

LÉIA TEIXEIRA LACERDA

**A MULHER TERENA EM TEMPOS DE AIDS: UM ESTUDO
DE CASO DA ALDEIA LIMÃO VERDE, MUNICÍPIO DE
AQUIDAUANA - MS**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM HISTÓRIA
DOURADOS - MS**

2004

LÉIA TEIXEIRA LACERDA

**A MULHER TERENA EM TEMPOS DE AIDS: UM ESTUDO
DE CASO DA ALDEIA LIMÃO VERDE, MUNICÍPIO DE
AQUIDAUANA - MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em História da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Dourados, para obtenção do título de Mestre em História.

Área de concentração: História, Região e Identidades

Linha de Pesquisa: Instituição e Poder

Orientadora: Prof^a Dr^a Nanci Leonzo

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO Mestrado em HISTÓRIA
DOURADOS - MS**

2004

301.459.80817

L131 M Lacerda, Léia Teixeira

A mulher Terena em tempos de AIDS: um estudo de caso da aldeia Limão Verde, município de Aquidauana – MS / Léia Teixeira Lacerda. – Dourados, MS: UFMS, Campus de Dourados, 2004.

98p.

1. Mulheres Terena – Prevenção da AIDS – Aspectos Históricos da Sexualidade Terena.

LÉIA TEIXEIRA LACERDA

**A MULHER TERENA EM TEMPOS DE AIDS: UM ESTUDO
DE CASO DA ALDEIA LIMÃO VERDE, MUNICÍPIO DE
AQUIDAUANA - MS**

COMISSÃO JULGADORA:

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientadora _____

Profª Drª Nanci Leonzo - UFMS

2º Examinador _____

_____ - _____

3º Examinador _____

_____ - _____

Dourados, _____ de _____ de _____

DADOS CURRICULARES

LÉIA TEIXEIRA LACERDA

NASCIMENTO 31/01/1968 – CHAPADA DOS GUIMARÃES/MT

FILIAÇÃO Juarez Teixeira da Silva
Etelvira Lacerda da Silva

TRAJETÓRIA ACADÊMICA E PROFISSIONAL

1990 a 1995 Curso de Graduação em Psicologia (UCDB) Universidade Católica Dom Bosco.

1997 a 2000 Psicóloga da rede pública de saúde do município de Aquidauana – MS.

1998 Professora substituta da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Campus de Aquidauana.

1998 a 1999 Especialização em História Regional - (UFMS) Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Campus de Aquidauana.

2000 Professora do quadro permanente de pessoal da Fundação Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) grupo magistério de ensino superior, nomeada através de portaria publicada no Diário Oficial do Estado de MS nº 5205 de 14 de fevereiro de 2000 p. nº 46.

2000 a 2003 Programa de Pós-Graduação Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) com a defesa do trabalho intitulado *A AIDS e as Índias Terena: uma questão epidêmica e/ou de imaginário?* sob a orientação da Profa. Dra. Sonia Grubits.

2003 Agraciada com o 1º lugar no III Prêmio Mostra PUC-RIO na categoria Teologia e Ciências Humanas com a orientação e execução do projeto *Viver nas Aldeias com Saúde: conhecer e prevenir as Doenças Sexualmente Transmissíveis e a AIDS* desenvolvido com os professores indígenas Kadiwéu, Kinikinao e Terêna, na Aldeia Bodoquena em Porto Murtinho - MS.

2002 a 2004 Programa de Pós-Graduação Mestrado em História da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

RESUMO

Esta pesquisa visa descrever como os comportamentos sexuais e privados são vivenciados historicamente pelo povo Terena da Aldeia Indígena Limão Verde, localizada no município de Aquidauana - MS. Essa descrição nos dará subsídios para a compreensão a respeito das condições de saúde das mulheres Terena em relação aos comportamentos sexuais de riscos referente ao contágio da AIDS, no período temporalmente demarcado entre 1980 a 2000, dando prioridade às representações simbólicas da doença na comunidade e a forma pela qual essas representações têm sido percebidas no dia-a-dia das mulheres. As fontes utilizadas na investigação foram a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, os registros das Oficinas de Prevenção as DSTs e AIDS realizadas em 1998, as sessões de entrevistas orais com as mulheres que participaram das Oficinas na aldeia e os Boletins Epidemiológicos publicados pelo Ministério da Saúde do Brasil no período acima mencionado. Os dados foram analisados numa perspectiva da história do tempo presente e contribuições da história indígena, assim como, as ponderações sociais e psicológicas da doença. Defendemos a idéia de que o pesquisador ao investigar e descrever a história da AIDS, entre diferentes atores sociais depara-se com um tempo e um espaço histórico de sucessivas mudanças, tanto nas reações imunológicas e nas categorias do contágio, quanto no aspecto histórico e social da doença. Os resultados desta reflexão revelaram que a AIDS, também, deverá deixar para a humanidade lições e experiências contraditórias para *a educação dos sentidos*, tanto de homens como de mulheres, índios e não-índios, uma delas, sem dúvida, será a aprendizagem da prevenção do comportamento sexual de risco, que requer amadurecimento nas relações sexuais e afetivas, desvinculadas das marcas hipócritas da burguesia do século XIX, estudadas por Gay (1988), como forma do avanço individual e coletivo de proteção à vida humana.

Palavras-chave: Mulheres Terena; Prevenção da AIDS; Aspectos Históricos da Sexualidade Terena.

ABSTRACT

This research seeks to describe how the sexual and private behaviors are lived historically by the Terena people of the Green Lemon Indigenous Village, located in the municipal district of Aquidauana town (MS). This description will give us subsidies for the understanding, regarding the conditions of the Terena women's health in relation to the sexual behaviors of risks concerning the infection of AIDS, in the period from 1980 to 2000, giving priority to the symbolic representations of the disease in the community and the form by which those representations have been noticed in the women's day by day. The sources used in the investigation were the Politics concerning the Health of the Indigenous People, the registrations of the Workshops of Prevention to STDs (Sexual Transmitted Diseases) and AIDS accomplished in 1998, the sessions of oral interviews with the women who participated at the Workshops in the village and the Epidemic Bulletins published by Ministry of Health of Brazil in the mentioned period. The data were analyzed in a perspective of the history of the present time using contributions of the indigenous history, as well as, the social and psychological considerations of the disease. We defend the idea that the researcher when investigating and describing the history of AIDS, among different social actors comes across a time and a historical space of successive changes, as much in the immune system reactions and in the categories of the infection, as in the historical and social aspect of the disease. The results of this reflection revealed that AIDS, also, will give to the human beings lessons and contradictory experiences for the education of the senses of the men and of the women, Indians and no-Indians, one of them, out of question, it will be the learning of the prevention of the sexual behavior of risk, that requests ripening in the sexual and affectionate relationships, disentailed of the hypocritical marks of the bourgeoisie of the XIX century, studied by Gay (1988), as form of the individual and collective progress of protection to the human life.

KEY-WORD: Terena Women; Prevention of the AIDS; Historical aspects of the Terena Sexuality.

*Às mulheres Terena do Estado de
Mato Grosso do Sul.*

*À Mariana, Juliana e Emanuelle
expressões de esperanças à nova
geração de mulheres do Brasil.*

AGRADECIMENTOS

A Dr^a Nanci Leonzo, pela orientação criteriosa e pela sensibilidade com que assumiu a minha iniciação no campo da história;

Aos Povos Indígenas do Estado de Mato Grosso do Sul, com menção especial aos Terena;

Aos meus pais, referências constantes para o meu desenvolvimento intelectual e humano;

Aos meus irmãos Hélio, Zeca, Paulo, Antônio Carlos, Leila; Luana e ao querido e inesquecível Raimundinho (*in memoriam*);

A amiga dedicada, Maria Leda Pinto, pela revisão cuidadosa do texto;

Aos amigos, Giovani José da Silva e Karem Angely Grubert Rojas, pelas constantes sugestões de leituras no campo da história;

Aos meus alunos da Fundação Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul do Curso Normal Superior Indígena - Terena e Kadiwéu, buscam em Aquidauana o aprendizado da escrita da sua história.

Aos amigos da Fundação Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, em particular aos docentes do Curso Normal Superior de Campo Grande, cúmplices na jornada diária do trabalho acadêmico.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação Mestrado em História da UFMS – Campus de Dourados com destaque às figuras dos professores Jérri Roberto Marin; Cláudio Alves de Vasconcelos; Osvaldo Zorzato e Paulo Roberto Cimó que contribuíram significativamente para o meu desenvolvimento acadêmico.

“A AIDS, como um dos acontecimentos cruciais do século XX, suscitou uma demanda social por respostas efetivas, mesmo que incompletas, das quais o historiador não poderia estar ausente, sob risco de perder a oportunidade de participar da construção da história da sociedade atual”.

(Maria Cristina da Costa Marques, 2003)

SUMÁRIO

RESUMO	4
ABSTRACT	5
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS	11
LISTA DE ANEXOS	12
APRESENTAÇÃO.....	13
PARTE 1	
A SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA E OS DADOS ESTATÍSTICOS DA AIDS NO BRASIL	17
1.1. Os dados estatísticos da AIDS no mundo	21
1.2. A política de atenção à saúde dos povos indígenas	27
1.3. A AIDS no Mato Grosso do Sul e a população indígena.....	32
1.4. A notificação da AIDS entre a comunidade indígena de Mato Grosso do Sul - MS	35
PARTE 2	
PASSADO E PRESENTE DA ALDEIA LIMÃO VERDE	41
2.1. A mulher Terena em tempos de AIDS	53
2.2. Metodologia do trabalho de campo.....	64
2.3. Registro das oficinas de prevenção às DSTs e AIDS entre as Terena da Aldeia Limão Verde - município de Aquidauana - MS.....	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
FONTES E BIBLIOGRAFIAS	83
ANEXOS	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição proporcional dos casos de AIDS na população indígena – Brasil, 1988 a 1999.....	20
Tabela 2. Proporção de casos de AIDS na população indígena segundo sexo e distribuição regional - Brasil - 1998 a 1999	20
Tabela 3. Os números da AIDS no mundo.....	26
Tabela 4. Os números da AIDS no Estado de MS	34
Tabela 5. Distribuição de casos notificados de AIDS, segundo a categoria de exposição e o período do diagnóstico MS – 1984 a 1999	36
Tabela 6. Distribuição dos casos notificados de AIDS, segundo ano de diagnóstico, faixa etária e razão por sexo - Mato Grosso do Sul - 1984 a 2000.....	37
Tabela 7. População da Aldeia Terena Limão Verde.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AIDS	= Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CISI	= Comissão Intersetorial de Saúde
CN-DST-AIDS	= Conselho Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS
CNS	= Conselho Nacional de Saúde
COSAI	= Coordenação de Saúde do Índio
DEOPE	= Departamento de Operações
DSTS	= Doenças Sexualmente Transmissíveis
EVS	= Equipes Volantes de Saúde
FUNAI.	= Fundação Nacional do Índio
FUNASA	= Fundação Nacional da Saúde
HIV	= Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV-III	= Vírus T – Linfotrópico Humano Tipo III
IBISS/MS	= Instituto Brasileiro de Inovações em Saúde Social/Mato Grosso do Sul
LAV	= Vírus Associado a Linfadenopatia
MS	= Mato Grosso do Sul
OMS	= Organização Mundial da Saúde
PACS	= Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCBAP	= Plano de Conservação da Bacia do Alto Paraguai
SES/MS	= Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul
SIV	= Vírus da Imunodeficiência Símia
SPI	= Serviço de Proteção aos Índios e Trabalhadores Rurais
SUS	= Sistema Único de Saúde
SUSA	= Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
UNAIDS	= Organização das Nações Unidas para a AIDS
USP	= Universidade de São Paulo

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Roteiro do trabalho de prevenção às DSTs/AIDS	91
Anexo 2. Instrumento de coleta de dados - Roteiro de entrevista semi-dirigida.....	94
Anexo 3. Termo de consentimento da pesquisa	96

APRESENTAÇÃO

Defendemos na Universidade Católica Dom Bosco em 2003, Campo Grande - MS, a dissertação de Mestrado em Psicologia sob o título: *A AIDS e as índias Terena: uma questão epidêmica e de imaginário?* Nesse trabalho abordamos os limites e os impasses da prevenção da AIDS do ponto de vista psíquico com as Terena. Os resultados dessa investigação revelaram que podemos sugerir a prevenção as DSTs-AIDS no contexto indígena, desde que o uso do preservativo esteja diretamente ligado ao brincar sexual do casal, não abolindo o gozo de suas vidas, e nem tão pouco associando o contágio do HIV à morte. Estratégia esta usada há 20 (vinte) anos atrás no início da doença, em diversas campanhas publicitárias do governo federal e nem por isso os índices de incidência da doença desceram ou paralisaram, de acordo com Parker (1994).

Só a possibilidade de pensar a respeito do contágio pode despertar no sujeito fantasias de morte e finitude, revelando não só como esse sujeito faz o uso do prazer, mas também como lida com os componentes agressivos de personalidade, tendo que enfrentar a concepção moral e cristã, componentes esses enraizados também na cultura Terena.

Com os dados levantados, percebemos que as índias muitas vezes até sabem como usar o preservativo, mas deixam de fazê-lo porque são presas na armadilha e na aventura do próprio desejo e dos sentimentos afetivos, bastando apenas um convite ou um sinal do companheiro na hora do ato sexual, para que o gozo ocorra sem a proteção. Por isso, é cômodo para a mulher índia assumir que o preservativo deve ser usado pelo homem e este precisa ser ensinado a usá-lo, para que a iniciativa também seja dele. Esse foi o discurso defensivo e o mal-estar das índias diante do estranho, (preservativo e/ou HIV). Discurso eminentemente de “rechaço social”, nas palavras de Carneiro (2000), diante da idéia que causa terror, ansiedade e medo de uma catástrofe, não só interna como também externa.

Diante disso, tratando-se das Terena, casadas ou envolvidas afetiva e sexualmente com os seus companheiros, não há nenhuma restrição para que o ato sexual aconteça, sem o uso do preservativo. O ato sexual está associado à procriação no contexto da cultura, sendo também a garantia de fecundidade e apropriação da terra e do seu espaço geográfico.

A psicanálise como método terapêutico teve a possibilidade de auxiliar na descrição do mal-estar que um programa de saúde dessa natureza suscitou na comunidade Terena, geograficamente distante dos grandes acontecimentos tecnológicos do mundo, porém, tão próxima e desamparada, psiquicamente, diante do HIV.

Os programas de prevenção as DSTs-AIDS voltados ao contexto indígena, têm sido apresentados como cópias autênticas de outros contextos culturais, trazendo à tona, a fragilidade do seu planejamento em relação às fantasias privadas dos sujeitos envolvidos, revelando, também, uma das maiores fragilidades na eficácia da prevenção: a maior parte dos agentes de saúde que trabalham com a prevenção (médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas, etc.) pouco sabem a respeito da dimensão de desejo e de fantasia sexual dos sujeitos que têm procurado os serviços públicos de saúde. Quando procuram, porque na maioria das vezes, esses sujeitos chegam a óbito, antes mesmo de procurarem e/ou receberem atendimento adequado.

Sabemos que os conteúdos básicos da prevenção ao HIV foram inseridos nos programas das disciplinas de Ciências, nos antigos cursos de 2º Grau, hoje Ensino Médio, através da Portaria do Ministério da Educação n. 678 de 14/05/1991, restringindo a questão da sexualidade ao conteúdo do currículo oficial, o que significa retrocesso à antiga concepção médico higienista de caráter permanente e preventivo.

Defendemos o posicionamento que “informar” não é “formar” e garantir escolhas “prontas e eficazes” aos sujeitos. Quando um professor/agente de saúde informa não desperta no aluno/usuário da rede pública o interesse para ir além daquele conteúdo que está sendo apresentado linearmente.

O ato informativo do contágio no desenvolvimento das campanhas de prevenção é uma ação efêmera, quase imperceptível aos sentidos do ponto de vista educativo, seria o mesmo que comentar a respeito de algo, chamar a atenção para algo, ou ainda, demonstrar como num slide, que logo se apagará da memória de quem viu ou ouviu. Esse aspecto é apenas um dos impasses de se trabalhar com a prevenção ao HIV.

Nos trabalhos preventivos ao HIV no contexto indígena, encontramos mais impasses do que propriamente ganhos, nas ações das campanhas de prevenção. O primeiro impasse está localizado na eficácia das campanhas em relação ao contexto cultural dos sujeitos estudados, isto é, no caso das Terena a relação com a posse da terra remonta e reproduz o mito indígena da fecundação dessa terra e sua apropriação. Há uma crença generalizada na Aldeia Limão Verde que quanto maior o número de filhos, maior será a conquista do espaço territorial. As ações dos programas são planejadas e têm sido

repassadas sem levar em consideração os aspectos simbólicos da esfera cultural e sexual das Terena.

O segundo impasse da prevenção está localizado na esfera do desejo humano, *o senhor* do desatino interno, suscitado no sujeito, que o torna súdito e o faz reverenciar, em fração mínima de segundos, o gozo sexual pela impossibilidade do controle.

O sexual como gerador desse descontrole é o motor das fantasias privadas, no momento de encontro íntimo do casal, o uso preservativo passa a ser o “estrangeiro” dessa relação. É excluído pela força da confiança afetiva, da jura de amor, da fidelidade, enfim, de uma diversidade de sentimentos que envolvem a história conjugal.

O HIV é fruto do desejo, do envolvimento amoroso, da solidão e também, numa perspectiva cristã, como demonstrou Paglia (1994), fruto da punição divina diante de tanto prazer. Poderia ser diferente, mas não é. A maior característica da doença é o sentimento de *ambivalência humana*, cercada pela exclusão social e moral, aque os indivíduos estão sujeitos.

A partir dessas ressalvas, pretendemos dar continuidade às pesquisas que temos desenvolvido desde 1998 com as mulheres Terena, historiando tanto o contágio da AIDS na população brasileira, quanto envolvendo notadamente a população indígena Terena da Aldeia Limão Verde nos últimos 20 (vinte) anos da doença: de 1980 a 2000.

O objetivo da investigação é de também, levantar e descrever a maneira pela qual Alfredo D’Esgragnolle de Taunay percebeu a vida privada dos Terena em meados do século XIX; identificar as especificidades do comportamento sexual de risco entre os Terena na atualidade; analisar o imaginário social e cultural da AIDS, na aldeia Terena Limão Verde; refletir a respeito dos aspectos religiosos, históricos e psicológicos da sexualidade das Terena, tomando como referência o Programa de Prevenção às DSTs-AIDS; demonstrar como o tema prevenção é uma demanda social insistente no campo da história da saúde e das políticas públicas de saúde; “desvelar” o conceito de alteridade, historiando a relação entre os Terena e o *outro*¹ e propor estratégias de prevenção da AIDS com as Terena levando em consideração a caracterização histórica e cultural desse povo.

A questão que buscaremos compreender a partir dessa reflexão será: quais as concepções a respeito de corpo e comportamentos sexuais nessa cultura, revelando e descrevendo a vida privada desse povo.

¹ O *outro* ao qual nos referimos diz respeito ao não-índio, ou seja, o branco e o negro que se relaciona com os índios.

Esse levantamento nos dará a possibilidade de compreender os desafios históricos e psíquicos da prevenção da AIDS entre os Terena da aldeia Limão Verde, levando em consideração os traços culturais, os costumes e, sobretudo, as crenças desse povo, na atualidade a respeito da AIDS e dos comportamentos sexuais.

Trata-se de discutir e avaliar as ações dos Programas de Prevenção ao HIV com a população indígena adotados pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Fundação Nacional da Saúde - FUNASA e Fundação Nacional do Índio - FUNAI.

Desta forma, levantamos as seguintes hipóteses: a) a relação atual de alteridade entre os agentes de saúde e os índios é uma relação anacrônica, cristã e européia, que pode dificultar as campanhas de prevenção ao HIV; b) as noções de sujeito adotadas pelos programas do Ministério da Saúde estão pautadas no modelo organicista médico, com isso, tem sido desprezado o aspecto simbólico da cultura sexual brasileira, tanto de índios como de não-índios; c) uma análise dos aspectos históricos e psicológicos da procriação dos filhos(as) entre os Terena do Limão Verde poderá subsidiar a compreensão dos limites da prevenção da AIDS entre as mulheres, tendo em vista que quanto maior o número de crianças nascidas, maior o espaço geográfico concedido pela União, para a comunidade sobreviver e poderá diminuir o risco da dizimação do povo Terena, de acordo com suas crenças.

A primeira parte da dissertação destina-se à descrição do histórico etiológico da AIDS, bem como às formas de contágio, prevenção e incidência na população brasileira e indígena durante o período de 1984 a 2000, conforme tabelas 1, 2, 3, 4, 5 e 6.

Pretendemos também, apresentar os caminhos, que possibilitam conhecer e refletir a respeito do elevado índice de contágio da doença, revelando as dificuldades para o atendimento à saúde indígena, no tocante ao comportamento sexual de risco, no sentido de compreendermos os limites e os desafios históricos e psicológicos das Campanhas Educativas de Prevenção.

A segunda parte destina-se à apresentação do passado e presente da Aldeia Limão Verde; à descrição das atividades das Oficinas de Prevenção às DSTs/AIDS realizadas na aldeia em 1998 e os desafios vivenciados pela mulher Terena em Tempos de AIDS registrados através das entrevistas.

PARTE 1
A SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA E OS DADOS
ESTATÍSTICOS DA AIDS NO BRASIL

É tão depressa assim que se pega essa doença?
(SHAKESPEARE, Noite de Reis, I: v)

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, (2002), no Brasil, a população indígena foi estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do século XVI comparável à da Europa nessa mesma época, sendo dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência; principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida, imposto pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização presentes nos aldeamentos e internatos).

De acordo com dados da FUNASA (2002) na atualidade a população indígena brasileira está estimada em, aproximadamente, 370.000 pessoas pertencentes à cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um desses povos tem sua maneira de entender e se organizar diante do mundo, manifestando suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de território.

Um dado curioso apontado por essa Fundação (2002), diz respeito à antiguidade e experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, havendo grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente; principalmente nas regiões litorâneas e do Baixo Amazonas, até grupos com menos de dez anos de contato.

Há indícios da existência de 55 grupos no Brasil que permanecem isolados, dos quais, 12 (doze) grupos vêm recebendo FUNAI algum tipo de trabalho de reconhecimento e regularização fundiária. Por outro lado, há também os Potiguara, Guarani e Tupiniquim, cujos ancestrais presenciaram a chegada das primeiras embarcações que cruzaram o Atlântico há cinco séculos.

A FUNASA (2002) admitiu não possuir dados globais fidedignos a respeito da saúde da população indígena, porém, em seus acervos há dados parciais, gerados pela FUNAI; organizações não-governamentais e missões religiosas que têm prestado serviços

de atendimento à saúde dos povos indígenas, através de projetos especiais. Embora precários, os dados indicam taxas de morbidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca atenção e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis.

Em relação à morbidade, verificamos alta incidência de: infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças prevenidas por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas.

Não abordaremos cada uma das doenças mencionadas acima, fizemos referência apenas para destacar a relevância social e científica dos estudos em relação à saúde indígena. Neste trabalho, como já referido, estaremos focalizando a atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis e a AIDS entre os índios Terena. Para tanto, apresentaremos a situação epidemiológica nacional e local.

Conforme o Conselho Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (2000) o primeiro caso da doença entre a população indígena ocorreu na região Sul, em 1988 e o primeiro estudo de investigação sistemática de casos da AIDS entre os índios foi realizado nesse mesmo ano, com o levantamento da situação de risco e vulnerabilidade dos Tiryió, nas terras indígenas do Tucumucumaque, fronteira com o Suriname e Guiana Francesa, ocasião em que foram notificados dois casos da doença.

Um levantamento posterior da vigilância epidemiológica, para efeitos de correção das notificações, detectou a existência de um caso em 1987, no Estado de Mato Grosso. Esses casos constituem a primeira referência oficial da epidemia com ligeira interiorização na década de 1990.

Em 1989 foi criado o projeto de prevenção de DSTs-AIDS destinado aos povos indígenas no âmbito da Unidade Técnica de Prevenção do CN-DST-AIDS - Conselho Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. As ações do referido projeto não alcançaram dimensão social esperada e estavam voltadas para aspectos pontuais, focalizados em alguns grupos étnicos.

Essas diretrizes e as ações foram definidas mediante um acordo do Brasil com o Banco Mundial em 1984, com o surgimento de novos casos de AIDS nessa população.

Diante disso, dois aspectos passaram a orientar as ações nesse campo: 1) mudanças no perfil epidemiológico, caracterizadas pela interiorização, pauperização e feminização da doença; 2) ausência de uma política de saúde específica e precariedade da rede de serviços de atenção aos povos indígenas.

O ponto de partida para enfrentar essas duas questões foi, inicialmente, a elaboração de alguns indicadores de risco e vulnerabilidade. Os indicadores de vulnerabilidade ou critérios para o reconhecimento dos riscos de transmissão de DST/HIV/AIDS nas populações indígenas foram identificados através de um trabalho de campo baseado em observações diretas, por um período de 10 meses e o cruzamento das informações com dados sociais, econômicos e antropológicos disponíveis para os Estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina, Paraná, Rio de Janeiro, Sergipe, Alagoas, Amazonas e Acre.

Os indicadores foram agrupados nesses critérios e aperfeiçoados ao longo do tempo com informações obtidas dos diagnósticos conclusivos das reuniões macro-regionais promovidas pelo CN-DST-AIDS.

Os testes de campo mostraram que as possibilidades de transmissão de DST/HIV/AIDS são maiores ou menores de acordo com a quantidade de ocorrências de exposição a situações de vulnerabilidade e/ou comportamento de risco. Essas possibilidades em relação ao risco envolvem diversas situações, devendo ser analisadas nos contextos epidemiológicos, culturais e sociais de cada povo, tais como: iniciação sexual, frequência e posição social dos homens e/ou mulheres que saem das aldeias; ocorrência de interações entre grupos étnicos distintos, rituais e/ou eventos envolvendo manuseio de objetos cortantes compartilhados, sem adequada desinfecção (escarificações, tatuagens, etc.); práticas sexuais de poligamia, poliandria e poliginia, práticas de aleitamento cruzado, alcoolismo, prevalência de DST e outros fatores de risco associados à infecção pelo HIV.

Em relação à vulnerabilidade é relevante para o propósito da prevenção considerar as seguintes situações: intrusão de garimpo, extração de madeira e outros produtos em terras indígenas, tais como construção de barragens, estradas e projetos agropecuários e de turismo, terras indígenas situadas em regiões de fronteira; presença de organizações religiosas e militares em terras indígenas; populações indígenas assentadas em áreas urbanizadas e outros fatores de vulnerabilidade.

O Conselho Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (2000) têm recomendado aos técnicos de saúde saber reconhecer as redes sociais e os interlocutores-chave dos diferentes grupos, buscando fazer o exercício da caracterização e

identificação dessas redes nas suas dimensões antropológicas e políticas e a caracterização de como operam no processo de disseminação de doenças.

A tendência do aumento do número de casos de AIDS entre os índios está diretamente relacionada aos diferenciais. No período de 1987 a 1999, foram notificados 33 casos entre os índios. Os dados disponíveis, como podemos observar nas tabelas 1 e 2, apontam maior vulnerabilidade do segmento jovem da população: 50,1% dos casos de AIDS entre os índios encontram-se na faixa etária entre 15 a 29 anos conforme Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição proporcional dos casos de AIDS na população indígena - Brasil, 1988 a 1999.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
15 a 19	01 (5,5%)	01 (7,0%)	02 (6,3%)
20 a 24	02 (11,1%)	02 (14,3%)	04 (12,5%)
25 a 29	04 (22,2%)	06 (43,0%)	10 (31,3%)
30 a 34	07 (39,0%)	02 (14,3%)	09 (28,1%)
35 a 39	02 (11,1%)	01 (7,1%)	03 (9,4%)
40 a 44	02 (11,1%)	-	02 (6,2%)
45 a 49	-	-	-
50 a 64	-	02 (14,3%)	02 (6,2%)
TOTAL	18 (100%)	14 (100%)	32 (100%)

Um outro fator importante é que 30,2% dos casos estão localizados na Região Norte, reforçando a tese de Szwarcwald (2000) do processo de interiorização da epidemia, mesmo considerando a hipótese da autora, essa tendência requer estudos mais detalhados.

Tabela 2. Proporção de casos de AIDS na população indígena segundo sexo e distribuição regional - Brasil - 1998 a 1999.

Região	Masculino	Feminino	Total
Norte	02 (11,1%)	08 (53,3%)	10 (30,2%)
Nordeste	03 (16,7%)	02 (13,3%)	05 (15,2%)
Sudeste	04 (22,2%)	02 (13,3%)	06 (18,2%)
Sul	04 (22,2%)	02 (13,3%)	06 (18,2%)
Centro-Oeste	05 (27,8%)	01 (6,7%)	06 (18,2%)
TOTAL	18 (100%)	15 (100%)	33 (100%)

No que se refere aos aspectos relativos à vulnerabilidade, a maior concentração de casos acumulados de AIDS está localizada nas regiões Sul e Sudeste, com 36,4% do

total conforme Tabela 3. Os casos segundo o sexo é de um caso em homens para cada mulher, sendo que a tendência em algumas regiões é de aumento significativo do número de casos entre mulheres.

Essa tendência pode ser relacionada com as diferenças de exposição do grupo, situação da mulher dentro da estrutura de parentesco e aumento da frequência de relacionamentos com pessoas de fora do grupo.

1.1. OS DADOS ESTATÍSTICOS DA AIDS NO MUNDO

É conveniente tomarmos conhecimento das estatísticas da AIDS no mundo, para termos uma compreensão lógica da proporção de disseminação da doença. Segundo o Ministério da Saúde, “a AIDS tem um vírus transmissor, o HIV, que se multiplica em um ambiente de desinformação”. Não é por outra razão que o último relatório da Organização Mundial de Saúde mostrou que 09 (nove) de cada 10 (dez) casos da doença registrados no mundo ocorrem em países pobres e/ou periféricos.

De acordo com dados recentes da Fundação Osvaldo Cruz (2000) há mais casos da doença registrados no interior dos estados do Brasil do que nas capitais e o crescimento é mais acentuado entre pessoas pobres e de baixa escolaridade.

No início da década de 80 essa realidade era diferente. De acordo com Parker (1994, p.24), “foi dada pouca atenção pública à doença pelo Ministério da Saúde, pois foi uma doença vista pelas autoridades públicas como afligindo apenas a população homossexual e rica dos Estados Unidos”.

Parker (1994) lembrou que foi somente após a morte de um grande estilista em 1983, que a AIDS começou a atrair a atenção dos meios de comunicação brasileiros. Porém, o foco desse crescente interesse foi dirigido mais para a classificação e categorização das chamadas vítimas do que para o entendimento da doença. Uma vez que o estilista, como quase todos os primeiros casos, era um homossexual conhecido, rico e passava grande parte do tempo em Nova Iorque.

Em decorrência da pouca procura, que deveria ser efetuada pela população, aos serviços públicos e pela própria negligência do Sistema Único de Saúde (SUS) os dados epidemiológicos de notificação em relação aos Terena, ainda são inacessíveis. A razão disso, segundo a informante da aldeia, Emília Barros Terena, que também pertence ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do Ministério da Saúde, está ligada

ao acanhamento e a rebeldia, quanto à prevenção e ao tratamento, nessa população. É justamente nessa perspectiva que procuraremos discutir a problemática ora investigada.

Em 1989, Costa² concedeu uma entrevista à *Revista Percurso de Psicanálise*, abordando o tema: *As faces da violência*. O psicanalista pernambucano realizou uma pesquisa sobre a AIDS, demonstrando seu interesse não pelas vertentes das doenças sexuais ou das relações monogâmicas. Tomou como objeto de investigação a linguagem das sensações privadas a respeito da homossexualidade, isto é, como se elabora a aquisição do vocabulário homoerótico e como é construída a imagem do homossexual, para o sujeito e para a sociedade.

Para o psicanalista “a AIDS, é um flagelo que mostra, sobretudo, no caso dos homossexuais, a exclusão social de um grupo de pessoas, tendo como conseqüência um alto custo em humanidade e dignidade em suas vidas” (COSTA, 1989, p. 24). O autor salientou que como psicanalista o seu papel é colocar a sociedade face a face com essas contradições, da mesma maneira como tem colocado o indivíduo nos atendimentos terapêuticos.

Esse estudioso ressaltou que, entendendo as dificuldades emocionais dos sujeitos envolvidos em tais situações de vida, podemos rever preconceitos quanto ao homoerotismo masculino e, por essa via, lutar de maneira mais eficiente contra a transmissão do vírus da AIDS.

Dentre os aspectos destacados por Costa (1989) nessa pesquisa foi o posicionamento de que quanto mais os indivíduos tiverem condições mentais para assumir a discussão pública do problema do homoerotismo, maior será a opção por regras claras na definição da “identidade homoerótica” sendo, também, maior a possibilidade de encontrarem suportes nessas regras, para aceitarem as limitações da vida sexual impostas pela AIDS. Assim, na opinião do autor:

Sem a posse dessas regras, as decisões diante do risco de infecção são orientadas por fatores que dependem exclusivamente de cada sujeito, e, por conseguinte, nem sempre correspondem às atitudes de precaução que beneficiam a coletividade (COSTA, 1989 p. 50).

Recentemente a Professora Doutora Maria Cristina Costa Marques, vinculada ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá, defendeu sua tese de doutoramento pelo Departamento de História Social pela Universidade de São Paulo.

² O resultado dessa pesquisa foi publicado em sua primeira versão no livro *A inocência e o vício: estudo sobre o homoerotismo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

Os resultados da pesquisa desenvolvida pela autora foram publicados no livro intitulado *A História de uma epidemia moderna: emergência política da AIDS/HIV no Brasil* (2003).

O centro de interesse do estudo de Marques (2003) localizou-se na análise histórica da emergência das políticas da AIDS/HIV no Brasil a partir dos anos 80. Para tanto, elegeu como interlocutores teóricos, historiadores da História do Tempo Presente, tais como Lacouture (1990), Chauveau & Tétart (1992) Le Goff (1999) e Rioux (1999).

Conforme assinalou a autora esses estudiosos discutem a importância da História do Tempo Presente, acreditando que esta pode permitir o posicionamento social do historiador em seu tempo, mas advertem para as dificuldades dessa História na medida em que o pesquisador passa a ser sujeito do seu objeto, engendrado nos acontecimentos que estuda.

Segundo Marques (2003, p. 25):

Como objeto de estudo e pesquisa em História, a AIDS coloca o pesquisador no centro dos acontecimentos, poucos anos distantes do senso de desorientação e surpresa provocadas pelo seu aparecimento como doença epidêmica, próximo ainda à descoberta do vírus e suas primeiras terapias e, em termos históricos, em meio à introdução de novos medicamentos que a parecem transformar em mais uma doença crônica.

O pesquisador depara-se com um tempo e um espaço histórico de sucessivas mudanças ao investigar o assunto, tanto no aspecto imunológico quanto no aspecto histórico e social da doença.

Assim, Marques (2003, p. 25) assinalou que já se passaram 20 anos desde a identificação da AIDS como uma doença infecciosa, tempo no qual a epidemia se espalhou em múltiplas dimensões pelo mundo. Atualmente, a AIDS parece ter-se estabelecido como doença crônica, mesmo que epidêmica em diversas sociedades, suscitando inúmeras discussões relacionadas a sua origem, aos grupos atingidos, às respostas à epidemia, aos conceitos e preconceitos morais e sexuais.

Para a autora a AIDS tornou-se objeto de diversas pesquisas e análises, tendo contribuído em alguns países, como Inglaterra, Estados Unidos e França, para que a história da Saúde viesse a ocupar lugar importante na busca de respostas à epidemia.

Na esteira das doenças que provocaram sentimentos de exclusão social, pânico, acusações ao *outro* e desespero na humanidade, por quase quatro séculos de existência, podemos tomar como exemplo a *sífilis* ou o *mal de Nápoles* conforme a doença ficou conhecida e denominada.

De acordo com Carneiro (2000), essa doença possui esse nome por ter surgido entre os soldados da armada francesa de Charles VIII, na expedição realizada à Itália durante os anos 1494-1495. As primeiras notícias da enfermidade datam de julho de 1495, durante a batalha de Fornoue. Foi Ainsí Cumano, médico das forças venezianas e cronista da batalha, quem detectou a presença de pústulas no rosto e pelo resto do corpo dos homens da armada.

Ainda, segundo Carneiro (2000) em termos de rechaço ao outro, *o mal de Nápoles* foi envolto em uma nuvem de acusações, quando ficou patente a atribuição de suas origens a uma nacionalidade estrangeira.

Os italianos e alemães o chamavam de Mal francês, os moscovitas de Mal polonês, os poloneses de Mal germânico, os flamengos, holandeses e magrebis de Mal espanhol, os portugueses de Mal castelhano, os japoneses e algumas populações índias de Mal português. Somente os espanhóis não o atribuíram a nenhum povo estrangeiro (CARNEIRO, 2000, p. 20-21).

No Brasil essa doença tem sido amplamente estudada por diversos autores, no campo das ciências da saúde e das ciências sociais. Dentre eles, destaca-se a figura de Sérgio Carrara, doutor em antropologia social, pesquisador do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Ele publicou em 1996, *Tributo à Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*.

Nessa obra Carrara (1996) analisou um conjunto de intervenções sociais, as propostas médicas e higiênicas que foram implementadas, com a finalidade de neutralizar a proliferação da *sífilis* no Brasil. Apresentou, também, as condições da *luta antivenérea* a partir dos discursos e das ações implementadas no Brasil no final do século XIX até meados da década de 1940. Reconstruiu a doença como grave problema de saúde individual e/ou coletiva e a emergência da sifilografia como especialidade médica, capaz de produzir saber, controle e dar o devido tratamento à enfermidade.

Para Parker (1993, p. 47), entretanto, “o ambiente em que se começou a vida brasileira foi de quase intoxicação sexual, ligada à sensualidade desenfreada do passado brasileiro. Neste sentido, a sífilis marca o corpo brasileiro, tanto quanto a miscigenação marca a alma”. O regime de escravidão foi claramente ligado a uma ética sexual particular, dominada por diferenças de poder, por sadismo e masoquismo, por atividade e passividade no Brasil colônia.

Conforme o Programa Nacional de Prevenção às DSTs-/AIDS (1999), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) foi reconhecida em meados de

1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco ou Nova York. Os mesmos apresentavam sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível (BRASIL, 1999b).

Dados do Ministério da Saúde apontam que em 1983, o HIV – 1 foi isolado dos pacientes com AIDS, pelos pesquisadores Luc Montaigner, na França, e Robert Gallo, nos EUA, recebendo os nomes de LAV (*Lymphadenopathy Associated Vírus ou Vírus Associado à Linfadenopatia*) e HTLV – III (*Human T – Lymphotropic Vírus ou Vírus T – Linfotrópico Humano tipo III*), respectivamente, nos dois países (BRASIL, 1999b).

Em 1986, foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, com características semelhantes ao HIV – 1, denominado HIV – 2. Nesse mesmo ano, um comitê internacional recomendou o termo HIV (*Human Immunodeficiency Vírus ou Vírus da Imunodeficiência Humana*) para denominá-lo, reconhecendo-o como capaz de infectar seres humanos (BRASIL, 1999b).

Embora não se saiba ao certo qual a origem do HIV - 1 e 2, sabe-se que uma grande família de retrovírus relacionados a eles está presente em primatas não-humanos, na África Sub-saariana³. Todos os membros dessa família de retrovírus possuem estrutura genômica semelhante, apresentando homologia em torno de 50%. Além disso, todos têm capacidade de infectar linfócitos através do receptor CD4. Aparentemente, o HIV – 1 e o HIV – 2 passaram a infectar o homem há poucas décadas. Alguns trabalhos científicos recentes, sugerem que isso tenha ocorrido entre os anos 40 e 50 (BRASIL, 1999b).

O vírus da imunodeficiência símia (SIV), que infecta uma subespécie de chimpanzés africanos, é 98% similar ao HIV – 1, sugerindo que ambos evoluíram de uma origem comum. Por esses fatos, supõe-se que o HIV tenha origem africana. Ademais, diversos estudos sorológicos realizados na África, utilizando amostras de soro armazenadas desde as décadas de 50 e 60, reforçam essa hipótese (BRASIL, 1999b).

Conforme o Programa Estadual de DST-AIDS-SES-MS, a AIDS foi, no ano de 1997, a doença que mais matou no mundo, fazendo 2,3 milhões de vítimas conforme tabela 3. No Brasil é a segunda doença que mais vítimas fatais faz entre as mulheres de 20 a 50

³ Mantemos a grafia da palavra de acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde do Brasil, embora a regra de uso do hífen, em relação ao prefixo “sub”, estabeleça o uso do mesmo só diante de palavras iniciadas com a consoante “r” e a consoante “b”.

anos – período mais ativo de sua vida sexual. As doenças que mais matam são, pela ordem: câncer, AIDS, doenças respiratórias, derrames, doenças cérebro vasculares e doenças circulares.

Nessa faixa de idade, a AIDS matou no Brasil 2.600 mulheres, apenas em 1996. Há uma segunda razão para se preocupar com essa problemática: a relação heterossexual estável e monogâmica tornou-se, para as mulheres, a principal via de entrada para o vírus da AIDS.

O HIV, vírus causador da AIDS, infectou 5,3 milhões de pessoas no ano 2000 no mundo. Os números mais alarmantes foram na África Sub-sahariana, onde vivem 25,3 dos 36,1 milhões de soropositivos do planeta e na Europa Oriental, cujo número de infectados cresceu 60% este ano.

O Brasil concentra 35,7% dos mais de 1,4 milhões de casos de AIDS notificados no ano de 2000, na América Latina.

De acordo com a UNAIDS, o país se destacou pela iniciativa do Ministério da Saúde ao distribuir gratuitamente os anti-retrovirais, mas a epidemia apresentou um quadro preocupante entre os heterossexuais e usuários de drogas injetáveis. Estimou-se 500 mil adultos infectados, no período histórico de 1980 a 2000.

Segundo o último Boletim Epidemiológico divulgado pela Secretaria de Estado de Saúde de MS, foram notificados de 1980 a 2000 – 190.949 casos de AIDS no Brasil. Desses 6.750 são crianças; 139.502 são adultos do sexo masculino e 44.697 do sexo feminino. Do total de casos notificados, 95.721 foram a óbito.

Tabela 3. Os números da AIDS no mundo.

Continentes e Países	Nº de Pessoas vivendo com AIDS	Nº de Novos Casos	População Adulta (%)	Nº de Óbitos
África sub-sahariana	25,3 milhões	3,8 milhões	8,8%	2,4 milhões
América Latina	1,4 milhões	150 mil	0,5%	50 mil
América do Norte	920 mil	45 mil	0,6%	20 mil
Austrália e Nova Zelândia	15 mil	500	0,13%	Menos de 500
Caribe	390 mil	60 mil	2,3%	32 mil
Europa Ocidental	540 mil	30 mil	0,24%	7 mil
Leste Europeu e Ásia Central	700 mil	250 mil	0,35%	14 mil
Leste da Ásia e Pacífico	640 mil	130 mil	0,07%	25 mil
Norte da África e Oriente Médio	400 mil	80 mil	0,2%	24 mil
Sul e Sudeste da Ásia	5,8 milhões	780 mil	0,56%	470 mil
Total	36,1 milhões	5,3 milhões	1,1%	3 milhões

Fonte: BRASIL, 1999b.

Segundo pesquisa feita pelo *Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS* da Universidade de São Paulo (1998), 71% das mulheres soropositivas contraíram o vírus do marido ou de um namorado ou noivo com quem se relacionavam há mais de um ano. Ficam bem atrás as contaminações em mulheres que trocam de parceiro com mais frequência e as usuárias de drogas injetáveis.

A pesquisa da Universidade de São Paulo - USP entrevistou 148 mulheres portadoras do HIV e, de acordo com os especialistas consultados pela Revista *Veja* em (28/10/1998), esse resultado retrata uma tendência nacional da epidemia.

A AIDS, que contagiou em torno de 135.000 (centro e trinta e cinco mil) pessoas no Brasil, há muito deixou de ser um mal relacionado a homossexuais, travestis, prostitutas e viciados em drogas. Pela falta de conhecimento, muitas mães e esposas estão sendo contaminadas em nosso país. Em 1985, existia 01(uma) mulher contaminada para cada grupo de 25 (vinte e cinco) homens. Hoje, a relação é de (01) uma para cada (02) dois homens. Entre as casadas, a doença tomou contornos alarmantes nos últimos anos.

Desde 1995, com o número de contaminações anuais por HIV foram de homossexuais (-16%), usuários de drogas injetáveis (-18%) e receptores de transfusão de sangue (-38%). Entre as mulheres contaminadas por relação sexual, no entanto, o crescimento foi de 14%. No ano de 1997, segundo dados preliminares da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul – Coordenação Estadual de DSTs/AIDS, foram infectadas 14.500 pessoas no Brasil, sendo 4.300 do sexo feminino.

Calculando são 12 (doze) mulheres contaminadas todos os dias, 08 (oito) delas em relações monogâmicas. Como as mulheres casadas e monogâmicas estão tão expostas, tanto quanto os grupos acima mencionados, torna-se um equívoco continuar acreditando no conceito “grupo de risco”, para definir pessoas mais expostas ao HIV.

1.2. A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

O objetivo deste item é apresentar em linhas gerais a organização das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, recentemente publicada pela FUNASA (2002). Este documento nos norteará no questionamento dos desafios culturais, biológicos e econômicos, presentes na implantação e execução desse documento no cotidiano dessas populações.

De acordo com a FUNASA (2002, p. 6-8), desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferroviárias provocou numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção aos Índios e Trabalhadores Rurais (SPI).

Esse órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se à proteção dos índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional.

Na década de 50, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) vinculado ao Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas à vacinação, ao atendimento odontológico, ao controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a FUNAI que baseando-se no modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde - EVS. Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho local dos auxiliares e atendentes de enfermagem.

Após a crise financeira do Estado Brasileiro - década de 70 – a FUNAI teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de atenção à saúde, que contemplasse a diversidade e dispersão geográfica das comunidades indígenas, tais como: carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto à comunidade culturalmente diferenciada.

Com o passar do tempo, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais e a sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica. Alguns desses profissionais, em geral, pouco qualificados, ficavam lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais curativas e emergenciais sem qualquer acompanhamento.

Era freqüente a presença de funcionários sem qualificação alguma na área da saúde, prestando atendimentos de primeiros socorros ou até de maior complexidade, devido à situação de isolamento das comunidades.

As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e busca de tratamento pelos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Os sistemas tradicionais de saúde se apresentam sempre considerando as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural, consistindo ainda num recurso precioso para a preservação e recuperação de sua saúde.

Em 1988, a Constituição Federal Brasileira legitimou e homologou o reconhecimento e respeito às organizações sócio-culturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena, tornando obsoleta a instituição da tutela. Estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena.

Posteriormente, a Constituição, também, definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentados pela Lei nº 8.080/1990 e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde.

Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas em 1986 e 1993 a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Essas duas conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo as necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde, a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde, destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base na organização dos serviços em saúde. Nessa mesma época, foi criada no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio – COSAI, subordinada ao Departamento de Operações – DEOPE – da Fundação Nacional de Saúde, com atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena.

Nesse mesmo ano, a Resolução nº 11 de 13 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, criou a Comissão Intersetorial de Saúde - CISI, tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais, no campo da saúde indígena. Essa Comissão foi composta inicialmente sem representação indígena, os próprios membros da CISI reformularam sua composição e, com a saída espontânea de representantes do CNS, da Secretaria de Meio Ambiente, dentre outros, abriu-se 4 das 11 vagas para representantes de organizações indígenas.

Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 19 de maio de 1994 o Decreto Presidencial nº 1141/1994 constituiu uma Comissão Intersetorial de Saúde – (CIS), com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI.

O decreto devolveu, na prática, a coordenação das ações de saúde à FUNAI. A CIS aprovou, por intermédio da Resolução nº 2, de outubro de 1994, o “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”, que atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias.

Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram as responsabilidades sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações de forma fragmentada e conflituosa. Ambas haviam estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançadas e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena.

A Política Nacional de Atenção à Saúde aos Povos Indígenas foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em reunião ordinária em novembro de 2001 e sancionada através da Portaria nº 254 de 31 de janeiro de 2002, pelo Ministro de Estado de Saúde Sr. José Serra.

O propósito dessa política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. O documento visa contemplar a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores, que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina natural e o direito desses povos à sua cultura.

Para o alcance desses propósitos e com o objetivo de orientar a definição de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas foram estabelecidas as seguintes diretrizes:

Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólo-Base, na instância local, onde a atenção primária e os serviços de referência estão localizados; preparação de recursos humanos para atuarem no contexto intercultural; monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; promoção do uso adequado e racional de medicamentos; promoção de ações específicas em situações especiais; promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde, envolvendo comunidades indígenas; promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena e controle social.

O conceito de Distrito Sanitário Especial Indígena foi utilizado como modelo de organização de serviços, orientado para um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo. Para contemplar um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência com controle social.

Os critérios para a definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas foram:

- população;
- área geográfica e perfil epidemiológico;
- disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra-estrutura;
- vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;
- relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;
- distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios, onde estão localizadas as terras indígenas.

Como podemos perceber, esse documento é revelador do ponto de vista antropológico e médico, sendo levados em consideração espaço físico; recursos financeiros advindo do SUS e as características culturais dos povos indígenas.

Contudo, podemos lançar um questionamento na seguinte direção: será que efetivamente a atenção à saúde dos indígenas tem sido realizada de maneira adequada? Tanto no plano do atendimento biológico, como no respeito às especificidades culturais?

Este é um questionamento que demandaria da nossa parte, observações constantes nas Casas de Atendimento à Saúde Indígena no Estado de MS, porém os objetivos nesta dissertação são de compreender em que momento do processo de adoecimento e cura desse povo instala-se o hiato entre a eficácia e a ineficácia dos atendimentos preventivos não só as DSTs e AIDS como também às demais doenças que, inclusive, os Terena do Mato Grosso do Sul tem padecido.

Não teríamos tempo suficiente para analisar toda a política institucional do Ministério da Saúde destinada às populações indígenas brasileiras. Nesta dissertação assinalamos os componentes históricos e culturais que poderão favorecer a ineficácia das ações dos Programas de Prevenção as DSTs-AIDS com o povo Terena no sentido de compreender as expressões da vida íntima sexual e a vulnerabilidade ao comportamento de risco.

Diante disso, tomamos o conceito de avaliação de política pública adotada por Belloni, Magalhães e Souza (2000, p. 86):

A avaliação é um processo sistemático de análise de uma política, atividade, fato(s) que permite compreender, de forma contextualizada, as dimensões e implicações, e tem como finalidades estimular o aperfeiçoamento dos objetivos e metas das políticas e das ações avaliadas.

Apesar dos autores trabalharem com o conceito de metodologia de avaliação no campo da educação profissional, nos aproximamos dessa experiência e desse conceito, tendo em vista que defendem a contextualização e o dinamismo do processo avaliativo da política pública. Isso nem sempre tem sido fácil e harmônico, muitos projetos de campanha à prevenção ao HIV, financiados pelo Ministério Saúde, não só com as populações indígenas, como também, com os não-índios, são pouco avaliados. Terminam no esquecimento, tanto nos arquivos do órgão financiador, como no imaginário e no dia-a-dia dos atores sociais envolvidos.

1.3. A AIDS NO MATO GROSSO DO SUL E A POPULAÇÃO INDÍGENA

A realidade epidemiológica no Estado de Mato Grosso do Sul também tem despertado a ação preventiva nos grupos que ainda não foram atingidos, para que possam

diminuir a sua vulnerabilidade, principalmente, sabendo que os casos de DSTs estão ocorrendo, aumentando, assim, a possibilidade de infecção pelo HIV em até 18 vezes.

Conforme o Programa Estadual de DST-AIDS-SES-MS, no período de diagnóstico de 1980 a 2000, poucos casos de AIDS têm sido notificados nas cidades do interior do Estado de MS, especialmente nos municípios com menos de 20 mil habitantes conforme tabela 4. Inversamente, as notificações de DSTs têm ocorrido, sistematicamente, apontando uma realidade epidemiológica preocupante, ainda sabendo da subnotificação que ocorre em todos os setores. Desvelando, dessa forma, os fatores morais suscitados pela doença.

Em especial, no ano de 1996, final de mandato dos prefeitos, houve uma quebra generalizada nas notificações, inclusive há municípios onde não houve sequer um caso notificado. Mesmo assim, temos situações bastante graves como na região de Aquidauana, que alcançou 99,62/100.000 em casos de tricomoníase; Nova Andradina, com 146,32/100.000, em gardnerela; 16,61/100.000, em casos de gonorréia em Jardim; 34,64/100.000 de sífilis, em Campo Grande.

Somente em casos de AIDS, foram realizadas 60 notificações até o mês de setembro de 1997 no Estado de Mato Grosso do Sul, abrangendo 10 cidades, conforme os dados do Programa DST-AIDS-SES-MS⁴.

De acordo com a Coordenação do Programa Estadual de DST-AIDS-SES-MS, foram notificados 198 casos no ano de 2000.

Conforme a tabela 4 dos 2.061 casos da série histórica de 1984 a 2000, 1693 casos (82,1%), foram dos municípios que apresentam mais de 50.000 habitantes e 368 casos (17,9%,) nos municípios com menos de 50.000 habitantes.

Apesar da maioria dos casos estarem concentrados nos maiores centros urbanos, o Estado de Mato Grosso do Sul acompanhou a tendência nacional, de acordo com Szwarcwald (2000) observou-se que os maiores ritmos de crescimento ocorreram entre os municípios pequenos, com menos de 50.000 habitantes, identificando-se que nesses municípios a epidemia ainda está na fase inicial de expansão.

⁴ Todos os dados citados referem-se ao Projeto 'Previna Mulher' do Instituto Brasileiro e Inovações em Saúde Social – IBISS – MS.

Tabela 4. Os números da AIDS no estado de Mato Grosso do Sul

Nº de Casos – Município	Período de Diagnóstico									Total Acumulado		
	1980 1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	00	Nº	%	Incid.
Campo Grande	218	121	102	169	169	164	166	98	88	1251	60,7	296,8
Três Lagoas	11	17	12	13	27	23	11	16	02	132	6,4	210,0
Dourados	16	05	12	10	07	18	27	22	11	128	6,2	75,9
Corumbá	35	14	03	17	21	14	12	09	03	128	6,2	146,4
Ponta Porá	03	09	07	08	05	03	03	11	05	54	2,6	97,2
Aquidauana	-	03	03	06	-	05	10	04	01	32	1,6	72,8
Paranaíba	02	-	03	04	07	04	03	05	01	29	1,4	72,7
Anastácio	-	-	01	01	01	05	03	03	-	14	0,7	50,2
Coxim	01	-	-	01	01	05	01	03	02	14	0,7	42,2
Rio Brilhante	03	02	-	-	01	01	02	05	-	14	0,7	60,4
Sidrolândia	-	-	-	02	03	04	01	01	02	13	0,6	69,7
Naviraí	01	-	-	04	-	03	-	02	01	11	0,5	34,5
Nova Andradina	-	-	03	-	02	01	02	02	01	11	0,5	32,7
Jardim	-	03	-	02	03	01	-	01	01	11	0,5	58,7
Ladário	03	01	-	02	02	02	-	-	-	10	0,5	99,7
Bela Vista	01	01	01	-	01	01	02	01	02	10	0,5	63,5
Ribas do Rio Pardo	01	01	02	01	-	01	03	-	01	10	0,5	62,1
Amambaí	-	01	01	-	01	-	01	03	02	09	0,4	9,3
Miranda	02	01	02	01	-	01	-	02	-	09	0,4	25,5
Rio Verde de Mato Grosso	01	01	-	01	01	-	02	01	02	09	0,4	50,2
Cassilândia	-	02	-	-	-	01	02	02	02	09	0,4	45,2
Aparecida do Taboado	-	-	02	01	02	02	-	01	01	09	0,4	71,4
São Gabriel d'Oeste	04	-	-	02	01	-	01	-	01	09	0,4	60,9
Água Clara	-	01	-	01	-	02	01	01	01	07	0,3	101,8
Caarapó	-	-	03	-	01	-	03	-	-	07	0,3	25,2
Porto Murtinho	03	-	-	-	-	02	-	01	01	07	0,3	86,7
Terenos	03	-	01	01	-	-	01	01	-	07	0,3	123,5
Maracajú	04	-	-	02	-	-	-	-	01	07	0,3	34,3
Camapuã	-	01	02	-	03	-	-	01	-	07	0,3	21,0
Selvíria	01	-	-	03	-	-	-	02	-	06	0,3	78,8
Glória de Dourados	01	01	-	01	01	-	02	-	-	06	0,3	50,3
Fátima do Sul	-	02	-	-	-	01	-	03	-	06	0,3	56,7
Chapadão do Sul	-	-	-	-	01	-	02	01	01	05	0,2	71,1
Bandeirantes	-	-	01	-	01	01	01	01	-	05	0,2	65,8
Costa Rica	-	-	-	-	-	03	01	-	01	05	0,2	25,8
Juti	-	-	01	-	-	01	-	02	-	04	0,2	81,7
Bataiporã	-	01	-	-	-	-	-	03	-	04	0,2	41,0
Eldorado	-	-	-	01	01	-	01	-	-	03	0,1	13,2
Ivinhema	01	-	02	-	-	-	-	-	-	03	0,1	8,0
Rio Negro	01	-	-	-	-	01	-	01	-	03	0,1	49,2
Itaporã	-	-	01	-	-	-	01	01	-	03	0,1	26,3
Paranhos	01	-	-	-	-	-	-	01	-	02	0,1	18,8
Sete Quedas	-	01	-	-	-	-	01	-	-	02	0,1	13,1
Itaquiraí	-	-	01	-	-	-	-	01	-	02	0,1	14,9
Bodoquena	-	01	-	-	-	-	-	01	-	02	0,1	24,1
Deodápolis	01	-	-	-	-	-	-	01	-	02	0,1	11,6
Vicentina	01	-	-	-	-	-	01	-	-	02	0,1	29,8
Inocência	01	-	-	01	-	-	-	-	-	02	0,1	61,8
Caracol	-	-	-	01	-	-	01	-	-	02	0,1	82,1
Jaraguari	-	-	-	-	01	-	-	01	-	02	0,1	31,9
Brasilândia	-	-	-	-	-	01	01	-	-	02	0,1	14,8
Iguatemi	-	-	-	-	-	01	01	-	-	02	0,1	5,7
Mundo Novo	-	-	-	-	-	-	01	-	01	02	0,1	3,9
Bataguassu	-	-	-	-	-	-	02	-	-	02	0,1	24,5
Guia Lopes da Laguna	-	-	-	-	-	-	01	-	01	02	0,1	20,0
Pedro Gomes	-	-	-	-	-	-	-	02	-	02	0,1	14,4
Coronel Sapucaia	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01	0,0	7,7
Anaurilândia	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01	0,0	16,1

Nº de Casos – Município	Período de Diagnóstico									Total Acumulado		
	1980 1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	00	Nº	%	Incid.
Sonora	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01	0,0	16,1
Jateí	-	01	-	-	-	-	-	-	-	01	0,0	30,3
Taquarussu	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01	0,0	23,7
Dois Irmãos do Buriti	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01	0,0	10,8
Angélica	-	-	-	-	-	-	-	01	-	01	0,0	9,0
Novo Horizonte do Sul	-	-	-	-	-	-	-	01	-	01	0,0	9,0
Bonito	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01	0,0	8,8
Nioaque	-	-	-	-	-	-	-	01	-	01	0,0	8,5
Total	322	191	167	212	264	274	274	220	137	2.061	100	-

Fonte: Programa Estadual de DST/AIDS/SES/MS, 2000.

1.4. A NOTIFICAÇÃO DA AIDS ENTRE A COMUNIDADE INDÍGENA DE MATO GROSSO DO SUL - MS

A situação epidemiológica entre as comunidades indígenas, no Mato Grosso do Sul, ainda está indefinida diante dos órgãos oficiais de notificação e controle da doença, uma vez que só em setembro de 1999 a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul estabeleceu critérios para notificar os índices de contágio nessa população, porém de acordo com a Coordenação Estadual de DSTs-AIDS, a Fundação Nacional do Índio (2000) não autorizou a inclusão desta população nos Boletins Epidemiológicos, alegando que poderia provocar nessas comunidades “sentimentos de desespero e pânico”.

O discurso apresentado pela FUNAI é um discurso que dissocia as sociedades indígenas da situação em que elas se encontram na atualidade no contexto brasileiro, inteiramente presente e em contato com a sociedade nacional. Tanto os homens como as mulheres se relacionam com o *outro*, não vivem enclausurados nas aldeias, principalmente os Terena. Esse povo tem freqüentado universidades para concluir os estudos e até promovido a eleição de diversos representantes políticos municipais, estaduais e federais, com o intuito de cuidarem dos interesses políticos e sociais indígenas.

A instituição revela com esse posicionamento que concebe o índio como um patrimônio da União, devendo viver o cotidiano da floresta, carregado de adereços, plumas e tatuagens espalhadas pelo corpo, manuseando arcos e flechas com maestria. Esse posicionamento oficial não leva em consideração que nessas comunidades vivem seres humanos, vulneráveis às doenças e essa determinação da Fundação Nacional do Índio tem impossibilitado, inclusive, aos agentes de saúde, conhecerem a realidade epidemiológica dessa população. Dificultando organizar e dirigir ações mais eficazes na prevenção de

doenças, acobertando a real situação dos dados de notificação, não só das DSTs-AIDS que carregam os sentidos morais e culturais do contágio, como as demais doenças.

Os casos de AIDS, na área indígena, de que se tem conhecimento em Mato Grosso do Sul, foram identificados no quadro geral de notificação da SES/MS nos municípios onde estão localizadas as aldeias indígenas. Isso possibilita afirmar que o trabalho de notificação não passa meramente pelo levantamento estatístico dos casos, mas, sobretudo, pelo constrangimento moral e/ou acanhamento social dos sujeitos, que procuram os atendimentos na rede pública de saúde.

Quanto à procura de assistência médica pelas Terena, há uma semelhança de comportamentos em relação às não-índias: só procuram atendimento quando estão na fase do contágio ou na fase terminal. Isso indica que falar em prevenção do ponto de vista histórico e psicológico é falar ao avesso dos costumes e crenças culturais dessas índias. Como sugerir a prevenção se há um movimento natural de defesa do sujeito, afirmando que o problema só ocorre com o *outro*? E que a possibilidade do contágio está no branco e/ou no não-índio?

De acordo com o Programa Estadual de DST-AIDS-SES-MS as principais formas de transmissão do HIV no período de (1984 a 2000), foram as vias: sexual (59,1%); sanguínea (21%) (em receptores de sangue ou hemoderivados em usuários de drogas injetáveis ou UDI); e vertical (3,3%) (da mãe para o filho, durante a gestação, o parto ou por aleitamento); heterossexual (37%) e homossexual (12,4%). As estatísticas são apresentadas na tabela 5.

Tabela 5. Distribuição de casos notificados de AIDS, segundo a categoria de exposição e o período do diagnóstico Mato Grosso do Sul – 1984 a 1999

Categoria de exposição	Período de diagnóstico																	Total	
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Nº	%
Sexual	-	-	3	8	13	16	36	48	61	106	72	111	133	172	183	150	107	1219	59,1
Homossexual	-	-	1	6	6	8	14	23	17	28	15	24	22	29	31	17	17	256	12,4
Bissexual	-	-	1	3	6	6	11	14	21	24	11	15	20	19	20	21	08	200	9,7
Heterossexual	-	-	1	-	1	2	11	11	23	54	46	72	91	124	132	112	82	763	37,0
Sanguínea	2	1	2	1	5	6	15	29	22	56	44	46	78	48	37	27	12	431	21,0
UDI*	-	-	-	-	3	5	14	27	20	53	42	41	68	43	37	27	12	392	19,0
Hemofílicos	2	1	2	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	8	0,4
Transfusão	-	-	-	1	2	-	1	2	2	2	2	5	9	5	-	-	-	31	1,6
Vertical	-	-	-	-	-	-	2	3	2	7	2	6	8	12	15	10	01	68	3,3
Acidente de Trabalho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorado	-	-	1	1	2	4	8	13	18	22	49	49	45	42	39	33	17	343	16,6
Total	2	1	6	10	20	26	61	93	103	191	167	212	264	274	274	220	137	2061	100,0

Fonte: Programa Estadual de DST-AIDS-SES-MS. Dados coletados em 25 de novembro de 2000.

É importante observarmos as distribuições de casos notificados de AIDS na Tabela 6, segundo o ano de diagnóstico, faixa etária e razão por sexo. As notificações revelaram o aumento gradual e significativo de casos notificados entre o sexo feminino com a faixa etária entre os 13 e 49 anos.

Tabela 6. Distribuição dos casos notificados de AIDS, segundo ano de diagnóstico, faixa etária e razão por sexo - Mato Grosso do Sul – 1984 a 2000

Ano de Diagnóstico	Faixa Etária									Total		
	< de 13 anos			13 a 49 anos			> de 50 anos			M	F	M/F
	M	F	M/F	M	F	M/F	M	F	M/F			
1984	2	-	2/-	-	-	-	-	-	-	2	-	2/-
1985	-	-	-	1	-	1/-	-	-	-	1	-	1/-
1986	-	-	-	6	-	6/-	-	-	-	6	-	6/-
1987	-	-	-	8	-	8/-	2	-	2/-	10	-	10/-
1988	-	-	-	18	1	18/1	1	-	1/-	19	1	19/1
1989	-	-	-	24	1	24/1	1	-	1/-	25	1	25/1
1990	1	1	1/1	44	11	4/1	4	-	4/-	49	12	4/1
1991	1	2	½	64	22	3/1	3	1	3/1	68	25	3/1
1992	1	1	1/1	76	19	4/1	5	1	5/1	82	21	4/1
1993	3	4	1/1	141	35	4/1	7	1	7/1	151	40	4/1
1994	-	2	-/2	105	49	2/1	7	4	2/1	112	55	2/1
1995	3	3	1/1	139	55	3/1	11	1	11/1	153	59	3/1
1996	3	5	½	171	72	2/1	10	3	3/1	184	80	2/1
1997	7	5	1/1	173	77	2/1	6	6	1/1	186	88	2/1
1998	5	10	½	163	79	2/1	15	2	8/1	183	91	2/1
1999	4	6	½	124	67	2/1	11	8	1/1	139	81	2/1
2000	1	-	1/-	73	50	2/1	8	5	2/1	82	55	2/1
Total	31	39	1/1	1330	538	3/1	91	32	3/1	1452	609	2/1

Fonte: Programa Estadual de DST-AIDS-SES-MS. Dados coletados em 25 de novembro de 2000.

Já no que diz respeito às estratégias de prevenção recomendadas pelos programas de controle da doença pelo Ministério da Saúde do Brasil (1999b) estão a promoção do uso do preservativo, a promoção do uso de agulhas e seringas esterilizadas ou descartáveis, o controle do sangue e derivados, a adoção de cuidados na exposição ocupacional ao material biológico e o tratamento adequado das outras DSTs.

O órgão que estabelece e regulamenta as políticas de saúde no país defende que:

Os preservativos masculinos e femininos são as únicas formas de proteção mais eficazes contra o HIV. O uso adequado e permanente desse método pode reduzir substancialmente o risco de transmissão do HIV e das outras DSTs. A utilização regular de preservativos pode levar ao aperfeiçoamento na sua técnica de colocação, reduzindo a frequência de ruptura e escape e, conseqüentemente, aumentando sua eficácia. Estudos recentes demonstraram que o uso adequado e sistemático do preservativo masculino reduz o risco de aquisição do HIV e outras DSTs em até 95% (BRASIL, 1999b).

De acordo com Gordon (2002) as camisinhas devem seu nome em inglês: *condom*, ao doutor ou possivelmente coronel Condom, um inglês, ou francês, talvez cortesão de Carlos II, ou que talvez nunca tenha existido.

Gordon registrou que ninguém costumava chamar as camisinhas de *condons*.

Os americanos, pouco poéticos, inundaram a II Guerra Mundial com as 'borrachas', enquanto os ingleses faziam piadas pré-coito sobre 'amor livre com F L (Free Love) maiúsculos'. A palavra só entrou nas conversas respeitáveis na época da senhora Thatcher, junto com 'dinheiro'. A camisinha ergue-se suprema, outra vez como objeto de uso sanitário. Seus oponentes, envergonhados, dificilmente podem agora bradar sobre a santidade da vida humana, quando o sexo sem camisinha pode extinguir o mundo todo com a AIDS (GORDON, 2002, p. 255).

Gordon assinalou, que há o "femidom", isto é, o preservativo feminino comparado pelo autor com um forro para caixa.

As grandes indústrias multinacionais de preservativos como o grupo norte americano Johnsons e o tailandês Thai Nippon Rubber têm investido maciçamente no aprimoramento tecnológico desses produtos, no sentido de torná-los seguros e resistentes. Este último tem inclusive comercializado seus produtos com o Ministério da Saúde do Brasil.

O investimento em pesquisas tecnológicas dessas empresas revela um posicionamento contrário ao apregoado pelos ingleses no período da II Guerra Mundial. Naquela época estava em jogo o amor livre e o risco de uma gravidez indesejada, hoje a disseminação do uso do preservativo em tempos de AIDS traz no bojo da discussão a preservação da vida, até que tecnologicamente seja descoberta pelos cientistas uma vacina que combata o contágio da doença.

A preocupação com os processos de adoecimento e de cura das populações indígenas no Brasil não é recente. Apesar das referências disponíveis no mercado editorial serem exíguas, em 1994 foi publicado um livro intitulado: *Saúde e Povos Indígenas*, sob a organização de Ricardo V Santos e Carlos E. A Coimbra Júnior ambos vinculados à Escola Nacional de Saúde Pública e Fundação Oswaldo Cruz.

A obra apresenta 10 (dez) artigos com resultados de pesquisas na área da saúde indígena e propõe contribuir com o entendimento do intercruzamento das dimensões biológicas, culturais e sociais na dinâmica do binômio: saúde e doença.

Os organizadores defendem o posicionamento de que saúde e doença são processos que dizem respeito a todas as sociedades humanas e tomam as sociedades indígenas como campo para essa reflexão.

De acordo com Santos e Coimbra Júnior (1994) trata-se de uma coletânea com o objetivo de apresentar a pluralidade teórica e metodológica, calcada na vertente da antropologia, tanto biológica como médica e ecológica. Isso, de certa forma tem atualmente caracterizado os estudos a respeito do processo saúde e doença, nessas sociedades, porém, os estudiosos salientam que nem sempre o diálogo entre essas sub-áreas tem sido freqüente e harmônico.

Uma outra referência que deve ser considerada é o artigo do antropólogo Flávio Braune Wiik (2001) intitulado: *Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação - um estudo sobre a AIDS entre os Índios Xoklég*, de Santa Catarina.

Segundo Wiik para os Xoklég as transformações sócio-culturais e as doenças epidêmicas por que têm passado, sobrepõem-se, em sua história de contato, com a sociedade que os abrange e com a qual vêm interagindo.

O autor tomou como ponto de partida para sua investigação em relação à AIDS a articulação entre doença e as transformações sócio-culturais vivenciadas por esse povo, a partir das categorias cosmológicas, conceitos e práticas etnomédicas Xoklég, as representações de corpo, corporalidade e práxis social. Os dados levantados foram analisados a partir da etnomedicina e do contexto sócio-histórico.

De acordo com Wiik a “depopulação” dos Xoklég é um fato marcante na história de contato com a sociedade envolvente. O primeiro fator apresentado pelo autor foi os constantes massacres sofridos por parte dos “Bugreiros” e segundo as epidemias que os levaram quase ao extermínio:

Entre 1914 e 1932, epidemias de gripe, sarampo e tifo reduziram a população em dois terços, ou seja de 400 para 150 indivíduos. Epidemias de sarampo, de tifo e doenças sexualmente transmissíveis (DST) assolaram os Xoklég entre os anos trinta e cinquenta (WIİK, 2001, p.398).

Os primeiros casos de HIV/AIDS entre os Xoklég foram coletados pelo autor, entre os anos de 1997 e 1998. Baseando-se em entrevistas com informantes-chaves, em particular uma agente indígena de saúde, funcionários da FUNAI regional de Curitiba no Paraná e, também, pesquisa nos relatórios de viagens dos acervos da FUNAI.

Wiik historiou os processos das transformações sociais e culturais vividos pelos Xoklég com a construção da barragem, isso provocou a elevação do leito do rio, houve grandes fissões políticas nessa sociedade em razão das disputas pela exploração de madeira. Nesse rompimento, duas famílias extensas deixaram a aldeia Sede para fundar a

aldeia Cutia. Um índio co-denominado pelo nome de Antônio conheceu Joana num prostíbulo próximo de Cutia, a certa altura do relacionamento resolvem morar juntos.

Em 1988 essa mulher foi levada à Casa do Índio da FUNAI em Curitiba, após vários meses sentindo-se doente e sem ter sido identificada a causa do mal estar, com isso foi encaminhada ao serviço médico público e a infecção pelo HIV foi constatada. Imediatamente, os funcionários da FUNAI chamaram Antônio a Curitiba para ser submetido ao teste e o resultado foi positivo.

De acordo com Wiik (2001) a família de Antônio foi desestruturada. Seus pais se separam. A mãe e os irmãos mudaram-se para uma favela da cidade industrial em Santa Catarina. Seu pai retornou à comunidade de origem. Seus parentes e amigos recusaram-se a tomar chimarrão na mesma cuia com ele, a beber cachaça no mesmo copo, a fazer refeições com ele. As mulheres não se aproximaram mais. Embora negasse que estivesse com AIDS, um dia teve um desmaio.

Os índios próximos interpretaram o desmaio como um sinal de que estivesse com AIDS, não lhe foi mais permitido trabalhar ou desempenhar qualquer atividade em grupo. Convencido de que estava com AIDS, começou a desenvolver vários sintomas. Deixou Cutia e foi para a casa da mãe na favela da cidade onde morava. Morreu pouco tempo acometido pela doença, rejeitando a ajuda biomédica.

PARTE 2

PASSADO E PRESENTE DA ALDEIA LIMÃO VERDE

[...] O Limão-Verde, era mágico e a parte, quase de mentira, com excessivo espêss e esmalte na verdura, como a Oxfordshire em julho; capim intacto e montanhas mangueiras, o poente de Itália, aberto, enfim, pura cor. (João Guimarães Rosa, 1970).

A epígrafe acima foi escolhida para ressaltar não só o lugar escolhido para a investigação, mas também para revelar o prazer de Guimarães Rosa (1970) quando esteve na aldeia e descreveu detalhadamente a especificidade da língua desse povo.

A aldeia Terena Limão Verde está situada entre os Morros da ponte da Serra de Maracaju, a 21 km da cidade de Aquidauana-MS. Vive nessa região, uma das mais antigas comunidades do povo Terena. A aldeia em si tem uma subdivisão e a região mais acima do morro é conhecida como Córrego Seco, nome que ficou esquecido nos anais da história (MANGOLIM, 1997, p.123).

A fundação da sede da aldeia aconteceu em 1928. O aldeamento Limão Verde é de fundação recente, porém, Taunay relatou, em *Cartas de Campanha de Mato Grosso* (1865 a 1866), “que os índios viviam há muito tempo nessa região”.

Caracterizamos os aspectos históricos e geográficos da *aldeia Limão Verde*, com o objetivo de apresentar o local escolhido para a realização da pesquisa de campo.

A constituição desse povo é composta de vários pontos básicos. Eles são índios Terena, mas foram para aquela localidade de forma bem diferenciada. Alguns eram oriundos do Chaco Paraguai, razão pela qual, alguns fazendeiros da região afirmam que na aldeia há paraguaios. A segunda modalidade de composição veio logo depois da Guerra do Paraguai, pela migração que ocorria nas fazendas. Algumas famílias eram fugitivas da Guerra. Notamos, ainda hoje um grupo com essa descendência, inclusive a mãe do Sr. Isaac Pereira Dias, que foi cacique da aldeia por mais de 20 anos (ainda vivo).

A população da aldeia Limão Verde em 1927 não passava de 162 índios. Em 1954 o censo registrou 246 habitantes, subindo em 1990 para 1.180, passando para 1.384 em 1995, e com 1.446 indivíduos em 1997 (MANGOLIM, 1997).

O censo realizado por Mangolim, de janeiro a abril de 1997, considerou famílias nucleares, pai, mãe e filhos, visto que é quase impossível efetuá-lo a partir da estruturação antiga, por camadas e classes.

Trata-se, segundo Oliveira:

[...] do sistema de metades inerentes à estrutura social dos Terena, grupo Aruak do Sul de Mato Grosso e procedente do Chaco Paraguai, onde habitavam, até meados do século XVIII. Dividida nas metades Xumonó e Sukirikionó, a sociedade Terena organizava-se simultaneamente, em camadas ou estratos (strats) estruturados num sentido hierárquico: os naati, ou os capitães e suas parentelas; os waherê-txané, ou a gente comum, livre; e os kauti, ou os indivíduos de diferente procedência étnica integrados na ordem tribal como cativos (OLIVEIRA apud SHADEN, 1965-66, p. 186-187).

A seguir, a tabela da população da aldeia Limão Verde, dos índios Terena, distribuída por sexo e idade, com o total geral de 1.446 habitantes.

Tabela 7. População da aldeia Terena Limão Verde

IDADE	SEXO	
	Masculino	Feminino
0 a 05	123	146
06 a 10	104	98
11 a 15	93	101
16 a 20	77	96
21 a 25	63	82
26 a 30	46	42
31 a 35	35	29
36 a 40	37	35
41 a 45	23	15
46 a 50	24	17
51 a 55	27	08
56 a 60	15	14
61 a 65	08	04
66 a 70	16	04
71 a 75	12	09
76 a 80	14	03
81 a 85	08	03
86 a 90	02	07
91 a 95	02	02
96 a 100	01	02
101 a 105	01	-
Total	731	715

Fonte: Dados atualizados por MANGOLIM, 1997.

Nos relatos de Taunay (1885), que conviveu com os Terena, está a segunda caracterização desse povo:

O Terena é ágil e ativo, o seu todo exprime mobilidade, gente de inteligência astuciosa [...] Aceita com dificuldades as nossas idéias e conserva arraigados os usos e tradições de sua raça, graças talvez a um espírito mais firme de liberdade. [...] fala com volubilidade usando seu idioma sempre que pode e manifestando o aborrecimento por se expressar em português.

Podemos perceber, como estão estruturadas a relação de alteridade com o Terena. Os sentimentos que foram suscitados em Taunay possibilitam-nos caracterizar ou dar forma a sua percepção da convivência que teve com os índios, deixando vestígios e, até mesmo, alertando quanto às possíveis resistências internas e externas que podemos encontrar no trabalho de prevenção ao HIV, na cultura Terena. Dessa forma, essas resistências, como observou o europeu, são características da esfera do emocional da qual podemos incluir também, a mulher indígena.

Os Terena denominam-se de POKÉ'E, que quer dizer terra. Quando é solicitada uma explicação para o fato, respondem: nosso nome é POKÉ'E porque nossos antepassados saíram da terra e porque nós vivemos na terra. É da terra que sobrevivemos, dessa mesma terra construímos nossa casa, temos nossos vizinhos; eu sou daqui mesmo. POKÉ'E que quer dizer terra, Terena, filho natural da terra.

A lavoura é a principal forma de atividade econômica. Ela é fundamental para a religião Terena. A cerimônia de final de colheita é muito importante, porque sem ela ITUKÓ'OVITI (Deus superior) não estaria de acordo e não abençoaria o próximo plantio.

Levi-Strauss (1996) relatou o mito da soberbia dos Cadiweus, o qual demonstrava a certeza de que estavam predestinados a comandar a humanidade:

[...] quando o ser supremo GONONHODI decidiu criar os homens, tirou primeiro da terra os Guaná, depois outras tribos; aos primeiros deu a agricultura como quinhão e a caça aos segundos. O enganador, que é a outra divindade do panteão indígena, percebeu então que os Mbayá haviam sido esquecido no fundo do buraco e os fez sair dali; mas como não sobrava nada para eles tiveram direito à única função ainda disponível, a de oprimir e explorar os outros (LEVI-STRAUSS 1996, p. 170-173).

Por serem povos agricultores e de índole pacífica, os Aruak quase todos foram submetidos a outras nações guerreiras, como aconteceu com os Terena em Mato Grosso do Sul. Aceitavam com facilidade as regras do não-índio e de outros povos indígenas, como uma tática de sobrevivência, sendo esse um dos motivos da familiarização dos Terena com o *outro*.

Conviveram com os Guaicuru trabalhando na agricultura. Esses lhes ofereciam proteção. Foi uma convivência de troca de favores. Uma análise mais minuciosa desse elemento, pacificidade do povo, remeterá à compreensão de que os Terena falam pouco quando estão diante de outro povo e são hábeis estrategistas políticos. Como forma de sobrevivência, ao longo da história, copiaram determinadas formas de relacionamento de outros povos.

As principais atividades dessa população são a agricultura e o plantio de árvores frutíferas. Poucas famílias cultivam uma horta. Na lavoura, produzem milho, arroz, feijão, abacaxi e mandioca. As frutas mais comuns são mangas, os cítricos, o caju e a tamarindo. Vivem, em particular, com a alimentação básica da mandioca e dos derivados do milho.

O volume básico dos produtos agrícolas, em 1996, foi 900 sacos de milho; 100 sacos de feijão; 80 sacos de arroz. Registramos, também outras culturas, como a mandioca e a banana, que têm apenas finalidade de alimentação interna.

A produção abastece a aldeia e o pequeno excedente é vendido em Aquidauana e Campo Grande. Além da agricultura, eles se alimentam de frutas, como: a manga, o mamão, o caju e a laranja. Tentam manter pequenas indústrias manufatureiras, como as de rapadura e doces. Quando observamos a proximidade entre índios e não-índios, fica evidente a relação de alteridade no comércio dos produtos da aldeia.

As festas do povo Terena são muito animadas, gostam muito de celebrar. Na aldeia Limão Verde, até hoje, as mulheres e os homens procuram manter vivo o ritual da Dança do Bate-Pau. A informante Emília Barros Terena, uma das guardiãs da Dança das Emas, salientou que:

Houve um tempo na aldeia, há mais ou menos 10 (dez) anos atrás, as mulheres haviam parado de apresentar a Dança, só os homens dançavam, porém sua cunhada (não-índia) começou incentivá-la para não deixar a tradição da Dança das Emas morrer.

Essa dança é mais conhecida como a “apresentação das mulheres”, sendo realizada enquanto os homens se preparam para apresentar a Dança do Bate-Pau. A Dança das Emas tem uma duração aproximada de 15 minutos. É uma espécie de preparação e saudação da platéia para reviver o ritual de comemoração dos homens Terena na Guerra do Paraguai.

Emília Barros Terena, também, revelou que os índios estão aguardando ansiosos para comemorar a ampliação da aldeia pela FUNAI. Essa ampliação das terras está sendo tratada pela justiça federal há muitos anos. Segundo essa informante, de modo geral, as apresentações são feitas cada vez que recebem um convite de algum órgão público. Não cobram nenhuma taxa pelas apresentações, porém trocam por benfeitorias para a aldeia.

Um exemplo disso foi a elaboração de um vídeo realizado em 1997, da aldeia e da Dança do Bate-Pau, pela equipe do Professor Doutor. Günter Hans Filho, da Fundação

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, que desenvolve há mais de 14 (quatorze) anos um controle da doença do fogo selvagem, em parceria com o Hospital do Pênfigo e uma Instituição de Saúde Americana. O Posto Indígena recebeu por esse vídeo, um computador bem equipado para os serviços administrativos da aldeia, além do atendimento médico regular aos membros da comunidade.

Com relação aos líderes religiosos, que no passado eram muitos, Emília Terena salientou que seu povo sente a falta dos mesmos já que os Pajés são elementos raríssimos nas Aldeias Terena. Apesar da comunidade ser atendida por três diferentes igrejas - a Católica, a Assembléia de Deus e a Uniedas.

A ausência de pajés e a presença de 03 (três) entidades religiosas na Aldeia abrem a possibilidade de levantarmos a hipótese de que os religiosos têm um papel significativo no processo saúde e doença. Tanto que no período de realização das Oficinas foi-nos solicitado pela informante que realizássemos as palestras educativas, dentro de uma das igrejas da Assembléia de Deus, com a presença das mulheres, das meninas e do pastor.

A saída encontrada para resolver esse mal-estar foi devolver aos presentes o sentimento despertado em nós com a situação. Salientamos que aquele lugar era um lugar sagrado aos presentes, e de alguma forma, todos poderiam sentir-se constrangidos para discutir os diversos aspectos envolvidos na prevenção da doença e deveríamos nos dirigir a outro lugar.

Com isso, o próprio pastor indicou o salão de reuniões do Centro Comunitário da Aldeia e nos deixou a sós com as mulheres.

A solicitação da informante seria um pedido de autorização ao pastor, com o intuito de demonstrar que estava prestando um bom serviço à comunidade, sob a bênção divina.

Com esses indicadores, à respeito da religiosidade do povo Terena podemos nos recordar e fazer uma analogia ao século XVI quando o jovem protestante Jean de Léry esteve no Brasil, convivendo por quase (01) ano entre os Tupinambás, deixando registrado um valioso tratado a respeito do modo de vida desse povo.

A analogia estabelecida entre os relatos de Léry (1972) e a ausência de pajés entre os Terena, diz respeito ao capítulo XIX do livro, no qual o autor abordou o tratamento dado pelos selvagens aos doentes.

Se acontecer cair doente algum deles, logo mostra a um amigo a parte do corpo em que se sentem mal e esta é imediatamente chupada pelo companheiro ou por algum pajé, embusteiro de gênero diverso dos caraíbas (LÉRY, 1972, p. 192).

Os pajés nas sociedades indígenas desempenham a função do curandeiro, do feiticeiro, do oráculo, do profeta e do médico. Se for verdade a informação dada a nós pela informante, que na Aldeia Limão Verde não há mais a presença de pajés, podemos admitir que os religiosos da Assembléia de Deus, Uniedas e da Igreja Católica ocupam um papel de destaque na atualidade dentro dessa aldeia.

Os religiosos na aldeia, de certa forma, são os guardiões da saúde e do equilíbrio espiritual do povo Terena, por isso, a propagação de diversas entidades religiosas nesse território.

Diante disso, voltamos aos relatos Léry (1972) em relação à presença da sífilis entre os Tupinambás no século XVI. O calvinista descreveu-a como uma moléstia incurável, tendo por causa a luxúria. Apresentou, também, as marcas indeléveis deixadas pela doença no corpo das pessoas:

[...] viu meninos tão atacados por essa doença, que pareciam com variolosos. Transformando-se o mal em pústulas mais grossas do que o polegar, que se espalham por todo o corpo, os indivíduos que o contraem ficam recobertos de marcas que se conservam durante a vida toda, tal como entre nós ocorre aos engalicados e cancerosos que se contagiaram na torpeza e na impudícia (LÉRY, p. 192).

Como no século XVI ainda não havia sido descoberta a penicilina e os antibióticos – essas descobertas só chegaram com o avanço das ciências modernas no final do século XVIII e início do século XIX – muitas das pessoas acometidas pela doença conviviam com marcas visíveis e outras morriam, pois o organismo não resistia aos sintomas.

De acordo com as impressões de Léry (1972) a sífilis ou *pian* como era chamada pelos Tupinambás foi considerada a moléstia mais perigosa do Brasil e a sua causa estava intimamente ligada à vida luxuriosa e privada das pessoas. Essa concepção não é muito diferente dos tempos de AIDS em que vivemos.

Como mais adiante estaremos apresentando o passado e o presente dos Terena, lembramos as ressalvas salientadas por Monteiro (1995) e Carneiro da Cunha (1998) em relação a desatenção dos historiadores na elaboração de uma história indígena.

Monteiro (1995) se referiu à sentença pronunciada por Francisco Adolfo Varnhagen em 1850 de que para os índios, não há história, há apenas etnografia. Isso tem prosperado, na atualidade, no campo da historiografia brasileira. O argumento apresentado pelo autor de que a história indígena esta vinculada à etnografia, talvez justifique o desinteresse dos historiadores.

No entanto, Monteiro salientou o surgimento de um interesse renovado por parte dos antropólogos pela história indígena, não se tratando apenas de preencher as lacunas e as omissões legadas pelas gerações anteriores de estudiosos, como, também, pela discussão crítica do passado indígena, desde os tempos do Brasil Colônia.

Para o autor a história indígena encontrou campo fértil de diálogo com a antropologia e o indigenismo, primeiro porque a população indígena passava por contínuo declínio, desde a primeira metade do século XVI. Na atualidade os números têm-se estabilizado, mostrando uma tendência de aumento apesar dos abalos epidemiológicos sofridos pelos Yanomami e por outras etnias. Segundo, o movimento em prol dos direitos históricos dos índios tem avançado muito. Isso possibilitou uma reformulação significativa no campo teórico e no legislativo, a julgar pelos avanços da Constituição de 1988. O terceiro elemento é o renovado diálogo entre a história e a antropologia, tendo produzido significativos estudos sobre a história dos povos colonizados, oferecendo o contraponto das dinâmicas locais e regionais, para se pensar tanto as abordagens estruturalistas quanto as globalizantes.

De acordo com Monteiro (1995) a história indígena lança no Brasil um duplo desafio. Por um lado, cabe ao historiador recuperar o papel histórico de atores nativos na formação das sociedades e culturas, e por outro, muito mais complexo, faz-se necessário repensar o significado da história a partir da experiência e da memória de populações, que não registraram, ou registraram pouco, seu passado através da escrita.

Carneiro da Cunha (1998), por sua vez, salientou que ainda sabemos pouco da história indígena, tanto a sua origem, como as cifras populacionais não são seguras, muito menos o que aconteceu com os povos indígenas historicamente. A belíssima e rara coletânea organizada pela autora, considerada pela mesma, como *fragmentos de conhecimento dos povos indígenas*, permite aos estudiosos não incorrer em armadilhas.

Para a autora, a maior das armadilhas é a ilusão do primitivismo, idéia disseminada na segunda metade do século XIX, baseada na teoria do evolucionismo. Nesse período acreditava-se que algumas sociedades teriam ficado em estaca zero de evolução consideradas, portanto, fósseis vivos e testemunhas das sociedades ocidentais.

Consideramos necessário assinalarmos estas ponderações teórico-metodológicas discutidas por John Manuel Monteiro (1995) e por Manuela Carneiro da Cunha (1998) a respeito do desinteresse dos historiadores pela história indígena para em seguida, apresentarmos efetivamente, o passado e o presente dos Terena, tendo em vista que, no final da década de 50 esse povo também vivenciou o prognóstico da

assimilação/integração por parte de Roberto Cardoso de Oliveira (1958) em suas pesquisas de campo, notadamente em sua obra “Do Índio ao Bugre: o processo de assimilação dos Terêna”⁵.

Na atualidade estamos convictos que um prognóstico dessa natureza pouco pôde contribuir com as condições sociais e históricas desse povo. Pôde sim, causar constrangimentos, armadilhas e rótulos de exclusão em relação às demais etnias e a sociedade nacional.

Outro aspecto teórico-metodológico que merece destaque é os relatos de *Viajantes Estrangeiros*, que de acordo com Leite (1997), têm sido utilizados como documentação em trabalhos de História, Sociologia, Economia e Antropologia. Essa autora salientou que até a década de 70, isso foi aceito sem o tratamento de uma análise crítica e descontextualizado da perspectiva histórica. Dessa forma, alertou que a documentação precisa passar por um crivo analítico, tornando válida a sua contribuição.

Rominelli (2001), recentemente salientou que é preciso considerar que os viajantes adotavam uma perspectiva típica da tradição cristã, pouco se preocupando com as particularidades dos habitantes do Novo Mundo; viam os indígenas pelo viés do europeu, estranhando, julgando e por vezes reavaliando os valores dos nativos.

Para esse autor, a cultura indígena foi descrita a partir do paradigma teológico, partindo do princípio de que os brancos eram os eleitos de Deus e, por isso, superiores aos povos do novo continente.

No caso dos Terena, o viajante e memorialista que conviveu com esse povo na Província de Mato Grosso foi Alfredo D’Esgragnolle Taunay conhecido como Visconde de Taunay em meados do século XIX. Há, também, registros desse mesmo período até os dias atuais da presença dos religiosos, estabelecendo relações constantes com os índios, na implantação e manutenção das igrejas nas aldeias.

Esses relatos serão utilizados como fontes da pesquisa, porém tomaremos o devido cuidado acima mencionado por Leite (1997) e Rominelli (2001), apresentando posteriormente o devido tratamento crítico, para não incorrerem no envolvimento da narrativa como fonte verdadeira.

Em toda literatura clássica, as referências aos Terena situam esse povo como pertencentes ao grupo Chané-Aruak, habitantes do chaco paraguaio, subordinados aos Mbayá/Guaicuru (MANGOLIM, 1997).

⁵ Manteremos neste caso a acentuação da palavra Terêna, conforme foi grafado na obra do referido autor.

Diante dessa perspectiva perguntamos: será mesmo a cultura Terena tão diferente da cultura do não-índio? Podemos responder a essa questão com as palavras do antropólogo: “[...] o difícil é identificá-los como índios, uma vez que se vestem, se penteiam, trabalham e vivem como sertanejos pobres da região” (RIBEIRO prefácio à obra de OLIVEIRA, 1976).

Os Terena vivenciam uma proximidade muito grande com o universo do *outro*, as teses sobre a origem desse povo situam-nos como originários das planícies colombianas e venezuelanas. Agricultores por excelência, caminhavam em direção ao sol nascente, procurando melhores terras para a sobrevivência de suas famílias.

No século XVII, migraram no sentido oeste-nordeste, em território paraguaio, estabelecendo-se na margem ocidental do rio Paraguai (PCBAP, 1997).

A partir do século XVIII, os Terena atravessaram o rio Paraguai para suas margens orientais e se estabeleceram na região sul do Mato Grosso do Sul, na bacia do rio Miranda, afluente do Paraguai. Segundo Labrador (1910) “Os primeiros movimentos migratórios, saindo do Paraguai em direção ao Brasil ocorreram por volta de 1760 e 1767”.

Já para Schmidel (1903) em passagem pelo chaco paraguaio, deixou o seguinte depoimento: “a migração principal de toda a massa da população Guaná somente se iniciou na época em que os franciscanos substituíram as missões jesuítas, após 1767” (OLIVEIRA, 1968).

Ribeiro (1970) apontou que à medida que os Terena penetravam na região chaquenha, estabeleciam contatos com os grupos Mbayá-Guaikurú, que eram excelentes domadores de cavalos, para os quais forneciam produtos agrícolas em troca de proteção contra os colonizadores europeus.

Corrêa (1995) afirmou que quando os Mbayá-Guaikurú se deslocaram para a margem oriental do rio Paraguai, os Guaná os acompanharam, permanecendo na região que vai desde o Rio Miranda ao Paraguai até meados do século XIX, precisamente até a Guerra contra o Paraguai, com um número superior a três mil índios.

Durante a Guerra, os Terena deixaram suas aldeias e seguiram em direção às Serras da Bodoquena e Maracaju, muitos lutaram ao lado do exército brasileiro.

Mangolim (1993), em seu livro “Povos Indígenas de Mato Grosso do Sul” relatou:

Fato notável é que ainda hoje perdura na memória do povo a imagem de ter lutado contra os colorados (é como os índios denominam os paraguaios), usando apenas “varas de pau” enquanto aqueles usavam

armas de fogo. Essa imagem é reproduzida todos os anos através da dança do “bate pau”

Depois do conflito, os Terena se distribuíram por uma vasta área, dando a impressão de uma população indígena de doze a quatorze mil índios.

Com a perda de seus territórios, muitos se tornaram peões nas fazendas da região de Mato Grosso do Sul, durante o processo de expansão da atividade pecuária.

Os Terena, desde o início do século XIX, deslocaram-se para o território brasileiro, sob razões ainda questionadas. Há hipótese de que teriam vindo a “convite” do governo brasileiro e outra de que estavam fugindo da escravidão, a que estavam sujeitos em relação à tribo Guaicuru.

Em meados do século XIX e início do século XX, muitas foram as formas de envolvimento entre os Terena e a sociedade brasileira. Nesse período, muitas tribos deixaram de existir, entretanto a tribo Terena, junto a tantas outras, continuou resistindo, com sua língua original, cultura já bastante ressignificada, com a entrada de inúmeros elementos da cultura não-índia, porém, ainda mantendo a identidade étnica.

A invasão paraguaia, no sul do Mato Grosso, em 1865, intensificou o aliciamento das populações indígenas, por parte das autoridades brasileiras. A defesa das fronteiras e a segurança nacional passaram a adquirir notável proeminência.

Após a Guerra do Paraguai, a crescente invasão de suas terras por colonos brasileiros facilitou a busca de trabalho nas fazendas, para a satisfação de suas necessidades básicas, já que em suas terras não era mais possível a pesca e a caça, na quantidade necessária e nem produção de uma agricultura suficiente para a manutenção de sua família. A exploração excessiva dessa mão-de-obra barata e iletrada, através da venda de produtos nos armazéns das fazendas, fazia com que os indígenas se tornassem dependentes dos fazendeiros, com contas impagáveis.

A situação indígena em Mato Grosso, particularmente a situação Terena, só se alteraria realmente a partir de 1903-1904, com o início da construção das Linhas Telegráficas pela Comissão Rondon e da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil, que ligaria Bauru a Porto Esperança, em 1905.

Nessa época, a apropriação, às vezes violenta, dos meios de produção e das forças de trabalho indígenas, intensificaram-se e o índio foi “inserido” na sociedade regional, mesmo com o início da concessão de terras, a demarcação de reservas e a tutela

de Estado, através da criação do Serviço de Proteção aos Índios em 1910, pelo Decreto Federal 8072.

Nos anos de 1904-1905, através de Rondon, foram demarcadas as quatro primeiras reservas Terena em Mato Grosso, todas localizadas no município de Miranda, Cachoeirinha, Bananal, Ipeguê e Lalima. Até 1928 foram demarcadas as demais áreas indígenas Terena.

Com o aldeamento e a criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), os Terena começaram a ter um novo tratamento. Embora não fosse o mais adequado, era, no entanto, melhor que o anterior, trabalhando em fazendas como peões.

Nesse mesmo período, a partir de 1912, iniciou-se o trabalho das missões protestantes (inglesas, alemãs e, posteriormente, norte-americanas), que buscavam atender esse povo através da educação/escolarização. Lançaram o primeiro escrito em língua Terena (Evangelho de Marcos), cuja publicação data de 1944; criaram uma escola, uma Cartilha em Terena para a alfabetização e começaram a alfabetizar na escola da aldeia Bananal em 1925.

Em 1936 o SPI iniciou suas atividades escolares na mesma aldeia, onde construiu uma escola que ensinava em português. A igreja católica, através dos redentoristas, instalou escolas nas aldeias, ensinando, igualmente, em português.

O nível mais baixo da população Terena deu-se entre as décadas de 50/60 (cerca de 3.000 indivíduos). A partir daí, a população começou a crescer e, em 30 anos, alcançou cerca de 19.000 indivíduos.

Muitos problemas deste povo advêm da influência das missões (protestantes e católicas) e do SPI no fomento de natalidade e diminuição da mortalidade. Isso se evidencia, por exemplo, na média de mortalidade infantil indígena que no Brasil chegou a 200%, enquanto a média nacional entre as crianças não-índias é de 58% (GOMES, 1988). Tais dados mostram a necessidade de, além de um estudo cuidadoso, uma intervenção eficiente em relação à saúde indígena.

Segundo Altenfelder (1946) os antigos Terena, acreditavam num “deus superior”, *Itukoviche*, os heróis culturais gêmeos *Yurikoyuvakai*, bem como no animismo⁶ e na eficácia mágica de certas plantas, animais e objetos inanimados.

Além de servir como explicação para a existência do mundo, o “deus superior” não tinha maior importância. Não lhes rendia culto. As figuras importantes eram os heróis

6 De que todas as coisas têm alma, *hoipihapati*.

culturais gêmeos, *Yurikoyvakai*. Os Terena se referem a eles para explicar a sua origem, a da lavoura e a do fogo. Os mitos foram catalogados por Altenfelder (1946):

No início, havia dois homens. Ambos tinham o mesmo nome, Yuri'koyuvakai. Costumavam andar pelo mundo, colocando armadilhas, para pegar pássaros. Certa manhã, não encontraram um pássaro na armadilha, mas apenas um pedaço de pássaro. A princípio, não descobriram quem lhes roubava os pássaros. Mais tarde, achavam que os ladrões fossem seres humanos. Então os gêmeos mandaram um bem-te-vi vigiar a armadilha. Na manhã seguinte, quando os gêmeos chegaram à armadilha, o bem-te-vi arrancou um feixe de capim e gorjeou: “Esta é a entrada para o lugar de onde vem o povo que rouba sua armadilha”. Ali dentro do buraco, estavam todos os índios. Os gêmeos mandaram toda a gente sair do buraco. Todos então saíram para a superfície da terra. Quando todos se encontravam sobre a terra, disseram que estavam com frio. Yurikoyuvakai então ordenou à lebre (*Lepus brasiliensis*) que procurasse fogo e lhe trouxesse. Naquele tempo, o fogo estava em poder de dois homens chamados Takeoré, Depois de a lebre roubar o fogo para os gêmeos, Yurikoyreakai. Os índios então acenderam uma fogueira e se aqueceram (ALTENFELDER apud SHADEN, 1946, p. 75).

O autor narrou que a origem dos “gêmeos”, relacionada à prática da lavoura se fundamenta na seguinte história: “No início Yurikoyuvoki era um só. Vivia com sua irmã Livetchetchevena, Quando sua irmã plantou uma roça Yurikoyuvakai roubou os frutos. Livertchetchenena então ficou muito brava e, com um corte, abriu seu estômago e saiu outro Yurikoyuvakai”.

Essas duas histórias fornecem uma constituição mítica para o modo de vida Terena. Acentua-se a importância da terra. Os homens saíram da terra e tiveram conhecimento do fogo e da lavoura. As mulheres foram as que primeiro cultivaram o solo, enquanto os homens pegavam pássaros nas armadilhas e pilhavam as roças de outrem.

Segundo Carvalho (1979, p. 36-37), “as metades ‘Sukirikiono’ e ‘Shumonó’ procediam do mesmo tronco, de ‘Yurikoyuvakai’ surgindo o herói civilizador que tirou os Terena do fundo da terra, irmão da horticultura”.

A falta de braços, comum a todos os Chané-Aruak, fazia com que os Terena convivessem sobre outros grupos, a fim de aumentar numericamente suas comunidades. A prática da montaria a cavalo, para este povo, prendeu-se mais à possibilidade de obtenção e incorporação de grupos etnicamente diferenciados do que ao exercício, de atividades guerreiras propriamente ditas. Podemos afirmar que a expansão Terena foi essencialmente colonizadora e não guerreira.

O ritual entre os *Shumonó* e os *Sukirikionó* mantém até hoje o que eles chamam de a Dança do Bate Pau (*ihiyoti evoi kipâé*) ou a Dança da Ema, na qual os indígenas,

dispostos em duas fileiras com número igual, executam vários passos encenando uma disputa que sempre é vencida pelos melhores. Essas danças hoje, assumem elementos novos e novas interpretações. Os índios dizem que elas representam a comemoração ou a memória daqueles que lutaram na Guerra do Paraguai e venceram, utilizando-se apenas de varas de pau contra um arsenal de armas de fogo do inimigo.

2.1. A MULHER TERENA EM TEMPOS DE AIDS

Eu não consegui sugerir para o meu marido usar o preservativo. Ele estranharia. Eu sinto muita dificuldade para sugerir, os índios não acreditam na AIDS, acham engraçado! Já conversei a respeito da camisinha, mas não foi muito aberto. (Depoimento de uma mulher Terena, 37 anos)⁷.

A epígrafe acima é um fragmento das entrevistas realizadas com as Terena da Aldeia Limão Verde em 1998, na ocasião da realização do Programa de Prevenção às DSTs e AIDS. Analisando este depoimento podemos apontar alguns fatores que dificultam a eficácia das ações preventivas como as crenças pessoais e culturais, o sentido de fidelidade masculina e a ausência do diálogo a respeito da vida íntima do casal. Estes fatores se apresentam como desafios a serem vencidos pelas mulheres índias e não-índias, tempos de AIDS.

A realidade do avanço da AIDS na população feminina vem despertando a atenção das organizações governamentais e não-governamentais dentre elas destaca-se o Instituto Brasileiro de Inovações em Saúde Social - IBISS-MS que tem procurado centrar as suas ações no campo preventivo das Doenças Sexualmente Transmissíveis, tanto na capital do Estado de MS, como também em alguns municípios do interior do Estado.

De acordo com a diretora executiva dessa entidade não-governamental a Assistente Social Estela Márcia Scândola, as mulheres ainda estão carentes de informações sobre a realidade sanitária em que vivem e, mais do que isso, desinformadas ou descrentes dos riscos sexuais em que estão vivendo.

Para essa diretora, responsável também pelo Projeto Previna Mulher em MS, as informações que chegam a esses grupos, geralmente, vinculam a questão da contaminação

⁷ LACERDA, Léia Teixeira. **A AIDS e as índias Terena**: uma questão epidêmica e de imaginário? Campo Grande, 2003, 127p. Dissertação (Mestrado). Programa de Mestrado em Psicologia. Universidade Católica Dom Bosco.

pelo vírus HIV à juventude e à promiscuidade. Há desta forma, problemas que necessitam ser contextualizados no desenvolvimento dos programas de prevenção como a “fidelidade conjugal” masculina e feminina, que está, vinculada há contaminação e ao relacionamento extraconjugal, muitas vezes aceitos quando ocorre por parte dos homens.

Outro fator importante, sentido pela dirigente dessa organização⁸, é a relação ainda existente entre amor e impossibilidade de contaminação. Há uma representação de que o amor ou o envolvimento afetivo por si só, ou mesmo o casamento, são barreiras ao vírus.

Em Mato Grosso do Sul, mais de 71% dos trabalhos realizados pelas mulheres, estão relacionados às atividades domésticas. Essa posição as coloca em contato direto com a mídia, mais especificamente com a televisão, cujas informações das campanhas de prevenção, na maioria das vezes, não são compreendidas por essas telespectadoras. Essa parcela da população necessita de outros momentos em suas vidas para refletirem sobre os riscos em que estão inseridas e mais do que isso, as formas de prevenção que podem usufruir sem, necessariamente, tolherem sexualmente seus prazeres e a própria reprodução.

De acordo com Paiva, Lacerda, Latorre e Gravato (2002) durante muitos anos, especialmente nos países onde a epidemia do HIV/AIDS cresceu mais rapidamente entre os homens como no Brasil, as mulheres portadoras eram muito pouco visíveis.

Para as autoras, na literatura disponível, poucos estudos dedicam-se à vida sexual e reprodutiva das portadoras e confirmam que os determinantes sócio-culturais da sexualidade, inclusive do sexo não protegido, são os mesmos entre os portadores e os não-portadores.

As autoras desenvolveram uma pesquisa, no período de setembro de 1999 a fevereiro de 2000 em que entrevistaram 1068 mulheres vivendo com HIV/AIDS, na faixa etária acima de 18 anos, atendidas em três centros de saúde, considerados prestadores de serviços de referência, para o atendimento dessa enfermidade no Estado de São Paulo: CRT-DST/AIDS-SP.

As inquietações investigativas dessas profissionais estavam localizadas na qualidade de vida das portadoras. Com isso, centraram a investigação nos cuidados à saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres; oferecendo a possibilidade de elaboração de argumentos psíquicos necessários à comunicação da condição de portadoras do HIV aos

⁸ Uma das entidades não-governamentais que têm se mostrado sensibilizado e preocupado com a prevenção da AIDS em MS, destaca-se as ações desenvolvidas pelo Instituto Brasileiro de Inovações em Saúde Social - IBISS-MS.

companheiros e a convivência com os efeitos psicológicos negativos do diagnóstico na vida social, como a depressão e o isolamento social e sexual.

Dos diversos aspectos apresentados nos resultados da pesquisa de Paiva, Lacerda, Latorre e Gravato (2002) destacamos, para efeitos ilustrativos, os sentimentos suscitados nas mulheres portadoras do HIV no tocante à sexualidade.

Das entrevistadas (2%) acham que por serem portadoras não podem mais ter vida sexual e (16%) comentaram que pararam de fazer sexo depois do diagnóstico. Vejamos os pronunciamentos:

[...] antigamente eu era uma pessoa feliz, hoje eu tenho medo, vergonha de mostrar o corpo e resolvi não ter mais nada há dois anos, hoje eu criei raiva [...] foi através disso (vida sexual)... que eu peguei AIDS!.

[...] Por que eu estou desse jeito, nada mais tem para fazer, minha vida acabou por aqui, não quero mais parceiros [...] (PAIVA, LACERDA, LATORRE E GRAVATO, 2002, p. 1616).

Há diversos aspectos dos resultados da pesquisa dessas autoras que convergem o tema da vida sexual das portadoras do HIV aos sentimentos de desespero, pânico e isolamento social que poderiam ser amplamente discutidos, mas seguiremos com o perfil da mulher Terena.

Na Aldeia Limão Verde observamos que fica extremamente visível a demarcação do feminino, os papéis sociais são bem estabelecidos. Há culturalmente uma docilidade da mulher às decisões do homem, que decide o futuro da comunidade. Convém salientar que houve autorização dos mesmos, para se realizar o trabalho de prevenção das DSTs-AIDS com as mulheres, por meio do Senhor Valério Terena.

É evidente que a Terena não é loquaz, tendo uma participação pouco relevante nas decisões do seu povo, contudo é ela quem comercializa os produtos agrícolas da aldeia e estabelece uma interação com o não-índio. Esse movimento de comercialização dos produtos pode abrir a possibilidade do contágio ao HIV.

No cotidiano, a Terena é dócil, acolhedora, sorridente, receptiva, trabalhadora, desconfiada e atenciosa. Foi possível identificar essas características do perfil das Terena no momento em que estabelecemos o contato para as Oficinas de Orientação.

Uma outra hipótese que pode ser levantada, porém precisa ser cuidadosamente investigada, é que a Terena se relaciona melhor com as ressonâncias do feminino, um exemplo típico disso é a maternidade. As gestações, de modo geral, são bem-vindas. O mal-estar psicossomático (náuseas, vômitos e enjôos), tão nitidamente observado, por

diversos autores tais como: Langer (1951), Soifer (1971), Badinter (1980), Maldonado (1985) etc., nas mulheres índias, são imperceptíveis. Isso não significa que as índias não vivenciam, em algum grau, as ansiedades de rejeição/aceitação. Esse aspecto precisaria ser investigado pormenorizadamente num outro estudo, que aborde as ressonâncias do feminino na cultura Terena.

As gestações de modo geral são bem-vindas porque, historicamente, garantem a posse da terra e a preservação do povo. Há uma norma do ponto de vista da organização social nas aldeias Terena: as mulheres que se casarem com homens não-índios, obrigatoriamente deixam a aldeia. O sentido para essa norma é que o homem não-índio não se submete às regras da aldeia, aos costumes e crenças do povo Terena e, de certa forma, poderá ascender ao poder e tentar comandar o futuro das comunidades, daí a exigência de deixarem a aldeia. Porém, se a mulher se separar, pode retornar à aldeia com os filhos.

Langer (1981) comentou que Mead realizou diversos estudos antropológicos comparando diferentes sociedades e chegou à conclusão de que cada uma delas tem seus preconceitos frente às funções procriativas da mulher. Preconceitos aos quais a maioria se adapta, segundo essa antropóloga:

Nas sociedades que consideram que a gravidez deve ser acompanhada de náuseas e o parto de dores e perigos, a maioria das mulheres grávidas sofre efetivamente de estados de náuseas e têm partos difíceis, enquanto que em outras sociedades que não rodeiam de perigos e tabus a mulher neste estado, as gravidezes e partos transcorrem com facilidade e sem maiores incidentes (LANGER, 1981, p. 191).

Langer (1981), eminente estudiosa das causas psicossomáticas da gravidez, ressaltou que “os transtornos provém de conflitos psicológicos e de identificações com outras mulheres transtornadas em sua feminilidade”.

Contudo, o que passa despercebido para Langer, é a forma como foi implantado o desejo da maternidade, a relação de alteridade entre o par mãe-filha. Mead relatou a respeito das percepções e valores que são atribuídos a esse período de vida da mulher, em diferentes sociedades. É claro que a antropóloga atém-se apenas aos aspectos externos e culturais embora saibamos que juntamente a esses aspectos estão em jogo as reações emocionais nesse período tão especial da vida da mulher.

Quanto às mulheres Terena, as gestações estão diretamente ligadas não só ao mito da fecundidade da terra, como também, à garantia de sua posse e a prosperidade e sobrevivência desse povo.

Tivemos a oportunidade de atender e observar as Terena no Programa de Saúde da Mulher Gestante⁹ do Hospital Regional Dr. Estácio Muniz, em Aquidauana, nos anos de 1998/1999 e início de 2000. Os filhos são bem-vindos, porque poderão garantir a posse da terra e assegurar a identidade do povo Terena, isto é secularmente bem aceito e valorizado pelos Terena. Portanto, o uso do preservativo diante desses valores históricos da cultura Terena se inviabiliza.

O desmame das crianças é outro elemento da esfera do feminino que acontece de maneira tardia na aldeia. O desmame não ocorre conforme os nossos padrões. As mulheres, quando questionadas a respeito, revelam um certo constrangimento ao ter que efetivar o desmame dos filhos. Há casos na aldeia de crianças que são amamentadas até os 07 (sete) anos de idade.

As mães permitem que a maternagem se estenda por maior tempo. A relação de dependência entre mãe e filhos é extremamente simbiótica entre os Terena. Não é muito difícil encontrá-las nas cidades de Aquidauana e Campo Grande – MS, comercializando os produtos agrícolas da aldeia, nas ruas, com os filhos nos braços.

Seria conveniente que esses aspectos fossem pesquisados detalhadamente em outro estudo com as Terena, inclusive para contestar ou confirmar o que foi observado e registrado por esta pesquisa.

Ainda em relação à docilidade dos Terena, Taunay (1960) relatou em suas *Memórias* que a época vivida mais alegre e despreocupada da sua vida foi quando esteve nos Morros da Serra de Maracaju convivendo com esses índios.

Nessa convivência o memorialista teve a oportunidade conhecer a índia Antônia, Chooronó-Guaná da nação Chané. Há alguns estudiosos da vida e da Obra de Taunay na atualidade afirmando que essa moça foi o seu grande amor.

Extraímos a descrição que Taunay fez dessa índia para demonstrar as percepções do europeu a respeito dessa mulher:

[...] uma bela rapariga, muita bem feita, com pés e mãos singularmente pequenos e mimosos, cintura naturalmente acentuada e fina, moça de quinze para dezesseis anos de idade, tinha rosto oval, cutis fina, tez mais morena desmaiada do que acaboclada, corada até levemente nas faces, olhos grandes, rasgados, negros, cintilantes, boca, bonita ornada de dentes cortados em ponta, à maneira dos felinos, cabelos negros, bastos, muito compridos, mas um tanto áspero (TAUNAY, 1960, p. 201).

⁹ Não é do nosso interesse abordar minuciosamente as expressões ambivalentes de afeto da mulher Terena em relação à maternidade, estamos nos referindo a este exemplo apenas pela convivência que estabelecemos e para efeitos ilustrativos.

Além das características físicas acima apresentadas, o autor destacou a maneira simples dessa moça se vestir, apesar da elegância inata nos seus gestos e nos seus movimentos.

Antônia manteve com o memorialista um relacionamento durante o período em que esteve ele nos Morros:

Embelezei-me de todo por esta amável rapariga e sem resistência me entreguei exclusivamente ao sentimento forte, demasiado forte, que em mim nasceu. Passei, pois, ao seu lado dias descuidosos e bem felizes, desejando de coração que muito tempo decorresse antes que me visse constrangido a voltar às agitações do mundo de que me achava tão separado e alheio (TAUNAY, 1960, p. 207).

Este é um dos exemplos históricos do envolvimento das índias com não-índios. Exemplo que possibilita a história do tempo presente dialogar com os acontecimentos do passado, tornando-o objeto de investigação, como nos ensina Le Goff (1994):

Esta dependência da história do passado em relação ao tempo presente deve levar o historiador a tomar certas precauções. Ela é inevitável e legítima, na medida em que o passado não deixa de viver e de se tornar presente. Esta longa duração do passado não deve, no entanto, impedir o historiador de se distanciar do passado, uma distância reverente, necessária para o respeitar e evitar o anacronismo (LE GOFF, 1994, p. 25).

Pelas *Memórias* de Taunay não encontramos registro se a relação estabelecida com a índia Antônia trouxe para ambos algum mal-estar físico ou moral, até porque a narrativa do memorialista tem como característica nesse episódio seu envolvimento romântico com a índia e a extrema valorização da paisagem dos Morros.

Mas temos registrado o episódio da Conquista das Américas apresentado por Frei Bartolomé de Las Casas do contágio sofrido pelos índios da Gripe Espanhola, um episódio de extermínio e massacres de milhares de vidas.

A partir desse contexto passamos a descrever como foram realizadas as atividades das Oficinas de Prevenção às DSTs/AIDS na Aldeia Limão Verde no período de maio a dezembro de 1998.

A designação dos grupos de mulheres Terena para a participação nas Oficinas de Orientação foi organizada por nossa informante Emília Barros Terena, 32 anos, Agente de Saúde Comunitário no Limão Verde, que procurou conciliar os horários com as atividades escolares e comerciais das mulheres, visto que conforme já referido, elas são responsáveis pela comercialização dos produtos agrícolas cultivados na aldeia.

Emília Terena relatou que havia participado, como Agente de Saúde Comunitário, de uma “Oficina de Prevenção das DSTs/AIDS”, na qualidade de Agente Multiplicadora, no município de Sidrolândia-MS, em 1998, representando o Limão Verde. Essa oficina foi oferecida pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul. Com essa participação, assumiu a responsabilidade de levar informação às mulheres da comunidade, a respeito das vias de contágio da doença e formas de prevenção. Contudo, admitiu que teve muitas dificuldades para repassar os conhecimentos às mulheres da aldeia.

Questionamos a informante sobre quem passaria as informações da prevenção das DSTs-AIDS aos homens na aldeia e ela respondeu que para a Oficina de Sidrolândia foram chamados dois homens, membros da comunidade, para assumirem a tarefa de repassar as informações das formas de contágio e prevenção das doenças aos demais membros da aldeia. Mas isso também não ocorreu, em função desses membros pertencerem à Igreja Protestante Uniedas.

Diante disso, seria imprescindível que se investigasse na aldeia qual o grau de influência e normatização de uma instituição religiosa, que possa influenciar e assegurar o comportamento sexual indígena. Conversando com os homens, descobrimos que eram pastores da Igreja, admitiram, também, que se sentiram envergonhados e despreparados para falarem aos demais homens a respeito da prevenção das DSTs-AIDS.

Essa situação evidencia uma questão: não é tão simples, assim, falar a respeito da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS, de homem para homem e de mulher para mulher, mesmo sendo o seu igual. Isso indica que falar de prevenção ao HIV é, sem sombra de dúvidas, também pensar a sexualidade e os paradigmas da cultura indígena.

Em abril de 1998, tivemos a informação de que a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul havia elaborado uma “*Cartilha Bilíngüe (Português - Terena) de Prevenção das DSTs/AIDS e Alcoolismo*”, com o apoio da Coordenação Nacional das DSTs/AIDS – Ministério da Saúde. Procuramos inserir esse material em todas Oficinas de Orientação, com o objetivo de conhecer qual seria a percepção das mulheres em relação ao tema sexualidade, tendo em vista que os conteúdos da cartilha ofereciam subsídios suficientes para conhecermos como as mulheres vivenciam os comportamentos sexuais e como elas passaram a lidar com os conteúdos apreendidos nas Oficinas, com o auxílio da Cartilha.

A “*Cartilha Bilíngüe de Prevenção às DSTs/AIDS e Alcoolismo*” está estruturada numa linguagem clara e objetiva, retrata detalhadamente os sintomas orgânicos das doenças sexuais, sugerindo, aconselhando e alertando com a seguinte mensagem: “*se o leitor apresentar algum dos sintomas apresentados deve procurar imediatamente atendimento médico*”. Em todos os tópicos há uma mensagem de alerta dessa natureza. Como se apenas a leitura da cartilha fosse o suficiente para produzir nas índias o sentido real da prevenção.

No primeiro item do roteiro do Programa de Prevenção às DSTs/AIDS, consta a apresentação geral do projeto, (conforme anexo I). Essa foi a primeira atividade das Oficinas de Orientação e também foi o primeiro contato com os grupos com quem trabalhamos.

É interessante registrar as reações adotadas pelo grupo, diante da apresentação do trabalho. As índias ouviram atentamente as informações, revelando interesse, curiosidade, seriedade, surpresa no olhar e uma certa vergonha, mesclada ao estranhamento quanto ao tema. Estavam sentadas em círculo de braços cruzados e voltadas para nós. Às vezes, uma ou outra tentava desviar a atenção conversando entre si na língua Terena.

A segunda etapa das oficinas estava centrada na apresentação das participantes. Escolhemos aquela atividade no sentido de dar oportunidade a cada uma das mulheres para se identificarem com a maneira pela qual nos posicionávamos e nos expressávamos, garantindo assim, empatia no grupo, confiança e desinibição. Percebemos muita dificuldade para falarem e associarem o seu nome com algo que fosse “coisas de mulher”, como descrevemos no roteiro (anexo I).

As índias às vezes revelavam oscilação na esfera da atenção, da memória e da concentração. Foi necessário que participássemos constantemente e motivássemos o grupo a falar. As associações eram extremamente lentas na ordem do plano concreto. Era necessário que constantemente estimulássemos a falar de “coisas de mulher”, essa era a senha que utilizamos para adentrar na corrente dos sentimentos das índias.

Quanto à apresentação, iniciamos dizendo: “Léia = linda”, com o objetivo de motivar o grupo e garantir a confiança em cada uma das participantes. Todas riram muito com a associação feita pela pesquisadora. De uma certa forma, despertamos fantasias narcísicas em cada uma daquelas mulheres, que também se espelhavam em nós, para reverem o seu lado mulher, desvelando a identidade e a auto-imagem de cada uma, enfim, discutindo o mundo da feminilidade e do desejo.

Cada uma das participantes teria que repetir o nome/sobrenome¹⁰ escolhido, apresentar-se e apresentar às demais, assim: “Léia = linda; Solange = solitária; Emília = esperta; Joana = jovem; Helena = hábil; Silvana = sedutora; Rosângela = rebelde; Regina = requintada; Valdete = vaidosa; Sueli = sensível; Ana Maria = Amorosa; Maria Aparecida = meiga, Claudete = carente”.

Essa atividade foi realizada com muita dificuldade, pois no momento em que o grupo se concentrava na atividade, constantemente elas conversavam entre si na língua Terena. Riam muito, e de uma certa forma acabavam nos excluindo dos comentários, possibilitando-nos perguntar o que elas queriam esconder.

De fato, cada uma das características que assumiam no sobrenome revelava as características da femilidade, escolhidas naquele momento de maneira íntima e sincera, para estarem se apresentando. Talvez isso fosse mesmo motivo de graça, estavam bem à vontade com a atividade. De uma certa forma, captaram os sentimentos evocados nessa relação, e também, o que significava o nosso papel de agente de saúde, discutindo a sexualidade a partir do Programa de Prevenção de DSTs/AIDS.

Na terceira etapa, realizamos uma dinâmica, para levantar o maior número de palavras que identificasse a maneira como as Terena nomeiam a vagina e o pênis. A vagina é chamada da seguinte maneira: “*perereca, sapo, periquita, xana, barata, xoxota, morro, buceta, perseguida, moto serra, mata, cupim de boi, bacalhau, túnel, montanha, pacu, carne mijada*”. E o pênis está mais ligado a nomes de alimentos como: “*cenoura, pepino, nabo, mandioca, guardador de sementes, pirulito, banana-nanica, mamadeira, lingüiça, coca-litro*” e outras categorias de objeto, como: “*charuto, chupeta, batom, espeto, pau, ripa*” e animais: “*passarinho, peru e pomba*”.

Essas metáforas genitais foram colocadas no contexto das oficinas de maneira extremamente lúdica com o grupo. As mulheres Terena, no início, quando propusemos a atividade, revelaram um certo receio para escrever todos esses nomes, mas com a apresentação do álbum do corpo humano, tomamos cada uma das designações para discutir com o grupo.

Ressaltamos que os nomes atribuídos ao do pênis, no senso comum, estavam sendo associados aos alimentos e também à criação, como é o caso de uma senhora, que disse ao grupo que foi ela quem tinha escolhido o nome “guardador de sementes”, porque o homem é quem guarda a semente para fecundar a mulher.

¹⁰ Os nomes próprios adotados são todos fictícios para garantir em sigilo a identidade das participantes.

Os nomes dados à vagina estavam relacionados, de uma certa forma, às coisas mais pejorativas, ao mau-cheiro, ao proibido e também ao desejado, se não fosse assim, não seria chamada de “perseguida”, de “montanha”. Escalar a montanha ou o “morro” não é algo perigoso e desejado pelo homem e também pelas mulheres? (apesar de ser difícil poder assumir uma fantasia como essas?).

Na quarta etapa falamos da relação entre homem e mulher através das DSTs/AIDS, com o auxílio da *Cartilha Bilíngüe* e o tema foi muito bem aceito pelo grupo de mulheres, porque, com a preparação anterior, inserimos o assunto sem maiores constrangimentos. Entretanto, ainda percebemos no olhar das mesmas um certo recolhimento, um silêncio autopreservativo da identidade.

Como a cartilha é bilíngüe, pedíamos que fizessem a leitura, até para constatar o alcance do entendimento dos conteúdos. Percebemos, então, reações de espanto diante da apresentação minuciosa dos sintomas orgânicos das doenças. Um espanto que, de alguma maneira, estava autorizado na cultura Terena para ser verbalizado, um exemplo disso são as palavras de uma jovem: “eu até já tinha ouvido falar, mas nunca tinha visto assim em fotografia” (sic).

São essas nuances do diálogo com as Terena que nos possibilitaram descrever ou enumerar, as metáforas do imaginário social e sexual da cultura Terena feminina. Foi isso nos levou a propor a leitura do texto para deixá-lo falar sem preconceitos, na singularidade histórica de sua linguagem, afinal, a discussão não é a presença do HIV na cultura e os efeitos históricos e psíquicos desse “intruso”?

Na sexta e sétima etapa tratamos do uso do preservativo e práticas sexuais arriscadas e seguras. Começamos por questionar, no grupo de Terena (jovens e adultas), quantas já haviam visto um preservativo e se sabiam de que material era constituído. Poucas mulheres jovens conheciam e quase nenhuma mulher na faixa etária adulta tinha visto.

Depois desse questionamento, distribuímos os preservativos, pedimos para abri-los, cada uma a sua maneira, e manuseá-los. Percebemos que algumas resistiram um pouco para abrir a embalagem, outras abriram e, então, iniciamos a nossa sugestão para o uso perguntando: o que vocês sentiram tocando o preservativo?

Utilizamos uma dinâmica de sensibilização, recomendada pelo Programa de Prevenção às DSTs-AIDS do Ministério da Saúde, para o uso do preservativo. Manuseando-o, realizamos uma demonstração ao grupo e dissemos que o material era um

látex, isto é, uma borracha fina, porém bastante resistente e pedimos a elas para nos acompanhar, seguindo os nossos gestos.

Em seguida, perguntamos: *se procurarmos sentir a temperatura normal de um dos nossos dedos da mão cobertos pelo preservativo, há diferença? Conseguimos sentir essa diferença?* Este é um exercício tátil e perceptual, para demonstrar o possível contato do uso do preservativo, no sentido de também investigar os efeitos psíquicos e históricos desse objeto na cultura Terena, mais especificamente para as Terena do Limão Verde.

O grupo de mulheres “riu” muito, falava na língua Terena o tempo todo, não permitindo que entrássemos naquele universo tão íntimo delas. Quando questionadas a respeito do que estava sendo dito por elas, a própria informante, Emília Barros Terena, procurava omitir o que elas comentavam, respondendo, inclusive com uma certa hostilidade, os nossos questionamentos. Hostilidade evocada também em nós, por nos sentirmos excluídas ao abordar a questão central da prevenção.

Explicamos então, a correta colocação do preservativo. Não levamos a prótese de silicone (o pênis) para a aldeia, utilizamos banana-nanica, por sugestão das próprias mulheres, e como eram muitas, foi muito engraçado o grupo descobrir as funções do preservativo e a entrada desse novo elemento na sua cultura.

A resposta e a percepção dessas mulheres em relação ao uso do preservativo foi-nos dada com muita dificuldade. Conseguimos que elas falassem: a) “os homens que têm que usar” (sic); b) “transar de preservativo é a mesma coisa que chupar bala com papel” (sic); c) “os homens precisam ser ensinados” (sic); d) “quem tem que usar preservativo são os homens” (sic); e) “meu marido diz que se colocar a camisinha ele (pênis) fica com sono porque tá entocado” (sic) f) “meu namorado disse que não fica com puta de bordel e não tem razão para nós usarmos a camisinha, ele disse que desde quando começamos ficar juntos só fica comigo”.

Questionamos se há alguma diferença entre a percepção das índias e as não-índias, em relação à proteção através do preservativo. Seria só a ausência de informação que favorecia as Terena a assumirem verbalmente essas resistências psíquicas e culturais em relação ao uso do preservativo e, conseqüentemente o comportamento sexual de risco? Pelo que percebemos não era só a informação que poderia alterar o comportamento de risco das índias.

2.2. METODOLOGIA DO TRABALHO DE CAMPO

Lembro-me de uma história que Darcy e Berta me contaram, rindo muito, lá em sua simpática casa na Boca do Mato, no Rio de Janeiro. Contou Darcy que um belo dia, retornando da caça com seus “seus índios” Kadiwéu, encontrou Berta brincando com uma multidão de crianças índias num curioso jogo com bexigas, todas brancas, lançadas ao ar sobre as cabeças da meninada que ria muito tentando lançá-las com decididos piparotes para não deixá-las cair. Qual não foi a surpresa de Darcy (e, posteriormente, mais ainda de Berta) por verificar que aquelas “bexigas” não eram outra coisa que utilíssimas camisinhas que ele, escondido de Berta, havia incluído em sua bagagem de pesquisa (OLIVEIRA, 2002, p.28).

Para o desenvolvimento da pesquisa trabalhamos inicialmente com 03 (três) grupos de 10 (dez) mulheres adultas, na faixa etária de 22 a 45 anos e com 03 (três) grupos de 10 (dez) mulheres jovens, na faixa etária de 14 a 21 anos. Esses grupos eram constituídos de mulheres casadas e com vida sexual ativa.

Como a frequência aos Grupos de Orientação era altamente oscilante, escolhemos 04 (quatro) mulheres, tomando como critério o índice de frequência às Oficinas (anexo 1), o que permitiu o prévio conhecimento dos sujeitos e o estabelecimento do *rapport*¹¹. Assim, verificamos as condições intelectuais e emocionais dessas índias, para serem submetidas à entrevista (anexo 2), com o devido esclarecimento da pesquisa e apresentação do Termo de Consentimento das mesmas para esse procedimento.

Este delineamento foi um dos mais úteis para os objetivos, ouvindo qual o entendimento e a compreensão que os sujeitos desta pesquisa tinham a respeito da sexualidade, para então caracterizar e discutir a prática preventiva e o comportamento sexual de risco frente aos Programas de Prevenção às DSTs/AIDS, na comunidade estudada.

Alguns membros da aldeia Limão Verde haviam entrado em contato conosco, na Unidade de Saúde, com a preocupação de levar as ações do programa para a aldeia, principalmente os conteúdos que se referem aos métodos contraceptivos. Tivemos a informação pela Agente de Saúde da aldeia, de que o índice de gravidez precoce entre meninas na faixa etária de 12 a 15 anos, a partir de 1997 aumentou consideravelmente. Esse evento seria até aceitável se as meninas fossem criadas “somente” para se casarem, dado que precisa ser considerado por ter sido se alterado na cultura Terena, com a entrada

¹¹ Cf. Campbell (1986) sentimento consciente de acordo, simpatia e correspondência.

da mulher no mercado de trabalho formal, informal e a presença das mesmas nas Universidades, dando continuidade aos estudos. O desejo da maioria dos pais é de que suas filhas tenham uma profissão conciliatória com a vida familiar.

A partir dessa familiaridade, vivenciadas com as Terena passamos a planejar os procedimentos da pesquisa.

O foco central da entrevista abordou a identificação da profissional. As perguntas começaram, sempre que possível, com a expressão: “*na sua opinião...*”, evitando direcionar as respostas. Além das questões do roteiro, as entrevistadas puderam expressar outros aspectos que lhes pareceram importantes. Para a realização, seguimos os critérios abaixo enumerados:

- 1) seleção dos sujeitos segundo os critérios apresentados acima;
- 2) apresentação mútua entrevistadora-entrevistada, para criação do *rapport* e a explicação dos objetivos da entrevista;
- 3) se possível, definição do dia, horário de início e término para a entrevista, evitando que outros eventuais compromissos pudessem gerar ansiedades no andamento;
- 4) seleção de local com privacidade, para se manter uma relação eminentemente interpessoal, sem interferência de terceiros;
- 5) garantia de sigilo quanto à identidade da entrevistada, bem como demais cuidados éticos pertinentes;
- 6) questões do roteiro colocadas pela entrevistadora e respostas gravadas, para posterior transcrição;
- 7) respeito aos pontos previstos no roteiro, evitando que a entrevistadora se coloque sobre suas questões pessoais, bem como evitando a evocação de juízos de valor sobre as colocações do entrevistado, por meio de aconselhamentos ou sugestões.

Neste trabalho optamos pelo uso da técnica da entrevista semidirigida de questões abertas, conforme salientou Bleger (1980) a entrevista é um meio fundamental do método clínico, constituindo-se numa técnica de investigação científica, capaz de levantar a vida diária do ser humano com o propósito de produzir o conhecimento científico.

Optamos por esse tipo de entrevista, pois a mesma permite que o entrevistado tenha tempo e espaço para falar livremente, dando-nos oportunidade para perceber os conteúdos pessoais: a entonação da voz, os gestos, sorrisos, posturas de silêncio e brincadeiras, deixando aparecer sentimentos, atitudes e as condutas do entrevistado. Fato que acrescenta uma dimensão muito importante ao conhecimento da estrutura de

personalidade e do caráter de seus conflitos, o que nunca conseguiríamos somente com questões e respostas objetivas (BLEGER, 1980).

Na pesquisa qualitativa, o campo refere-se à abrangência espacial, situacional e social do objeto de pesquisa. A entrevista em profundidade, ao lado da observação livre, consiste na técnica mais usada no trabalho de campo.

Segundo Minayo (1996, p. 129):

[...] essa estratégia de coleta de dados é geralmente usada para: (a) focalizar a pesquisa e formular questões mais pessoais; (b) complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções; (c) desenvolver hipóteses de pesquisa para estudos complementares.

Nesse sentido, procuramos perceber, através da fala das entrevistadas, seus sentimentos e sensações em relação ao objeto pesquisado, significando que a pessoa entrevistada teve a possibilidade de discorrer sobre cada questão colocada. O estudo pode ser também entendido como do tipo qualitativo, na medida em que valorizou a fala, os silêncios e a mudança da comunicação das índias para a língua Terena, dentro do contexto de sua história de vida. Considerando os sujeitos da pesquisa com abordagem individualizada, para uma análise do ponto de vista histórico.

Os conteúdos abordados pela entrevista procuraram contemplar os seguintes aspectos: o conceito da AIDS enquanto doença; o imaginário social da AIDS para as Terena do Limão Verde; idéias sobre a vivência dos comportamentos sexuais; o uso do preservativo, a representação social da sexualidade, da doença e da saúde.

Os dados coletados no conjunto das entrevistas e das Oficinas foram analisados a partir do referencial teórico da história do presente e contribuições da história indígena, assim como, as ponderações sociais da doença.

Desta forma, a prevenção é um excelente campo investigativo com necessidades prementes de uma avaliação histórica e contextualizada de suas ações.

Os materiais utilizados nas Oficinas de Orientação foram: álbum seriado das principais *Doenças Sexualmente Transmissíveis* fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Aquidauana, cópia do resumo do projeto apostilado, sala ampla e arejada, cadeiras, massa de modelar, papel manilha, canetas coloridas, fita crepe, papel manteiga, revistas usadas, cola tenaz, tesoura, folhas coloridas, exemplares da cartilha bilíngüe, papel A4 e preservativos masculino e feminino.

Os aspectos éticos da pesquisa obedeceram as Normas e Critérios Éticos, adotados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996), que estabelece o

seguinte: a realização de pesquisa envolvendo seres humanos deve apoiar-se em princípios que visam assegurar os direitos aos sujeitos pesquisados, buscando defender sua integridade e dignidade.

Nesta pesquisa, foram levados em conta tais princípios. Apresentamos às entrevistadas um Termo de Consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 (cf. anexo 2). Levamos em consideração, ainda, os princípios que regem a conduta do psicoterapeuta, que trabalha com psicoterapia de base psicodinâmica. Sabemos que a revelação, fora do contexto psicoterapêutico, pode vir a prejudicar a pessoa mais do que protegê-la, constituindo-se em fator contrário aos objetivos da prática psicológica.

Tomamos as precauções de relatar cuidadosamente as oficinas educativas e as entrevistas, procurando dar a devida atenção para que os nomes das mulheres fossem alterados e os da família omitidos. Não utilizamos a produção gráfica das mulheres, por conter elementos de identificação e, para que os indivíduos pesquisados não se reconhecessem em sua produção, caso venham a tomar conhecimento dos dados da pesquisa.

Assim procedendo, asseguramos o sigilo das participantes e respeitá-las em seus direitos privados e humanos.

Os dados levantados foram analisados numa perspectiva da história do tempo presente, notadamente a partir das contribuições de Le Goff (1997), além das considerações teórico-metodológicas da história indígena, debatida atualmente por Manuela Carneiro da Cunha (1998), John Manuel Monteiro (1995) e João Pacheco de Oliveira.

A partir desses estudiosos, foi possível observar que não é recente o registro das doenças pela ótica da história. É conveniente assinalar que alguns historiadores tem registrado sobre a questão.

O medievalista francês Jacques Le Goff apresentou um livro intitulado: *As doenças têm história* (1997). A obra foi organizada em quatro partes com resultados de pesquisas desenvolvidas por estudiosos franceses e americanos, sendo que a primeira parte aborda *O nascimento da medicina moderna*, a segunda parte trata *As grandes doenças*, a terceira parte *Do lado dos doentes* e a quarta parte *Os caminhos para a cura*.

Na apresentação do referido livro Le Goff (1997) denominou o seu texto como *Uma história dramática* e assinalou que:

A doença pertence à história, em primeiro lugar, porque não é mais do que uma idéia, um certo abstracto numa complexa realidade empirica, e

porque as doenças são mortais. A doença pertence não só à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades (LE GOFF, 1997, p. 8).

De acordo com o historiador da mais remota Antiguidade dos tempos, ainda surgem notáveis e espantosos documentos da Babilônia revelando que as atitudes do homem face às doenças em nada se alteraram:

[...] de um lado, a ardente pesquisa do saber científico e de uma prática médica que não pára de alcançar grandes vitórias, da trepanação pré-histórica às vacinas, soros, antibióticos, dos tempos modernos. Por outro lado, a crença inveterada na eficácia da magia (orações e ervas) e nos mágicos (bruxas, milagreiros, curandeiros de toda a espécie) (LE GOFF, 1997, p. 8).

Para ele existe uma história do sofrimento e esta história das doenças conhece a febre conjuntural das epidemias. É uma história dramática que revela, através dos tempos, uma doença emblemática unindo o horror dos sintomas ao pavor de um sentimento de culpabilidade individual e coletiva: lepra, peste, sífilis, tísica, cancro e, num pequeno território fortemente simbólico a SIDA – AIDS.

Esses aspectos estão diretamente vinculados à Educação dos Sentidos regulamentada pela sociedade conforme foram abordadas por Gay (1988).

Para este autor o domínio público exerceu inegavelmente uma influência ponderável sobre a formação da sensualidade das classes médias no século XIX.

Gay (1988) salientou que:

Não resta dúvida que o século burguês estava repleto de professores da negação que instruíam seus contemporâneos na arte da reticência, da evasiva e do silêncio diante dos fatos da vida. Essas estratégias deixaram impressas suas marcas no gosto artístico geralmente aceito, na educação das crianças, nos sermões dos moralistas e, sobretudo, na cautela com que se tratava a sexualidade. À sua maneira oblíqua, a hipocrisia também era uma educadora dos sentidos, instruindo como disfarçar sentimentos e convicções de forma a torná-los aceitáveis pela sociedade (GAY, 1988, 290-291).

O autor revela que a sua obra *A educação dos sentidos* teve o título inspirado na crônica de Gustave Flaubert em que relata a formação da personalidade de um jovem, *L'Education sentimentale* [A educação sentimental]. Flaubert construiu e submeteu o personagem a uma educação sensual plena de desilusões, característica da formação de jovens da época.

Para Gay (1988):

A sociedade fornece ao sujeito muitas lições, constantemente renovadas e freqüentemente contraditórias, para os egos e superegos em amadurecimento; alimenta e frustra, ou, numa palavra, educa os sentidos (GAY, 1988, 290).

A AIDS, também, deverá deixar para a humanidade lições e experiências contraditórias para a *educação dos sentidos*, tanto de homens como de mulheres, uma delas, sem dúvida, será a aprendizagem da prevenção do comportamento sexual de risco, que requer amadurecimento nas relações sexuais e afetivas, desvinculadas das marcas hipócritas da burguesia do século XIX, estudadas por Gay (1988), como forma do avanço individual e coletivo de proteção à vida humana.

2.3. REGISTRO DAS OFICINAS DE PREVENÇÃO DAS DST - AIDS ENTRE AS TERENA DA ALDEIA LIMÃO VERDE – AQUIDAUANA (MS)

Duvida da luz dos astros, de que o sol tenha calor,
dúvida até da verdade, mas confia em meu amor.
(SHAKESPEARE, Hamlet, II: 11)

O objetivo das Oficinas de Orientação foi o de investigar e historiar a Prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis e a AIDS na aldeia Limão Verde. Essa experiência nos reservou de certa forma, o desafio de descrever as crenças sexuais e os costumes da vida privada da mulher Terêna na atualidade. Adotamos as siglas E1, E2, E3 e E4 para fazer referência às entrevistadas e as participantes das oficinas.

Um dos primeiros dados que causa constrangimento ou um “risinho disfarçado” nas pessoas que conhecemos e entrevistamos, e que nos pareceu importante demonstrar, diz respeito ao entendimento que as mulheres concebem à respeito da transmissão do HIV: “Ah! [...] que sempre quando for ter relação, usar camisinha. A AIDS é um doença perigosa, é transmitida pela relação sexual, sempre” (E1). Essa jovem respondeu à pergunta, depois de um longo silêncio, abaixando a cabeça constantemente e associando a questão da transmissão com a doença. Ela não estabeleceu uma diferença ou uma linha demarcatória entre a prevenção e o contágio. Uma possível fala da transmissão imediatamente fez lembrá-la do contágio, tendo em mente que a principal via de contágio é a via sexual.

Uma outra jovem percebeu da mesma maneira, assim se expressando “É transmitida pelo sexo. E é para usar camisinha” (E2). Essa jovem reafirmou o que foi dito pela primeira entrevistada. Por outro lado, temos um depoimento de uma senhora que participou de 02 (duas oficinas) e não soube responder a respeito da transmissão: “A AIDS? Para passar para outra pessoa? Eu esqueci... É eu esqueci mesmo! Como é passado?” (E3). Essa senhora que havia se esquecido completamente dos conteúdos das Oficinas, foi uma das mais interessadas, na época que estivemos na Aldeia. Isso nos deu a possibilidade de sinalizar que aquele esquecimento podia ser fruto das resistências emocionais dela.

Simbolizando, portanto, pode ser fruto do medo e da ansiedade, ao ter que pensar a respeito das formas de contágio do HIV, daí o sentimento de indiferença, negação e esquecimento.

Esse esquecimento é um excelente exemplo daquilo que Freud (1937) mencionou na sessão IV do texto: “*Análise terminável e interminável*”, quando se referiu ao esclarecimento sexual das crianças e à ineficácia da medida psicoprofilática da neurose “por longo tempo após receberem esclarecimentos sexuais, elas se comportam como as raças primitivas que tiveram o cristianismo enfiado nelas, mas que continuam a adorar em segredo seus antigos ídolos” (FREUD, 1970, p.266-267).

Os conteúdos apresentados nas Oficinas, de certa forma, foram por um determinado momento interessantes à entrevistada, mas no momento que deveria ter respondido a respeito da transmissão do HIV, disse que havia esquecido as formas de contágio e ainda nos perguntou como era a transmissão, quer dizer, as informações passaram despercebidas e o que vigorou foi a sua maneira própria de responder às demandas do meio.

Das entrevistadas, apenas uma mulher adulta estabeleceu a diferença entre as formas de contágio do HIV e a doença, as demais como apresentamos não souberam responder com clareza. Entretanto, esse conhecimento para a (E4) não assegurou o hábito do uso do preservativo, aliás essa senhora (E4) afirmou, logo após fazer o seu relato, que nunca havia usado o preservativo com o marido. Quando questionada a respeito da transmissão respondeu:

É para falar a respeito da transmissão? Primeiramente eu convidava um grupo de mulheres e explicava como é a transmissão, que é dada através do sexo, não é transmitido conversando, através de beijo se tiver corte na boca [...] pode ser transmitido, e através do sangue (E4).

No imaginário dessa entrevistada as informações foram associadas à convivência social com o *outro* e estabeleceu de maneira adequada algumas formas de transmissão da patologia.

Quanto à possível transmissão do HIV, as índias são vulneráveis pelo enfraquecimento das suas defesas psíquicas diante dos seus (próprios) desejos sexuais e, sobretudo, pelo próprio desconhecimento do contágio da doença.

Segundo Berlinck (1997) no ocidente há uma tradição que separa corpo e alma, soma e psique, carne e espírito e com isso é comum ocorrer um total desconhecimento a respeito do próprio corpo. No caso das Terena do Limão Verde, através dos seus relatos essa separação também fica evidente, tendo em vista que nesta aldeia há 03 (três) facções religiosas atuando na comunidade. Seria necessário que se fizesse um estudo amplo e detalhado dos efeitos dessas entidades no imaginário social desse povo.

Para esse autor o “desconhecimento é campo fértil para fantasias melancólicas que enfraquecem sobremaneira as defesas a ataques virulentos externos” (Berlinck, 1997). Fantasias inconscientes que revelam um desconhecimento, uma falta de intimidade com o corpo e, até mesmo, uma recusa do reconhecimento da existência do corpo são, muitas vezes, responsáveis pela insuficiência imunológica a ataques virulentos externos.

Quanto ao aparecimento da doença há concepções significativas e específicas do universo cultural que se apresentam na fala das índias. Nesse aspecto verificamos as forças psíquicas, históricas e culturais que se opõem ao trabalho preventivo.

Não sei. Acho [...] que as pessoas ficam fazendo relação com qualquer pessoa e não sabe, né? (E1).

Essa jovem atribuiu o aparecimento da doença à promiscuidade, ao sexo fortuito ou pelo puro posicionamento de se obter prazer. Ela participou de todas as reuniões das Oficinas de Orientação e mesmo assim, ainda ficou em dúvida entre responder o que entendeu a respeito do surgimento da doença.

A questão que se coloca é que do ponto de vista dos elevados índices estatísticos da AIDS, anteriormente demonstrados nas tabelas, pensar a respeito da doença desperta no sujeito o campo das fantasias sexuais e o campo da moral.

A primeira de gozo por pura obtenção de prazer e a segunda como sistema regulador – os sentimentos de culpa que podem perfeitamente ser acionados no sujeito quando passa a pensar a respeito do assunto.

Da mesma forma, pudemos também, indicar que essa representação social da doença aconteceu na década de 80, conforme assinalou Parker (1993), quando uma grande parte do poder público rotulou a doença como especificamente dos chamados *grupos de riscos*.

Hoje já sabemos que até as categorias de registro dos Boletins Epidemiológicos das Secretarias de Saúde Municipal e Estadual, precisam rever os critérios de categorização da população, no sentido de dar mais atenção à diversidade cultural do povo brasileiro.

Vejamos como no discurso de três mulheres - uma jovem e duas adultas, foi estruturado o aparecimento da doença a partir da relação com o branco, como geralmente chamam o não-índio, isto é, o *outro*, o elemento diferente do grupo étnico ao qual pertencem. As mulheres atribuem o aparecimento da AIDS ao branco e de certa forma simbolizam psiquicamente que se a relação não for estabelecida estão protegidas do contágio.

Eu esqueci [...] mas acho que vem do homem branco (E2).

Essa jovem estava bastante constrangida, preferiu se livrar logo da questão, respondendo que havia se esquecido e apontou como surgimento da doença o homem branco. Sabemos pela experiência psicodinâmica que esse esquecimento não é um esquecimento qualquer. São resistências psíquicas que atuam e se opõem, desfavorecendo a lembrança dos conteúdos assistidos pelo sujeito nas Oficinas de Orientação.

Responder a respeito do surgimento da doença requer pensar e falar, isto é, construir uma idéia da experiência vivida no contexto das oficinas e ligar com a história do relacionamento privado que vivencia. Como esse movimento interno e perceptivo foi delicado, a saída para (E2) foi apontar o *outro*, o estrangeiro, como elemento ameaçador e propagador do contágio.

Isso demanda, de certa forma, abandonar algumas fantasias sexuais e verdades nas quais o sujeito passou uma boa parte da vida acreditando. Daí a defesa, que é, sobretudo, uma defesa narcísica e a afirmativa de que a doença vem do branco. Esta defesa é também uma defesa da identidade do eu, uma maneira que o sujeito encontra de repelir o que causa descontrole interno, por isso o mal está na casa do *outro*. É claro que a casa que estamos tratando aqui é a morada do "eu". A casa é uma expressão subjetiva e singular do sujeito.

Uma outra senhora também demonstrou no seu discurso a percepção do surgimento da doença e do mal como sendo do *outro*:

No início eu achava que era uma doença que vinha do ar, mas não é... Eu pensava que era através do cigarro, do álcool. E ao mesmo tempo eu pensava que era só numa aldeia. Mas todas as cidades têm pelo menos um caso. Por isso mesmo eu fico preocupada, porque as meninas saem com os homens brancos. Os índios quando saem para trabalhar no corte da cana-de-açúcar, freqüentam a casa vermelha, e não usam a camisinha (E3).

Essa senhora construiu o seu discurso passando por dois elementos de prazer: o cigarro e o álcool, ela pensou a possibilidade do surgimento estar localizado apenas numa única aldeia e em seguida chegou na relação de alteridade, isto é, no possível envolvimento sexual das meninas com o não-índio e dos índios com a não-índia.

No caso dos homens atribuiu também o surgimento da doença ao fato de freqüentarem a *Casa Vermelha*. Esse fato liga-se, segundo a entrevistada, à promiscuidade masculina que é pouco questionada pelas mulheres da aldeia. É uma das questões que devemos também assinalar como barreira à eficácia do Programa de Prevenção no contexto indígena. As relações de gênero no Limão Verde são extremamente demarcadas, tanto nas relações de trabalho como na vida social e doméstica. A cultura Terena é muito próxima da cultura machista brasileira.

Os movimentos de infidelidade masculina são muito pouco questionados pelas Terena, principalmente quando os índios deixam a aldeia para trabalharem nos cortes de cana-de-açúcar nas Usinas de Rio Brilhante, Sonora e Naviraí em Mato Grosso do Sul. As Terena possuem pleno conhecimento de que os homens freqüentam os prostíbulos das cidades e na maior parte das vezes, ao retornarem, contagiam-nas com doenças sexualmente transmissíveis.

Uma outra senhora que participou de várias reuniões, inclusive das reuniões preliminares para a organização do trabalho no Limão Verde, quando questionada a respeito do surgimento da doença, imediatamente respondeu: “*Eu não sei... não sei mesmo [...] qual é?*” (E4).

A resposta dessa senhora revelou a expressão real da angústia e do desespero interno diante do desconhecido. Quando a entrevistamos questionou-nos no sentido de possibilitar que os conteúdos das Oficinas de Orientação, fossem lembrados. Ela solicitou explicação novamente a respeito do surgimento da doença, as formas de contágio e a maneira de se prevenir. É uma senhora casada há 20 anos, mãe de 04 (quatro) filhos

adolescentes, com primário completo, feirante. O marido é um dos homens que também deixa o Limão Verde, temporariamente, para trabalhar no corte da cana-de-açúcar.

De acordo Berlinck (2000), a angústia é o medo da catástrofe interna que coloca em risco a sobrevivência do sujeito e da espécie. Para esse autor o ser humano se caracteriza por ter uma sexualidade incongruente com o meio e por não obedecer às normas da cultura.

Berlinck abordou as polaridades *prazer/desprazer*. E o surgimento da AIDS, delimitou esses dois campos para a humanidade. Prazer porque o ser humano é eminentemente desejoso na realização das suas fantasias sexuais e agressivas, e do ponto de vista psíquico as índias são muito próximas das não-índias, vivenciam nitidamente o desprezo, que está diretamente ligado à incapacidade do aparelho psíquico se defender dos ataques virulentos tanto externos (HIV) quanto internos (o desejo sexual), ascendendo e transcendendo a sua imunodeficiência psíquica a cada geração.

Quanto ao significado das Oficinas de Orientação apenas três entrevistadas responderam, que ajudou um pouco no sentido de favorecer o uso do preservativo, a entrevistada (E4) revelou que favoreceu no sentido de possibilitar os argumentos comunicativos a respeito da prevenção e à sugestão do uso da camisinha para os filhos adolescentes. Porém isso não garantiu a essas mulheres a própria prevenção, denotando assim os sentimentos de incongruência interna.

Ajudou um pouco. Porque depois das oficinas fiquei com medo de fazer [...] sem a camisinha (E1).

Percebemos que o único conteúdo compreendido nas Oficinas de Orientação por essa jovem, foi o sentimento de medo diante do HIV. O sentimento de medo, nesse caso, é a representação simbólica do fantasma que a AIDS provoca no sujeito. É eminentemente o fantasma da catástrofe, os sentimentos de finitude e as fantasias de destruição reativadas no sujeito, contrastadas com o desejo sexual.

Outra jovem respondeu de maneira objetiva e ansiosa, demonstrando o mesmo sentido da primeira entrevistada: “*Ajudou. Ajudou um pouco pra não pegar AIDS*” (E2).

Já o depoimento desta outra senhora é um indicador dos limites do Programa de Prevenção às DSTs/AIDS no contexto indígena: “*Não mudou nada, eu nunca usei o preservativo com o meu marido*” (E3).

Uma das preocupações do Ministério da Saúde hoje, deveria ser a prevenção ao HIV nas relações heterossexuais. Como elaborar estratégias que alcance os heterossexuais?

Como inserir o preservativo numa relação que vive o pacto velado da fidelidade conjugal e afetiva, tornando o sujeito psiquicamente imunodeficiente diante do HIV?

Os depoimentos dessa senhora (E3) expressam sua desconfiança da infidelidade do marido, mas não questiona. Ao contrário, disse que se sugerisse o preservativo ao marido ele acharia estranho, esse depoimento revela a fragilidade das relações de gênero.

Uma outra senhora deu-nos o seu depoimento afirmando que havia mudado muito seu comportamento educativo em relação aos filhos, depois que participara das Oficinas de Orientação, porém se contradisse quando falou a respeito do uso do preservativo, aceitou o que lhe foi imposto pelo marido:

Mudou bastante, principalmente com o meu filho porque agora eu sei explicar para ele. A minha filha agora que está entendendo. Às vezes meus filhos me perguntam. Só mudou a maneira do meu marido entender, antes ele não aceitava se prevenir. Para ele era uma brincadeira. Hoje ele sabe que a AIDS, existe. Mas nós nunca usamos a camisinha, porque estamos casados há muito tempo, e ele acha que não precisa (E4).

O depoimento dessa senhora delimitou a incongruência interna que vivencia em relação a sua participação nas Oficinas de Orientação. De um lado acreditou que houve alguma mudança significativa, porque tem respondido às perguntas dos filhos em relação ao tema, por outro lado, acreditou que estava resguardada porque estava casada há muitos anos e vivenciava relações sexuais exclusivas.

Quanto à representação social do HIV na aldeia os mais diversos fantasmas imaginários foram reativados nas Terena, ou seja a primeira respondeu não saber, ligando a representação do HIV ao estranho e a algo inimaginável (E1), a outra estabeleceu relação direta com a morte e ao processo de adoecimento (E2) e a terceira ao medo do contágio (E3) e por último o que ficou mais evidente no discurso da entrevistada (E4) foi o medo do contágio e a infidelidade do marido.

Não sei... sei lá [...] (E1).

A morte. Porque é uma doença que mata rápido (E2).

Eu tenho medo de pegar a AIDS (E3).

O que me preocupa são as mães solteiras. Os homens que não se previnem quando vão à Usina de Cana-de-açúcar para trabalhar. E, eu tenho medo de pegar AIDS. Às vezes fico pensando quando meu marido vai à cidade pode 'pular a cerca', isso me incomoda muito (E4).

Sem dúvida a AIDS pode despertar no sujeito os fantasmas mais primitivos do ser humano. Pensar a respeito faz com que o sujeito associe a sexualidade a algo proibido e

perigoso. É também o momento em que o sujeito passa a vivenciar um dos sentimentos mais hostis e destrutivos da condição humana: a morte.

Em relação aos sentidos do HIV e a possível contaminação verificamos com nitidez, os sentimentos de culpa e o preconceito das índias em relação à doença.

Se eu soubesse que tinha o HIV eu ia me sentir mal. Todo mundo ia ficar com medo da gente, não ia querer nem conversar nem nada (E1).

Essa jovem conseguiu se expressar, depois de um longo silêncio e um sentimento de desconforto, quase não sabendo ao certo o que responder. Quando questionada a respeito dos sentimentos suscitados em si em relação ao HIV, deixou nítido que a representação social da doença é de isolamento e rechaço por parte da comunidade.

Podemos afirmar que os sentimentos de isolamento e rechaço são, sobretudo, do próprio sujeito. O que deveria vir à tona seria a capacidade de autopreservação do sujeito e se essa capacidade estiver ferida é claro que a representação psíquica do HIV despertará no sujeito o desespero interno e será rechaçado, tanto individualmente como coletivamente.

Esta outra (E2) revelou os sentimentos de angústia. Pareceu-nos que ela havia dito que as pessoas da comunidade comentariam, mas estava na realidade falando do mau uso dos prazeres e uso do corpo, que no mundo antigo era recomendado como dietética, porém na leitura de CARNEIRO (2000), houve uma ineficácia nessa recomendação médica.

Eu me sentiria angustiada. Porque eles (as pessoas na aldeia) iam ficar falando... Falando para não ficar comigo porque iam pegar AIDS (E2).

No depoimento das entrevistadas (E3 e E4) verificamos os sentimentos de culpa, isolamento e tristeza em relação ao HIV, com mais o atenuante do rechaço social, inclusive pela chefia do posto da aldeia:

Eu ia ficar só pensando... me sentiria culpada (E3).

Eu ia me sentir triste. Acho que não ia ter nenhum amigo(a), acho que ia ficar dentro do quarto, não ia sair nos dias de festas e nos dias de comemorações. Ia mudar bastante pra min. Sabe que o chefe do posto indígena disse que se soubesse de algum caso de HIV na aldeia mandava sair da aldeia (E4).

Quanto às resistências ao uso do preservativo encontramos os seguintes depoimentos:

Depois que engravidei com 15 anos do meu primeiro filho eu falo para o meu namorado usar o preservativo. Antes eu tinha vergonha, hoje não porque preserva para não pegar as doenças transmissíveis (E1).

Essa entrevistada participou de todos os encontros das Oficinas de Orientação e logo em seguida engravidou do seu primeiro filho, permaneceu um tempo morando em Campo Grande com o pai da criança, mas disse: “que não dera certo o relacionamento” (sic). É mãe solteira, o pai da criança é não-índio, ela voltou para aldeia, mora com os pais e continuou o relacionamento afetivo com o pai do seu filho.

Os pais não fizeram muita questão que se casasse porque o rapaz é não-índio. Garantiu que hoje todas as suas relações são com preservativo porque não quer engravidar novamente. Contudo, percebemos pela maneira como respondeu, que foi delicado para essa moça admitir que mesmo na relação sexual, durante a qual engravidou, não usou o preservativo, após ter participado do programa de prevenção.

O que diferencia essa jovem das outras entrevistadas é que a mesma estabeleceu o uso do preservativo como contraceptivo. Sabemos que grande parte das campanhas de prevenção do governo associa o uso do preservativo à liberalização do prazer, isto é, o prazer só é possível e livre de culpa com o preservativo. Denotando assim, uma banalização do ato sexual e essa jovem, de certa forma, se identificou com essa idéia.

A entrevistada (E2), revelou a percepção do preservativo da seguinte forma:

Usamos o preservativo poucas vezes. Sempre fizemos a relação interrompida. Hoje depois que ficamos juntos não usamos o preservativo, ele não gosta e eu também não gosto. Incomoda muito e atrapalha. Logo no início eu tentei explicar que precisava usar o preservativo, porque a gente não sabe com quem eles ficam. E pode passar doença pra gente. Ele ouviu mais ou menos o que eu disse. E prometeu que não ia ficar com mais ninguém, só comigo. E então passamos a transar sem camisinha.

Podemos deduzir que essa jovem estabeleceu um pacto de fidelidade com os seus sentimentos e, então, resolveu entregar-se e envolver-se nessa relação a partir do momento que o jogo de identificação amorosa foi estabelecido afetivamente com o seu companheiro. Como um homem e uma mulher, índios e não-índios poderiam desconfiar do *outro* no momento que estão intimamente envolvidos?

Birman (1993) escreveu uma frase que exemplifica muito bem a impossibilidade da desconfiança: “se você me ama se cuide”. Essa frase revela que uma parte do “eu” do sujeito quando envolvido, passa a ser o “nós” e revela também a condição ambivalente do humano, capaz de amar e odiar ao mesmo tempo.

Ama o que lhe é familiar e segrega o que lhe é diferente e estranho nas suas concepções e crenças. Ao mesmo tempo em que o sujeito pode ser fiel aos seus sentimentos em relação ao *outro*, pode trair e se trair no instante que abandona o uso do preservativo numa relação não só conjugal como extraconjugal.

As concepções culturais e as defesas psíquicas são frágeis e insuficientes diante do desejo e das sensações sexuais, sendo, também, extremamente ambivalentes.

Homem e mulher só são capazes de se envolverem e estabelecerem o jogo identificatório afetivo, a ponto de configurar o romance amoroso, a partir do momento que vivenciam, as mais secretas verdades de cada um, muito próximas e muito parecidas. Os efeitos dos mecanismos de identificações entram em cena estabelecendo desta forma, o envolvimento entre um homem e uma mulher e o preservativo passa a ser o *estrangeiro* da relação. É excluído por força do desejo e dos sentimentos afetivos que abarcam a história dessa relação.

O preservativo até pode ser usado nas primeiras relações sexuais, enquanto o casal está vivendo a fase do enamoramento e estão descobrindo os primeiros sentimentos amorosos do envolvimento, porém à medida que o vínculo afetivo se estreita torna-se cada vez mais difícil o uso do preservativo durante o ato sexual.

A fantasia do uso do preservativo passa a ser o não-familiar entre o casal à medida que entra em cena o campo das identificações e do vínculo afetivo. Homem e mulher deixam de ser estranhos um para o outro. Logo depois que o vínculo se configura cabe ao preservativo o papel de estranho, do intruso na relação conjugal.

Esta outra senhora (E3) também revelou no seu depoimento as dificuldades de argumentar com o marido a respeito do uso do preservativo:

Eu não consegui sugerir para o meu marido usar o preservativo. Ele estranharia. Eu sinto muita dificuldade para sugerir, os índios não acreditam na AIDS e acham engraçado. Já conversei a respeito da camisinha mas não foi muito aberto (E3).

O que ficou muito claro no depoimento dessa senhora é o uso da palavra, e nesse caso o exercício da fala a respeito do sexual entre ambos. De um lado, ela afirmou que o seu marido não a ouvia e revelou o distanciamento no relacionamento vivido a discussão a respeito do HIV. Por outro lado, também nos fez pensar a respeito daquilo que temos trabalhado desde o início, as crenças e valores da cultura Terena a respeito da procriação, um dado que precisa ser levado em consideração, para então pensar a dimensão da impossibilidade das ações preventivas, do ponto de vista psicológico, cultural e histórico.

Essa mesma senhora salientou as reações do marido só de pensar no uso do preservativo:

Meu marido diz que se colocar camisinha ele (pênis) fica com sono porque está entocado. Se colocar camisinha o pênis cai e dorme. Ele diz que é para usar camisinha só com “puta” de bordel, e ele não sai por aí (E3).

A camisinha nesse caso está associada não ao comportamento preventivo, mas à possibilidade de infidelidade e à promiscuidade do índio, que inclusive comunicou à mulher que há o comportamento sexual de risco e o de infidelidade.

Outra senhora (E4) ressaltou a impossibilidade do uso do preservativo da seguinte forma:

Tem que conversar, explicar entre o homem e a mulher. Só que os homens não ouvem as mulheres, eles levantam e deixam a mulher falando sozinha. Meu marido já deixou eu falando sozinha. Só pra não usar a camisinha. Ele fala que é coisa só da cabeça da mulher e do homem não acontece nada. E eu acabo cedendo, nunca tive relações com camisinha. Os índios não aceitam usar camisinha, porque o líquido do homem é o líquido da vida, o índio acredita que carrega a semente da vida. Ter filhos para os Terena é garantir a sobrevivência do povo no mundo. Antigamente vinham muitas camisinhas para o posto de saúde da aldeia e acabava vencendo e era devolvido para a FUNASA, todas as caixas fechadas (E4).

Essa senhora retratou no seu discurso crenças fundamentais para o povo Terena: de um lado, o índio acredita que carrega o líquido da vida: o esperma, e do outro, quanto maior o número de filhos, maior o número de braços cultivando a terra e maior o número de descendentes do povo Terena. Encontramos nesse relato a questão central da prevenção entre as Terena do Limão Verde, que reproduz de maneira viva e dinâmica o mito indígena da fecundação da terra, a posse e a presença do *poké'e* que significa ser da terra e/ou gente da terra, conforme havíamos mencionado no item Passado e Presente da Aldeia Limão Verde, no início do trabalho.

Como pensar a questão da prevenção ao HIV, num contexto cultural como esse?

A idéia do contágio pelo HIV no contexto indígena é imediatamente banida do relacionamento de um casal, primeiro pelo medo de se pensar a respeito, porque a idéia é delicada e tênue do ponto de vista psíquico e social, segundo, pela entrega à paixão e ao envolvimento e por último o mal está no branco ou no não-índio, no estrangeiro.

Há um movimento afetivo muito grande dos mecanismos de identificação entre o homem e a mulher, e é este mesmo mecanismo que decide a abolição do preservativo, isso quando há alguma tentativa de incluí-lo no momento da relação sexual. Caso contrário o desejo afetivo e o sexual são os primeiros a entrarem em cena, não restando nenhuma possibilidade de inclusão do preservativo.

O preservativo poderia ter alguma chance de entrar em cena na hora do ato sexual, se fosse usado de maneira criativa pelo casal. Se o ato sexual fosse encarado como um jogo erótico, lúdico, criativo e de momento íntimo do casal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi realizada no sentido de dar continuidade aos estudos que temos desenvolvido com as mulheres Terena desde 1997. Tomamos as Oficinas de prevenção às DSTs-AIDS como parâmetros para descrever as crenças sexuais, os costumes da vida privada desse povo e registrar a história da AIDS como uma doença da atualidade, geradora de pânico e desespero, inclusive entre os Terena da Aldeia Limão Verde – Aquidauana (MS).

Pela pesquisa pudemos constatar que as Terena também vêm a AIDS, como sendo uma doença do branco e/ou do não-índio. Acreditam estar protegidas da doença, se não estabelecerem o contato com o *outro*, o *diferente*, o *estrangeiro*; e os *brancos* ou os *não-índios*. Estes, por sua vez, também acreditavam nisso, há quase duas décadas atrás, como registrou Parker (1993) “que a doença é da categoria dos homossexuais ou dos famosos grupos de risco”.

Decisivamente as Secretarias de Saúde Municipal e Estadual, precisam rever os critérios de categorização da população no sentido de considerar a etnicidade do povo brasileiro, isso facilitaria o registro nos Boletins Epidemiológicos da AIDS e das demais Doenças Sexualmente Transmissíveis, revelando, também, os dados demográficos da doença entre a população indígena.

No Estado de Mato Grosso do Sul as notificações revelam dados significativos nos municípios próximos às aldeias indígenas, conforme foi demonstrado nas Tabelas.

Do ponto de vista social e histórico a AIDS pode despertar no sujeito os fantasmas mais primitivos do ser humano. Pensar a respeito faz com que o sujeito associe os comportamento sexuais e privados a algo proibido e perigoso. É também o momento em que o sujeito passa a vivenciar o sentimento mais hostil e destrutivo da condição humana: a morte.

Os Programas de Prevenção às DSTs/AIDS adotados com as comunidades indígenas, precisavam levar em consideração a capacidade criativa do humano para utilizar objetos (WINNICOTT, 1975). No caso específico da prevenção, principalmente o uso do preservativo. Daí a importância de se contextualizar culturalmente as metáforas, as crenças sexuais e o seu significado a respeito desse objeto, entre as Terena.

O incentivo do jogo lúdico em relação ao uso do preservativo entre homem e mulher poderá estabelecer o comportamento preventivo, no sentido de garantir a proteção à

vida, opondo-se à idéia de prevenção ao HIV associada aos aspectos simbólicos da doença, que desvelam os sentimentos de culpa e de morte.

A AIDS como doença que comprovadamente desestabiliza e ataca o sistema imunológico, tornando o sujeito física e psiquicamente incapaz de se autodefender, transforma o homem em *O Lobo da Estepe* de Hermann Hesse. Em tempos de AIDS, a humanidade deverá renovar os sentimentos de esperança no desenvolvimento científico e tecnológico que tem sido despendido pelos diversos estudiosos espalhados pelo mundo com a preocupação da descoberta da cura da doença. Conforme apregoa Shakespeare (1999), *a verdadeira esperança é veloz e voa como asas ligeiras; de reis faz deuses e de seres ínfimos faz reis*.

Enquanto a cura da AIDS não for descoberta precisamos estabelecer estratégias políticas de saúde para a população indígena de maneira eficaz na sua prevenção, no sentido pleno de garantirmos respostas ágeis diante das demandas sociais e culturais de cada povo.

Defendemos a idéia que a AIDS, também deixará para a humanidade lições e experiências contraditórias para a *educação dos sentidos* privados, tanto de homens como de mulheres. Uma delas, sem dúvida, será a aprendizagem da prevenção do comportamento sexual de risco, que requer amadurecimento nas relações sexuais e afetivas, desvinculadas das marcas hipócritas da burguesia do século XIX, estudadas por Gay (1988), como forma do avanço individual e coletivo de proteção à vida humana.

FONTES E BIBLIOGRAFIAS

1. FONTES

1.1 Documentos Oficiais

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico AIDS*, Ano 1 a 15, nº 1 a 36, 17 a 42 Semanas Epidemiológica, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2.ed.. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Povos Indígenas e a Prevenção às DST, HIV E AIDS: Manual de diretrizes técnica*. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Dados do mundo*, Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://www.aids.gov.br> - Acesso em 3 de nov. 1999b.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. PCBAP. *Plano de Conservação da Bacia do Alto Paraguai*. In: *Culturas indígenas*. Ministério do Meio Ambiente: Recursos Hídricos e Amazônia Legal. Brasília: Programa Nacional do Meio Ambiente, vol. III, 1997.

RONDON, C. M. da S. *Relatório dos Trabalhos Realizados de 1900-1906*. Comissão das Linhas Telegráficas do Estado de Mato Grosso. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1949.

1.2 Entrevistas

Depoimento de BET, mulher Terena 37 anos – Aldeia Limão Verde – 02/05/1999.

Depoimento de STB, mulher Terena 30 anos – Aldeia Limão Verde – 02/05/1999.

Depoimento de HST, mulher Terena 22 anos - Aldeia Limão Verde – 10/05/1999.

Depoimento de RGT, mulher Terena 28 anos - Aldeia Limão Verde – 10/05/1999.

Depoimento de MET, mulher Terena 20 anos - Aldeia Limão Verde – 20/05/1999.

Depoimento de SMBT, mulher Terena 15 anos - Aldeia Limão Verde – 20/05/1999.

Depoimento de GRT, mulher Terena 18 anos - Aldeia Limão Verde – 30/05/1999.

Depoimento de RMT, mulher Terena 15 anos - Aldeia Limão Verde – 30/05/1999.

1.3 Memorialistas, Cronistas e Viajantes

LÉRY, J. *Viagem à terra do Brasil – 1534-1611*. Tradução e notas de Sérgio Milliet: Colóquio na língua brasílica e notas tupinológicas, tradução e comentários de Plínio Ayrosa. São Paulo: Martins; Editora da Universidade de São Paulo, 1972.

SANCHEZ LABRADOR, J. *En Paraguay católico, con sus principales provincias convertidas a la santa fé y vassalage del rey de Españã por Jesús, en gran parte arruinada por los mamelucos del Brasil y restabelecidas por los misionero – año de 1770*. Buenos Aires: Ed. Hermanos, 1910.

_____. *El Paraguay Católico*. Buenos Aires, Imprenta de Coni Hermanos, 1910, 2v.

SCHMIDEL, Ulrich. *Viaje al Rio de la Prata (1534-1554)* Notas bibliográficas e biográficas de Bartolomé Mitre. Prólogo, tradução e notas de Samuel Lafonte Quevedo. Buenos Aires, Cabut y Cia Ed., 1903. (Coleção Biblioteca de la Junta de Historia y Numismática Americana, tomo I).

TAUNAY, A.D. *Cartas de Mato Grosso (1865 a 1866)*. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1942.

_____. *Memórias*. Editora Biblioteca do Exército, 1960. 2 vols.

2. Bibliografia

BANDINTER, E. *L'Amour em Plus: história de l'amour maternel*. Flammarion: Paris, 1980.

BELLONI, I, MAGALHÃES, H & SOUSA, L C. *Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional*. São Paulo, Cortez, 2000. (Coleção Questões da Nossa Época).

BERLINCK, M. T. Insuficiência imunológica psíquica. Pulsional: *Boletim de Novidades – Centro de Psicanálise*, São Paulo, Ano IX, n. 103, novembro 1997 pp. 46-59.

BLEGER, J. *Temas de psicologia: entrevistas e grupos*. Tradução de Rita Maria M de Moraes e Revisão de Luís Lorenzo Riviera. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BURKE, P. *História e teoria social*. Tradução de Klauss Brandini Gerhardt e Roneide Venâncio Majer. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

_____. (Org.). *A Escrita da história: novas perspectivas*. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Editora UNESP, 1992, (Biblioteca Básica).

CARNEIRO, H. F. *AIDS: a nova (des)razão da humanidade*. São Paulo: Escuta, 2000.

CARNEIRO DA CUNHA, M. Introdução a uma história indígena. In: *História dos índios no Brasil*. Revisão de Carmem Simões da Silva e Eliana Antonioli. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

CARRARA, S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

CARVALHO, E. de A. *As alternativas dos vencidos: índios Terena no Estado de São Paulo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

CORRÊA, V. B. *Pantanal: o enclave das águas (resistência e conquista)*. Corumbá: UFMS, 1995.

CAMPBELL, R. J. *Dicionário de psiquiatria*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

COSTA, J F. As faces da violência. 2ª parte. In: São Paulo, Percurso – *Revista de Psicanálise*, ano I nº 2, 1º semestre de 1989; p. 46-55.

CUNHA, A. G. *Dicionário de psiquiatria*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

ETCHEYOYEN, R H. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

FERNANDES, A M dos S et all. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 16 (Sup.1): 103-112, 2000.

FONSECA, M. G. et all. A AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 16 (Sup.1): 77-87, 2000.

FREUD, S. Análise terminável e interminável (1937). In: *Moisés e o monoteísmo* (1939 [1934-38]). Rio de Janeiro: Standard Brasileira das Obras Completas; Imago, 1980, vol XXIII.

FIGUEIREDO, A. *Artes plásticas no Centro-Oeste*. Brasília: Editora do Senado Federal, 1978.

FREYRE, G. *Casa grande & senzala*. São Paulo: Círculo do Livro, 1981.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. Tradução de José Teixeira Coleho Netto. Revisão de Texto de Antônio de Pádua Danesi. Revisão de Provas de Aníbal Mari, José Bonifácio Caldas, Plínio Martins Filho e Vera Lúcia B. Bolognani; Produção de Ricardo W. Neves e Adriana Garcia. São Paulo. Editora Perspectiva, 1999.

GAMBAROFF, M. *A utopia da fidelidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

GAMBINI, R. *O espelho índio: os jesuítas e a destruição da alma indígena*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1988.

GAY, P. *A experiência burguesa da Rainha Vitória a Freud: a educação dos sentidos*. Tradução de Per Salter. Revisão de Eliana Rocha, Stela Weiss, Lúcio Mesquita Filho e Denise Santos. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. Vol. 1.

GORDON, R. *A assustadora história da medicina*. Tradução de Aulyde Soares Rodrigues. 3.ed. reform. São Paulo: Ediouro, 2002.

GOMES, M. P. *Os índios e o Brasil: ensaio sobre o holocausto e sobre uma possibilidade de convivência*. Petrópolis: Vozes, 1988.

HESSE, H. *O lobo da estepe*. Tradução Record. 17.ed. Rio de Janeiro, Record, 1995.

KOLTAI, C. (Org.) *O estrangeiro*. São Paulo: Escuta-FAPESP, 1998.

LACERDA, L. T. *A AIDS e as índias Terena: uma questão epidêmica e de imaginário?* Campo Grande, 2003, 127p. Dissertação (Mestrado). Programa de Mestrado em Psicologia. Universidade Católica Dom Bosco.

LANGER, M. *Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. *Vocabulário de psicanálise*. Direção de Daniel Lagache. Tradução Pedro Tamen. Supervisão Técnica de Dr. Luis Carlos Menezes. Revisão de Luis Lorenzo Riviera 10.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LE GOFF, J. *História e memória*. Tradução Bernardo Leitão et all.. 3.ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 1994. (Coleção Repertórios).

_____. *As Doenças têm história*. Apresentação de Jacques Le Goff. Tradução de Laurinda Bom. Revisão literária e editorial de Alberto Freire. 2.ed. portuguesa (revista): Lisboa: Editora Terramar, 1997.

LÉVI-STRAUSS, C. *Tristes trópicos*. São Paulo: Cia das Letras, 1996.

MALDONADO, M T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. Petrópolis: Vozes, 1985.

MANGOLIM, O. *Povos indígenas no Mato Grosso do Sul: viveremos por mais de 500 anos*. Campo Grande- MS: CIMI, 1993.

_____. O Espaço e a vida dos índios Terena da Aldeia Limão Verde. Periódico do Mestrado em Educação n. 5, Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco, 1997.

MARQUES, M. C. da C. *A história de uma epidemia moderna: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil*. São Carlos: RiMa, 2003; Maringá: UEM, 2003.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4.ed. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1996.

MONTEIRO, J. M. O desafio da história indígena no Brasil. In: GRUPIONI, L e SILVA, A. *A temática indígena no Brasil*. Brasília: MEC/MARE, 1995.

OLIVEIRA, R C. de. *Do índio ao bugre: o processo de assimilação dos Terena*. Prefácio 1/2. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

_____. *Os diários e suas margens: viagens aos territórios Terêna e Tükúna*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002.

PAGLIA, C. *Vampes e vadias*. Tradução Editora Francisco Alves. Revisão de Aroldo Sisson Passollo, Marcelo Antônio Pires da Eufrásia, Elisabete Lins Muniz e Umberto Figueiredo pinto. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1996.

- PAIVA, V, et. all. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 18 (6): 1609-1620, nov-dez, 2002.
- PARKER, R. G. *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- _____. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora Best Seller, 1993.
- ROSA, J. G. Uns Índios (Sua Fala). In: *Ave Palavra*. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1970.
- RIBEIRO. D. *Os índios e a Civilização*. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1970.
- ROMANELLI, R. Eva Tupinambá. In: DEL PRIORI, M. (Org.). *História das mulheres no Brasil*. 5.ed. São Paulo: Contexto, 2001.
- SEINCMAN, M. M. Editorial do *Boletim de Novidades – Pulsional*. São Paulo: Escuta, n. 80, dezembro de 1995.
- SHADEN, E. *Leituras de etnologia Brasileira*. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1976.
- SHAKESPEARE, W. *Shakespeare e o amor*. Versos e ilustrações de Helen Exley. São Paulo: Editora Arx, 1999.
- SOIFER, R. *Psicologia del Embarazo, Parto y Puerpério*. Kargieman: Buenos Aires, 1971.
- SONTAG, S. *Assim vivemos agora*. Tradução de Caio Fernando Abreu. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- SUPLICY, M. *Conversando sobre sexo*. São Paulo: Edição da Autora, 1983.
- SZWARCWALD, C. L *et all*. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1986: uma análise espacial. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 16 (Sup.1): 7-19, 2000.
- SZWARCWALD, C. L & CASTILHO, E. A de. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, no Brasil, 1998. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 16 (Sup.1): 135-141, 2000.

TRONCA, I. A. *As máscaras do medo: lepra e aids*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2000.

VARGAS, E. P. & SIQUEIRA, V. H. F de. Sexualidade e corpo: o olhar do sujeito através das imagens em vídeo. *Cad. Saúde Pública*. Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 15 (Sup.2): 69-83, 1999.

WIIK, F.B. Contato, epidemias e corpo como agente de transformação: um estudo sobre a AIDS entre os índios Xoklém de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 17 (2): 397-406, mar-abr, 2001.

ANEXOS

Anexo 1

Roteiro do trabalho de prevenção às DSTs/AIDS

1ª ETAPA

- 1.1 Apresentação do Projeto às mulheres.
- 1.2 Objetivo: preparar mulheres índias para enfrentar a epidemia da AIDS através de capacitação básica em: Corpo e Sexualidade, DSTs/AIDS e Sexo mais Seguro.
- 1.3 Desafios: exercer prazerosamente a sexualidade com práticas sexuais mais seguras e envolver cada vez mais mulheres numa rede de informação e prevenção às DSTs/AIDS.
- 1.4 Passos do projeto: oficinas de orientação às mulheres indígenas da Aldeia Terena Limão Verde - Aquidauana - MS.
- 1.5 Justificativa do Projeto:
 - 1.5.1 Aumento do número de DSTs/AIDS entre mulheres, em especial casadas, mais pobres e com menor escolaridade; as mulheres são mais susceptíveis à doença;
 - 1.5.2 As mulheres são educadoras por natureza;
 - 1.5.3 As mulheres se dedicam prioritariamente à família, convivem com mais tabus e são educadoras por natureza;
 - 1.5.4 O maior público do Sistema Único de Saúde é as mulheres.
- 1.6 Dinâmica: exposição dialogada.
- 1.7 Material: Álbum seriado e resumo do projeto apostilado.

2ª ETAPA

- 2.1 Apresentação das participantes:
- 2.2 Dinâmica: O MEU SOBRENOME É... (cada uma fala o seu nome e escolhe um sobrenome que comece com a letra do seu nome e lembre “coisas de mulher”).
- 2.3 Material: cadeiras em círculo.

3ª ETAPA

- 3.1 Conhecimento do Corpo:
- 3.2 Dinâmica: construção do corpo feminino e masculino, enfatizando a questão da sexualidade através de massas de modelar, papel manteiga e colagem no papel manilha. Quando os 03 (três) grupos terminarem, trocar entre os grupos, que deverão

complementar o trabalho anterior e fazer a apresentação na sala. A monitora avaliará os trabalhos e ajudará os grupos a completarem os mesmos ou corrigirá os erros.

- 3.3 Material: massa de modelar, papel manilha, canetas coloridas, fita crepe, papel manteiga (folhas coloridas – mínimo 04 cores diferentes), revistas usadas, cola e tesoura.

4ª ETAPA:

- 4.1 Entrosamento com o grupo.
- 4.2 Dinâmica: concurso entre duas equipes para levantar o maior número de palavras que identificam a maneira que as mulheres Terena nomeiam a vagina e o pênis.
- 4.3 Material: duas salas, papel manilha e canetas coloridas.

5ª ETAPA:

- 5.1 Apresentação das DSTs/AIDS.
- 5.2 Dinâmica: distribuição e leitura da cartilha bilíngüe com exposição dialogada.

6ª ETAPA:

- 6.1 Sexo mais Seguro.
- 6.2 Dinâmica: uso correto do preservativo.
- 6.3 Material: preservativos, pênis de borracha.
- 6.4 Dinâmica: Práticas sexuais seguras x práticas sexuais arriscadas - os participantes devem colocar-se em círculo, sendo que nas costas de cada um deverão ser fixadas frases indicando práticas de sexo seguro e arriscadas. O grupo deverá dividir-se em duplas, em que um lerá nas costas do outro e exporá o que está escrito através de mímica. O par acompanhante deverá acertar o que está sendo exposto. Ao final, deverão identificar quais são as práticas seguras e quais são as arriscadas.

Dentre as frases de sexo mais seguro destacam-se:

- Masturbar o parceiro.
- Massagear o parceiro.
- Mordiscar os testículos sem sangramento.
- Sexo vaginal com preservativo.
- Sexo vaginal com preservativo durante a menstruação.
- Colocar o pênis entre os seios com ejaculação, sem preservativo com pele íntegra.
- Sexo anal com preservativo.

- Sexo oral com preservativo.
- Colocar o preservativo.
- Colocar o preservativo com a boca.

Entre as práticas sexuais arriscadas, destacam-se as seguintes frases:

- Sexo anal sem preservativo.
- Sexo grupal entre um homem e duas mulheres sem preservativo.
- Sexo vaginal sem preservativo.
- Colocar o pênis entre os seios, com ejaculação, sem preservativo, com pele com ferimento.

6.5 Material: papel A4, fita crepe e papel manilha.

7ª ETAPA:

7.1 Discussão em grupo: o convencimento do homem para o uso do preservativo.

7.2 Material: cadeiras em círculo e a cartilha bilíngüe.

Anexo 2**Instrumento – Roteiro de entrevista semi dirigida**

Projeto: A Mulher Terena em Tempos de AIDS: um estudo de caso da Aldeia Limão Verde (município de Aquidauana – MS)

Entrevista n.: _____

Local: _____

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Horário de início: ____ : ____ h (**Duração:** _____ minutos)

Parte 1 – Dados Sócio-demográficos da Entrevistada

- 1) Nome completo
- 2) Endereço
- 3) Sexo
- 4) Data de nascimento / Idade
- 5) Naturalidade
- 6) Grau de escolaridade
- 7) Estado civil / Situação conjugal / Há quanto tempo

- 8) Constituição familiar

- 9) Situação econômica (faixa de renda pessoal e familiar)

- 10) Profissão / Ocupações / Há quanto tempo

- 11) Atividade de lazer

- 12) Religião (denominação) / Religiosidade (prática)

- 13) Outros dados pertinentes

Parte 2 – Entrevista semi dirigida de questões abertas

- 14) Se você fosse explicar para alguém como é a transmissão do HIV, como explicaria?
- 15) Como foi que você ficou sabendo das Oficinas de Prevenção da AIDS na Aldeia?
Como você reagiu?
- 16) A que você atribuiu o aparecimento da doença?
- 17) O que mudou em sua vida após ter participado da Oficina de Prevenção ao HIV na Aldeia?
- 18) E o seu relacionamento afetivo / sexual, como era e como está?
- 19) O que mais lhe incomoda em relação ao HIV?
- 20) Como você se sentiria com o fato de todas as pessoas com as quais você convive soubessem que você é portadora do HIV?
- 21) Como você se descreveria antes de ouvir todas as informações dadas na Oficina de Orientação?
- 22) Na sua opinião, como a mulher pode sugerir ao homem o uso do preservativo?
- 23) Gostaria de acrescentar alguma coisa ou fazer alguma pergunta.

Parte 3 – Observação da entrevistadora e auto-observação

- 24) Apresentação pessoal da informante, comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e as alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume da voz), riso, sorriso, choro, e manifestações afins.
- 25) Reações/ manifestações emocionais em relação ao programa de prevenção.

Anexo 3

Termo de Consentimento da Pesquisa

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Programa de Pós-Graduação Mestrado em História – área de concentração: História, Região e Identidades – Linha de Pesquisa: Instituição e Poder.

Projeto: “A Mulher Terena em Tempos de AIDS – Aldeia Limão Verde, município de Aquidauna - MS”

Pesquisadora: Léia Teixeira Lacerda, Psicóloga, CRP-MS n. 14^a - 01277 – 0

Fone: Residência: (0XX67) 356-1254 - UFMS: (0XX67) 411-3628

Orientadora: Prof^ª Dra. Nanci Leonzo (UFMS)

O propósito deste projeto de pesquisa científica é levar o Programa de Prevenção às DSTs/AIDS às mulheres da aldeia Terena Limão Verde, bem como conhecer questões históricas relacionadas à doença, nos termos dos significados que as pessoas atribuem ao contágio do HIV. Para tanto, serão conduzidas, no primeiro momento, Oficinas de Orientação com grupos de mulheres adultas e jovens, na faixa etária de 14 a 45 anos de idade. Destas oficinas, escolheremos 04 (oito) mulheres para serem entrevistadas. Durante as entrevistas, às mulheres serão perguntadas se percebem e compreendem o possível contágio ao HIV; como lidam com a sexualidade e com o uso do preservativo; e se, depois da participação nas oficinas, houve alguma mudança de comportamento em relação à prevenção. Esses registros não serão divulgados aos demais profissionais que trabalham no contexto da saúde pública, mas no relatório final, conteúdo citações anônimas. Poderá não haver nenhum benefício direto para você enquanto participante deste estudo, além da oportunidade de você poder falar sobre o que foi apresentado no Grupo de Orientação, mas após os profissionais tomarem conhecimento de suas conclusões, poderá haver mudanças nos cuidados com a prevenção no contexto indígena.

ESTE É PARA CERTIFICAR QUE EU, _____, concordo em participar como voluntário do projeto científico acima mencionado.

Por meio deste, dou permissão para ser entrevistado e para estas entrevistas serem gravadas em fitas cassete. Estou ciente de que, ao término da pesquisa, as fitas serão apagadas e que os resultados poderão ser divulgados, porém, sem que meu nome apareça associado à pesquisa.

Estou ciente de que não haverá riscos morais para a minha saúde, resultantes de minha participação na pesquisa. Estou ciente de que sou livre para recusar e dar respostas a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, sem penalidades, principalmente, sem prejuízos de qualquer natureza.

Por fim, sei que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar e todas deverão ser respondidas a meu contento.

_____ Informante

_____ Testemunha

_____ Pesquisadora

Local e Data

Autorizo a reprodução deste trabalho.

Dourados, _____ de _____ de 2004.

LÉIA TEIXEIRA LACERDA