente, destaca-se como objeto privilegiado de estudo uma parcela da sociedade brasileira: as comunidades remanescentes de quilombos ou quilombolas. Além de, em muitos casos, se situarem longe de grandes centros urbanos, essas comunidades vivem em situação de desigualdade de acesso a serviços e bens públicos, muitas vezes por falta de definição oficial sobre a situação dos remanescentes de quilombos no Brasil. Passados cento e vinte anos desde a abolição, somente nesta década esses grupos passaram a ter direito definitivo de ocupação das terras onde houveram quilombos.

Esses aspectos trazem em seu bojo a necessidade de uma reflexão sobre a vulnerabilidade dessas populações, considerando a diversidade étnica e racial como de fundamental importância para a prevenção, a assistência e a garantia dos direitos humanos desses cidadãos. Esse estudo visa identificar fatores associados à vulnerabilidade da população negra, bem como o papel dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no campo das DST/HIV/aids no Brasil. Os dados aqui analisados foram obtidos a partir de um diagnóstico produzido em 2008 pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília (UnB) e selecionado em edital de apoio a pesquisas do Departamento de DST/HIV/ AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (MS) voltado justamente ao fomento de conhecimento sobre saúde e raça.

Antes de dimensionar as condições de vulnerabilidade propriamente ditas, faz-se necessário traçar um breve perfil das doenças sexualmente transmissíveis e da epidemia do HIV/aids no mundo e no Brasil, bem como delimitar alguns pontos referentes à saúde das populações negras e remanescentes de quilombos. Em seguida, delimitam-se as diferentes conceituações de vulnerabilidade na literatura corrente, para, enfim, proceder à análise propriamente dita.

1.5 Características das DST/aids

As DST ainda se apresentam como um importante problema de saúde pública no mundo, devido a sua grande magnitude, vulnerabilidade e transcendência, sendo ainda co-responsáveis pela transmissão do HIV, tendo, portanto, uma participação significativa na dinâmica da pandemia da aids.

A história das DST se confunde com a trajetória da humanidade, e desde a Antiguidade vem acometendo homens e mulheres, independentemente de classe social, etnia, credos e crenças.

Na Grécia Antiga, as DST eram chamadas de doenças venéreas, numa referência a Vênus, a deusa do amor. A sífilis, que se tornou epidêmica a partir do século XV, tem registros arqueológicos que datam da idade antiga, sendo encontrados sinais de seu agentes causadores em tumbas dos faraós do Egito antigo. Já a gonorréia estava descrita em passagens bíblicas, tendo seu agente etiológico identificado apenas em 1879 (2).

Com a descoberta da penicilina, na década de 40, algumas DST começaram a recrudescer. Porém, com o advento da pílula anticoncepcional, associada a uma maior liberdade sexual, começou a aumentar o número de casos de DST em todo mundo.

Na década de 80, observou-se um aumento dos casos de sífilis e gonorréia, principalmente entre a população mais jovem. Também na mesma década, foram descritos os primeiros casos de aids entre homens jovens de comportamento homossexual.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DST estão entre as principais causas de morbimortalidade, com graves conseqüências para a saúde das pessoas. Estima-se que, a cada ano, ocorram no mundo, cerca de 340 milhões de novos casos de DST curáveis, dos quais, 38 milhões ocorrem na América Latina e Caribe (3).

O primeiro caso de aids foi descrito nos Estados Unidos no início da década de oitenta, e assumiu proporções alarmantes em curto período de tempo, causando um grande impacto na epidemiologia das doenças infecciosas (4,5,6,7).

No Brasil, os primeiros casos de aids foram diagnosticados em 1982, na cidade de São Paulo, quando a doença ainda era atribuída a determinados grupos considerados de risco, devido a sua alta prevalência nesses grupos, como os homossexuais, os usuários de drogas injetáveis e os hemofílicos (8).

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para o controle da aids (UNAIDS), o HIV foi responsável por sessenta e cinco milhões de infecções e pela morte de vinte e cinco milhões de pessoas em todo o mundo (9).

Segundo Morel (10), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e os Médicos Sem Fronteiras (MSF) propuseram uma nova classificação das doenças, sendo divididas em: globais, aquelas que ocorrem em todo o mundo, caso das DST/HIV/aids, as negligenciadas, mais prevalentes nos países em desenvolvimento e mais negligenciadas, exclusivas dos países em desenvolvimento. De acordo ainda com Morel, essa classificação ultrapassa a visão herdada do colonialismo de um determinismo geográfico da causalidade de doenças, sinalizando, também, que o combate a essas enfermidades – especialmente a aids, que atinge particularmente as populações marginalizadas devido a sua vulnerabilidade, contribuirão para o cumprimento dos objetivos de desenvolvimento do milênio.

Em setembro de 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), promoveu a Assembléia do Milênio, que reuniu chefes de Estado e de governo dos países signatários, e teve como resultado a aprovação da Declaração do Milênio, que reconhece que o mundo já possui a tecnologia e o conhecimento necessários para resolver a maioria dos problemas enfrentados pelos países pobres. O estabelecimento dos objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM) nessa Assembléia, que deveriam ser adotados pelos estados membros das Nações Unidas, representam um marco para a comunidade internacional, visto que são mensuráveis e temporalmente delimitados e um passo importante para o enfrentamento da pandemia do HIV/aids, já que dentre os oito objetivos propostos, o sexto aponta para o combate ao HIV/aids e à malária até 2015 (11).

Outro passo importante para o enfrentamento das DST no Brasil foi dado, com a publicação da portaria ministerial N° 2.472 de 31 de agosto de 2010, que inclui a sífilis adquirida com doença de notificação compulsória em todo o território nacional (12).

O aparecimento da aids influenciou de maneira decisiva o comportamento e a sexualidade humana no século XX, que até então era uma questão tratada com reservas. Dentro desse contexto, falar sobre sexo, e, principalmente sexo protegido, virou rotina dos profissionais da saúde, bem como uma obrigação dos educadores e dos pais (13).

Passadas mais de duas décadas, a aids ainda continua como um problema de saúde pública de grande magnitude no país, devido ao seu caráter multifacetado, ou seja, uma epidemia traduzida em sub-epidemias regionais, resultantes das desigualdades da sociedade brasileira (14).

De acordo com o Boletim Epidemiológico Aids – DST do Ministério da Saúde, observou-se uma queda na razão de brancos e negros entre homens e mulheres, caindo de 17:1 em 2001 para 1,1:1 em 2008, e, entre mulheres, de 16:1 em 2001 para 1,0:1 em 2008 (15). Em 2008, foram notificados 9.104 casos entre pessoas que se auto definiram como brancos; 2.008, entre declarados pretos; e, 6.300, entre pardos (16). A análise dos casos de aids por cor/raça apresenta limitações devido à qualidade dos dados uma vez que o número de ignorados é bem elevado, devido, provavelmente, à falta de uma coleta sistemática pelos serviços de saúde em relação a essa variável. Entretanto, ainda de acordo com o MS, esses dados vem apresentando uma melhora gradativa nos últimos tempos. No mesmo ano de referência, o número de ignorados no quesito raça/cor somam 1.458.

1.2 Panorama da aids no mundo

Dentre as doenças sexualmente transmissíveis, a que mais preocupa autoridades mundiais em saúde e concentra grandes esforços de governos e sociedades é a síndrome da imunodeficiência humana adquirida (aids). O HIV/aids se tornou a pandemia mais importante das últimas décadas, sendo extremamente complexa, composta por subepidemias ao redor do mundo e se expandindo rapidamente, particularmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, onde estão concentrados cerca de 95% dos casos (17).

O número de pessoas vivendo com HIV no mundo em 2008 cresceu segundo relatório do UNAIDS, atingindo cerca de 33.4 milhões de pessoas (Figura 1). Este número é 20% maior que em 2000 (18). Ainda de acordo com o

UNAIDS, esse crescimento seria em decorrência do acesso universal à terapia antiretroviral, ou seja, o tratamento recebido pelas pessoas que desenvolveram a doença. Em 2008, aproximadamente 4 milhões de pessoas em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento tiveram acesso a essa terapia. O mesmo relatório aponta ainda que a maioria das infecções, cerca de 2/3, ocorreram em países da África subsaariana, 68% do total de casos, e em países em desenvolvimento.

O HIV infecta mais de 6.800 pessoas a cada dia, tendo infectado 2,5 milhões de pessoas em 2007. Estima-se que mais de 5.700 pessoas morrem por dia em decorrência da aids, que já matou mais de 20 milhões de indivíduos, com uma prevalência variável dependendo do país observado, estando entre as principais causas de mortes em todo o mundo, e a primeira causa de mortes na África. Em 2009, 1,8 milhões de pessoas morreram, vítimas da doença (19).

Na África subsaariana a prevalência de HIV em indivíduos entre 15 - 49 anos é de 5%, enquanto no resto do mundo é inferior a 1%. Na Suazilândia 26% dos adultos entre 15 e 49 anos vivem com o vírus. No restante do mundo, em relação às formas de transmissão do vírus, a maioria dos casos ocorre entre homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis, trabalhadores do sexo e seus parceiros sexuais.

Figura 1 - Estimativa de adultos e crianças vivendo com HIV, 2008



Fonte: UNAIDS, 2009

Na América Latina, o número de infectados entre adultos e crianças é de 1,6 milhão, enquanto o número de novas infecções em 2007 cerca de 100.000 casos permaneceu estável; a prevalência global em adultos, na América Latina, é de 0,5%, tendo ocorrido 58.000 óbitos no ano passado. O Brasil é responsável por 1/3 dos casos de HIV na América Latina.

Nos Estados Unidos a epidemia predomina no sexo masculino, com 74% dos casos; com relação aos novos casos, 53% ocorreram em HSH, 32% em heterossexuais e 18% em usuários de drogas injetáveis. Ainda nos Estados Unidos, a participação da raça negra na epidemia é significativa: enquanto a população americana é constituída por 13% de negros, eles são responsáveis por 48% dos novos casos de HIV/aids. (20).

Todos os dias, 6,8 mil pessoas são infectadas pelo vírus HIV e 5,7 mil morrem em consequência da aids, a maioria por falta de prevenção e tratamento. O número de novas infecções vem diminuindo, mas o número de pessoas que vivem com a doença continua a aumentar junto com o aumento da população mundial e da maior expectativa de vida dos portadores do vírus. Houve avanços importantes e o monitoramento progrediu. Mesmo assim, só 28% do número estimado de pessoas que necessitam têm acesso ao tratamento.

1.3 – Panorama da aids no Brasil

O panorama da aids no Brasil vem se modificando em consonância com a evolução mundial da doença. Segundo análise do Ministério da Saúde em 2009, os grandes centros urbanos do país, onde estão concentrados 52% dos casos de AIDS, registraram queda de 15% na taxa de incidência da doença entre 1997 e 2007. Nesse mesmo período, a incidência nos municípios com menos de 50 mil habitantes dobrou, revelando que a epidemia caminhou para o interior do país, justamente onde se concentram as populações remanescentes de quilombos, indígenas e outros grupos sociais mais vulneráveis.

Ao longo desses anos, mudanças no perfil epidemiológico da doença vêm sendo observadas. Restrita inicialmente ao segmento populacional homo/bissexual masculino, hemofílicos e transfundidos, registrou a partir de 1992, no país, o aparecimento dos primeiros casos em mulheres e, conseqüentemente, os primeiros casos da transmissão materno infantil do vírus

HIV, decorrente da exposição heterossexual. Atualmente, a epidemia de aids apresenta uma mudança de tendência, acometendo grupos populacionais menos favorecidos, ocasionando os efeitos de pauperização e interiorização da epidemia (21).

Em 1997, a taxa nas cidades com menos de 50 mil habitantes era cerca de oito vezes menor do que a registrada nas cidades com mais de 500 mil pessoas. Em municípios com mais de 500 mil pessoas, houve decréscimo da taxa de incidência, entre 1997 e 2007, de 32,3 para 27,4 notificações por 100 mil habitantes. Ao longo desses dez anos, 24 dos 39 municípios com mais de 500 mil habitantes registraram queda significativa na taxa incidência ou se mantiveram estáveis. Como essas cidades são responsáveis pela maioria dos casos de aids, 52% do total de casos acumulados, é possível que mudanças ocorridas nesses locais tenham causado impacto na conformação da epidemia.

No mesmo período, a taxa nas cidades com menos de 50 mil habitantes passou de 4,4 ocorrências em 1997 para 8,2 em 2007. O conjunto das 4.982 cidades com menos de 50 mil habitantes que correspondem a 90% dos municípios brasileiros, concentram 34% da população e 15,4% dos casos de aids identificados no país, no ano de 2007. A tendência de crescimento da aids nas cidades menores e queda nas maiores aconteceram nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, enquanto nas regiões Norte e Nordeste ocorreu um aumento da taxa de incidência, quando se compara 2007 ao ano de 1997, em todos em municípios, independente do tamanho.

Figura 2: Municípios com pelo menos um caso de aids notificado.
Brasil, 2005–2009



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

De 1980 a junho de 2010, foram registrados 592.914 casos de aids no Brasil. Durante esse mesmo período, ocorreram 229.222 óbitos em decorrência da doença. Por ano, são notificados entre 33 mil e 35 mil novos casos de aids. Em relação ao HIV, a estimativa é de que existam 630 mil pessoas infectadas no país.

Ao se analisar os casos de aids acumulados de 1980 até junho de 2009, por região, a Sudeste é a que tem o maior percentual cerca de 59,3% do total de notificações, com 323.069 registros da doença. A região Sul concentra 19,2% dos casos, com 104.671 notificações, o Nordeste 11,9% com 64.706, seguido pelo Centro–Oeste, 5,7%, com 31.011 e a região Norte 3,9%, com 21.389.

A razão de sexo no Brasil diminuiu consideravelmente desde o início da epidemia. Em 1986, a razão era de 15 casos de aids em homens para um caso notificado em mulheres. A partir de 2003, a razão de sexo estabilizou-se. Para cada 15 casos em homens, são notificados 10 casos em mulheres, caracterizando a heterossexualização da epidemia, bem como feminização.

Chama à atenção a análise da razão de sexo em jovens de 13 a 19 anos. Nessa faixa etária, o número de casos de aids é maior entre as meninas. A inversão vem ocorrendo desde 1998, com 8 casos em meninos para cada 10 casos em meninas.

Entre homens, a taxa de incidência em 2007 foi de 22 notificações por 100 mil habitantes e nas mulheres de 13,9. As maiores taxas de incidência se encontram na faixa etária de 25 a 49 anos em ambos os sexos.

Em relação à forma de transmissão, no segmento HSH, ocorre uma tendência de estabilização na proporção de casos. A média é de 28% de casos registrados entre os homens, a partir de 2000. Entre homens gays jovens na faixa etária de 13 a 24 anos também houve aumento na proporção de casos, passou de 29,0%, em 1997, para 43,2%, em 2007.

Em 2007, entre adultos do sexo masculino, na categoria de exposição sexual, há maior transmissão entre heterossexuais, 45,1%. Na categoria sanguínea, a transmissão é maior entre usuários de drogas injetáveis (UDI) com 7,4%. Em mulheres, o predomínio da forma de transmissão é heterossexual em toda a série histórica. Em 1997, a infecção por meio do sexo desprotegido era responsável por 88,7% dos casos. Em 2007, esse percentual alcançou 96,9%.

Nesse contexto, a política de redução de danos brasileira tem conseguido alcançar resultados significativos. A transmissão por drogas injetáveis apresentou uma acentuada queda no número de casos da doença, tanto em homens quanto em mulheres. No sexo masculino, caiu de 22,6%, em 1997, para 7,4%, em 2007. Nas mulheres, a queda foi ainda maior: de 10,2%, em 1997, para 2,6%, em 2007.

A incidência de casos de aids em crianças menores de cinco anos de idade caiu 41,7%. O coeficiente de mortalidade também caiu cerca de 70,0%. A queda na taxa da transmissão vertical do vírus é resultado de uma melhora na assistência pré-natal e pós-parto. De 1984 a junho de 2009 foram identificados 13.036 casos de aids em menores de cinco anos.

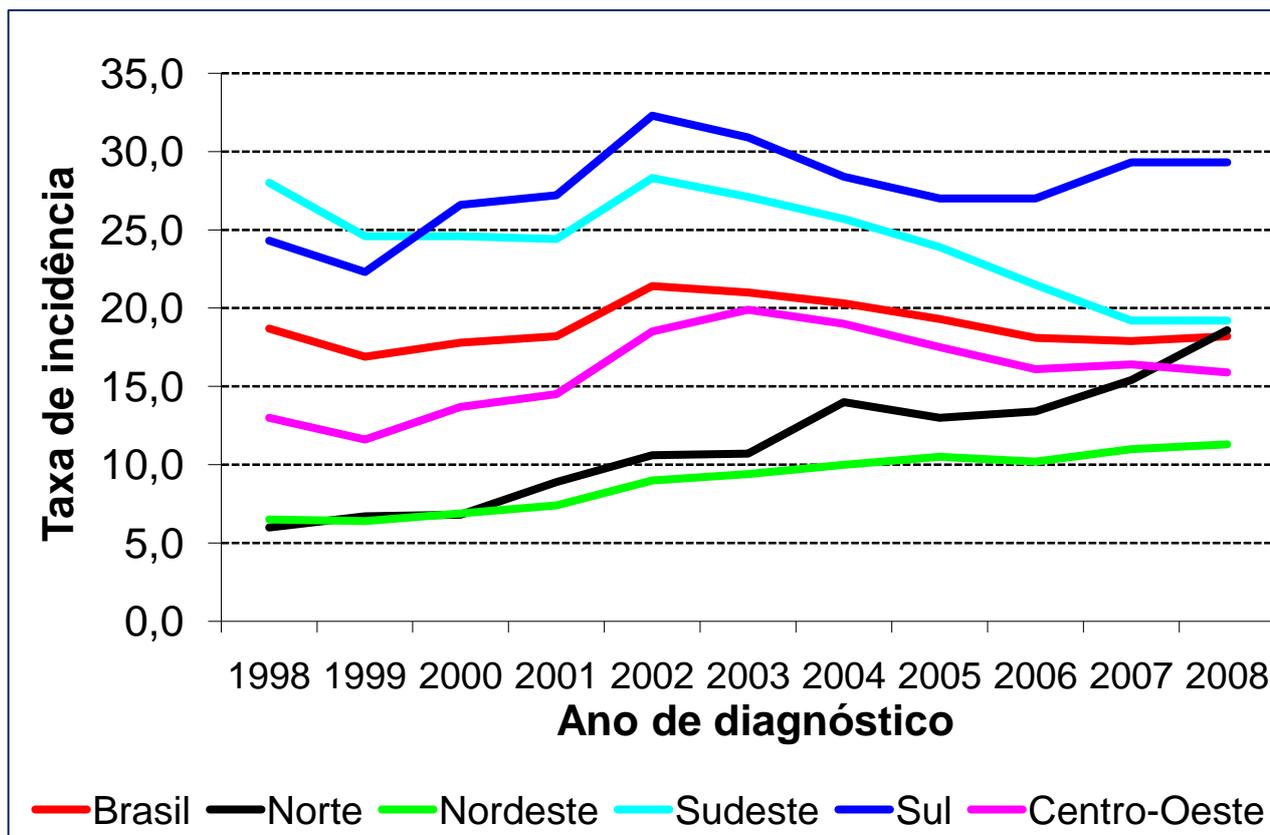
O MS lançou mão de várias estratégias de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis. Em 2002, instituiu no SUS o Projeto Nascer-Maternidades, que tinha como objetivo oferecer o teste rápido nas maternidades na hora do parto, resgatando assim a oportunidade perdida de diagnóstico durante o pré-natal. As diretrizes do projeto determinavam a realização de testes em toda gestante que não comprovassem a realização do teste no pré-natal, para que fossem adotadas as medidas profiláticas e/ou terapêuticas, necessárias. Em 2007, para reduzir ainda mais as taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis, o Ministério da Saúde lançou, o Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Esse plano apresenta metas para redução dessas taxas até 2011. A intenção é aumentar o número de testes anti-HIV de 1,4 milhão para 2,3 milhões (22).

O coeficiente de mortalidade vem-se mantendo estável no país, a partir de 2000, em torno de 6 óbitos por 100 mil habitantes. Nos últimos oito anos, as mortes por aids em homens apresentaram uma queda, mantendo-se estáveis entre as mulheres. Em 2000, foram registrados 3,7 óbitos por aids em cada 100 mil mulheres. Em 2008, o coeficiente foi de 4,1. Em homens, houve diminuição de óbitos a partir de 1998. Dos 9,6 registros por 100 mil habitantes, em 1998, passou para 8,1, em 2008.

No que diz respeito às pessoas que vivem com HIV/aids, apesar dos avanços conseguidos com o acesso universal aos ARV, evidências demonstram que pessoas menos escolarizadas e UDI, apresentam menor sobrevida após o início da terapia, que pode estar relacionada a dificuldades deste segmento da população em aderir ao tratamento, sendo vital que os serviços de assistência desenvolvam ações que contemplem as especificidades destes grupos (23).

No Brasil, o acesso universal e gratuito ao tratamento antiretroviral, a partir de 1996, com a aprovação da Lei 9.313 em 13 de novembro de 1996 (24), proporcionou aumento da sobrevida e a redução da letalidade associada à aids (25). Graças a esta política, observou-se no país uma redução da morbimortalidade por aids, correspondendo a 90.000 óbitos evitados (26).

Figura 3: Taxa de incidência de aids segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2008⁽¹⁾ (por 100.000 hab.)



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

Figura 4 - Casos de aids notificados no SINAN, segundo raça/cor no sexo masculino e ano de diagnóstico (%). Brasil, 2000 – 2007

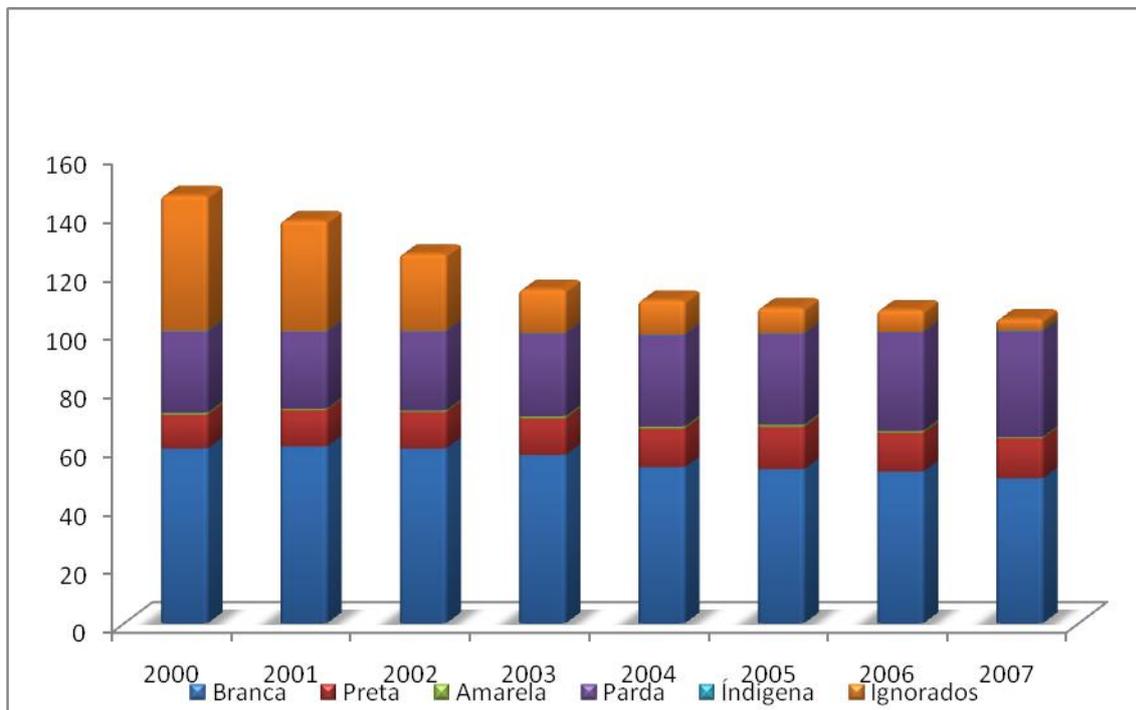


Figura 5 - Casos de aids notificados no SINAN, segundo raça/cor no sexo feminino e ano de diagnóstico (%). Brasil, 2000 – 2007

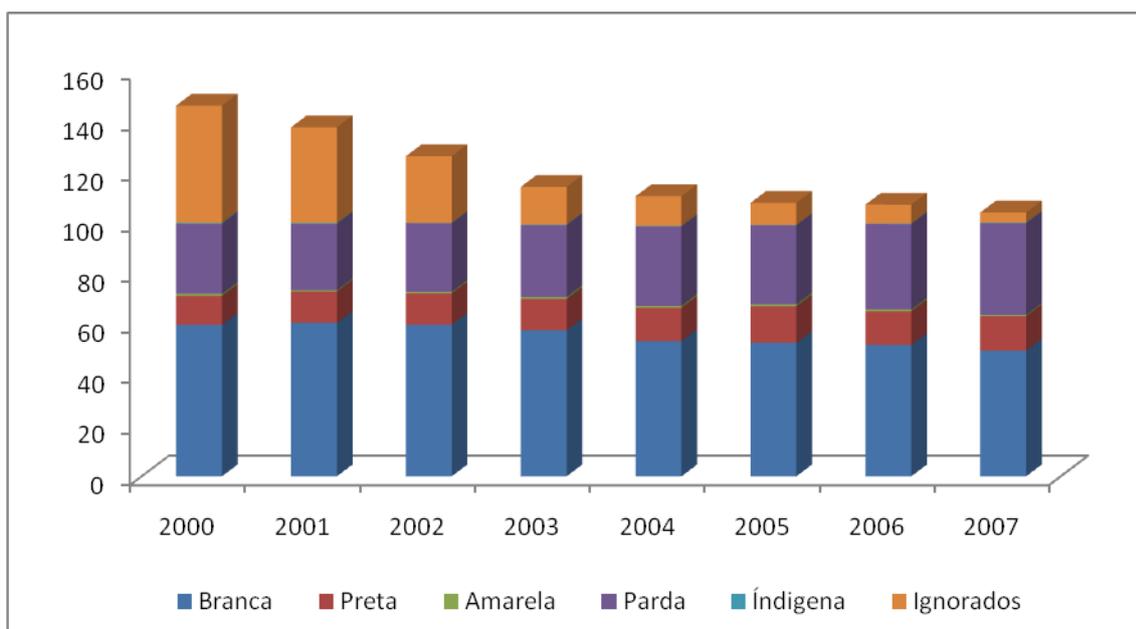
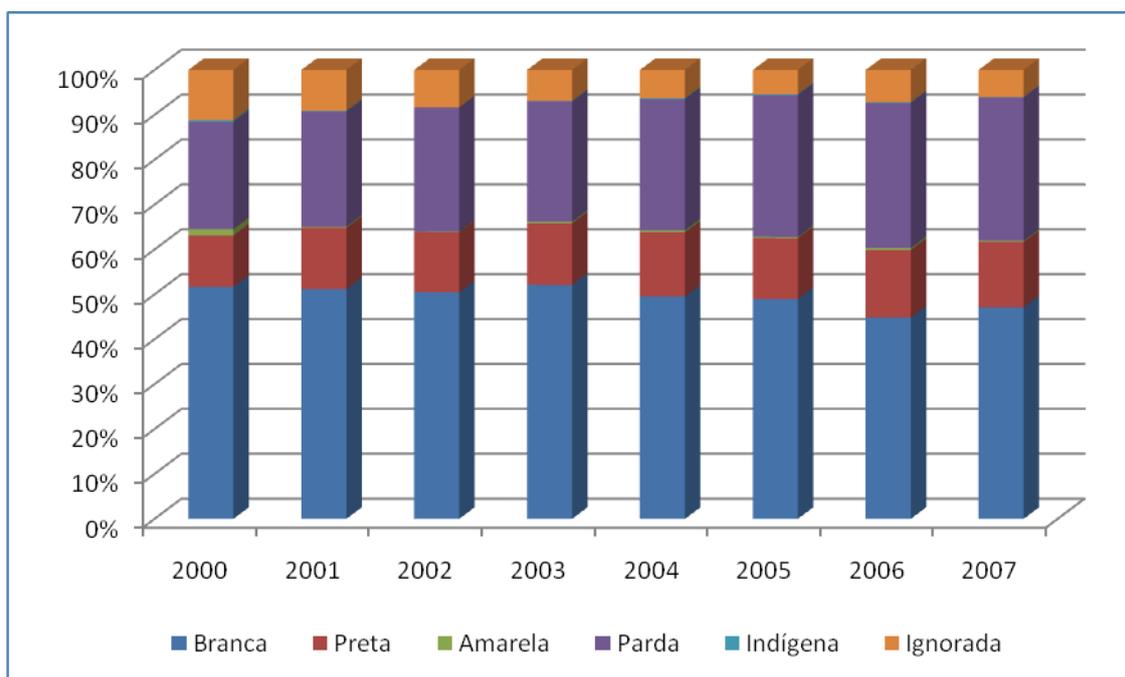
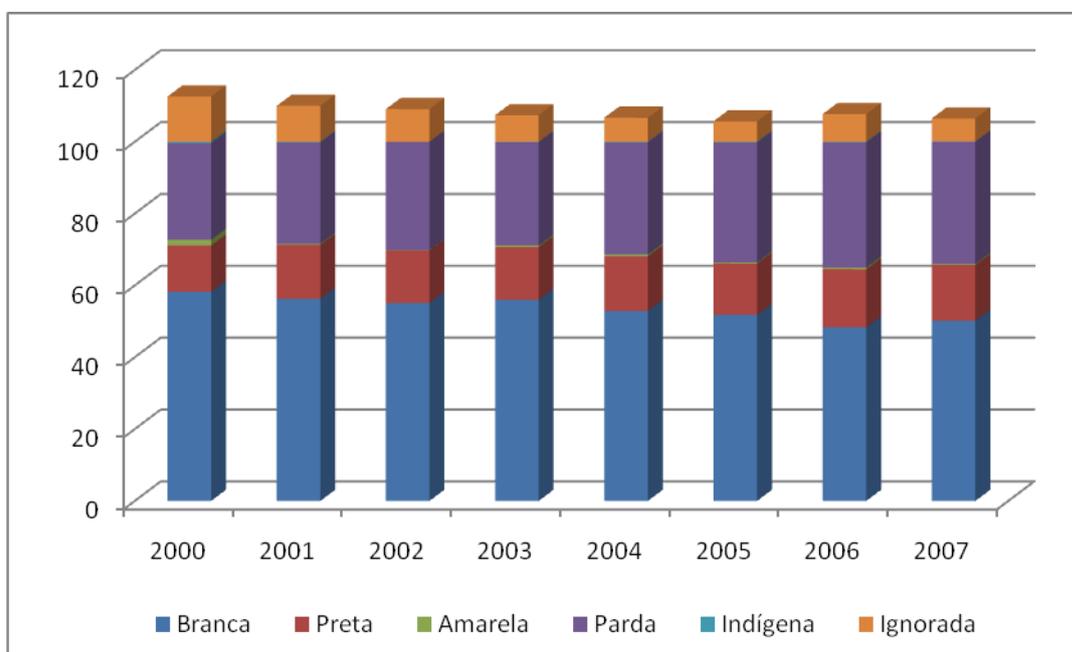


Figura 6 – Óbitos por aids, segundo raça/cor no sexo masculino por ano de óbito(%). Brasil, 2000 – 2007



Fonte: Ministério da Saúde

Figura 7 – Óbitos por aids, segundo raça/cor no sexo feminino por ano de óbito(%). Brasil, 2000 – 2007



Fonte: Ministério da Saúde

1.4 A saúde da população negra

Muito recentemente é que se passou a dar a devida atenção no Brasil às diferentes questões e aspectos que afetam e tornam mais vulneráveis as populações negras, no que diz respeito à saúde. A realidade que se afere a partir dos dados epidemiológicos mais recentes é de que, além de terem maior vulnerabilidade a certas doenças, os negros estão entre a parcela da população que mais adocece, além de apresentarem menor expectativa de vida, em todas as faixas etárias. Esse fenômeno se dá por uma série de fatores, entre eles genéticos, mas, principalmente sociais, econômicos e culturais.

Do ponto de vista genético, há maior incidência de algumas doenças entre populações afrodescendentes, fato reconhecido, inclusive, pelo Ministério da Saúde, desde o ano 2000. Destacam-se, entre elas, a anemia falciforme, a deficiência da enzima Desidrogenase de Glicose-6-fosfato, diabetes mellitus e hipertensão arterial (27). No que diz respeito à transmissão genética da predisposição a estes agravos, a principal teoria corrente defende que alguns genes teriam sido modificados a partir da captura e transporte de negros escravizados para o Brasil, levando-se em conta uma relativa endogamia.

Contudo, o fator que mais influência a saúde dessas populações está ligado diretamente às condições gerais de vida dos cidadãos. A exclusão social histórica deste segmento dificulta o acesso a serviços de saúde e propicia a proliferação dos agravos. O menor acesso a educação e informação, o menor acesso a serviços de saúde de qualidade, a alimentação inadequada, dentre outros, levaram à maior incidência dessas doenças na comunidade afro-brasileira (28). O mesmo pode-se afirmar em relação às DST e aids, enfermidades diretamente ligadas à realidade sócio-econômica e cultural.

O processo histórico da formação social brasileira manteve a população negra, em sua maioria, abaixo da linha da pobreza e em condições desiguais de acesso e oportunidades. Parte do pressuposto de que as desigualdades sociais, a discriminação de cor, raça e etnia mediadas por formas de expressão racistas constituem fatores de alta vulnerabilidade para a infecção por doenças sexualmente transmissíveis, HIV e aids (29), contribuindo para agravar essa situação e a invisibilidade de dados epidemiológicos específicos sobre as condições de saúde da população negra.

Por muito tempo, inexistiram instrumentos de verificação do quesito cor/raça/etnia nos atendimentos, protocolos, pesquisas e estatísticas dos serviços de saúde, seja em nível básico ou de alta complexidade, o que implicou na falta de políticas diferenciadas de promoção de saúde, tanto de assistência como de prevenção. Esse quadro começou a mudar a partir da última década, em parte, por esforços de movimentos sociais e também por mudanças na esfera política brasileira nos últimos anos. O Ministério da Saúde reconheceu a importância do tema e publicou, em 13 de maio de 2009, a Portaria No. 992, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

O texto da Portaria está embasado na Constituição Brasileira, de 1988, cuja ordem tem seguridade social como “um conjunto integrado de Ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Também baseia-se nos princípios de cidadania e dignidade da pessoa humana, do repúdio ao racismo e da igualdade. Ainda reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da universalidade do acesso, sem preconceitos ou privilégios, bem como a integralidade e igualdade da atenção, entendida como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos.

As principais diretrizes da política são:

- I - inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;
- II - ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;
- III - incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;
- IV - promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;

V - implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e

VI - desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades. (30).

Dentre outras iniciativas governamentais, houve clara abertura da discussão do tema da saúde da população negra em instituições de pesquisa, universidades e sociedade civil. O Departamento de DST, HIV, Aids e Hepatites Virais desenvolve ações de fomento ao desenvolvimento de estudos, inclusive, para buscar conhecer condições de vulnerabilidade e acesso, visando melhorar a formulação das políticas públicas, o que originou o corpo de estudo do trabalho em tela.

Em relação à saúde de populações remanescentes de quilombos, pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz avaliaram em 2003 as condições de saúde dessa população, em seis comunidades da região de Santarém (31). A desnutrição foi apontada como um dos principais problemas, chegando a casos de marasmo em algumas crianças. Como resposta a esse estudo, o Ministério da Saúde colocou na pauta de discussões de suas prioridades a saúde da população negra. Em abril de 2009 foi assinada a portaria Nº 812, de 23 de abril de 2009, do Ministério da Saúde que prevê a implantação, ampliação ou melhoria do saneamento com recursos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) em áreas Rurais e áreas consideradas especiais dentre elas, os quilombos para prevenção e controle de Agravos. As duas portarias ministeriais representam um importante marco no acesso dessa população às políticas públicas a que tem direito.

2. MARCOS TEÓRICOS:

2.1 A história do conceito de vulnerabilidade

Vulnerabilidade segundo diversos dicionários é estar pronto para ser atacado, ser alguém sem defesa, ser fraco. Originado do Latim, do verbo *vulnerare* (*vulnerabilidade*), *vulnerabile* (*vulnerável*), o termo comporta uma série de significados, possibilidades e particularizações, uma vez que o ser humano está exposto cotidianamente a riscos de diversas origens, naturezas e circunstâncias.

Neste sentido, podemos enumerar os mais diversos riscos como por exemplo os causados em razão de catástrofes ambientais, desigualdades econômicas, sociais e culturais, diferenças de credos e crenças, desestruturação familiar, discriminação de ordem intelectual, física, psíquica, além da racial e de questões de gênero.

Para Wisner (32), vulnerabilidade está relacionada intrinsecamente, à capacidade de luta e recuperação do indivíduo, seu nível socioeconômico, ocupação e acesso à informação, os quais, por sua vez, potencializam ou diminuem a vulnerabilidade. Assim, o processo de vulnerabilidade encontra-se associado a capacidade de luta e de recuperação dos indivíduos e grupos para o seu enfrentamento, assumindo para isso um caráter multidisciplinar.

A nível mundial, a Declaração do Milênio, firmada em Nova York no ano 2000 (33), estabelece que todos os esforços devem ser envidados em prol das crianças e populações que sofrem em consequências de desastres. As mudanças climáticas, igualmente, produziram uma extensa vulnerabilidade ambiental, em particular aos menos favorecidos, carentes das mínimas condições de conforto e segurança, como por exemplo, as populações moradoras de áreas de risco, vivendo em encostas de morros, à beira de rios, de estradas, sujeitas a desabamentos e falta de saneamento básico, que agravam suas condições de saúde.

A Declaração do Milênio define ainda, como vivendo em condições vulneráveis as populações que convivem com atos de genocídio, conflitos armados, refugiados, padecendo de necessidades diversas, vivendo em insegurança.

A vulnerabilidade humana foi prevista no artigo 8º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos de 2005, no que diz respeito à “.....*aplicação e ao avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas....*”. O mesmo artigo acrescenta a necessidade de se proteger as pessoas e grupos, cuja condição específica exija redobrada consideração na aplicação das novas tecnologias. (34).

No Brasil, a vulnerabilidade mental, psicológica e psíquica dos indivíduos estão protegidas, na Resolução 196 de 1996 do CNS, quando tutela pessoas ou grupos em razão de sua capacidade de autodeterminação reduzida, comprometendo o seu consentimento livre e esclarecido (35).

No campo da saúde, esse termo é geralmente empregado para qualificar a suscetibilidade de indivíduos ou grupos a problemas e agravos à saúde. Para a epidemiologia, a compreensão do processo saúde–doença, passa pelo conceito de risco, indicando uma probabilidade. Já a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social, antecedendo ao risco e determinando assim os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer. (36).

Largamente utilizado na área de direitos humanos o termo vulnerabilidade contribuiu com a noção empregada atualmente em relação à epidemia de HIV/aids, tendo a Declaração de Direitos Humanos como um dos pilares para a avaliação de situações individuais e coletivas em relação à infecção, que extrapola as questões socioeconômicas amplamente utilizadas anteriormente (37). Assim sendo, vulnerabilidade é uma noção ou um conceito socialmente construído em contraposição à noção de risco social e/ou epidemiológico utilizado no início da epidemia. (38).

De acordo com Parker (39), o conceito empregado em relação à epidemia de HIV/aids, começou a ser gestado no início da década de 90, quando o conceito de risco individual começa a ser substituído pelo de vulnerabilidade aos quais as pessoas e as comunidades estão expostas.

Para a compreensão da transição até a construção do conceito de vulnerabilidade ao HIV/aids podemos citar três fases: a primeira, na década de 1980, tendo como foco o conceito de risco numa perspectiva comportamental e individualista. A segunda fase, a partir da década de 1990, focada nos determinantes socioculturais, e a terceira fase, que aponta para fatores estruturais.

O termo vulnerabilidade propõe fornecer elementos para avaliar a chance que um indivíduo tem de se contaminar, de acordo com características individuais e sociais relacionadas a uma maior ou menor chance de exposição ao HIV versus sua proteção individual (40).

O conceito de vulnerabilidade desenvolvido por Mann, Tarantola e Netter em 1993 afirma que o comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção, sendo importante ações de prevenção voltadas ao indivíduo, apesar disto não ser totalmente suficiente para o controle da epidemia. Entretanto outros fatores devem ser considerados, que podem vir a influenciar o controle a nível individual (41).

Ayres et al (42) propôs a ampliação do conceito de vulnerabilidade proposto anteriormente por Mann.

Em resumo, Ayres et al, definem vulnerabilidade ao HIV/aids como:

O esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV/aids, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais (ou contextuais), programáticos (ou institucionais) e individuais (ou comportamentais) que os põem em relação com o problema e com os recursos para o seu enfrentamento.

Ainda de acordo com Ayres (42), o modelo de vulnerabilidade deve ser composto por três eixos interdependentes, envolvendo o binômio indivíduo-coletividade, em três níveis: a vulnerabilidade individual, a vulnerabilidade social e a vulnerabilidade programática. O nível individual compreende aspectos cognitivos acerca das questões relacionadas à saúde, levando em consideração não apenas o acesso as informações acerca da enfermidade, como também as questões relacionadas à sexualidade e as redes de proteção do indivíduo, devendo abranger ainda a autopercepção de risco bem como os aspectos emocionais.

O segundo nível que trata da vulnerabilidade social compreende a possibilidade de mudança de comportamentos e práticas a partir de recursos

materiais, acesso a instituições e equipamentos sociais bem como a serviços de saúde, incluindo-se ai projeto educacionais.

2.2 A vulnerabilidade programática

O terceiro e último nível é que corresponde ao componente programático da vulnerabilidade e se relaciona com os dois níveis anteriores.

A vulnerabilidade programática em relação ao HIV/aids compreende fatores relacionados com a prestação e disponibilidade dos serviços de saúde e de profissionais, envolvendo ações e programas de prevenção e de controle da enfermidade, nas três esferas, nacional, estadual e municipal, com a finalidade de direcionar os recursos sociais necessários.

Segundo Mann(43), a vulnerabilidade programática pode ser avaliada a partir de aspectos como: compromisso das autoridades; implantação de ações efetivas; coalizão interinstitucional e intersetorial: saúde, educação, bem-estar social, trabalho para a ação; planejamento e gerenciamento; garantia de financiamento; continuidade de ações; avaliação e retroalimentação e articulação entre as instituições e a sociedade civil organizada.

2.3 As comunidades remanescentes de quilombos no Brasil

Os quilombos brasileiros e as áreas remanescentes são fruto de um processo histórico da formação da nação brasileira, originada na colonização portuguesa. A formação dos quilombos se deu como forma de resistência ao regime escravocrata e, até os dias atuais, são ocupados por populações sem o integral reconhecimento da sociedade, não se resumindo apenas a um evento da realidade brasileira. Com nomes distintos, em toda a América, onde houve escravidão, houve resistência e a formação desses grupos, como os *palenques* ou *cumbes* na América espanhola, os *maroons*, na inglesa e os *grand marronage* na francesa. Em nosso país, o aquilombamento tornou-se símbolo da resistência e tem em Zumbi do Palmares o seu herói (44).

Muito recentemente, os ocupantes dessas áreas tiveram reconhecimento do Estado sobre as terras. O Decreto 4.887, de 20 de novembro de 2003, em seu artigo 2º, considera os remanescentes das comunidades dos quilombos, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória

histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra, relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida. A partir deste decreto, fica a cargo do Ministério do Desenvolvimento Agrário, por meio do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA, a identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas pelos remanescentes das comunidades dos quilombos.

Para fins de autodefinição, a Fundação Cultural Palmares (FCP) fica responsável, entre outras funções, pela inscrição dos quilombos no Cadastro Nacional e pela expedição de Certidão. Nesses mais de quatro anos, foram emitidas aproximadamente 960 certidões, comportando mais de mil cento e setenta e uma comunidades certificadas, já que algumas certidões constam mais de uma comunidade (Figura 8).

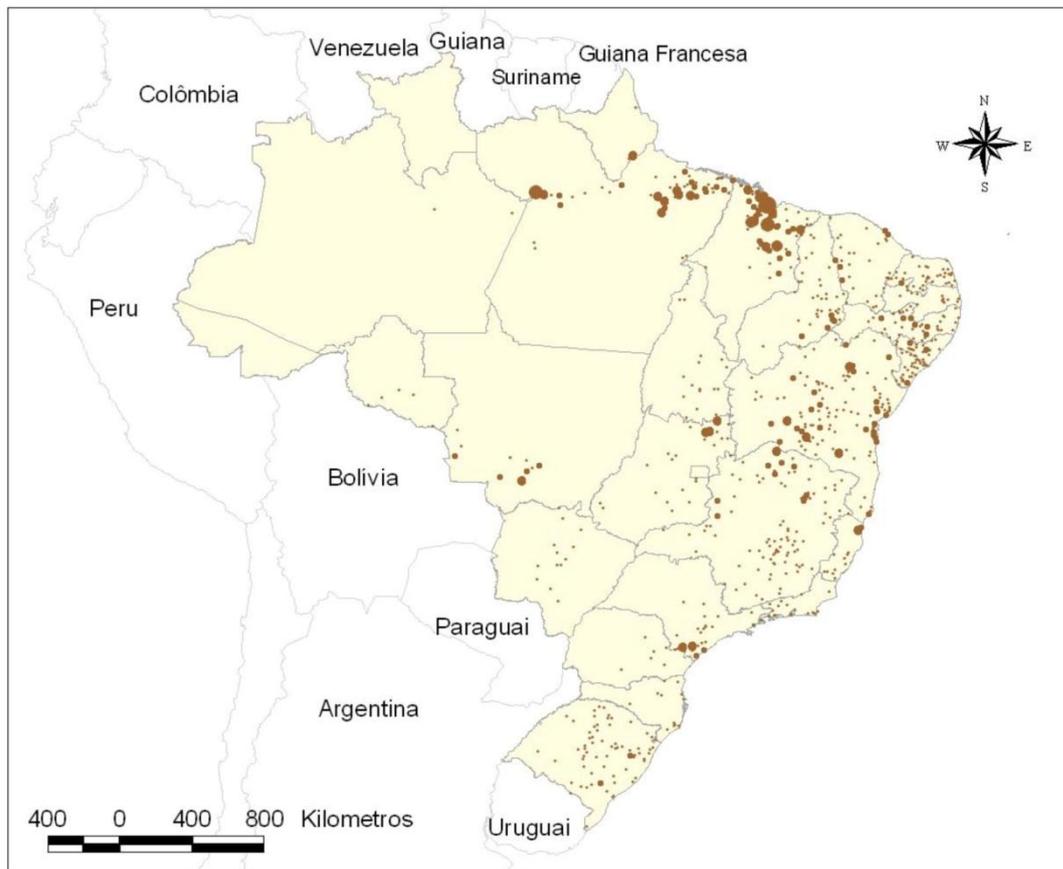
A certificação por parte da Fundação Cultural Palmares tem sido de fundamental importância para as comunidades remanescentes de quilombos, pois, se em seus aspectos físicos e materiais não houve grandes mudanças, apesar de aparentes melhoras, no que diz respeito à busca por uma reconstrução de identidades negras e o redespertar do orgulho do seu passado, vem trazendo mudanças significativas no próprio olhar dos componentes dessas comunidades sobre si mesmos e, em consequência disso, o olhar das comunidades exteriores.

Apesar dos avanços, as populações remanescentes de quilombos ainda sofrem uma diversidade de problemas, desde disputas agrárias em torno das áreas ocupadas, até a falta de infra-estrutura e investimentos públicos por parte do Estado. A ausência de ensino, a ainda precária presença de serviços de saúde, o isolamento físico e social dessas comunidades, o preconceito e a falta de informação, entre outros elementos, têm perpetuado uma série de distorções acerca do conhecimento sobre a saúde. No que diz respeito às DST/ HIV/aids, informação é a ferramenta fundamental para a prevenção e o enfrentamento, o que torna de fundamental importância buscar conhecer qual o nível de conhecimento sobre o assunto entre essa população, para, a partir daí buscar soluções e políticas públicas.

No decorrer da pesquisa original, uma série de mitos sobre a doença ainda demonstrou ser predominante no imaginário dessas populações, apesar de um grande número de pessoas terem afirmado saber o que é aids e como ela se

transmite. Exemplos incluem crenças na transmissão pela picada de insetos ou por banhos em rios ou lagos simultaneamente com pessoas portadoras do vírus. Não há dúvidas de que a situação dessas comunidades não é a ideal e nem está próxima dela. Por outro lado, não podemos descartar os esforços das últimas décadas dos movimentos negros, das comunidades remanescentes de quilombo e do atual governo. Como já destacamos anteriormente, as respostas ao Decreto 4.887, de 20 de novembro de 2003, uma conquista desses movimentos, já são visíveis e trouxeram uma série de benefícios materiais e simbólicos para os quilombolas. Porém não se pode desguarnecer. O quadro atual só irá se modificar com políticas públicas de inclusão social que combatam o preconceito e dêem acesso ao pleno direito de cidadania. Cidadania essa que não se faz por lei, mas com educação de qualidade, saúde, acesso à informação e direitos e deveres, de fato, iguais.

Comunidades Quilombolas Identificadas por Municípios



LEGENDA:

Número de Comunidades por Município

- 1 - 5
- 6 - 16
- 17 - 33
- 34 - 59
- 60 - 65
- 180

- Unidades da Federação
- Países da América do Sul

FONTES:

FCP, UNB, SEPPIR, INCRA, UFAP, Programa Raízes, CEDENPA, NAEA (levantamento realizado por TRECCANI 2006)

ELABORAÇÃO:

Coletivo LEMTO/UFF (Laboratório de Estudos de Movimentos Sociais e Territorialidades)

3. JUSTIFICATIVA

A saúde da população negra constitui um vasto campo de estudos e pesquisas. Porém a dificuldade de acesso da população negra às políticas públicas, bem como a falta de informações qualificadas sobre este segmento da população no que se refere à epidemia do HIV/aids que ainda são insipientes, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas que tentem suprir esta lacuna.

Esperamos que o alcance dos objetivos propostos neste estudo contribua para o desenvolvimento de estratégias de ação afirmativa voltadas para essa população, até então desprovidas de políticas públicas eficientes, visando assim colaborar para a diminuição da vulnerabilidade dessa população à infecção pelo HIV e ao adoecimento por aids, contribuindo também para o controle da epidemia no país.

4. OBJETIVOS:

4.1 Objetivo Geral:

Identificar a frequência e a distribuição de variáveis relacionadas com a prevenção do HIV/aids e fatores associados ao papel dos serviços de saúde do SUS em comunidades remanescentes de quilombos.

4.2 Objetivos Específicos:

1. Verificar a frequência e a distribuição de variáveis relacionadas à prevenção do HIV/aids em termos de:

Variáveis demográficas e socioeconômicas;

Variáveis relacionadas ao conhecimento, atitudes e práticas; e

Variáveis relacionadas aos serviços de saúde;

2. Verificar a associação de variáveis demográficas e socioeconômicas; variáveis relacionadas ao conhecimento, atitudes e práticas; e variáveis relacionadas aos serviços de saúde, com os seguintes desfechos:

–Testagem para o vírus HIV;

- Formas de obtenção do preservativo;
- Os serviços de saúde do SUS como fonte de informação para a prevenção do HIV/aids;
- Relato do uso do preservativo na vida; e
- Conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus HIV.

5. MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo e transversal com a utilização do banco de dados secundários oriundos da pesquisa original intitulada: “Acesso da população negra auto declarada sexualmente ativa ao diagnóstico e tratamento para HIV/aids”, divulgada em 2008 (45). Esta pesquisa foi financiada por meio da chamada para seleção de pesquisa sobre a população negra e o HIV/aids (Convocatória 4/2005), dentro do Acordo de Cooperação do então Programa Nacional de DST/aids, atualmente Departamento de DST/HIV/Aids e hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância a Saúde do Ministério da Saúde, e o Banco Mundial (BIRD), por meio da UNESCO (Projeto 914/BRA/1101), termo de cooperação CSV315/06.

Para melhor compreensão faremos uma breve descrição da pesquisa que originou os dados para este estudo.

A pesquisa original adotou uma abordagem quali-quantitativa que envolveu: uma parte epidemiológica, estudo transversal, e uma parte qualitativa, por meio de grupos focais que buscou detalhar motivações e percepções relacionadas com as variáveis mais importantes do estudo e aprofundar os aspectos mais subjetivos em relação ao tema. A pesquisa foi desenvolvida em comunidades remanescentes de quilombos selecionadas de forma aleatória simples, a partir da lista de comunidades certificadas pela Fundação Palmares, das cinco regiões brasileiras, sendo 14 delas já certificadas pelo INCRA, e, uma, à época, em processo de certificação, pertencente ao estado do Mato Grosso.

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2007 a dezembro de 2008. Foram preenchidos 218 questionários, tendo como critérios de inclusão: moradores das comunidades selecionadas de ambos os sexos maiores de 18 anos com vida sexual ativa auto referida. (Quadro 1).

Para a elaboração final do questionário foi realizado em novembro de 2007 um pré teste na Comunidade de Mesquita, no município de Cidade Ocidental, estado de Goiás. Este município foi selecionado pela proximidade com Brasília, já que não foi previsto recursos no orçamento original do projeto. O instrumento continha 70 questões assim divididas: sócio–demográficas, conhecimentos, atitudes e práticas sexuais (CAP), uso de substâncias, acesso aos serviços de saúde e uma seção específica para as mulheres (Anexo 2).

Os questionários foram aplicados por meio de entrevistas individuais realizadas nas próprias comunidades selecionadas para o estudo, por uma equipe de profissionais de nível superior treinados para esta atividade, incluindo a doutoranda e o orientador. Os residentes eram convidados a participar do estudo, e o questionário era aplicado após a assinatura do consentimento informado.

Além das entrevistas foram realizados ainda grupos focais com indivíduos das comunidades, com base em um roteiro, abordando questões relacionadas ao acesso aos serviços de saúde e algumas questões mais relevantes da entrevista individual.

A participação dos agentes comunitários de saúde foi a estratégia adotada para acessar a população residente, nas localidades onde o PACS estava organizado, por tratar–se de áreas com especificidades e singularidades. Outro apoio importante nas comunidades remanescentes de quilombos foram as lideranças locais, além do suporte de algumas secretarias municipais de saúde.

Para o presente estudo optamos por uma análise quantitativa. As falas dos participantes dos grupos focais foram incluídas apenas a título de ilustração.

5.2 Seleção dos locais de pesquisa e da população

Foram selecionadas onze comunidades remanescentes de quilombos, distribuídas nas cinco regiões brasileiras. A seguir, uma breve descrição das localidades estudadas, baseadas em dados coletados em campo e informações disponibilizadas pela Fundação Cultural Palmares:

Brejo dos Crioulos - A comunidade Brejo dos Crioulos pertence ao município de São João da Ponte e está localizado na divisa entre esse município e o de Varzelândia, no estado de Minas Gerais às margens do Rio Arapuim, no norte do estado. De acordo com Mamede Moreira da Silva, presidente da Associação Quilombola de Brejo dos Crioulos, a comunidade é composta por cerca de 500 famílias, sendo uma das maiores comunidades quilombolas do estado mineiro. Ocupa uma área de 17.309 hectares, estando em processo de reivindicação da posse do território. Os moradores desenvolveram um sistema de organização social, cultural e produtiva, baseada em heranças de seus ancestrais africanos, além da incorporação da cultura indígena e portuguesa (46). A certificação do território foi publicada em 04 de junho de 2004.

Boa Vista dos Negros - Encontra-se no município de Parelhas, Rio Grande do Norte, na região do Seridó. Situa-se muito próxima do centro do município, e, devido ao problema de cercamentos, por parte de latifundiários, a população dispõe de apenas uma estreita faixa de terra que se mostra insuficiente para a garantia de sua reprodução física e cultural. Atualmente, lá habitam 37 famílias, aproximadamente 120 pessoas, que se dividem no trabalho do roçado e nas olarias e fazendas vizinhas. Além das atividades laborais, dedicam-se a atividades culturais como meio de valorizar as suas identidades negras e religiosas. A comunidade de Boa Vista dos Negros foi certificada pela Fundação Palmares no dia 04 de junho de 2004.

Boqueirão - Está situada no distrito de José Gonçalves, no município de Vitória da Conquista, Bahia, na região sudoeste do estado, a cerca de 45 km do centro urbano e de difícil acesso. A área total do povoado é de 320 hectares e conta hoje com aproximadamente 600 pessoas, distribuídas em 126 famílias. O clima de região é semi-árido e aliado ao ambiente, o solo é propício ao plantio

de milho feijão e mandioca, baseado em agricultura familiar. Foi reconhecida pela Fundação Palmares no dia 08 de junho de 2005.

Magalhães - Está localizada à margem esquerda do Rio Paraná, região do Rio Lavado e Cajueiro, no Município de Nova Roma, estado de Goiás e faz parte da região da Chapada dos Veadeiros, a cerca de 250 km de Brasília. Composta por 120 pessoas, todas descendentes de uma mesma família, a comunidade constitui uma grande família multinuclear, além de alguns calungas originários de Monte Alegre. Baseiam-se na atividade rural e no trabalho em fazendas vizinhas. Dentre as atividades culturais, destacam-se as festas e apresentações culturais e religiosas, como a Folia de Reis. Recebeu reconhecimento por parte da Fundação Palmares, com a publicação da certificação em 04 de junho de 2004.

André Lopes - Está localizada no município de Eldorado no estado de São Paulo, no Vale do Rio Ribeira de Iguape, a cerca de 250 km da capital. Sua população é estimada em 269 moradores, em 57 famílias. Tem formação recente, sendo criado em 1998, porém a sua certificação foi publicada no Diário Oficial da União, seis anos depois em 10 de dezembro de 2004.

Mata Cavallo de Cima – Localiza-se no município pantaneiro de Nossa Senhora do Livramento, Mato Grosso, a 65 km da capital. Reúne aproximadamente 420 famílias. O Quilombo de Mata Cavallo tem uma história marcada por conflitos agrários, o que gerou uma série de conseqüências no que se refere às identidades. Esse mesmo fator fortaleceu o sentimento de comunidade e parcerias entre os habitantes da comunidade. Sua certificação como terra remanescente é muito recente, concedida em 16 de julho de 2007.

Conceição dos Caetanos e Água Preta - Situados no município de Tururu no Ceará, essas comunidades estão a cerca de 130 km da capital cearense. Nas duas comunidades, somam-se quase 350 famílias. Não dispõem de serviços básicos ou luz elétrica, mas contam com escola de educação infantil. Além do trabalho rural, alguns moradores vivem do artesanato. Receberam certificação em 10 de dezembro de 2004. Ao todo vivem no estado do Ceará

cerca de 1.200 famílias em comunidades quilombolas nos municípios de Crateús, Tamboril, Aquiraz, Coreau, Moraújo, Croata, Horizonte, Pacajus e Tururu.

Santa Maria dos Pretos - Pequena comunidade rural localizada no município de Itapecuru-Mirim no estado do Maranhão. Dedicam-se ao plantio de mandioca, em geral, e também a atividades de turismo rural, apesar de terem poucas condições de infra-estrutura. Sua certificação foi expedida em 10 de dezembro de 2004.

São Francisco Médio do Ipixuna e Vila Carrazedo - Fazem parte de um complexo de oito comunidades, totalizando 300 famílias, no município de Gurupá no estado do Pará, localizado a 462 km da capital Belém. Não é fácil o acesso a essas comunidades, o mesmo se dando apenas por via fluvial, pelo Rio Ipixuna. As comunidades são, em sua maioria, ribeirinhas e vivem da pesca e extração. Essas comunidades receberam certificação também em 10 de dezembro de 2004.

Sumidouro - No estado do Piauí, localiza-se Sumidouro no município de Queimada Nova, próximo à divisa com Pernambuco. No município, há outras seis comunidades já certificadas pela Fundação Palmares. Recebeu certificação em 04 de junho de 2004.

Mormaça e Arvinha - Pertence ao município de Sertão, distante 50 km da cidade de Passo Fundo, no planalto médio do Rio Grande do Sul. São formados por 22 famílias, numa área de 10 hectares. Suas principais atividades são a pecuária e derivados. Receberam certificação da Fundação Palmares em 31 de junho de 2006.

Quadro 1 – Distribuição geográfica e número de participantes das comunidades remanescentes de quilombos selecionadas para o estudo. BRASIL, 2007–2008

Estado	Município	Comunidade
Pará	Gurupá	São Francisco Médio do Ipixuna Vila Carrazedo
Maranhão	Itapecuru–mirim	Felipa Santa Maria dos Pretos
Piauí	Queimada Nova	Sumidouro
Ceará	Tururu	Conceição dos Caetanos Água Preta
Rio grande do Norte	Parelhas	Boa Vista dos Negros
Bahia	Vitória da Conquista	Boqueirão
Goiás	Nova Roma	Magalhães
Mato Grosso	Nossa Senhora do Livramento	Mata Cavalos de Cima
Minas Gerais	São João da Ponte	Brejo dos Crioulos
São Paulo	Registro	André Lopes
Rio Grande do Sul	Sertão	Mormaça Arvinha

5.3 Seleção e cálculo da Amostra

O processo de seleção da amostra foi realizada em duas etapas: Na primeira etapa, procedeu-se a uma seleção aleatória simples dos locais do estudo, a partir da lista de certificação de comunidades remanescentes de quilombos da Fundação Palmares, estratificada por região objetivando assim garantir a representatividade regional. A segunda etapa, nos locais, optou-se por uma amostra de conveniência, com voluntários consecutivos, por cotas. A opção por cotas e por uma amostra de conveniência deveu-se a questões de logística, levando-se ainda em consideração os recursos financeiros para os deslocamentos.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado considerando a proporção hipotética de não uso de preservativo de $p=20\%$. Assim, foram adotados os

seguintes parâmetros: erro $\alpha < 0,05$ erro $\beta < 0,20$; diferença mínima de proporções = 0,10. Número calculado=219 (47).

5.3.1 Processamento e análise dos dados

O banco de dados foi elaborado, com todas as questões do questionário utilizando-se o *software* Epi-Info 2000, *versão 3.2 para Windows*. Para a análise multivariada foi utilizada o *software* Stata *versão 11*.

As variáveis foram agrupadas em: Variáveis socioeconômicas e demográficas; variáveis relacionadas aos serviços de saúde, e variáveis relacionadas ao conhecimento atitudes e práticas.

O conceito de Vulnerabilidade programática para a infecção pelo HIV/aids utilizado nesta pesquisa advém de estudos realizados nos Estados Unidos por Mann e colaboradores a partir de 1992 e no Brasil a partir de 1997 por Ayres et al em 1997 que ampliaram sua conceituação.

Os parâmetros do teste para o vírus HIV e ações de prevenção, basearam-se nas recomendações do Departamento Nacional de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

As variáveis foram categorizadas levando-se em conta as medianas das medidas e, no caso do item renda, foram realizadas estratificações tendo como referência o salário mínimo vigente à época de trezentos e oitenta reais (R\$380,00). O quesito “cor da pele” foi auto-referido, tendo sido empregadas as categorias utilizadas pelo IBGE: branca, preta, parda/morena, amarela/oriental e indígena. Para efeito de análise optou-se por utilizar as categorias: “pessoas negras” e “pessoas não negras”, sendo as “negras” compostas pelos participantes que se auto declararam pretos, negros e pardos, e “não negros” a soma das demais categorias. A variável idade foi estratificada em igual ou menores de 35 anos e maiores que 36 anos. Para o nível de escolaridade, foram criadas as seguintes variáveis: analfabetos e nível fundamental incompleto; e acima do fundamental completo.

A análise dos dados observou os seguintes passos:

- A análise descritiva com a distribuição das variáveis mais importantes do estudo.
- A análise de associação foi efetuada pelo cruzamento das variáveis dependentes com cada uma das variáveis independentes, por meio de tabelas de contingência, aplicando os testes do Chi-quadrado de Mantel-Hanszel e quando necessário o teste exato de Fischer, para testar associações. Com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e foi considerado o valor de significância estatística $p < 0,05$. Foram calculadas as razões de prevalência como medida de associação e os respectivos intervalos de confiança.

Variáveis Preditoras: Idade, Sexo, Raça/cor, Estado Civil, Tempo residência na Comunidade, Nível de escolaridade, Situação em relação ao emprego, Renda pessoal, Renda familiar, Número de moradores e, auto-percepção de risco para o vírus HIV;

Variáveis de desfecho: Realização do teste para o vírus HIV, serviços de saúde do SUS como fontes de informação para prevenção do HIV/aids, relato de uso do preservativo em vida, obtenção do preservativo nos serviços de saúde e o conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus HIV.

- A análise multivariada para o controle dos fatores de confundimento, foi realizada por meio de regressão logística. Foram incluídas todas as variáveis que compunham modelos com maior significância. Os critérios para a permanência das variáveis no modelo final também levaram em consideração seu nível de significância e relevância. Utilizou-se o valor da função de verossimilhança e o Teste de Wald para avaliar, respectivamente, a significância e a qualidade de ajuste do modelo em todas as etapas.

5.4 Considerações éticas

O estudo foi desenhado em consonância com a legislação que regulamenta a pesquisa com seres humanos no país, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O protocolo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, parecer Nº 035/2007. A participação no estudo foi voluntária mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos respondentes que aceitaram participar da pesquisa.

6. RESULTADOS:

No período de dezembro de 2007 a dezembro de 2008, foram entrevistados 218 residentes de 12 comunidades remanescentes de quilombos de 10 estados das cinco regiões brasileiras, que compõem a amostra do estudo.

O primeiro conjunto de tabelas descreve as frequências das principais variáveis do estudo.

6.1 Características demográficas e socioeconômicas:

Pelas estatísticas descritivas apresentadas na tabela 1, a idade média identificada foi de 33 anos (dp=14,1), mediana de 33 anos e a amplitude de variação foi de 18 a 81 anos, dos quais 55,5% eram mulheres. A média de filhos foi 3, mediana de 3.

O tempo médio de moradia na comunidade foi de 15 anos e a mediana de 10 anos. A amplitude variou de 6 a 45 anos, sendo que 64,2% dos entrevistados referiram terem sempre morado na comunidade.

Em relação à raça/cor, prevalece o seguinte perfil: negra ou preta (66,8%), seguida da parda com um percentual de 27,1, apenas 4,7% se auto referiram como pertencente à raça branca. Não houve nenhuma referência às raças indígena ou amarela na população do estudo.

“Sou preto! Moreno é uma coisa. Preto! Já que eu me considero preto por que ele não? Como é que quer ser quilombo, mas não querem ser pretos, não é?” (Grupo focal - masculino - Arvinha - Sertão - RS).

“... Sou negra. Agora que conheço a história da minha raça, falo isso com muito orgulho!” (Grupo focal - feminino - Sumidouro - Queimada Nov- PI).

Tabela 1– Características demográficas de comunidades remanescentes de quilombos, Brasil, 2007 – 2008

Características		N	%
Sexo (n=218)	Feminino	121	55,5
	Masculino	97	44,5
Faixa Etária (n=218)	18 – 25	59	27,1
	26 – 35	61	28,0
	36 – 45	37	17,0
	46 – 55	35	16,1
	56 +	26	11,9
Raça / Cor (n=216)	Branca	10	4,7
	Negra	145	66,8
	Parda	61	27,1
Estado Civil (n=218)	Solteiro	56	25,7
	Casado/companheiro	147	67,4
	Divorciado/separado	7	3,2
	Viúvo	8	3,7

Fonte: Dados da Pesquisa

A tabela 2 apresenta a situação socioeconômica dos participantes. Em relação à escolaridade, 23,5% referiram nunca ter estudado e 50,2% tinham o ensino fundamental incompleto; 67,4% eram casados, 11,8% referiram estabilidade no emprego, enquanto 43,6% viviam sem renda. 34,1% declararam morar em casa com menos de três cômodos. O tipo de habitação variou de acordo com a região do país, sendo a maioria, cerca de 55,5% de alvenaria e 19,7% de madeira.

Tabela 2– Características socioeconômicas de comunidades remanescentes de quilombos, Brasil, 2007 – 2008*

Variáveis	N	%
Situação laboral (n=186)		
Emprego fixo	22	11,8
Renda individual (n=218) *		
Sem renda	95	43,6
Até ½ SM**	57	26,1
Mais de ½ a 1 SM	55	25,2
Mais de 1 SM	11	8,9
Renda familiar (n=218) *		
Sem renda	73	33,4
Até ½ SM	36	24,8
Mais de ½ a 1 SM	51	35,2
Mais de 1 SM	58	40,0
Níveis de Escolaridade (n=217)		
Nunca estudou ou Analfabeto	51	23,5
Fundamental incompleto	109	50,2
Fundamental	13	06
> = médio incompleto	44	20,3
Número cômodos domicílio (n=214)		
< = 3	73	34,1
>3	141	65,9
Tipo de habitação (n=218)		
Alvenaria	121	55,5
Pau a pique	07	3,2
Palhoça	11	5,0
Adobe / reboco	21	9,6
Madeira	43	19,7
Outros	15	6,9

Fonte: Dados da Pesquisa

* Em frações de salário–mínimo.

**Entre 04/2007 a 02/2008, período de realização do estudo, o salário–mínimo (SM) brasileiro valia R\$380,00, equivalente a U\$189,05. No mesmo período, a cotação média da moeda americana era de R\$2,01 (Fonte: Banco do Brasil)

A tabela 3 indica referência a situações de violência de motivação racial vivenciadas pelos entrevistados, bem como a participação em organizações sociais ou civis. Uma terceira parte referiu ter sofrido algum tipo de violência, sobretudo agressões verbais, principalmente entre os homens pesquisados. A tendência também ficou evidenciada nos relatos de grupos focais. Apenas uma pessoa relatou na entrevista individual antecedente de violência de motivação racial por parte do serviço de saúde. Ao mesmo tempo, 77% dos entrevistados participavam de organizações da sociedade civil e 64% de grupos de luta pela igualdade e democracia racial.

“Não. Eu nunca passei por nada por causa da minha cor, às vezes quando vinha da escola com a minha irmã e passava lá pelas casas dos gringos, eles gritavam: lá vão aqueles pretos! Aquilo me dava uma dor por dentro, mas eles nunca bateram na gente, acho que por que eu era maior.” (Grupo focal - masculino - Mormaça - Sertão - RS).

“Quando você vai arrumar um emprego, você chega à porta da casa da pessoa com sua cor e eles já não querem mais. Eles não falam que é por conta da cor da pessoa, mas pelo o jeito a gente já percebe. Se você vai numa loja dessas arrumar um emprego, vai num lugar arrumar um emprego, muita gente não consegue por causa de cor” (Grupo focal - feminino - Magalhães - Nova Roma - GO)

Tabela 3 – Antecedentes de violência de motivação racial e participação em organizações da sociedade em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

	N	%
Antecedente de violência de motivação racial (N= 216)		
Sim	71	32,9
Não	145	67,1
Participação em organização social (N=210)		
Sim	163	77,6
Sim, mas não participa mais	7	3,3
Não	40	19,0
Participação em organização de luta pela igualdade racial (N=216)		
Sim	138	63,9
Sim, mas não participa mais	11	5,1
Não	67	31,0

Fonte: Dados da pesquisa

No que se refere ao conhecimento e uso do preservativo, 91,2 % afirmou conhecer a sua utilidade (Tabela 4). A maioria chegou a afirmar já ter usado em relação sexual pelo menos uma vez na vida (63,2 %), contudo, é muito menor a frequência de uso consistente, sendo que apenas 23,8% afirmaram a prática de sexo protegido sempre. Nos últimos seis meses antes da entrevista, apenas 18,3% mencionaram uso consistente.

Dentre todos os entrevistados, 65,3% referiram saber usá-lo corretamente, independentemente de ter mencionado uso ou não em relação sexual. Quanto à forma de aquisição, somente 122 pessoas responderam, das quais 45,9% adquiriu por conta própria, mediante compra. Os serviços de saúde foram responsáveis por oferecer preservativos para apenas 36,1%, podendo-se inferir certa dificuldade de acesso ao insumo.

“Mas pra a gente chegar com preservativo, oferecendo, é muito sem graça. A gente conduz, quem precisou, procurou, a gente entrega ali, não tem nada a ver. Pra mim, chegar oferecendo preservativo é muito desajeitado”. (Grupo focal- feminino – Magalhães- Nova Roma - GO).

“Usar preservativo é a forma mais fácil, não é. Hoje até os hospitais, os postos dão preservativo. E também a pessoa ver o meio dele evitar. A pessoa também tem que ver uma forma pra ele evitar esse tipo de doença” (Grupo focal- feminino - André Lopes - Registro -SP).

Tabela 4 – Conhecimento e características do uso do preservativo em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	N	%
Conhecimento do preservativo (N=217)		
Sim	198	91,2
Não	19	8,8
Uso consistente (N=206)		
Sim	49	23,8
Não	157	76,2
Uso últimos 6 meses (N=197)		
Sempre	36	18,3
Na maioria das vezes	14	7,1
Menos de 50%	3	1,5
Poucas vezes	26	3,2
Nunca	116	58,9
Não sabe / não respondeu	2	1,0
Formas de obtenção (N=122)		
Compra	56	45,9
Serviço de saúde	44	36,1
ONG	1	0,8
Compra e recebe do serviço	16	3,1

Eventos	16	13,1
Outros	5	4,1
Uso correto (N=213)		
Sim	139	65,3
Não	47	22,1
Dúvidas	27	12,7

Fonte: Dados da pesquisa

Para detectar o nível de conhecimento do grupo estudado sobre o HIV/ aids, foi perguntado sobre suas formas de transmissão. As respostas constam na Tabela 5. Foram elencadas afirmativas corretas e incorretas sobre as formas de transmissão, incluindo mitos correntes no senso comum, para verificação do acesso à informação desse segmento. Pouco menos da metade dos entrevistados afirmou ter conhecimento sobre formas de transmissão (47,4%), o que é preocupante.

Sobre as formas de transmissão, 76,2% tem consciência da possibilidade de transmissão vertical, bem como a maioria (89,8%) sabe o risco de infecção via sexo desprotegido. Apesar disso, ainda é considerado alto o número de pessoas que desconhece ou não soube responder a questão (10%). Ainda é alta a frequência de dúvidas a respeito de certas formas de transmissão: compartilhamento de seringas (16,3%), uso comum de banheiro ou objetos pessoais (20,5%), contato corporal simples (19,4%) e banhos de rio, piscina, etc., junto a uma pessoa com aids (22,7%), números que chamam atenção para a questão do preconceito e estigmas, fatores que ajudam a elevar a vulnerabilidade, além de contribuírem para dificuldades de convivência com quem vive com o vírus.

Chama a atenção que quase 60% dos entrevistados afirmou acreditar que haja transmissão via picada de mosquitos ou insetos. Além disso, 12,5% afirma ser possível reconhecer alguém infectado por meio da aparência física.

“Eu não conheço, eu não sei quem é, mas eu estive em Teresina de Goiás e lá eu estava numa festa e uma mulher chegou em mim e falou assim: “Ó, toma cuidado aí porque tem gente com aids aqui.” Aí ela me mostrou uma mulher lá, mas eu não tenho certeza, ela me falou, mas eu não sei se isso é verdade”.
(Grupo focal – masculino - Magalhães - Nova Roma - GO).

Tabela 5 – Conhecimento sobre DST/HIV/aids e formas de transmissão em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	N	%
Conhecimento sobre transmissão do HIV (N=213)		
Sim	101	47,4
Não	58	27,2
Dúvidas	54	25,4
Transmissão na gestação e parto (N=214)		
Sim	163	76,2
Não	16	7,5
Não sabe	35	16,4
Sexo sem proteção com parceiro infectado (N=215)		
Sim	193	89,8
Não	02	0,9
Não sabe	20	9,3
Compartilhar agulhas e seringas (N=215)		
Sim	172	80,0
Não	8	3,7
Não sabe	35	16,3
Transmissão por picada de inseto (N=212)		
Sim	123	58,0
Não	35	16,5
Não sabe	54	25,5
Compartilhar banheiro, copos, talheres (N=212)		
Sim	65	30,2

Não	106	49,3
Não sabe	44	20,5
Aperto mão, beijo, abraço, toque (N=212)		
Sim	51	23,6
Não	123	56,9
Não sabe	42	19,4
Sim	53	24,5
Não	114	52,8
Não sabe	49	22,7
Reconhecer alguém com aids pela aparência (N=216)		
Sim	27	12,5
Não	146	67,6
Não sabe	43	19,9

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre as percepções de risco em diferentes formas de relação sexual, a maioria soube responder com acurácia em relação à forma mais comum, sexo vaginal (Tabela 6). 78,8% confirmou saber do risco da prática de sexo vaginal sem preservativo. Contudo, sobre outras práticas, como sexo oral e anal, há mais dúvidas e desinformação, demonstrando haver aspectos culturais e educacionais impactando essa percepção. 35,3% demonstraram dúvidas em relação a sexo oral desprotegido e 29,9% em relação a sexo anal desprotegido. Ainda há grande parte que desconhece ou tem dúvidas sobre a segurança da prática de masturbação mútua (53,6%).

Tabela 6 – Percepção sobre o grau de risco em algumas práticas sexuais em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	N	%
Sexo vaginal com preservativo (N=215)		
Segura	166	77,2
Insegura	7	3,3
Dúvida	42	19,5
Sexo vaginal sem preservativo (N=208)		
Segura	1	0,5
Insegura	164	78,8
Dúvida	43	20,7
Sexo oral com preservativo (N=212)		
Segura	127	59,9
Insegura	14	6,6
Dúvida	71	33,5
Sexo oral sem preservativo (N=204)		
Segura	6	2,9
Insegura	126	61,8
Dúvida	72	35,3
Sexo anal com preservativo (N=214)		
Segura	133	62,1
Insegura	17	7,9
Dúvida	64	29,9
Sexo anal sem preservativo (N=205)		
Segura	4	2,0
Insegura	140	68,3
Dúvida	61	29,8
Masturbação mútua (N=211)		
Segura	49	23,2
Insegura	49	23,2

Fonte: Dados da pesquisa

Os meios de comunicação de massa aparentam ser grandes fontes de informação sobre temas de saúde, aids e DST nas comunidades estudadas (Tabela 7). 47,4% indicou a televisão como principal veículo de informação. 18% mencionou os serviços de saúde e 26,3% materiais educativos. 11% se ateve à escola e 4% mencionou rádio, e, apenas 1,9% citou internet.

Fez parte do questionário a noção individual de cada entrevistado sobre sua própria situação de risco para a infecção. A maioria (32,9%) não se vê em situação de risco, mas, 20% não soube avaliar seu grau de risco. Cerca de 22,7% se acha em risco alto ou médio. Há certa contradição com os dados apresentados anteriormente, que apontam baixo percentual de uso consistente do preservativo em todas as relações sexuais, isso devido à temática que envolve valores e tabus.

Tabela 7 – Fontes de informação sobre aids e autopercepção de risco para a infecção com o vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos.

Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	N	%
Principal fonte de informação (N=209)		
Televisão	99	47,4
Rádio	09	4,3
Revistas, jornais, panfletos.	55	26,3
Amigos	16	7,7
Serviço de saúde	38	18,2
Escola	23	11,0
Outros	20	9,5
Auto-percepção de risco para infecção HIV (N=216)		
Grande	12	5,6
Médio	37	17,1

Pequeno	53	24,5
Nenhum	71	32,9
Não sabe avaliar	43	19,9

Fonte: Dados da pesquisa

Foi verificado, mediante abordagem sindrômica, o antecedente de prováveis sinais ou sintomas relacionados às DST nos seis meses anteriores à entrevista. Apenas 20 entrevistados fizeram menção ao fato. A maioria (70,0) referiu ter procurado os serviços de saúde. Mesmo assim, ainda houve referência a busca de farmácia e 10% não tomou providências, mesmo com sinais e sintomas de uretrites ou vaginites inespecíficas.

Tabela 08 – Antecedentes de sinais /sintomas de DST nos últimos seis meses e procura por assistência médica em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007–2008

Variáveis	N	%
Antecedente de feridas / corrimento (n=214)		
Sim	20	9,3
Não	194	90,7
Medidas adotadas frente sintomas e sinais (n=20)		
Busca de farmácia	1	5,0
Busca de serviço público de saúde	14	70,0
Não fez nada	2	10,0
Outros	3	15,0

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto aos serviços de saúde públicos, para se analisar a questão do acesso, foi levantada a disponibilidade e especificidade de serviços presentes nas comunidades ou próximos (Tabela 9). Também foi levantada a forma de transporte utilizada para acessar tais serviços e a percepção de dificuldade no

atendimento. 44,8% dos entrevistados referiu utilizar serviços do Centro de Saúde das Secretarias Municipais de Saúde, seguido do Programa Saúde da Família (21,7%) e unidades de saúde do PACS. A forma mais utilizada para chegar aos serviços foi a pé (37,9%), seguida de ônibus (24,8%). Mais da metade (52,7%) perceberam dificuldades na oferta de atendimento.

Tabela 9 – Acesso aos serviços públicos de saúde das comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	N	%
Serviço público disponível na comunidade (n=203)		
Centro de Saúde da SMS*	91	44,8
Unidade de Saúde do PACS**	19	9,4
Unidade de Saúde do PSF***	44	21,7
Hospital público	38	18,7
Outros	11	5,4
Meio de transporte acesso ao serviço de saúde (n=214)		
Ônibus	53	24,8
Bicicleta	21	9,8
A pé	81	37,9
Carro / Moto	37	37,6
Outros	22	10,3
Percepção de dificuldade no atendimento (n=205)		
Sim	108	52,7
Não	97	47,3

Fonte: Dados da pesquisa

* Secretaria Municipal de Saúde local; ** Programa de Agentes Comunitários de Saúde; *** Programa de Saúde da Família

Há interesse por parte das comunidades em relação a atividades de prevenção do HIV e DST (Tabela 10). Pouco mais da metade informou ter participado de atividades de prevenção (51,4%), em geral palestras e oficinas

sem continuidade. Apenas 20,1% participou de alguma dessas atividades no último ano que antecedeu a pesquisa.

Tabela 10 – Participação em atividades de prevenção de DST e aids em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	N	%
Participação em atividades de prevenção em vida (N=216)		
Sim	111	51,4
Não	105	48,6
Participação em atividades de prevenção último ano (N=214)		
Sim	43	20,1
Não	171	79,9

Fonte: Dados da pesquisa

Dentre a amostra, foi baixa a frequência de testagem para o HIV (Tabela 11). Apenas 21,7% realizou alguma vez a sorologia. Mulheres realizaram o teste com mais frequência (25,6% contra 16,7%). A maioria o fez em serviços públicos gratuitos (84%) e buscou os resultados. Houve também referência aos bancos de sangue, sem informar especificamente se essa busca se deveu em função da testagem.

Tabela 11 – Antecedente de testagem sorológica para o vírus HIV e características da procura por assistência em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	N	%
Antecedente de testagem para o vírus HIV (n=217)		
Sim	47	21,7
Não	170	78,3
Local realização do teste sorológico (n=45)		
Serviço público geral	33	73,3
Serviço público especializado	5	11,1
Serviço privado	3	6,7
Banco de sangue / hemocentro	4	8,9
Busca do resultado (n=46)		
Sim	45	97,8
Não	1	2,2

Fonte: Dados da pesquisa

* Totais não coincidem com os 47 que referiram testagem por causa de informação não fornecida.

Dentre a grande maioria de entrevistados, 80% negaram a realização do teste para o vírus HIV. Algumas motivações para a não realização da testagem estão retratadas na Tabela 12. Apenas 30% afirmou ter conhecimento dos locais para realização do teste. Mais da metade informou falta de interesse ou achar desnecessário.

Tabela 12 – Conhecimento sobre local de oferta e motivos para não realização do teste sorológico pra o vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	N	%
Se não fez o teste, sabe onde fazer? (n=165) *		
Sim	50	30,3
Não	115	69,7
Motivo para não realização do teste (n=155) *		

Não achou necessário	53	34,2
Nuca se interessou	44	28,4
Não sabe / não respondeu	17	11,0
Não sabia onde fazer	7	4,5
Não tinha serviço de saúde	6	3,9
Medo do resultado	3	1,9
Não havia teste disponível	2	1,3
Outros motivos	23	14,8

Fonte: Dados da pesquisa

* Totais não coincidem com os 170 que referiram não testagem por causa de informação não fornecida.

No caso específico das mulheres (Tabela 13), a maioria tinha filhos (85%), a média de idade dos filhos foi de 8,8 anos (variação de 0 a 35 anos, mediana=5,5 anos). 75,8% afirmaram ter realizado o pré-natal. A maioria realizou parto via vaginal em hospital ou maternidade (65%). Contudo, a maioria das mulheres está em condição de risco de transmissão vertical, pois 53,9% referiram não ter feitos exames sorológicos para o vírus HIV nem no pré-natal nem no momento do parto, apenas 19,6% o fizeram no pré-natal e 2,9% no momento do parto. 23,5% não souberam informar se foram submetidas ao teste nas ocasiões citadas.

Tabela 13 – Antecedentes de maternidade, características da assistência à saúde materna e testagem sorológica para o vírus HIV em mulheres de comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	N	%
Filhos (n=121)		
Sim	103	85,1
Não	18	14,9
Pré-natal na última gravidez (n=99) *		
Sim	75	75,8
Não	24	24,2
Tipo de parto (última gestação) (n=103) *		

Domiciliar	16	15,5
Hospitalar (via vaginal)	67	65,0
Hospitalar (via cesariana)	20	19,4

Realização do teste HIV (última gestação) (n=102)

Sim, no pré-natal	20	19,6
Sim, no parto	3	2,9
Não	55	53,9
Não sabe informar	4	23,5

Fonte: Dados da pesquisa

* Totais não coincidem com os 121 que referiram ter filhos por causa de informação não fornecida.

Uma parcela significativa da amostra se disse satisfeita com os serviços de saúde (Tabela 14). 43% classificou-os como bom ou ótimo. Ainda assim, prevalecem as categorias regular e ruim (56,8%), pelas razões apontadas como grandes distâncias entre a residência e o serviço de saúde, falta constante de profissionais, horários inconvenientes para recolhimento de senhas, agendamentos ou fichas, e ainda presença de filas.

Tabela 14 – Percepção geral do serviço público de saúde em moradores de comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	N	%
Avaliação subjetiva sobre o serviço (n=208)		
Ótimo	5	2,4
Bom	85	40,9
Regular	69	33,2
Ruim	49	23,6

Fonte: Dados da pesquisa

6.2 Análise de Associação não ajustada

Nas tabelas a seguir, apresentam-se a análise univariada não ajustada de possíveis associações das variáveis preditoras com as variáveis de desfecho do estudo.

Em relação à análise de variáveis independentes (demográficas e socioeconômicas) e a realização do teste para o vírus HIV (tabela 15), foi observada significância da renda individual, a não participação em movimentos de luta pela igualdade e democracia racial e a referência a ter morado fora da comunidade. Os entrevistados com renda individual maior que um salário mínimo apresentaram maior frequência na realização do teste para o vírus HIV, bem como os que referiram ter morado fora da Comunidade, independente do tempo. De modo semelhante, pessoas que não participavam de movimentos de luta pela igualdade racial tiveram maior probabilidade de realizar o teste para o vírus HIV pelo menos uma vez na vida.

Tabela 15 – Análise de associação entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e a realização do teste para o vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	Categorias	%	RP (IC 95%)	Valor p M-H*/Fischer **
Sexo	Feminino	25,6	1,53 (0,89 – 2,63)	0,11
	Masculino	16,7		
Idade (em anos)	≤ 35	25,2	1,45 (0,85 – 2,47)	0,16
	> 35	17,3		
Raça/cor	Negra	21,5	0,71 (0,26–1,91)	0,52
	Não negra	30,0		
Estado Civil	Solteiro	22,1	1,06 (0,60 – 1,88)	0,81
	Outros	20,6		

Nível escolaridade	Analfabeto + fund. Incomp.	20,1	0,76 (0,48–1,30)	0,33
	≥ Fund.	26,3		
Situação laboral	<i>Emprego fixo</i>	31,8	1,44 (0,73–2,83)	0,31
	<i>outros</i>	22,1		
Renda individual	Até 1 SM	14,4	0,31 (0,14–0,69)	0,02
	>1SM	45,5		
Renda familiar	Até 1SM	18,6	0,89 (0,46–1,75)	0,75
	>1SM	20,7		
Violência/ discriminação racial	Sim	16,9	0,71 (0,39–1,29)	0,26
	Não	23,6		
Participação Movimento luta igualdade racial	Sim	18,1	0,59 (0,36–0,98)	0,04
	Não	30,3		
Participação Movimentos sociais Comunidade	Não	23,1	1,19 (0,43–1,61)	0,60
	Sim	19,4		
Sempre morou na comunidade	Sim	16,5	0,53 (0,32–0,88)	0,01
	Não	30,8		
Coabitação	≤5 pessoas	23,5	1,31 (0,72–2,36)	0,35
	>5 pessoas	17,9		

Fonte: dados da pesquisa

* M–H= Chi–quadrado Mantel –Haenszel

** Teste Fischer utilizado quando recomendado

*** outros (casado, viúvo, divorciado, outros)

****SM = \$380,00 (US\$)

Na Tabela 16, quanto à análise de preditoras relacionadas ao serviço de saúde e a realização do teste para o vírus HIV, observou-se uma associação entre as variáveis dependentes: informações sobre prevenção recebidas nos serviços de saúde e obtenção do preservativo nos serviços de saúde. Além dessas, foi verificada ainda significância estatística entre a realização de pré-natal na última gestação. As mulheres que relataram terem feito o pré-natal tiveram 8,26 maior probabilidade de terem realizado o teste. Já entre os que relataram obter preservativo no serviço de saúde, a probabilidade de terem se submetido ao teste foi 2,27 vezes maior do que os que relataram tal fato. Entre os que usam o serviço como meio de obtenção de informações sobre prevenção do HIV, a probabilidade de terem feito o teste foi 1,95 maior que entre os que não se informam nos serviços de saúde.

Tabela 16 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao serviço de saúde e a realização da testagem para o vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	Categorias	%	RP (IC 95%)	Valor p M– H*/ Fischer **
Dificuldades atendimento serviço saúde	Sim	19,4	0,81 (0,48 – 1,37)	0,43
	Não	24,0		
Fontes informação	Serviço de saúde	36,8	1,95 (1,16 – 3,29)	0,01
	Outros***	18,8		
Meio obtenção preservativo	Serviço saúde	40,9	2,27 (1,26 – 4,12)	0,005
	Outros locais	17,9		
Sintomas DST auto referido	Sim	30,0	1,48 (0,70–2,98)	0,24
	Não	20,7		

Pré- natal última gestação	SIM	34,7	8,26 (1,19 – 58,1)	0,007
	Não	4,2		
Nº consultas pré-natal	< 6	30,0	0,73 (0,34 – 1,55)	0,40
	> = 6	40,8		
Avaliação do serviço saúde	Ótimo/bom/reg	22,6	1,00 (0,55–1,82)	0,97
	ruim	22,4		

Fonte: Dados da pesquisa

* M-H= Chi-quadrado Mantel –Haenszel

** Teste Fischer utilizado quando recomendado

A tabela 17 traz os resultados da análise de associação entre a realização do teste anti-hiv e as variáveis relacionadas ao conhecimento, atitudes e práticas dos participantes do estudo. Foi observada uma associação entre o relato do conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus HIV, e a realização da testagem; aqueles que referem tal conhecimento tem 1,74 maior probabilidade de terem se submetido ao teste em vida. Também mostraram associação as variáveis participação em atividades de prevenção e a percepção de risco, sendo que aqueles que não se percebem em risco, tem menor probabilidade de realizar o teste.

Tabela 17 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao conhecimento, atitudes e práticas e a realização da testagem para o vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	Categorias	%	RP (IC 95%)	Valor p M-H*/Fischer**
Participação atividades de prevenção	Sim	30,6	2,45 (1,37– 4,37)	0,001
	Não	12,5		
Conhecimento Formas de transmissão HIV	Sim	26,7	1,74 (1,01–3,00)	0,04

	Não	15,3		
Formas diversão 1	Bailes, bares	22,2	1,03 (0,48–2,21)	0,92
	Outros	21,4		
Formas diversão 2	TV, rádio	22,4	1,05 (0,58–1,92)	0,85
	Outros	21,2		
Formas diversão 3	Igreja	13,6	0,61 (0,20–1,82)	0,26
	Outros	22,1		
Conhece preservativo	Sim	22,8	2,17 (0,57–8,25)	0,17
	Não	10,5		
Motivos não uso preservativo	Confiança no parceiro(a)	23,5	1,04 (0,57–1,88)	0,88
	outros	22,5		
Percepção risco	Grande	41,7	2,06 (1,00 – 4,25)	0,08
	Outros	20,2		
Percepção risco	Nenhum	11,4	0,43 (0,21 – 0,88)	0,01
	Outros	26,2		

Fonte: Dados da pesquisa

* M-H= Chi-quadrado Mantel –Haenszel

** Teste Fischer utilizado quando recomendado

Na tabela 18, quanto as variáveis relacionadas ao serviço de saúde como fonte de informação em relação ao HIV/aids, foi verificado valores estatisticamente significantes nas variáveis de gênero, estado civil e nível de escolaridade. Na questão de gênero, as mulheres tem 2,28% maior probabilidade de receberam esse tipo de informação nos serviços de saúde. Os

entrevistados maiores que 35 anos tiveram 0,59 maior probabilidade de procurarem informação nos serviços de saúde e em relação à raça/cor os não negros tiveram uma probabilidade 0,81 maior que os que se auto referiram como negros. A coabitação não apresentou significância estatística, sendo RP =1 (0,53–1,85) e p=1,00.

Tabela 18 – Análise de associação entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e o serviço de saúde como fonte de informação em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	Categorias	%	RP (IC 95%)	Valor p M-H*/ Fischer **
Sexo	Feminino	24,3	2,28 (1,17 – 4,46)	0,01
	Masculino	10,6		
Idade (em anos)	≤ 35	13,9	0,59 (0,33 – 1,06)	0,07
	> 35	23,4		
Raça/cor	Negra	18,2	0,81 (0,23 – 2,87)	0,51
	Não negra	22,2		
Estado Civil	Solteiro	21,9	2,30 (1,01 – 5,22)	0,03
	(Casado, divorciado, viúvo, outros)	9,5		
Nível escolaridade	Analfabeto + fund. Incomp.	21,2	2,41 (0,99 – 5,89)	0,03
	≥ Fund.	8,8		
Situação laboral	Emprego fixo	22,7	1,18 (0,51–2,72)	0,44
	outros	19,2		

Renda individual	Até 1 SM	19,4	2,13 (0,31–14,4)	0,35
	>1SM	9,1		
Renda familiar	Até 1SM	17,6	1,25 (0,57–2,76)	0,56
	>1SM	14,0		
Violência / discriminação racial	Sim	20,0	1,14 (0,63–2,06)	0,66
	Não	17,5		
Participação Movimento luta igualdade racial	Não	12,5	0,59 (0,81–3,45)	0,14
	Sim	21,0		
Participação Movimentos sociais Comunidade	Não	13,9	0,81 (0,50–2,94)	0,43
	Sim	17,0		
Sempre morou na comunidade	Sim	15,8	0,70 (0,39–1,25)	0,23
	Não	22,4		

Fonte: Dados da pesquisa

* M-H= Chi-quadrado Mantel – Haenszel

** Teste Fischer utilizado quando recomendado

*** SM = \$380,00

Quanto a associação de variáveis descritas na Tabela 19, foi observado uma associação estatisticamente significativa entre a obtenção de preservativos nos serviços de saúde e o serviço como fonte de informação sobre o HIV/aids. As pessoas que recebem preservativos nos serviços de saúde tem uma probabilidade 2,5 vezes maior de terem acesso a essas informações no serviço.

Tabela 19 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao serviço de saúde e o serviços de saúde como fontes de informação em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	Categorias	%	RP (IC 95%)	Valor p M-H*/Fischer **
Dificuldades atendimento serviço	Sim	14,7	0,60 (0,33 – 1,09)	0,09
	Não	24,2		
Meio obtenção preservativo	Serviço saúde	22,7	2,50 (1,02 – 6,10)	0,03
	Outros locais	9,1		
Pré natal última gestação	Sim	28,2	2,15 (0,70–6,61)	0,14
	Não	13,0		
Nº consultas pré natal	< 6	18,2	0,75 (0,18–3,01)	0,51
	≥ 6	24,2		
Avaliação do serviço saúde	Ótimo/bom/reg	69,4	0,82 (0,62 – 1,07)	0,21
	ruim	84,2		

Fonte: Dados da pesquisa

* M-H= Chi-quadrado Mantel –Haenszel

**Teste Fischer utilizado quando recomendado

Na tabela 1 (apêndice), quanto a análise de variáveis preditoras sobre conhecimentos, atitudes e práticas e o serviço de saúde como fonte de informação privilegiada, não houve significância estatística.

Na tabela 20, quanto à associação entre a obtenção do preservativo nos serviços de saúde e as variáveis socioeconômicas e demográficas, foi observada uma associação estatisticamente significativa em relação às variáveis: gênero e situação de violência de cunho racista vivenciada pelos participantes. As mulheres apresentam 3,84 vezes maior probabilidade de adquirir o preservativo nos serviços de saúde, sendo explicado pelo maior acesso das

mulheres aos serviços. Já os indivíduos que referiram nunca terem sofrido discriminação racial, tiveram 0,54 maior probabilidade de obter o preservativo nos serviços de saúde.

Tabela 20 – Análise de associação entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e a obtenção de preservativos no serviço de saúde em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	Categorias	%	RP (IC 95%)	Valor p M–H*/Fischer**
Sexo	Feminino	64,0	3,84 (2,20–6,70)	0,000001
	Masculino	16,7		
Idade (em anos)	≤ 35	38,8	1,30 (0,74 – 2,29)	0,33
	> 35	29,7		
Raça/cor	Negra	36,5	0,73 (0,65–1,97)	0,69
	Não negra	50,0		
Nível escolaridade	Analfabeto + fund. Incomp.	38,5	1,21 (0,72 – 2,02)	0,46
	≥ Fund.	31,8		
Estado Civil	Solteiro	42,7	1,67 (0,32–1,05)	0,05
	(casado, divorciado, viúvo, outros)	25,5		
Situação laboral	Emprego fixo	33,3	0,87 (0,40–1,87)	0,71
	outros	38,2		

Renda individual	Até 1 SM	41,5	1,10 (0,43–2,83)	0,57
	>1SM	37,5		
Renda familiar	Até 1SM	46,5	1,36 (0,79 – 2,31)	0,25
	>1SM	34,1		
Violência/ discriminação racial	Sim	23,1	0,54 (0,28–1,01)	0,03
	Não	42,7		
Participação Movimento luta igualdade racial	Não	46,2	1,49 (0,41–1,07)	0,10
	Sim	30,9		
Participação Movimentos sociais Comunidade	Não	31,6	0,84 (0,43–1,12)	0,63
	Sim	37,4		
Sempre morou na Comunidade	Sim	30,4	0,70 (0,43–1,12)	0,14
	Não	43,4		
Coabitação	≤5 pessoas	32,4	4,68 (0,42 – 1,10)	0,13
	>5 pessoas	6,92		

Fonte: Dados da pesquisa

* M–H= Chi–quadrado Mantel –Haenszel

** Teste Fischer utilizado quando recomendado

***SM = \$380,00

Na tabela 21, a única variável associada à aquisição do preservativo foi a televisão e o rádio como formas de diversão relatada. As pessoas que utilizam a televisão e o rádio como diversão têm 1,96 maior probabilidade de obter preservativo nos serviços de saúde.

Tabela 21 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao conhecimento, atitudes e práticas e a obtenção do preservativo no serviço de saúde em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	Categorias	%	RP (IC 95%)	Valor p M-H*/ Fischer**
Conhece formas de transmissão HIV	Sim	44,6	1,60 (0,96–2,67)	0,05
	Não	27,8		
Formas diversão 1	Bailes, bares	33,3	0,89 (0,46–1,71)	0,72
	Outros	37,4		
Formas diversão 2	TV, rádio	60,0	1,96 (1,26–3,05)	0,0067
	Outros	30,5		
Formas diversão 3	Igreja	50,0	1,39 (0,60–3,21)	0,38
	Outros	36,0		
Conhece preservativo	Sim	35,5	0,35 (0,27–0,45)	0,36
	Não	100,0		
Motivos não uso do preservativo	Confiança no parceiro (a)	26,7	0,62 (0,30–1,26)	0,17
	outros	42,9		
Percepção risco	Grande	40,0	1,13 (0,51–2,53)	0,50
	outros	35,1		
Percepção risco	Nenhum	32,4	0,87 (0,50–1,53)	0,64
	Outros	36,8		

Fonte: Dados da pesquisa

* M-H= Chi-quadrado Mantel –Haenszel

** Teste Fischer utilizado quando recomendado

Na tabela 2 (apêndice), quanto à análise de variáveis preditoras relacionadas aos serviços de saúde e a aquisição do preservativo, não foi observada significância estatística entre as variáveis estudadas.

Entre as variáveis descritas na Tabela 22, as variáveis, gênero, nível de escolaridade e situação no emprego mostraram-se associados estatisticamente com o conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus HIV. As mulheres, pessoas com maior escolaridade e com emprego fixo, mostraram maior conhecimento sobre as formas de transmissão. No caso das mulheres, elas tem 1,36 maior probabilidade de conhecerem as formas de transmissão do vírus HIV, como também os participantes com maior escolaridade, com 0.52 maior probabilidade e os que referiram estabilidade no emprego com 1,66.

Tabela 22 – Análise de associação entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e conhecimento formas transmissão do vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	Categorias	%	RP (IC 95%)	Valor p M-H*/ Fischer **
Sexo	Feminino	53,8	1,36 (1,01–1,84)	0,03
	Masculino	39,4		
Idade (em anos)	≤ 35	52,1	1,25 (0,93–1,68)	0,12
	> 35	41,5		
Raça/cor	Negra	47,0	0,78 (0,46–1,32)	0,31
	Branca	60,0		
Nível escolaridade	Analfabeto + fund. Incomp.	38,1	0,52 (0,40–0,68)	0,00001
	≥ Fund.	71,4		

Estado Civil	Solteiro	52,7	1,15 (0,85–1,56)	0,36
	Outros***	45,6		
Situação laboral	<i>Emprego fixo</i>	68,2	1,66 (1,18–2,34)	0,01
	<i>outros</i>	40,9		
Renda individual	Até 1 SM****	47,3	0,94 (0,49–1,81)	0,56
	>1SM	50,0		
Renda familiar	Até 1SM	54,1	0,97 (0,71–1,32)	0,88
	>1SM	55,4		
Violência/ discriminação racial	Sim	51,4	1,15 (0,85–1,54)	0,35
	Não	44,7		
Participação Mov. luta igualdade racial	Sim	48,3	1,09 (0,79–1,51)	0,55
	Não	43,9		
Participação movimentos sociais Comunidade	Sim	46,1	0,96 (0,67–1,39)	0,87
	Não	47,5		
Sempre morou Comunidade	Sim	46,4	0,94 (0,70–1,25)	0,68
	Não	49,3		
Coabitação	≤ 5 pessoas	47,2	0,97(0,72–1,31)	0,85
	>5pessoas	48,5		

Fonte: Dados da pesquisa

*M–H= Mantel – Haenszel

** Teste Fischer utilizado quando recomendado

*** outros (casado, viúvo, divorciado, outros)

****SM = \$380,00 (US\$)

Em relação à tabela 23, observa-se que a participação em atividades de prevenção relatada pelos participantes do estudo, aumenta a probabilidade de conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus, chegando ao dobro.

Tabela 23 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao serviço de saúde e o conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	Categorias	%	RP (IC 95%)	Valor p M-H*/ Fischer**
<i>Dificuldades atendimento serviço de saúde</i>	Sim	43,6	0,82 (0,61 – 1,10)	0,19
	Não	52,8		
<i>Participação atividades de prevenção</i>	Sim	62,7	2,04 (1,47 – 2,83)	0,000004
	Não	30,7		
<i>Meios obtenção preservativo</i>	Serviços	65,9	1,37 (0,99–1,88)	0,05
	Outros	48,0		
<i>Pré natal última gestação</i>	Sim	56,8	1,45 (0,83 – 2,50)	0,14
	Não	39,1		
<i>Nº consultas pré natal</i>	< 6	55,1	0,74 (0,51 – 1,08)	0,16
	≥ 6	73,7		
<i>Avaliação do serviço saúde</i>	Ótimo/bom/reg	46,8	0,87 (0,64 – 1,20)	0,44
	ruim	53,2		

Fonte: Dados da pesquisa

* M-H= Chi-quadrado Mantel –Haenszel

** Teste Fischer utilizado quando recomendado

Na tabela 3 (apêndice) quanto à análise de variáveis preditoras sobre conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas às DST/HIV/aids e o conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus HIV, não houve associação estatisticamente significativa.

Na tabela 24, estão descritas as associações das variáveis preditoras com o uso do preservativo. As variáveis gênero, idade, estado civil, nível de escolaridade e renda familiar mostraram uma associação significativa com o desfecho descrito. As mulheres tiveram 2,14 maior probabilidade de uso do preservativo. Entre os maiores de 35 anos a probabilidade de uso do preservativo foi 0,26 maior. Entre os que não se referiram como solteiros a probabilidade de uso do preservativo foi 0,46 maior. Em relação ao nível de escolaridade, os participantes com menos escolaridade tiveram 3,11 maior probabilidade de uso do preservativo, assim como os participantes com renda menor que um salário mínimo.

Tabela 24– Análise de associação entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e o relato de uso do preservativo em vida em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	Categorias	%	RP (IC 95%)	Valor p M-H*/Fischer**
Sexo	Feminino	48,7	2,14 (1,42–3,24)	0,00009
	Masculino	22,7		
Idade (em anos)	≤ 35	16,5	0,27 (0,17–0,42)	0,000000000
	> 35	60,8		
Raça/cor	Negra	35,8	0,64 (0,34–1,19)	0,19
	Branca	55,6		
Estado Civil	Solteiro	20,0	0,46 (0,26–0,81)	0,002
	Outros***	42,7		

Nível escolaridade	Analfabeto + fund. Incomp.	44,5	3,11 (1,60–6,06)	0,00005
	≥ Fundamental	14,3		
Situação laboral	<i>Emprego fixo</i>	31,8	0,81 (0,42–1,54)	0,50
	<i>outros</i>	39,2		
Renda individual	Até 1 SM****	36,4	2,00(0,55–7,17)	0,19
	>1SM	18,2		
Renda familiar	Até 1SM	42,9	1,74 (1,03–2,92)	0,02
	>1SM	24,6		
Violência/ discriminação racial	Sim	38,0	1,05 (0,77 – 1,53)	0,77
	Não	36,0		
Participação Mov. luta igualdade racial	Sim	38,2	1,09 (0,74 – 1,61)	0,64
	Não	34,8		
Participação movimentos sociais Comunidade	Sim	36,4	0,94 (0,60 – 1,47)	0,80
	Não	38,5		
Sempre morou na Comunidade	Sim	41,6	1,48 (0,98 – 2,24)	0,05
	Não	28,0		
Coabitação	≤5 pessoas	33,8	0,79 (0,55 – 1,14)	0,22
	>5 pessoas	42,4		

Fonte: Dados da pesquisa

* M–H= Mantel –Haenszel

** Teste Fischer utilizado quando recomendado

*** outros (casado, viúvo, divorciado, outros)

****SM = \$380,00 (US\$)

Quanto ao relato de uso do preservativo descrita na tabela 25, as variáveis: participação em atividades de prevenção e ter realização pré-natal na última gestação foram estatisticamente significantes. A variável relacionada a dificuldades no atendimento nos serviços de saúde percebidas pelos participantes não apresentou significância estatística com o relato de uso do preservativo, sendo RP =1 (0,69–1,43) e p=1,00.

Tabela 25– Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao serviço e relato de uso do preservativo em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	Categorias	%	RP (IC 95%)	Valor p M–H*/Fischer **
Participação atividades de prevenção	Sim	46,1	1,65 (0,41 – 2,45)	0,006
	Não	27,8		
Pré natal última gestação	Sim	81,8	2,18 (0,32– 3,,65)	0,0002
	Não	37,5		
Nº consultas pré natal	< 6	34,0	0,71 (0,38 – 1,33)	0,31
	≥ 6	47,4		
Avaliação do serviço saúde	Ótimo/bom/reg	37,8	1,04 (0,68 – 1,60)	0,83
	ruim	36,2		

Fonte: Dados da pesquisa

* M–H= Chi–quadrado Mantel –Haenszel

** Teste Fischer utilizado quando recomendado

A Tabela 26 descreve as associações entre o uso do preservativo e as variáveis preditoras de conhecimento, atitudes e práticas relacionadas ao HIV/AIDS mostraram significância: o conhecimento sobre as formas de

transmissão do HIV, a Igreja como forma de diversão e ausência de percepção de risco. As pessoas que relataram frequentar igrejas como fonte de diversão, tem 1,80 maior probabilidade de usar o preservativo. Não foi perguntado a qual religião eles pertenciam.

Tabela 26– Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao conhecimento, atitudes e práticas e relato de uso do preservativo no serviço de saúde em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	Categorias	%	RP (IC 95%)	Valor p M–H*/ Fischer**
Conhece formas transmissão HIV	Sim	45,0	1,65 (0,41–2,31)	0,009
	Não	27,6		
Formas diversão 1	Bailes, bares	22,2	0,56 (0,27 – 1,18)	0,09
	Outros	39,0		
Formas diversão 2	TV, rádio	39,1	1,08 (0,71 – 1,63)	0,71
	Outros	36,2		
Formas diversão 3	Igreja	63,6	1,80 (1,23 – 2,64)	0,01
	Outros	35,2		
Percepção risco	Grande	16,7	0,43 (0,12 – 1,56)	0,13
	Outros	38,2		
Percepção risco	Nenhum	80,0	2,19 (1,36 – 3,53)	0,04
	Outros	36,4		

Fonte: Dados da pesquisa

* M–H= Chi-quadrado Mantel-Haenszel

** Teste Fischer utilizado quando recomendado

6.3 Análise Multivariada

A análise multivariada por meio de regressão logística mostrou que determinadas variáveis permaneceram significantes estatisticamente, outras perderam a significância, e outras surgiram como importantes preditoras de alguns desfechos estabelecidos. As variáveis que permaneceram no modelo estão descritas nas tabelas abaixo.

Na análise das características demográficas e socioeconômicas, na tabela 27, a única variável que manteve significância estatística foi a referência a ter morado fora da comunidade. Pessoas que referiram ter morado fora da comunidade tem o dobro de probabilidade de terem realizado o teste.

Foi observada a manutenção de tendência de maior probabilidade de testagem quando os serviços de saúde são responsáveis pelas informações em relação a prevenção do HIV/aids e como fornecedor do preservativo, como insumo de prevenção, independente se para o planejamento familiar ou para a prevenção das DST. Também se confirma a tendência de que a realização do pré-natal aumenta a probabilidade de realização do teste.

Tabela 27– Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e a realização do teste para o vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Variável	Cruzamento	Erro-padrão	Teste de Wald	AOR	IC (95%)	p-valor
Modelagem em relação às variáveis demográficas e socioeconômicas						
Sempre morar na Comunidade	Sim X Não	0,33	-2,40	0,44	0,23–0,86	0,01
Modelagem em relação às variáveis relacionadas aos serviços de saúde						
Fontes Informação	Serviços X Outros	1,11	2,21	2,59	1,11–6,04	0,02
Obtenção preservativo	Serviços X Outros	1,37	2,93	3,33	1,48–7,46	0,003
Pré-natal última gestação	Sim X Não	12,58	2,13	11,14	1,21–102,02	0,03

Em relação à associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e os serviços de saúde como fonte de informação em comunidades remanescentes de quilombos, foi mantida uma associação com as variáveis de gênero, nível de escolaridade. A participação de movimentos de luta pela igualdade racial e não uso do preservativo por sentir confiança no parceiro apareceu como significantes estatisticamente. Com isso foi possível observar que os participantes que referiram não participar de movimentos de luta pela igualdade racial tiveram 3,37 maior probabilidade de buscar o serviço para obter informações sobre prevenção.

Tabela 28 – Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e os serviços de saúde como fonte de informação em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Variável	Cruzamento	Erro-padrão	Teste de Wald	AOR	IC (95%)	p-valor
Modelagem em relação às variáveis demográficas e socioeconômicas						
Sexo	Feminino X Masculino	2,24	2,67	4,18	1,46 – 11,9	0,008
Nível escolaridade	Analfabeto + F.Incomp. X F. Comp e +	0,15	-2,22	0,23	0,06-0,84	0,026
Participação movimento luta igualdade racial	Não X Sim	1,83	2,23	3,37	1,15-9,80	0,026
Modelagem em relação às variáveis dos serviços de saúde						
Modelagem em relação às variáveis de conhecimentos, atitudes e práticas						
Não uso preservativo	Confiança no parceiro(a) X Outros	2,30	2,96	4,52	1,66-12,26	0,003

IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

Nas questões relacionadas à aquisição do preservativo na tabela 29, após o ajuste do modelo, apenas o gênero permaneceu significativo estatisticamente. Entretanto, mostraram-se associadas às seguintes variáveis: idade, raça/cor, discriminação racial, moradia na comunidade, conhecimento sobre as formas de transmissão, e a televisão e rádio como formas de diversão.

Tabela 29– Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e a obtenção do preservativo nos serviços de saúde em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Variável	Cruzamento	Erro-padrão	Teste de Wald	AOR	IC (95%)	p-valor
Modelagem em relação às variáveis demográficas e socioeconômicas						
Sexo	Feminino X Masculino	1,67	2,17	3,15	1,11–8,90	0,03
Idade (em anos)	≤ 35 X >35	0,10	–3,01	0,33	0,07–0,57	0,003
Raça/cor	Negra X Não negra	0,18	–2,03	0,34	0,12–0,96	0,04
Sempre morar na Comunidade	Sim X Não	0,09	–3,31	0,18	0,06–0,50	0,001
Modelagem em relação às variáveis de conhecimentos, atitudes e práticas						
Formas transmissão	Sim X Não	1,96	2,25	3,51	1,17–10,51	0,02
Formas diversão 2	TV, rádio X Outros	2,38	2,70	4,37	1,50–12,54	0,007

IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

A tabela 30 mostra os resultados de associação após ajuste do modelo com o conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV. Mantiveram uma associação significativa o nível de escolaridade, a situação em relação ao emprego e a participação em atividades de prevenção. Apareceu associada à obtenção do preservativo nos serviços de saúde.

Tabela 30– Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e o conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Variável	Cruzamento	Erro-padrão	Teste de Wald	AOR	IC (95%)	p-valor
Modelagem em relação às variáveis demográficas e socioeconômicas						
	Analfabeto + F.Incomp.					
Nível escolaridade	X	0,10	-3,29	0,22	0,09-0,54	0,001
	F. Comp e +					
Situação emprego	Fixo X Outros	1,79	2,08	3,21	1,07-9,62	0,03
Modelagem em relação às variáveis relacionadas aos serviços de saúde						
Obtenção preservativo	Serviços X Outros	0,13	-2,77	0,31	0,14-0,71	0,006
Modelagem em relação às variáveis relacionadas a conhecimentos, atitudes e práticas						
Participação atividades prevenção	Sim X Não	0,11	-3,18	0,26	0,11-0,59	0,001

Finalmente, para as variáveis relacionadas ao relato de uso de preservativo, o modelo logístico apresentou como significativas para o desfecho escolhido, as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, o serviço como fonte de informação, realização do pré-natal, ida a igreja como forma de diversão e a falta de percepção de risco.

Tabela 31– Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e o relato de uso do preservativo em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Variável	Cruzamento	Erro-padrão	Teste de Wald	AOR	IC (95%)	p-valor
Modelagem em relação às variáveis demográficas e socioeconômicas						
Sexo	Feminino X Masculino	2,48	3,74	5,46	2,24–13,33	0,000
Idade (em anos)	≤ 35 X >35	0,04	- 4,80	0,09	0,03–0,24	0,000
Nível escolaridade	Analfabeto + F.Incomp. X F. Comp e +	2,11	2,44	3,85	1,31–11,27	0,01
Modelagem em relação às variáveis dos serviços de saúde						
Pré- natal última gestação	Sim X Não	0,95	1,05	1,76	0,61–5,09	0,01
Modelagem em relação às variáveis de conhecimentos, atitudes e práticas						
Fontes informação	Serviços X outros	0,13	- 2,57	0,28	0,10–0,73	0,01
Formas diversão 3	Igreja X Outros	0,13	- 2,64	0,24	0,87–0,69	0,008
Percepção risco	Nenhum X Outros	0,88	- 2,73	2,56	1,30–5,06	0,006

IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

7. DISCUSSÃO

As análises elaboradas nas seções anteriores permitem tecer alguns comentários essenciais no que diz respeito às condições de vulnerabilidade programática das populações que vivem em comunidades remanescentes de quilombos em relação às doenças sexualmente transmissíveis, especialmente HIV/aids. Contudo, antes de empreender tal análise, cabe ressaltar que as conclusões estabelecidas dizem respeito à amostra estudada, uma vez que, mesmo buscando propor um recorte abrangente envolvendo comunidades de todas as regiões do Brasil, o estudo não é capaz de abarcar um universo tão heterogêneo. O número de comunidades remanescentes certificadas pela Fundação Palmares já soma, em 2010, 1.523 e há ainda cerca de quinhentas comunidades negras, remanescentes de quilombos em todo o país que esperam pelo reconhecimento da propriedade da terra (48). Outro ponto importante a ser levantado é que a pesquisa não representa necessariamente um estudo sobre vulnerabilidade, já que optou-se por uma abordagem quantitativa, entretanto o estudo aponta para questões importantes relacionadas aos serviços de saúde que estão intimamente interligadas com a vulnerabilidade, especialmente a programática.

No que tange ao quesito gênero, houve predomínio de indivíduos do sexo feminino. Por se tratar de uma amostra de conveniência, realizada em horário comercial em dias úteis, acredita-se que isso desfavoreceu a realização de entrevistas com os homens das comunidades visitadas, sendo provável que estivessem em seus locais de trabalho. Quanto ao estado civil, predominaram as casadas ou que referiram morar com o companheiro, explicado pelo mesmo motivo em relação ao gênero e a principal ocupação relatada pelas participantes, que foi “dona de casa”. Por tratar-se de uma amostra de conveniência a mesma apresenta vantagens em termos de custo e logística, porém podem ocorrer vieses de seleção e aferição importantes (49).

Considerando o conjunto dos participantes do estudo, em relação às mulheres foi observada significância estatística após a análise multivariada no que diz respeito a vários pontos como aquisição do preservativo e relato de uso do preservativo, onde podemos deduzir que a oferta deste insumo pelos serviços de saúde esteja ligada às ações de planejamento familiar. Uma maior

probabilidade de realização do teste para o vírus HIV entre as mulheres pesquisadas pode ser explicada pela inclusão da oferta desse teste na rotina do pré-natal, para a prevenção da transmissão vertical do vírus, apesar dessa tendência não ter sido confirmada na análise multivariada. Cabe salientar que a pesquisa envolveu apenas questões relacionadas ao preservativo masculino.

Outro ponto a ser levado em consideração é talvez um maior acesso das mulheres aos serviços de saúde, devido aos programas oferecidos e os horários de funcionamento que dificulta ainda mais o acesso dos homens aos serviços e ações de saúde, constituindo uma barreira institucional. Há de se compreender ainda as razões porque os homens não procuram os serviços de saúde. Os homens constroem sua masculinidade embasada em paradigmas, tendendo a apresentar-se com uma imagem de auto-suficiência em que não se percebem em situação de vulnerabilidade, que envolve dentre outras as questões sócio-culturais (50). Como referiu Harold Robinson, representante do Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA no Brasil, durante o lançamento do Programa Saúde do Homem: “compreender a masculinidade como produto dos determinantes sociais e considerar a saúde do homem como um bem público é fundamental para poder promover a igualdade de gênero como direito humano”.

Há que se lembrar que a vulnerabilidade masculina eleva a vulnerabilidade feminina na categoria de transmissão heterossexual. Como forma de contaminação, as relações sexuais respondem por 58% dos casos de aids entre homens e por 86% dos casos entre mulheres. Desde 1993, a transmissão heterossexual passou a ser a principal modalidade de exposição ao HIV, superando as formas homossexuais e bissexuais. A feminização é tendência marcante do perfil da epidemia nas duas últimas décadas, com um crescimento persistente entre mulheres nas faixas etárias de 35 anos ou mais. Em dez anos, houve um aumento de mais de 400% de novas infecções entre o grupo citado (51).

Em relação à idade, o maior percentual era composto por indivíduos jovens, pertencendo à faixa etária entre dezoito e trinta e cinco anos. Em referência à renda mensal individual, quase a metade dos entrevistados viviam sem renda. Em relação à renda familiar, pouco mais de 30% não referiram renda.

Como esperado, na auto-identificação quanto à raça/cor prevaleceram as categorias negra e parda, uma vez que a afirmação destas comunidades está intimamente ligada a esta identidade, bem como também é um fator preponderante para o reconhecimento oficial destas por parte do Estado brasileiro. Cerca de 2/3 dos entrevistados das comunidades quilombolas se auto-referiram como “negros” e 27% como “pardos”, sendo que a soma das duas categorias corresponde a 93%. Dados da PNAD demonstram que a população declarada negra equivale a 6,84% e a declarada parda a 43,80%, que equivalem a 50,64% da população brasileira (52).

Para Petruccelli e Lopes, apesar de militantes do movimento social negro questionar a confiabilidade da classificação utilizada pelo IBGE quanto ao quesito raça/cor, o método tem se mostrado confiável para ser utilizado em estudos e pesquisas no campo da saúde (53, 54).

Para Chor, a variabilidade da classificação racial não é problema apenas no Brasil. O grande desafio que se coloca para os pesquisadores americanos em relação à incorporação do quesito raça/cor às publicações biomédicas é admitir que a identidade racial não é fixa nem imutável, e ainda que sua validade e confiabilidade são limitadas (55).

Diversos trabalhos abordam a desigualdade no perfil da saúde das populações nas diversas regiões do país, em relação a sexo, idade e classes sociais, entretanto ainda são poucos os estudos que associam a desigualdade social da população negra aos indicadores de saúde. (56). Somam-se a isso as desvantagens dos negros em relação a salário, educação, e habitação, dentre outros direitos sociais que a colocam em condição de vulnerabilidade. (57).

Para fins deste estudo, foram relacionados aspectos sociodemográficos das populações estudadas às condições de conhecimento e práticas sociais estabelecidas no que diz respeito à prevenção e à utilização dos serviços de saúde como fonte de informação e insumos, assim, potencializadores da atividade preventiva. Entende-se que quanto menos envolvidos em atividades de prevenção, menos conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção e menos práticas preventivas por parte dos indivíduos, maior é a sua vulnerabilidade em relação às DST e ao HIV/aids.

Após a análise de regressão logística as variáveis que apresentaram significância estatística em relação à realização do teste para o vírus HIV, foram:

morar fora da comunidade, utilizar os serviços de saúde como fonte de informação, obter preservativo nos serviços de saúde e realizar o pré-natal.

No que diz respeito à realização do teste de HIV, não foi detectada significância nos cruzamentos entre raça/cor, gênero, estado civil e idade. Por outro lado, renda se mostrou um fator preponderante, uma vez que quem teve rendas mais altas relataram ter mais chances de realizar o teste. Da mesma forma, os entrevistados que já moraram algum tempo fora do quilombo também relataram maior acesso ao teste. O fato de as comunidades manterem certo grau de isolamento e menos serviços de saúde específicos à disposição talvez explique o fato de que as pessoas que sempre moraram na comunidade relataram menos oportunidades para conhecimento do status sorológico.

Em relação à escolaridade é relevante o percentual de analfabetos e de pessoas com o ensino fundamental incompleto, considerando-se a faixa etária do estudo que foi predominantemente de indivíduos jovens. Apenas 11% referiram emprego fixo. Em síntese, a população estudada corresponde ao perfil encontrado em outros estudos, como Lopes, 2007. As análises univariada e multivariada confirmaram que é maior o conhecimento sobre as formas de transmissão quanto mais anos de estudo tiveram os entrevistados. Dessa forma, como 23% ainda são analfabetos ou com pouquíssimos anos de educação formal dentro das comunidades quilombolas, predominantemente rurais, fica clara a importância do reforço da educação básica como forma de diminuição da vulnerabilidade. Estudos como a pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (PCAP) realizada em 2008 pelo Ministério da Saúde, apontam na mesma direção, ou seja, pessoas com mais anos de estudo conhecem a forma de transmissão do vírus HIV, constituindo assim como um fator de proteção. Ainda de acordo com a PCAP, cerca de 95% da população brasileira entre 15 a 64 anos sabe que o preservativo é a forma de prevenção para a infecção. Esse índice se comparado a outros países da América Latina, como a Colômbia, não chega a 70%.

As tendências de pauperização, interiorização e ruralização da epidemia são consensuais em largo número de estudos no país. Vem aumentando também a notificação de casos de pessoas com 7 anos de estudo ou menos, e mais da metade dos municípios brasileiros, mesmo os menores e mais distantes, apresentam ao menos um caso de aids notificado (58). Observa-se que alguns

municípios a que as comunidades estudadas pertencem, já registram casos da doença, daí a necessidade de ações de prevenção realmente eficazes. Cidades de maior porte e com serviços de saúde melhor estruturados, como Vitória da Conquista na Bahia e Registro no estado de São Paulo, já tem casos da doença notificados. Vitória da Conquista notificou 47 casos em 2007, 39 em 2008 e 02 em 2009. No caso de Registro, houve 01 notificação em 2007, 02 em 2008 e 04 em 2009, segundo dados do DATASUS (59). Em municípios pequenos, podem ocorrer problemas como falta de profissionais qualificados para operar o sistema de vigilância, atrasos na notificação, dentre outros. Pode ocorrer ainda que estes municípios ainda não tenham disponível o teste para diagnóstico.

A participação em movimentos sociais e de militância em prol dos direitos e lutas pela igualdade racial foi amplamente percebida nas comunidades remanescentes de quilombos, envolvendo 77% dos entrevistados, mostrando-se estatisticamente significativa ao modelo ajustado, para os que referiram ter o serviço de saúde como fonte de informação sobre prevenção. Um dado interessante é que a conscientização política tem grande relação com a preocupação e cuidados com a saúde dos entrevistados.

A obtenção do preservativo nos serviços de saúde manteve uma associação significativa para sexo, idade, raça/cor, sempre morar na comunidade, conhecimento sobre as formas de transmissão e a televisão e o rádio como fonte de transmissão. No quesito cor/raça, como mais de 90% da população do estudo se auto-referiram como negros ou pardos, não podemos afirmar que este quesito influencia o acesso ao insumo. A opção analítica de juntar as categorias de negros e pardos impediu a verificação de associações, representando um problema em relação ao risco que fica diluído, constituindo assim uma limitação metodológica.

Para o serviço de saúde como desfecho, mostraram-se significantes estatisticamente, mulheres, o nível de escolaridade e a não participação em movimentos de luta pela igualdade racial e a confiança no parceiro para não uso do preservativo. O conhecimento sobre as formas de transmissão mostrou associação com escolaridade, situação no emprego, obtenção do preservativo e participação em atividades de prevenção. Finalmente o relato do uso do preservativo, esteve associado ao sexo, idade, nível de escolaridade, realização do pré-natal, o serviço de saúde como fonte de informação, a igreja como fonte

de diversão e a falta de percepção de risco. Apesar da ida a igreja como forma de diversão ter mostrado associação significativa, não podemos afirmar que a mesma influencie no uso desse insumo. Sabe-se que algumas igrejas evangélicas aconselham o uso do preservativo para prevenção do HIV, e em algumas comunidades visitadas foi observada a presença de igrejas evangélicas, por outro lado as igrejas católicas não aconselham tal prática oficialmente.

Cabe salientar como uma das limitações do estudo, que apesar do uso do preservativo ter sido pesquisado como uso consistente, uso nos últimos seis meses e na vida, optou-se para análise pelo uso em vida, que apresentou um maior número de observações, não constituindo assim proteção.

Apesar das diferenças geográficas, a disponibilidade de serviços de saúde apresentou valores semelhantes aos padrões ocorridos nos grandes centros urbanos brasileiros. Diante de sintomas que poderiam corresponder a DST, apenas um entrevistado relatou a busca de solução via farmácias, porém verifica-se que esta prática ainda se encontra no imaginário das pessoas, como demonstrado em outros estudos, como em Brasília e Porto Alegre (60, 61).

Quanto à testagem para HIV, cerca de 22% dos participantes das comunidades quilombolas que referiram já terem feito o teste, referiram terem feito com maior frequência no serviço público de saúde (em torno de 83%). Constata-se que é essencial a abordagem por parte dos serviços básicos de saúde, nas comunidades visitadas para organização da oferta de exames de diagnóstico.

No que tange às limitações do estudo, há vieses próprios do tipo de estudo (estudo transversal), tais como o viés de prevalência e a ambivalência temporal (62). Detalhes da cronologia dos eventos podem ser difíceis de apreciar em estudos dessa natureza. Alguns dos temas abordados, como práticas sexuais são constrangedores para parte dos entrevistados, principalmente nas comunidades remanescentes de quilombo. Essas considerações poderiam induzir a vieses de informação/aferição, mesmo que tenha havido a tentativa de contorná-los mediante o treinamento dos entrevistadores. Outra limitação diz respeito à representatividade ou validade externa dos dados ora apresentados. A mesma deve ser avaliada com cautela, pois se tratam de amostras em que não foi implementada uma estratégia de

amostragem probabilística. O fato de ter utilizado as redes dos serviços de saúde para abordar a população certamente não confere representatividade às amostras embora tenha havido a preocupação de abranger um público-alvo diverso.

O estudo apontou para condições sociais semelhantes às encontradas por outros pesquisadores (63). Em um plano mais geral, há dificuldades concretas de acesso aos serviços. Quanto à oferta dos mesmos, a maioria das comunidades tem cobertura formal do PSF. No entanto, a população carece de assistência. Em algumas áreas esta lacuna é particularmente crítica. Isto remete a uma profunda discussão e reformulação das estratégias de oferta e organização de serviços no nível da Atenção Básica.

No plano mais específico da prevenção de DST e HIV/aids, há déficit importante nos conhecimentos sobre risco e prevenção. Tais variáveis são tradicionalmente tidas como individuais. No entanto, sabe-se que além da obtenção de informações, outros fatores de ordem micro e macro-social, e também cultural influenciam profundamente as atitudes e comportamentos. No presente estudo, além da falta de conhecimento apareceu como uma barreira para o uso consistente do preservativo a confiança no(a) parceiro(a). Outros estudos têm apontado, em populações urbanas com maior contato com a epidemia, para a questão da confiança e a fidelidade e sua influência na não utilização do preservativo (64, 65, 66, 67). Tais valores devem ser trabalhados nas ações de educação em saúde buscando uma prática mais integral. A tremenda desvantagem em termos de renda e escolaridade dos participantes do presente estudo pertencentes às comunidades remanescentes de quilombo evidencia a vulnerabilidade social presente nesse coletivo.

Em relação às questões de informação, educação e comunicação (IEC), apareceu como relevante a utilização do serviço de saúde como fonte de informação privilegiada para a prevenção do HIV/aids. Na entrevista foi perguntado sobre fontes de diversão, sendo “ver televisão” e “ouvir rádio” elencados como primeira forma de diversão entre os entrevistados. A análise multivariada mostrou que houve uma associação significativa entre a forma de diversão relatada e a obtenção do preservativo nos serviços de saúde. Isso pode sugerir que essas mídias devem exercer um papel importante na informação de seus ouvintes e telespectadores, além de ser ainda uma fonte de entretenimento

importante. Vale ressaltar que algumas comunidades pesquisadas até à pouco tempo viviam sem luz elétrica ou dependem ainda hoje de geradores de energia. Isso pode explicar também o grande percentual que indicou a televisão em detrimento do rádio, uma mídia considerada de grande alcance nas regiões mais longínquas do país, sendo a televisão uma novidade para a comunidade local. Apenas 1,9% referiu o acesso a internet. A inclusão digital, apesar de a população estudada ser composta por jovens, ainda representa uma realidade muito distante nessas comunidades. Apenas na comunidade de André Lopes no Vale do Ribeira em São Paulo foi constatada a presença de um telecentro. De acordo com Mendonça (2007), no Brasil, segundo dados da PNAD, em 2005, apenas 21% da população tinham acesso a computadores e desses, apenas 14,49% estavam conectados à internet. Soma-se a este quadro, na opinião da pesquisadora a desigualdade de distribuição. De acordo ainda com Mendonça:

“ a maioria desses pouco incluídos digitais, 18,74%, concentra-se na região Sudeste do Brasil, acentuando ainda mais o desnível e deixando as demais regiões praticamente na escuridão digital, como acontece nas regiões Norte, com 6,15%, e Nordeste, onde está o menor percentual,5,4%”. (68).

Completando a tríade da vulnerabilidade descrita por autores que aprofundaram o tema (69, 70), o difícil acesso aos serviços de saúde, a escassez de oferta de insumos de prevenção e de ações de educação em saúde apontam para a denominada vulnerabilidade programática. Na presente pesquisa, tais elementos apareceram nas comunidades remanescentes de quilombo.

Lacunas na oferta de serviços levam à procura de alternativas que podem implicar em riscos adicionais. A solução buscada nas farmácias, mesmo que tenha representado um percentual minoritário dentre aqueles que apresentaram sintomas que poderiam ser compatíveis com DST, apresenta-se como uma alternativa muito distante da verdadeira assistência farmacêutica. Dados de pesquisa indicam que as farmácias do DF costumam incentivar as vendas e o atendente, na maioria dos casos sem formação nenhuma nas ciências da saúde, aconselha e induz a compra de antibióticos mais caros (71).

Essas lacunas podem ser supridas com a Estratégia de Saúde da Família, por meio das equipes do Programa que tem como princípio a atuação

multiprofissional e interdisciplinar, norteadas sobretudo pela responsabilização de todas as ações na sua área de abrangência, desenvolvendo estratégias para a promoção de saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos à família. Com relação ao atendimento em DST/aids algumas diretrizes foram formuladas para as ações dos Agentes Comunitários de Saúde, tendo como enfoque a prevenção da epidemia, por meio de ações de prevenção individuais e/ou coletivas às famílias (72).

Segundo Fortuna et al. (2005), o trabalho de equipe em saúde pode ser considerado uma rede de relações entre pessoas, construída com base nas relações de poderes, conhecimento, afetos, interesses e desejos. No caso das equipes do PSF, esses processos se intensificam pelo próprio objeto de trabalho, que é a família.

Observa-se que o grau de participação cidadã e de conscientização é bem elevado nas comunidades descendentes de quilombo. Tal fato está ligado a um trabalho de recuperação da memória comunitária e de construção da história que aparece claramente quando pessoas da comunidade contam a sua história com orgulho. Tal ação leva à consciência da necessidade de maior equidade e do direito irrestrito, constituindo um primeiro passo para atingir a cidadania plena. Em relação a DST/aids, Mann (73) reconhece a importância e centralidade da dimensão dos direitos fundamentais da pessoa humana na prevenção de HIV/aids.

Nesse sentido, é necessário que essa tomada de consciência inicial chegue à reivindicação ativa do direito à saúde, garantido pela Constituição Federal e pelo arcabouço jurídico do SUS.

8. CONSIDERAÇÕES

É importante salientar as limitações advindas do campo da saúde, objeto de nosso estudo. No que tange à área de promoção da saúde, especificamente no campo de promoção e prevenção das DST/HIV/aids, a mesma envolve aspectos e dimensões do trabalho em saúde e também de outras áreas do conhecimento e da atividade humana, constituindo assim uma atividade essencialmente multisetorial, e de alta complexidade inerente ao tema.

Considerando as especificidades do tema e da população alvo do estudo, não pretendemos chegar a conclusões definitivas, mas sim, gerar informações sobre a temática do estudo no contexto das comunidades remanescentes de quilombos estudadas, que contribuam com novas pesquisas e para a formulação de políticas públicas.

O objetivo geral desta pesquisa foi identificar a frequência e a distribuição de variáveis relacionadas com a prevenção do HIV/aids e fatores associados ao papel dos serviços de saúde em comunidades remanescentes de quilombos. A aplicação do questionário permitiu identificar especificidades relacionadas ao tema, assim como alguns dos principais problemas de organização e uso de serviços da população estudada.

Pode-se dizer que apesar dos avanços importantes na atenção à saúde dessas populações, no que tange às DST/HIV/aids, alguns desafios ainda se apresentam como: melhorar acesso, reforçar o papel da atenção básica via a Estratégia de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde como porta de entrada no sistema, melhorar o elenco de serviços ofertado, fomentar a integração das diversas áreas bem como fomentar a participação comunitária via conselhos de saúde municipais, fórum privilegiado para discussão e reivindicação comunitária.

De acordo com Sousa:

“os Conselhos de Saúde, como instâncias colegiadas à estrutura do SUS e deliberativas, representam espaços participativos nos quais emerge uma nova cultura política, configurando-se com uma prática na qual se fazem presentes o diálogo, a contestação e a negociação a favor de democracia e da cidadania” (74).

O último Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil, referente a 2009, afirma que pretos e pardos ainda tem acesso desigual ao Sistema Único de Saúde. Apesar de terem demanda 20% superior à de pacientes declarados brancos, pouco mais da metade dos atendimentos do sistema foram destinados à população negra e parda (75). Além disso, 20% dos entrevistados negros declarou considerar os serviços insatisfatórios, o que reflete como esta população percebe o atendimento.

De forma geral, observa-se que as populações negras sofrem de grande vulnerabilidade social. São mais pobres, tem menos acesso à emprego, renda, educação e serviços básicos. Há algum sentido no que diz Peter Fry ao afirmar que “a recente ênfase na maior vulnerabilidade dos negros ao HIV/aids parece recuar no tempo na medida em que vincula identidades raciais a grupos de risco” (76).

Por outro lado, Batista diz que:

“Considerando que as condições sociais provocam impactos na saúde; que associamos as piores condições de vida e acesso a bens e serviços de saúde de qualidade à mortalidade por tuberculose, malária, doença de Chagas, HIV/ aids, alcoolismo, morte materna, morte sem assistência, morte por causas mal definidas e causas externas; e sendo a população negra aquela que, em nossa sociedade, possui as piores condições de vida, então a mortalidade por tais causas provavelmente será maior para os negros. Analisar comparativamente o perfil da mortalidade da população numa perspectiva relacional, como aqui se fez possibilita discutir a relação entre a construção social e o processo saúde, doença e morte. A suscetibilidade e a vulnerabilidade social e programática dos negros contribuem para que os agravos de que são vítimas se tornem fatos políticos, além de permitir uma visão crítica sobre as desigualdades raciais e sua interface com a saúde” (77).

Dessa forma, apesar da cautela em classificar as populações negras como de maior risco diante da epidemia, percebe-se que, por terem maior vulnerabilidade, em especial a programática, de fato, as populações quilombolas se configuram mais vulneráveis diante de outros estratos sociais brasileiros. Vale ressaltar que a aceleração dos processos de certificação dessas comunidades deverá contribuir nas melhorias da infra-estrutura bem como o acesso a bens e serviços.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopes, F. *Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades* [Tese] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2003.
2. Oriel, JD. *The scars of Venus. A history of venearology*. London: Springer-Verlag, 1994.
3. UNAIDS. *World Aids Report*. Genebra, 2000.
4. Dowdle, WR. The epidemiology of AIDS. *Public Health Rep*. 1983; 98 (4): 308-12.
5. Gourevitch, MN. The epidemiology of HIV and AIDS. Current trends. *Med Clin North Am*. 1996; 80(6):1223-38.
6. Veronesi, R; Focaccia, R; Lomar, A.V. *HIV/AIDS: etiologia, patogenia e patologia clínica: tratamento e prevenção*. São Paulo: Atheneu; 2000.
7. Fauci, A. S. HIV and AIDS: 20 years of science. *Nat. Med*. 2003; 9(7): 839-43.
8. Brasil, Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico - AIDS e DST*. Brasília/DF: MS, 2006.
9. UNAIDS-WHO. *AIDS epidemic update: December, 2007*. UNAIDS, Geneva; 2006. [acesso em nov. 2010] Disponível em: www.unaids.org
10. Morel, Carlos M. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(8):1522-1523.
11. PNUD. *United Nations Millennium Declaration*. 2000.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.472 de 31 de agosto de 2010.
13. Parker, RG. *Na contra mão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.
14. Brito, Ana Maria de, Castilho, Euclides Ayres de, Szwarcwald, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 2001; 34(2): 207-217.
15. Brasil, Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico - AIDS e DST*. Brasília/DF, 2009.
16. *ibd.*

17. Johnson, RA. Dermatophyte infections in human immune deficiency virus (HIV) disease. *J Am Acad Dermatol*, 2000; 43(S):135-42.
18. UNAIDS. *World Aids Report*. Geneva, 2010.
19. *ibd.*
20. Lopes, Fernanda; Buchalla, Cassia Maria; Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Mulheres negras e não negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41: 39-46.
21. Brito, *op. cit.* 2001.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano Operacional - Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis*. [acesso nov. 2010]. Brasília, 2007. Disponível em: < www.sistemas.aids.gov.br>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV: 2007/2008*. Documento preliminar, Brasília: 2007.
24. Galvão, Jane. A política brasileira de distribuição e produção de anti-retrovirais: privilégio ou um direito? *Cadernos de Saúde Pública*, 2002; 18 (1): 213-219.
25. Marins, Jose Ricardo P., Jamal, Leda F. Chen, Sanny Y, Barros, Marilisa B., Hudes, Esther S., Barbosa, Aristides A., Chequer, Pedro, Teixeira, Paulo R., Hearst, Norman. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients *AIDS*. 2003 Jul 25;17(11):1675-82
26. Galvão, *op.cit.* 2002.
27. Merchán-Hamann, E;Taulil, PL., (organizadores). *Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente*. Brasília: Ministério da Saúde – SPS, 2001.
28. Silva, Mário Angelo. Para uma nova atitude: Brasil AfroAtitude. In: Bruno César Cavalcanti, Clara Suassuna Fernandes, Raquel Rocha de Almeida Barros (Organizadores). *Kulé Kulé: Afroatitudes* Maceió: EDUFAL, 2007.
29. *ibd.*
30. ONU. *Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma Questão de Equidade*. In: Workshop Interagencial Saúde da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

31. Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita; França Júnior, Ivan; Calazans, Gabriela Junqueira; Saletti Filho, Heraldo César. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, Dina; Freitas, Carlos Machado de. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.117-39.
32. Wisner, B. *Marginality and vulnerability*. Appl Geogr . [periódico on line] [acesso em 11 set. 2007] 18(1). Disponível em: <http://sciencedirect.com/science>.
33. PNUD, op. cit. 2000.
34. UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética Direitos Humanos* [Internet] [acesso em nov. 08 2010] Disponível em: www.unesco.org.
35. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução No. 196, 1996.
36. Ayres, J. R. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. *Bol Epidemiol*. São Paulo. 1997; 15(3): 2-4.
37. Souza, Claudia Teresa Vieira de. *Características sócio-demográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em homens que fazem sexo com homens do "projeto Rio"*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 2001.
38. Parker, op. cit., 2000.
39. Ayres, op. cit., 1997.
40. Mann J; Tarantola DJ.M. . From epidemiology to vulnerability, to human rights. In: Mann J, Tarantola DJM, editores. *AIDS in the World II. Global Dimensions, Social Roots and Responses*. New York: Oxford University Press, 1996. p. 427-462.
41. Ayres. op. cit.,2003.
42. Ayres. op.cit, 2003.
43. Mann. op.cit.,1996.
44. Gomes, Flávio dos Santos. *Palmares; escravidão e liberdade no Atlântico Sul*. São Paulo: Contexto, 2005.
45. Silva MJG. et al. *Estudo sobre as condições de acesso da população negra autodeclarada sexualmente ativa ao diagnóstico e tratamento do HIV/aids*. Brasília, Nesp/UnB, 2008. (Relatório de Pesquisa).

46. Costa, João de A. *Do tempo da fartura dos crioulos ao tempo de penúria dos morenos: a identidade através de um rito em Brejo dos crioulos (MG)*. [Dissertação] Brasília: Universidade de Brasília, 1999. (Mestrado em Antropologia Social)
47. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Delimitando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.108-9.
48. Brasil. Fundação Cultural Palmares. Certidões expedidas por estado, 2010. [acesso em novembro 2010] Disponível em <http://www.palmares.gov.br/sites/000/2/download/dpa/crqs-certificadas.pdf>.
49. Pereira, M.G. *Epidemiologia: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1996.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)*. Brasília, 2008.
51. Brasil. Instituto Patrícia Galvão. *Dossiê - Mulheres com HIV/AIDS: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida*. São Paulo, 2003. 36 p.
52. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2009. [acesso dez. 2010]. Disponível em www.ibge.gov.br/home/estatistica/.../pnad2009/default.shtm
53. Petrucelli, JL. A declaração de cor/raça no Censo 2000: um estudo comparativo. In: textos para discussão, n.6. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.
54. Lopes, op. cit., 2003.
55. Chor, D.; Lima, CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2005, (21)5: 1586-1594.
56. Batista, Luís Eduardo. *Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte* [Tese]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista, 2002.
57. Ayres. op. cit., 1997.
58. Brasil. Instituto Patrícia Galvão. op.cit., 2003.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Casos de AIDS identificados no Brasil*. [acesso dez. 2010] Disponível em <http://www2.aids.gov.br/cgi/defthtm.exe?tabnet/br.def>,

60. Naves, Janeth de Oliveira Silva; Castro, Lia Lusitana Cardozo de; Melo, Gislane Ferreira de; Giavoni, Adriana; Merchán-Hamann, Edgar. Práticas de atendimento a DST nas farmácias do Distrito Federal, Brasil: um estudo de Intervenção. *Cad. Saúde Pública*. 2008, 24(3): 577-586.
61. Facin, Marcelo Adriano; Felix, Eduardo; Hadlich, Everton; Schmitz, Paulo Sérgio Kroeff; Muxfeldt, Rodrigo Afonso; Pereira, Rodrigo Peres; Mengue, Sotero Serrate. Conduas de balcão nas farmácias de Porto Alegre (Brasil) mediante apresentação de um caso de dor de garganta. *Acta Farm. Bonaerense* 24 (2): 261-5 (2005)
62. Pereira, op. cit. 1996.
63. Lopes, op.cit., 2003.
64. Guimarães, K.M. ; Godoi, A.M. ; Merchan-Hamann, E. ; Andrade, JM. *Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo em três regiões brasileiras*. Relatório final de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, PN DST/Aids, 2004.
65. Merchán-Hamann, E., Ekstrand, M., Hudes, E. & Hearst, N. Prevalence and correlates of HIV-related risk behaviors among adolescents at public schools in Brazil. *Aids and Behavior*. 2002, 26 (3): 283-293.
66. Greco, Marília; Silva, Ana P.; Merchán-Hamann, Edgar; Jeronymo, Mauro L.; Andrade, Julio C.; Greco, Dirceu B. Differences in HIV-risk behavior of bisexual men in their relationships with men and women. *Rev. Saúde Pública*. 2007, 41: 109-117.
67. Godoi AMM, Hollanda D, Merchán_Hamann E, Lima FSS, Silva MJG & Costa, MP. *Comportamento Sexual e Cidadania junto à População de Homens que fazem Sexo com Homens do Distrito Federal*. Relatório final de pesquisa. Brasília: MS / SVS / PN DST/Aids. 2005.
68. Mendonça, Ana Valéria. A integração de redes sociais e tecnológicas: análise do processo de comunicação para inclusão digital. [Tese]. Brasília, 2007.
69. Ayres, op.cit., 2003.
70. Mann, op. cit., 1996.
71. Naves, op.cit, 2005.
72. Merchán-Hamann, E; Tauil, P.L., organizadores. *Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente*. Brasília: Ministério da Saúde – SPS, 2000.
73. Mann, op.cit. 1996.

74. Sousa, Maria Fátima de. *Programa de Saúde da família: estratégia de superação das desigualdades na saúde?*[Tese]. Universidade de Brasília,2007.
75. O Globo. Brancos e Negros tem acesso desigual ao SUS. [acesso em 25 de dezembro de 2010] Disponível em www.ie.ufrj.br/clipping/download/26%2012.pdf,
76. Fry, Peter. Afinal, aids tem cor ou raça no Brasil?. *O Estado de São Paulo*, 11 mar. 2007.
77. Batista, Luís Eduardo. *Masculinidade, raça/cor e saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1): 71-80, 2005.

APÊNDICE

Tabela 1 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao conhecimento, atitudes e práticas e o serviço de saúde como fonte de informação em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	Categorias	%	RP (IC 95%)	Valor p M-H*/Fischer **
<i>Participação atividades de prevenção</i>	Sim	21,8	1,67(0,70–6,61)	0,11
	Não	13,0		
<i>Conhece formas de transmissão HIV</i>	Sim	65,9	0,80 (0,60 – 1,07)	0,16
	Não	81,5		
<i>Formas de diversão</i>	Bailes, bares	25,0	2,33 (0,94–5,78)	0,08
	Outros	10,7		
<i>Formas de diversão</i>	TV, rádio	8,8	0,64 (0,19–2,08)	0,33
	Outros	13,7		
<i>Formas de diversão</i>	Igreja	12,5	0,99 (0,25–3,90)	0,63
	Outros	12,6		
<i>Conhece o preservativo</i>	Sim	13,8	–	0,31
	Não	0,0		
<i>Motivos de não uso do preservativo</i>	<i>Confiança no parceiro (a)</i>	7,8	0,56 (0,17–1,79)	0,32
	<i>outros</i>	14,0		
<i>Percepção de risco</i>	Grande	12,5	0,94 (0,14–6,21)	0,68
	outros	13,2		

<i>Percepção de risco</i>	Nenhum	6,5	0,40 (0,12–1,32)	0,11
	Outros	16,0		

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 2 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao serviço e a aquisição do preservativo no serviço de saúde em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	Categorias	%	RP (IC 95%)	Valor p M–H*/Fischer **
<i>Dificuldades atendimento serviço</i>	Sim	35,7	1,01 (0,61–1,67)	0,94
	Não	35,1		
<i>Participação atividades prevenção</i>	Sim	40,0	1,27 (0,77–2,09)	0,33
	Não	31,4		
<i>Pré natal última gestação</i>	SIM	75,0	3,00 (0,54–16,55)	0,07
	Não	25,0		
<i>Nº consultas pré natal</i>	< 6	57,1	0,80 (0,40–1,58)	0,38
	≥ 6	71,4		
<i>Avaliação do serviço</i>	Ótimo/bom/reg	44,6	1,60 (0,96–2,67)	0,05
	ruim	27,8		

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 3 – Análise de associação entre as variáveis relacionadas ao conhecimento, atitudes e práticas e o conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos. Brasil, 2007 – 2008

Variáveis	Categorias	%	RP (IC 95%)	Valor p M-H*/ Fischer **
<i>Formas de diversão1</i>	Bailes, bares	57,7	1,27 (0,88 – 1,84)	0,22
	Outros	45,1		
<i>Formas de diversão2</i>	TV, rádio	52,1	1,15 (0,83 – 1,59)	0,39
	Outros	45,1		
<i>Formas de diversão3</i>	Igreja	36,4	0,75 (0,42 – 1,34)	0,30
	Outros	47,9		
<i>Percepção de risco</i>	Grande	45,5	0,85 (0,66 – 2,03)	0,62
	Outros	53,0		
<i>Percepção de risco</i>	Nenhum	44,3	0,90 (0,66 – 1,23)	0,52
	Outros	48,9		

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 4– Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e o conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Variável	Cruzamento	Erro-padrão	Teste de Wald	AOR	IC (95%)	p-valor
Modelagem em relação às variáveis demográficas e socioeconômicas						
Sexo	Feminino X Masculino	0,19	-1,73	0,51	0,24–1,09	0,08
Idade (em anos)	≤ 35 X >35	0,38	-0,10	0,95	0,43–2,09	0,91
Raça/cor	Negra X Não negra	0,26	-1,06	0,65	0,30–1,42	0,29
Nível de escolaridade	Analfabeto + F.Incomp. X F. Comp e +	0,10	-3,29	0,22	0,09–0,54	0,001
Estado civil	Solteiro X Outros	0,75	0,97	1,58	0,62–4,03	0,33
Situação laboral	Fixo X Outros	1,79	2,08	3,21	1,07–9,62	0,03
Renda individual	≤1 SM X >1SM	0,86	-0,01	0,99	0,17–5,53	0,99
Renda Familiar	≤1 SM X >1SM	0,45	0,11	1,04	0,44–2,44	0,91
Violência/ discriminação racial	Sim X Não	0,35	-0,32	0,87	0,39–1,94	0,75
Participação movimento luta igualdade racial	Não X Sim	0,23	-1,32	0,59	0,27–1,28	0,18
Participação movimentos sociais Comunidade	Não X Sim	0,57	1,16	1,54	0,74–3,21	0,24
Sempre morar na Comunidade	Sim X Não	0,52	0,73	1,33	0,61–2,88	0,46
Coabitação	≤ 5 pessoas	0,28	-0,78	0,74	0,35–1,56	0,43

>5 pessoas

Modelagem em relação às variáveis relacionadas aos serviços de saúde

Dificuldade de atendimento	Sim X Não	0,21	-1,33	0,63	0,32-1,23	0,18
Fontes de Informação	Serviços X Outros	0,50	0,50	1,22	0,55-2,73	0,61
Obtenção de preservativo	Serviços X Outros	0,13	-2,77	0,31	0,14-0,71	0,006
Sintomas de DST	Sim X Não	0,61	0,21	1,12	0,38-3,31	0,83
Realização pré-natal última gestação	SIM X NÃO	0,66	0,18	1,11	0,34-3,61	0,85
Nº Consultas pré-natal	< 6 ≥ 6	1,38	1,69	2,52	0,86-7,40	0,09
Avaliação do serviço de saúde	Ótimo,bom, regular X ruim					

Modelagem em relação às variáveis relacionadas a conhecimentos, atitudes e práticas

Participação atividades prevenção	Sim X Não	0,11	-3,18	0,26	0,11-0,59	0,001
Formas de diversão	Bailes, bares X Outros	-	-	-	-	-
Formas de diversão	TV,rádio X Outros	0,50	0,43	1,19	0,52-2,72	0,67
Formas de diversão	Igreja X Outros	0,35	-0,86	0,60	0,19-1,88	0,38
Percepção de risco	Grande X Outros	1,50	0,47	1,56	0,23-10,27	0,64
Percepção de risco	Nenhum X Outros	0,38	0,04	1,01	0,48-2,15	0,96

Tabela 5 Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e o relato de uso do preservativo em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Variável	Cruzamento	Erro-padrão	Teste de Wald	AOR	IC (95%)	p-valor
Modelagem em relação às variáveis demográficas e socioeconômicas						
Sexo	Feminino X Masculino	2,48	3,74	5,46	2,24–13,33	0,000
Idade (em anos)	≤ 35 X >35	5,02	4,88	10,44	4,06–26,81	0,000
Raça/cor	Negra X Não negra	0,25	-1,14	0,62	0,27–1,40	0,25
Nível de escolaridade	Analfabeto + F.Incomp. X F. Comp e +	0,14	-2,45	0,26	0,89–0,76	0,014
Estado civil	Solteiro X Outros	0,86	0,93	1,63	0,57–4,61	0,35
Situação laboral	Fixo X Outros	0,80	0,27	1,19	0,31–4,47	0,79
Renda individual	≤1 SM X >1SM	1,34	0,21	1,25	0,15–10,22	0,83
Renda Familiar	≤1 SM X >1SM	1,00	1,28	1,94	0,70–5,36	0,20
Violência/discriminação racial	Sim X Não	0,59	0,58	1,30	0,53–3,18	0,56
Participação movimento luta igualdade racial	Não X Sim	0,28	-0,91	0,67	0,29–1,56	0,36
Participação movimentos sociais Comunidade	Não X Sim	0,37	-0,19	0,92	0,42–2,03	0,84
Sempre morar na Comunidade	Sim X Não	0,87	1,49	1,94	0,80–4,69	0,13
Coabitação	≤ 5 pessoas X Pessoas >5	0,48	0,30	1,13	0,49–2,63	0,76

Modelagem em relação às variáveis dos serviços de saúde

Dificuldade de atendimento	Sim X Não	0,38	0,07	1,02	0,49–2,12	0,94
Sintomas de DST	Sim X Não	0,45	–0,38	0,80	0,26–2,43	0,70
Obtenção de preservativo	Serviços X Outros	–	–	–	–	–
Pré-natal última gestação	Sim X Não	4,03	2,49	5,75	1,45–22,78	0,01
Nº consultas pré-natal	<6 X ≥6	0,95	1,05	1,76	0,61–5,09	0,29
Avaliação do serviço	Ótimo,bom,regular X Ruim	0,40	–0,08	0,96	0,42–2,20	0,93

Modelagem em relação às variáveis de conhecimentos, atitudes e práticas

Formas de transmissão	Sim X Não	0,47	1,11	1,43	0,75–2,73	0,26
Fontes de informação	Serviços X outros	0,13	–2,57	0,28	0,10–0,73	0,01
Participação atividades de prevenção	Sim X Não	0,20	1,78	0,42	0,16–1,08	0,07
Formas de diversão	Bailes,bares X outros	–	–	–	–	–
Formas de diversão	TV,rádio X Outros	0,31	–0,58	0,79	0,36–1,74	0,56
Formas de diversão	Igreja X Outros	0,13	–2,64	0,24	0,87–0,69	0,008
Percepção de risco	Grande X Outros	0,72	–0,17	0,87	0,17–4,43	0,86
Percepção de risco	Nenhum X Outros	0,88	2,73	2,56	1,30–5,06	0,006

IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 6 Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e a aquisição do preservativo nos serviços de saúde em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Variável	Cruzamento	Erro-padrão	Teste de Wald	AOR	IC (95%)	p-valor
Modelagem em relação às variáveis demográficas e socioeconômicas						
Sexo	Feminino X Masculino	1,67	2,17	3,15	1,11–8,90	0,030
Idade (em anos)	≤ 35 X >35	0,10	–3,01	0,20	0,07–0,57	0,003
Raça/cor	Negra X Não negra	1,49	2,03	2,87	1,03–7,96	0,043
Nível de escolaridade	Analfabeto + F.Incomp. X F. Comp e +	0,52	0,01	1,00	0,35–2,79	0,99
Estado civil	Solteiro X Outros	0,44	–0,41	0,79	0,26–2,36	0,68
Situação laboral	Fixo X Outros	0,78	0,27	1,19	0,32–4,35	0,79
Renda individual	≤1 SM X >1SM	0,27	–1,31	0,30	0,05–1,78	0,18
Renda Familiar	≤1 SM X >1SM	0,57	0,12	1,06	0,36–3,07	0,90
Violência/ discriminação racial	Sim X Não	0,19	–1,91	0,32	0,10–1,03	0,57

Participação movimento luta igualdade racial	Não X Sim	0,59	0,52	1,27	0,51–3,17	0,60
Participação movimentos sociais Comunidade	Não X Sim	0,27	-1,21	0,55	0,21–1,44	0,22
Sempre morar na Comunidade	Sim X Não	0,094	-3,31	0,18	0,068–0,50	0,001
Coabitação	≤ 5 pessoas X >5 pessoas	0,77	0,87	1,54	0,57–4,12	0,38

Modelagem em relação às variáveis do serviço de saúde

Dificuldade de atendimento	Sim X Não	0,42	0,21	1,08	0,49–2,35	0,83
Sintomas de DST	Sim X Não	0,47	-0,65–	0,59	0,12–2,82	0,51
Pré-natal última gestação	Sim X Não	0,17	-1,61	0,15	0,15–1,50	0,10
Nº consultas pré-natal	<6 X ≥ 6	0,21	-1,72	0,33	0,09–1,16	0,086
Avaliação do serviço	Ótimo, bom, regular X Outros	0,36	-0,64	0,72	0,27–1,93	0,52

Modelagem em relação às variáveis de conhecimentos, atitudes e práticas

Formas de transmissão	Sim X Não	0,15	-2,25	0,28	0,09–0,85	0,025
Fonte de informação	Serviço X Outros	0,26	-1,11	0,61	0,25–1,44	0,26

Participação atividades de prevenção	Sim X Não	0,83	1,61	1,97	0,86–4,52	0,10
Formas de diversão	Bailes, bares X Outros	–	–	–	–	–
Formas de diversão	TV, rádio X Outros	0,12	–2,70	0,22	0,78–0,66	0,007
Formas de diversão	Igreja X Outros	0,73	–0,21	0,83	0,14–4,67	0,83
Percepção de risco	Grande X Outros	–	–	–	–	–
Percepção de risco	Nenhum X Outros	0,31	–1,10	0,51	0,15–1,67	0,27

IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 7 Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e os serviços de saúde como fonte de informação em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Variável	Cruzamento	Erro-padrão	Teste de Wald	AOR	IC (95%)	p-valor
Modelagem em relação às variáveis demográficas e socioeconômicas						
Sexo	Feminino X Masculino	2,24	2,67	4,18	1,46 – 11,9	0,008
Idade (em anos)	≤ 35 X >35	0,48	0,03	1,01	0,39–2,57	0,97
Raça/cor	Negra X Não negra	1,19	1,56	2,27	0,80–6,38	0,11
Nível de escolaridade	Analfabeto + F.Incomp. X F. Comp e +	0,15	–2,22	0,23	0,06–0,84	0,026
Estado civil	Solteiro X Outros	0,33	–1,01	0,52	0,14–1,84	0,31
Situação laboral	Fixo X Outros	0,36	–0,90	0,54	0,14–2,03	0,36
Renda individual	Até 1 SM X >1SM	0,61	–0,57	0,48	0,04–5,81	0,56

Renda Familiar	Até 1 SM X >1SM	1,64	1,45	2,55	0,72–9,02	0,14
Violência/ discriminação racial	Sim X Não	0,72	0,74	1,45	0,54–3,86	0,45
Participação movimento luta igualdade racial	Não X Sim	1,83	2,23	3,37	1,15–9,80	0,026
Participação movimentos sociais Comunidade	Não X Sim	0,54	0,37	1,18	0,48–2,90	0,71
Sempre morar na Comunidade	Sim X Não	0,24	–1,42	0,50	0,19–1,29	0,15
Coabitação	≤ 5 pessoas	0,46	–0,15	0,92	0,35–2,46	0,88
	X					
	>5 pessoas					

Modelagem em relação às variáveis dos serviços de saúde

Dificuldade de atendimento	Sim X Não	0,26	–1,08	0,64	0,29–1,42	0,28
Obtenção de preservativo	Serviços X Outros	0,69	1,05	1,58	0,67–3,74	0,29
Sintomas de DST	Sim X Não	–	–	–	–	–
Pré– natal última gestação	SIM X NÃO	0,59	–0,22	0,85	0,22–3,33	0,82
Nº consultas pré– natal	< 6 X ≥ 6	0,67	0,14	1,09	0,32–3,68	0,88
Avaliação do serviço	Ótimo, bom, regular	0,30	–1,14	0,50	0,15–1,63	0,25
	X					
	Ruim					

Modelagem em relação às variáveis de conhecimentos, atitudes e práticas

Formas de transmissão	Sim X Não	0,39	–0,36	0,84	0,34–2,09	0,71
--------------------------	-----------	------	-------	------	-----------	------

Formas de diversão	Bailes, bares X outros	-	-	-	-	-
Formas de diversão	TV,rádio X Outros	0,57	0,03	1,01	0,33-3,06	0,97
Formas de diversão	Igreja X Outros	0,22	-1,62	0,32	0,08-1,26	0,10
Conhece o preservativo	Sim X Não	0,33	-1,08	0,30	0,03-2,63	0,28
Não uso do preservativo	Confiança no parceiro(a)					
	X	2,30	2,96	4,52	1,66-12,26	0,003
	Outros					
Percepção de risco	Grande X Outros	1,82	0,32	1,48	0,13-16,56	0,74
Percepção de risco	Nenhum X Outros	0,27	-1,19	0,54	0,19-1,48	0,23

IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 8 – Análise de associação entre as variáveis ajustadas pelo modelo de regressão logística e a realização do teste para o vírus HIV em comunidades remanescentes de quilombos, Brasil 2007 – 2008.

Variável	Cruzamento	Erro-padrão	Teste de Wald	AOR	IC (95%)	p-valor
<i>Modelagem em relação às variáveis demográficas e socioeconômicas</i>						
Sexo	Feminino X Masculino	0,22	-1,52	0,50	0,20 – 1,22	0,13
Idade (em anos)	≤ 35 X >35	0,86	1,50	1,94	0,81 – 4,64	1,13
Raça/cor	Negra X Não negra	0,59	0,71	1,36	0,58–3,20	0,47
Nível de escolaridade	Analfabeto + F.Incomp. X	0,39	-0,40	0,82	0,32–2,11	0,69
Estado civil	F. Comp e + Solteiro X Outros	0,56	0,16	1,08	0,39–3,00	0,87
Situação laboral	Fixo X Outros	1,04	1,06	1,82	0,59–5,60	0,29
Renda individual	≤ 1 SM X >1SM	4,32	1,93	5,11	0,97–26,84	0,054
Renda Familiar	≤ 1 SM X >1SM	0,29	-1,11	0,55	0,19–1,57	0,26
Violência/ discriminação racial	Sim X Não	0,53	0,22	1,11	0,43–2,83	0,82
Participação movimento luta igualdade racial	Sim X Não	0,40	-0,04	0,98	0,44–2,19	0,96
Participação movimentos sociais Comunidade	Não X Sim	0,60	0,88	1,44	0,63–3,28	0,37
Sempre morar na Comunidade	Sim X Não	0,98	1,97	2,31	1,00–5,33	0,048
Coabitação	≤ 5 pessoas X	0,76	1,15	1,68	0,68–4,12	0,25

>5 pessoas

Modelagem em relação às variáveis relacionadas aos serviços de saúde

Dificuldade de atendimento	SIM X Não	0,58	0,96	1,46	0,66–3,21	0,33
Fontes de Informação	Serviços X Outros	0,16	–2,21	0,38	0,16–0,89	0,02
Obtenção de preservativo	Serviços X Outros	0,12	–2,93	0,30	0,13–0,67	0,003
Sintomas de DST	Sim X Não	0,42	–0,64	0,66	0,18–2,34	0,52
Pré– natal última gestação	SIM X NÃO	12,58	2,13	11,14	1,21–102,02	0,03
Nº consultas pré–natal	< 6 X ≥ 6	0,98	0,96	1,72	0,56–5,28	0,33
Avaliação do serviço de saúde	Ótimo,bom, regular X Outros	0,32	–0,83	0,67	0,26–1,70	0,40

Modelagem em relação às variáveis relacionadas a conhecimentos, atitudes e práticas

Participação atividades de prevenção	Sim X Não	0,61	0,54	1,29	0,50–3,29	0,58
Formas de diversão	Bailes,bares X Outros	–	–	–	–	–
Formas de diversão	TV, rádio X Outros	0,52	0,12	1,06	0,40–2,79	0,90
Formas de diversão	Igreja X Outros	0,37	–0,94	0,46	0,09–2,29	0,34
Percepção de risco	Grande X Outros	1,66	0,30	1,42	0,14–14,14	0,76

Percepção de risco	Nenhum X Outros	1,11	1,50	2,16	0,79–5,92	0,13
--------------------	-----------------	------	------	------	-----------	------

ANEXOS

ANEXO I



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 035/2007

Processo Nº: 050/07

Projeto de Pesquisa: "ESTUDO SOBRE AS CONDIÇÕES DE ACESSO DA POPULAÇÃO NEGRA AUTO DECLARADA SEXUALMENTE ATIVA AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PARA HIV/AIDS"

Pesquisador Responsável – JOSENILDA GONÇALVES DA SILVA

Instituição Pesquisada: DIPAS/SES-DF

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial),
Ciências da Saúde;

Validade do Parecer: 26/03/2009

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**;

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 28 de março de 2007.

Atenciosamente.


Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

*Recebi
por via do
28/03/07*

ANEXO II

PESQUISA: ACESSO DA POPULAÇÃO NEGRA AO DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO PARA HIV

QUESTIONÁRIO 1 – POPULAÇÃO

Nº DO QUESTIONÁRIO: _____

I – ESTADO _____ II – MUNICÍPIO _____

III – QUILOMBO _____

IV – COMUNIDADE _____

Data: ____ / ____ / ____ Hora de Início _____

Término: _____

Nome do entrevistador/a: _____

Local da entrevista: _____

Introdução à entrevista: Explique os objetivos desta entrevista, leia o termo de consentimento, explique sobre o sigilo de todas as informações prestadas e que o questionário é anônimo, ninguém saberá o que a pessoa entrevistada respondeu.

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Qual a sua idade? (em anos): _____

2. Data de nascimento: ____ / ____ / ____

3. Estado civil: () Casado () Solteiro () Viúvo/a () Divorciado/a
() Outros: Especificar _____

4. Onde você nasceu? Estado: _____ Cidade: _____

5. Sempre morou nesta comunidade?

1. () Sim 2. () Não

Caso NÃO, quanto tempo morou fora? (em anos) _____

6. Sexo: () Masculino () Feminino

7. Você já participou por algum movimento em sua comunidade?

1. () Sim e ainda participa

Especificar _____

2. () Sim, mas não participa mais

Especificar _____

3. () Não, nunca participou

8. Você já participou de algum grupo ou organização de luta pela igualdade racial?

1. () Sim e ainda participa

Especificar _____

2. () Sim, mas não participa mais

Especificar _____

3. () Não, nunca participou

9. Como você define a sua cor/raça?

10. Em função de sua cor/raça, você já sofreu algum tipo de violência (agressão, xingamento):

1. () Sim 2. () Não **(Passe para a questão 15)**

11. Caso SIM, qual?

(Leia as alternativas e marque todas as referidas)

1. () Violência física

2. () Violência sexual

3. () Violência verbal (Palavrões, Xingamentos)

4. () Discriminação em relação ao acesso a emprego ou promoção no trabalho

5. () Promoção no trabalho

6 () Outro tipo de discriminação. Especificar _____

12. Em caso positivo, você reagiu a essa discriminação ou violência?

1. () Sim 2. () Não

13. Caso SIM, como você reagiu: _____

14. Por parte de quem ou onde você sofreu essa discriminação ou violência?

(Leia as alternativas e marque todas as referidas)

1. () Na família 2. () Em igreja 3. () Na escola
4. () De vizinhos 5. () No trabalho 6. () De amigos
7. () No transporte (ônibus/ Trem/Lotação) 8. () Em estabelecimentos comerciais
9. () Da polícia 10. () Locais de lazer
11. () Serviço de saúde
12. () Outros. Especificar _____

15. Que ano está estudando ou até que ano estudou? 1.

- () Nunca estudou, não sabe ler 2. () Nunca estudou, mas sabe ler

3. () Ensino Fundamental incompleto 4. () Ensino Fundamental

5. () Ensino Médio incompleto 6. () Ensino Médio

7. () Ensino Superior incompleto 8. () Ensino Superior

9. () Pós-graduação

16. Que faz para se divertir? (Hierarquizar, sendo 1 o mais freqüente)

1. () Joga bola (futebol) 2. () Vai para o forró 3. () Assiste TV

4. () Cinema 5. () Vai a Igreja 6. () Bares

7. () Outro especificar _____

17. Qual a sua situação atual em relação ao trabalho? 1.

() Tem emprego fixo 2. () Não tem emprego fixo, mas faz bicos

3. () Bóia fria 4. () Rural temporário

5. () Está desempregado 6. () Está aposentado

7. () Não trabalha; apenas estuda **(Passe para a questão 20)**

18. Qual a sua ocupação habitual (atual ou a última ocupada)?

19. Qual sua renda mensal total (aproximada)?

R\$

20. Qual a renda mensal familiar aproximada?

R\$

21. Participa de programas sociais do governo (Bolsa Escola, Bolsa Família, Renda Minha, Agente Jovem, seguro desemprego, etc)?

1.

() Sim 2. () Não

Qual? _____

22. Qual o tipo de habitação:

1. () Alvenaria

2. () Pau a pique

3. () Palhoça

4. () Adobe/Reboco

5. () Outro Especificar _____

23. Número de cômodos, exceto banheiros:

24. Número de moradores na residência (incluindo você):

PARTE II

COMPORTAMENTOS E PRÁTICAS SEXUAIS

25. Você conhece ou sabe o que é camisinha?

1. () Sim 2. () Não **(Passe par a questão 32)**

26. Caso SIM, já usou?

1. ()

Sim 2. () Não

27. Você sabe como colocar e retirar a camisinha?

1. () Sim 2. () Não 3. () Tenho dúvidas

28. Você usa sempre camisinha (pratica sexo seguro)? 1.

() Sim (**Passa para a questão 31**) 2. () Não

29. Caso NÃO, por quais motivos ou em que situações você deixa de usar a camisinha?

(Leia cada alternativa e assinale uma resposta para cada uma) hierarquizar até 3, sendo 1 a mais importante.

ALTERNATIVAS

1. Porque é muito cara ()

2. Porque não sabe usar ()

3. Porque não gosta de usar / prefere sem ()

4. Porque tira o prazer / quebra o clima ()

5. Porque o parceiro não gosta/ se recusa ()

6. Porque você confia no (companheiro (a), marido/ mulher, namorado (a)). ()

7. Quando o parceiro é HIV negativo ()

8. Quando você e o parceiro concordam em não gozar dentro ()

9. Porque não tem na hora da transa ()

10. Quando a excitação é grande, não dá tempo de colocar ()

11. Porque você acha difícil pedir para o parceiro ()

12. Quando está sob efeito do álcool ou de outra droga ()

13. Porque você está cansado de fazer sexo seguro ()

Outro especificar _____

30. Nos últimos 6 meses, com que frequência você usou a camisinha nas relações sexuais?

1. () Sempre 2. () Na maioria das vezes 3. () Menos da metade das vezes
4. () Poucas vezes 5. () Nunca 6. () Não sabe/não respondeu

31. Como você obtém camisinha?

(Leia as alternativas e marque todas as que forem referidas)

1. () Compra
2. () Vai buscar no serviço de saúde
3. () Vai buscar em outros locais, como ONG, etc.
4. () Recebe em eventos como carnaval, etc.
5. () outros

32. Você já participou de alguma aula / palestra / reunião sobre DST/Aids? 1. () Sim 2. () Não

Caso sim, qual? _____

33. Você sabe como é transmitido o vírus da Aids? 1. () Sim 2. () Não 3. () Tenho dúvidas

34. Abaixo estão algumas questões sobre as maneiras pelas quais uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da Aids.

(marque apenas uma resposta para cada item)

VOCÊ ACHA QUE:	SIM	NÃO	NÃO SEI
A. reutilizar/ferver agulhas e seringas?	1()	2()	3()

B. da mãe contaminada para o feto?	1()	2()	3()
C. A transmissão da Aids pode ocorrer por meio de relação sexual com parceiro contaminado sem proteção?	1()	2()	3()
D. doando sangue?	1()	2()	3()
E. É possível a transmissão da Aids por meio de picada de insetos?	1()	2()	3()
F. O uso de banheiros, copos, talheres, toalhas, após utilização por uma pessoa com Aids, pode transmitir o vírus?	1()	2()	3()
G. A transmissão da Aids pode ocorrer por aperto de mão, abraço ou beijo de pessoa contaminada?	1()	2()	3()
H. A transmissão da Aids pode ocorrer tomando banho de rio, piscinas, lagoa junto com pessoa com Aids?	1()	2()	3()
VOCÊ ACHA QUE:	SIM	NÃO	NÃO SEI
I. É possível reconhecer uma pessoa portadora do vírus da Aids pela sua aparência?	1()	2()	3()

35. Diga se você considera “segura”, “insegura” ou “tem dúvida” sobre as seguintes práticas sexuais:

PRÁTICAS SEXUAIS	SEGURA	INSEGURA	TENHO DÚVIDA
A. Penetração vaginal com camisinha	1()	2()	3()
B. Penetração vaginal sem camisinha	1()	2()	3()
C. Sexo oral com camisinha	1()	2()	3()
D. Sexo oral sem camisinha	1()	2()	3()
E. Sexo anal com camisinha	1()	2()	3()
F. Sexo anal sem camisinha	1()	2()	3()
G. Masturbação mútua	1()	2()	3()

36. No último ano, você participou de alguma atividade de prevenção de DST/HIV/Aids?

1. () Sim 2. () Não

37. Caso sim, qual:

(Leia as alternativas e marque todas as que forem referidas)

1. () Oficina para treinamento como multiplicador de informação
2. () Oficina sobre sexo seguro
3. () Palestra sobre prevenção das DST/HIV/Aids
4. () Aconselhamento para DST/HIV/Aids em serviço de saúde
5. () Recebeu panfletos sobre DST/HIV/Aids
6. () Recebeu camisinha
7. () Outra Especificar _____

38. Quais as três principais fontes de informação pelas quais você obtém informações sobre as DST/HIV/Aids?

(NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS. Hierarquizar 3 alternativas, sendo 1 a mais importante)

- | | |
|----------------------------------|------------------|
| 1. () Serviços de saúde | 2. () ONGs |
| 3. () Jornais/revistas em geral | 4. () Televisão |
| 5. () Internet | 6. () Rádio |
| 7. () Escola | 8. () Amigos |
| 9. () Parentes | 10. () Outra |
- Especificar _____

39. Pensando naquilo que depende de você, como você avalia o seu risco de pegar HIV/Aids?

(Leia as alternativas e marque apenas uma resposta)

1. () É grande 2. () É mais ou menos (médio)
3. () É pequeno 4. () Nenhum 5. () Não sabe avaliar

USO DE SUBSTÂNCIAS

40. Você fuma? 1.
() Sim 2. () Não **(Passe para a questão 44)**

41. Que tipo de fumo?

42. Com que idade começou a fumar?

43. Quantos cigarros por dia você fuma?

44. Você bebe bebida alcoólica? 1. (
() Sim 2. () Não **(passe para a questão 48)** 3. () Já bebi, mas parei.

45. No último mês, quantas vezes você bebeu? 1. ()
Nenhuma 2. () 1 a 5 vezes 3. () 6 a 19 vezes 4. () + de 20

46. Quais bebidas você costuma beber? (hierarquizar até 3) 1. ()
Cerveja 2. () Cachaça/pinga 3. () Outros_____

47. Depois de beber você:

1. () Nada aconteceu
2. () Se envolveu em brigas
3. () Sofreu acidentes (atropelamento, queda, etc.)
4. () Dirigiu
5. () (Faltou a escola/trabalho)

48. Você já usou drogas?

1. () Sim 2. () Não **(passe para a questão 52)**

49. Nos últimos 6 meses, você usou alguma(s) desta(s) droga(s)? 1.
() Maconha 2. () Cocaína 3. () Crack 4. () Merla 5. () Heroína

6. () Tranqüilizante 7. () Ecstasy 8. () Inalantes (loló, lança perfume, cola de sapateiro etc) 9. () Outras.

Especificar: _____

50. Nos últimos 6 meses, você usou algum tipo de droga injetável?

1. () Sim 2. () Não **(Passe para a questão 52)**

51. Nos últimos 6 meses, você compartilhou seringa com outra(s) pessoa(s)?

1. () Sim 2. () Não

SAÚDE / DOENÇA / ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

52. Quais unidades de saúde têm na sua comunidade? 1. ()

Centro de Saúde 2. () Unidade do PACS 3. () Unidade de PSF

4. () Hospital 5. () Não sei

6. () Outro

Especificar _____

53. Que serviço de saúde você usa?

54. Como chega ao serviço de saúde que você usa quando precisa?

1. () Ônibus 2. () Bicicleta 3. () A pé 4. () Carros 5. () Outros

55. Tem dificuldade em ser atendido quando precisa do serviço de saúde? 1.

() Sim 2. () Não

56. Caso SIM, qual? _____

57. Nos últimos 6 meses, você teve alguma ferida, verruga ou corrimento nos órgãos genitais ou ânus? 1. () Sim 2. () Não

(Passe para a questão 59)

58. Caso SIM, qual? _____

59. O que você fez quando teve esse problema?

(NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS)

1. () Buscou ajuda com amigos, parentes

2. () Tomou remédio por conta própria

- 3. () Buscou tratamento diretamente na farmácia
- 4. () Buscou tratamento em serviço público de saúde (centro de saúde, ambulatórios, hospitais públicos)
- 5. () Buscou tratamento em serviço de saúde particular (clínicas privadas, consultórios)
- 6. () Não fez nada
- 7. () Outro

Especificar _____

60. Você já fez o teste da Aids alguma vez na vida? 1.
() Sim 2. () Não **(Passe para a questão 64)**

61. Quantas vezes você fez o teste? _____

62. Onde fez o teste para o HIV?

- 1. () Em serviço público de saúde não especializado (centro de saúde, ambulatórios, hospitais públicos)
- 2. () Em um serviço público de saúde especializado (CTA, COAS, Centro de Referência)
- 3. () Em um serviço de saúde particular (laboratórios, clínicas privadas, consultórios)
- 4. () Banco de Sangue / Hemocentro
- 5. () Outro

Especificar _____

63. Você foi buscar o resultado?

- 1. () Sim e recebeu 2. () Sim, mas não recebeu
- 3. () Não Por que?

64. Mesmo não tendo feito o teste, você sabe onde fazer?
() Sim 2. () Não

1.

Caso SIM, onde? _____

65. Por que não fez o teste?

(NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS. Marque apenas uma, de acordo com a resposta dada. Caso a resposta não esteja na lista, marque a opção “outro motivo” e escreva exatamente como foi mencionado pelo entrevistado)

1. () Medo do resultado

2. () Não se interessou / não se preocupou com isso

3. () Não achou necessário

4. () Procurou serviço de saúde para fazer, mas não havia disponibilidade de testes/reagentes.

5. () Não sabe onde faz

6. () Não tem serviço de saúde

7. () Não sabe/Não opinou

8. () Outro motivo

Especificar _____

66. Como avalia o desempenho do serviço de saúde:

1.

() Ótimo

2. () Bom

3. () Regular

4. () Ruim

Justificar:

QUESTÕES DIRIGIDAS A MULHERES

67. Tem filhos?

1. () Sim. Quantos_____ 2. () Não

Qual a idade do último filho (a)? _____

68. Na última gravidez fez pré-natal?

1. () Sim . Quantas consultas_____ 2.() Não

69. Tipo de parto:

() Domiciliar 2.() Hospitalar normal 3.() Hospitalar cesariana

1.

70. Você fez o teste de HIV/Aids na última gravidez?

() Sim, no pré-natal 2. () Sim, no parto 3.() Não 4. () Não sei

1.

Agradeça ao entrevistado pela colaboração e encerre a entrevista.

ANEXO III

Estudo sobre as condições de acesso da população negra autodeclarada sexualmente ativa ao diagnóstico e tratamento do HIV/aids

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer as condições de acesso da população negra autodeclarada, sexualmente ativa ao teste para HIV/aids e ao tratamento.

Busca ainda identificar até que ponto a questão racial influencia o acesso da população aos serviços e as informações sobre o tema.

Este estudo está sendo realizado em doze comunidades remanescentes de quilombos do país, dez cidades do Distrito Federal e dez cidades do Entorno do DF, selecionadas aleatoriamente. Está sendo conduzida pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília, com o apoio do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde.

Esta pesquisa baseia-se na aplicação de um questionário anônimo (não constará o nome do entrevistado), com duração média de 30 minutos, o qual poderá ser encerrado a qualquer momento, de acordo com a vontade do entrevistado. Também, o participante poderá deixar de responder qualquer pergunta do questionário, se assim o desejar. Não haverá qualquer prejuízo para a pessoa que não quiser participar desta pesquisa. A entrevista ocorrerá de forma a garantir a privacidade e o sigilo das informações prestadas.

Os dados coletados serão trabalhados e divulgados em seu conjunto, preservando o sigilo sobre a identidade dos participantes. Esta pesquisa não trará danos eventuais, imediatos ou futuros, aos participantes.

Os resultados desta pesquisa visam à melhoria das condições de acesso dessa população aos serviços de saúde.

Para esclarecer dúvidas sobre a pesquisa, entrar em contato com os pesquisadores, nos seguintes telefones:

– Maria Josenilda Gonçalves da Silva – NESP / UnB: (61) 3340–6863 ou (61) 8425–5612

– Edgar Merchan Hamann – NESP/UnB: (61) 3340–6863

– Comitê de Ética em Pesquisa SES/DF – (61) 3325–4955

Estou ciente dos objetivos e da metodologia a ser utilizada e concordo em participar desta pesquisa.

Brasília, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Assinatura do(a) entrevistador(a)

Assinatura da testemunha