

NAZIRA SCAFFI

**ASSUMINDO AS DIFERENÇAS:
ÍNDIOS, AIDS, PROGRAMAS DE PREVENÇÃO...
UMA CONTRIBUIÇÃO METODOLÓGICA A PARTIR DOS
PRESSUPOSTOS DO PSICODRAMA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos do Nascimento Osório

CAMPO GRANDE, MS

2002

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Depois deste percurso, expresso meu profundo agradecimento às pessoas que direta ou indiretamente contribuíram ao longo da trajetória de desenvolvimento desta dissertação, particularmente às seguintes:

A Luiz Amadeu Bragante e Márcia Amadeu Bragante, que nos ensinaram psicodrama e nos mostraram o caminho de uma nova abordagem aos problemas humanos e sociais.

A Jacy Correa Curado, mestre em Psicologia Social, colega da Interativa, com quem concebemos as intervenções e refletimos sobre as dificuldades encontradas, redirecionando nossa forma de trabalhar com os indígenas.

À equipe da Interativa, que trabalhou no Projeto Assumindo as Diferenças: Adriano Luiz Pardo, Maria Casue Utino Uyehara, Andrea Brum Cunha, Armelinda Maria Barros Leite, Christina Hebe Scardini, Joilma Alves Barros, Luciana Mariz Pinto Nunes Rondon e Silvia Lopes Otácio, psicólogos psicodramatistas; Ivanir Mascarenhas Robaldo, assistente social, psicodramatista; Eliana Chagas Correa, assistente de coordenação; e Paulo Duarte Paes, arte-educador, que dirigiu os trabalhos do Grupo de Teatro Indígena.

Ao DETRAN-MS, à Fundação de Cultura do Estado de Mato Grosso do Sul, à FUNASA-DSEI-MS e à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, através da Coordenação Estadual de DSTs e AIDS, pelo apoio no desenvolvimento do Projeto Assumindo as Diferenças.

A Kátia Vietta, antropóloga, e Antônio Brand, historiador do Programa Guarani-Kaiowá da Universidade Católica Dom Bosco, que com suas orientações nos ensinaram sobre a vida indígena e nos elucidaram sobre a complexidade dos problemas existentes, compartilhando as dificuldades nos trabalhos junto a essas populações.

A Esther Jean Langdon, antropóloga da Universidade Federal de Santa

Catarina, que nos inspirou a aprofundar nossos questionamentos e nos estimulou à continuidade de nossa investigação.

À amiga Josênia Maria Chisini, que ao ler nossos escritos, desde as tentativas iniciais, colaborou com muitos questionamentos e correções durante toda a confecção da dissertação.

Ao amigo João Marcelo Balsanelli, Juiz do Trabalho, que com seu olhar de fora nos fez a pergunta central: “É possível tomar o indígena como sujeito?” Induziu-nos ele, assim, a demonstrar a real possibilidade do protagonismo indígena.

Aos amigos indígenas que nos ensinaram sobre a vida — a nossa vida e a deles — e que depositaram sua confiança em nosso trabalho.

À Administração Regional da FUNAI, Campo Grande, MS, e às lideranças indígenas oficiais e não-oficiais das aldeias Bananal, Ipegue e Água Branca.

À UNESCO e à Coordenação Nacional de DSTs e AIDS, pelo financiamento do Projeto Assumindo as Diferenças, e aos técnicos desta última, que propiciaram condições para a realização desse projeto.

Aos professores do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva: Ana Maria Gomes, Idinaura Aparecida Marques, Edson Mamoru Tamaki, Alexandra Ayach Anache, Eurize Caldas Pessanha, Alda Maria do Nascimento Osório e Michael Robin Honer pelos preciosos ensinamentos no campo da saúde coletiva.

Às colegas do Curso de Pós-Graduação – Mestrado em Saúde Coletiva da UFMS, do ano 2000, pelos compartilhamentos de experiências, incentivo e amizade.

A meu Orientador, Antônio Carlos do Nascimento Osório, que acreditou, muito mais que eu, na proposta da pesquisa e em minha capacidade de ir até o fim.

Ao meu amado esposo André Luís e aos nossos filhos e filhas, Dhara, Guilherme, Arthur e Letícia, que me ensinam dia-a-dia o exercício do assumir as diferenças e me inspiram na busca e tentativa de colaborar para a construção de um mundo mais humano e fraterno.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1. ASPECTOS SOCIOLÓGICOS, ANTROPOLÓGICOS E BIOMÉDICOS DA AIDS:	
ELEMENTOS INTRODUTÓRIOS	9
1.1. Aspectos biomédicos da AIDS	14
1.2. A AIDS no Brasil	28
1.3. A epidemia de HIV/AIDS entre os indígenas	30
1.4. Situando nosso objeto de estudo	39
CAPÍTULO 2. DELINEANDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	
2.1. Os suportes teórico-metodológicos	67
2.2. Metodologia da pesquisa	79
2.3. A ética em pesquisa com populações indígenas	91
CAPÍTULO 3. ASSUMINDO AS DIFERENÇAS CULTURAIS: PRÁTICAS SOCIAIS NO CONTEXTO CULTURAL INDÍGENA	
3.1. As contribuições da teoria sacionômica	109
3.2. Aplicação da teoria sacionômica ao contexto indígena	115
3.3. Adaptando os procedimentos técnicos da sacionomia ao contexto indígena	123
3.4. As características dos índios Terena	136
CAPÍTULO 4. O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO ASSUMINDO AS DIFERENÇAS NAS ALDEIAS TERENA	
4.1. Os aspectos técnicos da intervenção	145
4.2. Fase de contatos com as comunidades indígenas	148
4.3. Fase de sensibilização e mobilização das comunidades	152
4.3.1. Investigando o grau de conhecimento das comunidades sobre DSTs e AIDS	160
4.3.2. As atividades desenvolvidas nas comunidades	166
4.3.3. Apresentação do Grupo de Teatro Indígena	171
4.3.3.1. Sociodramas na aldeia Bananal	175
4.3.3.2. Sociodramas na aldeia Água Branca	178
4.3.3.3. Sociodramas na aldeia Ipegue	180
4.4. Fase de capacitação dos agentes multiplicadores indígenas	187
4.5. Fase de multiplicação	197
4.5.1. As tecnicidades	200
4.5.2. As relações	206
4.5.3. A atuação dos agentes multiplicadores indígenas	211
4.5.3.1. Aldeia Ipegue	212
4.5.3.2. Aldeia Água Branca	214
4.5.3.3. Aldeia Bananal	220
4.5.3.4. Concurso de desenhos sobre a prevenção de DSTs e AIDS	226
4.6. Alguns resultados observados a partir da atuação dos agentes multiplicadores indígenas nas comunidades	228
4.6.1. Distribuição de preservativos na aldeia	228

4.6.2. Detecção de casos suspeitos de DSTs.....	231
4.6.3. Indicadores qualitativos de resultados da intervenção.....	232
CONCLUSÃO	236
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	243
ANEXOS.....	249
Anexo 1. Projeto de intervenção apresentado ao Ministério da Saúde em dezembro de 1998	250
Anexo 2. Oficina Terena sem AIDS — Oficina de capacitação dos agentes multiplicadores indígenas em prevenção de DSTs e AIDS	257
Anexo 3. Formulário da Entrevista Semi-Estruturada	281
Anexo 4. Aldeia Bananal – Atividades desenvolvidas pelos agentes multiplicadores indígenas no período de outubro de 1999 a março de 2000	282
Anexo 5. Aldeia Ipegue – Atividades desenvolvidas pelos agentes multiplicadores indígenas no período de outubro de 1999 a março de 2000	283
Anexo 6. Aldeia Água Branca – Atividades desenvolvidas pelos agentes multiplicadores indígenas no período de outubro de 1999 a março de 2000 .	284

LISTA DE QUADROS

Quadro 3.1.	Comparação do desempenho de adolescentes indígenas e não-indígenas em relação aos temas abordados durante a realização de grupos de saúde e sexualidade	106
Quadro 4.1.	Plano de desenvolvimento do Projeto Assumindo as Diferenças – Prevenção de DSTs e AIDS entre índios Terena do estado de Mato Grosso do Sul: objetivos específicos, metas e indicadores de processo	147
Quadro 4.2.	Fase de contatos com as lideranças e comunidades indígenas realizada nos meses de abril e maio de 1999: atividades, produtos e resultados	150
Quadro 4.3.	Aldeia Bananal — Fase de sensibilização e mobilização da comunidade, 29/5/1999 a 1/10/1999	184
Quadro 4.4.	Aldeia Ipegue — Fase de sensibilização e mobilização da comunidade, 29/5/1999 a 1/10/1999	185
Quadro 4.5.	Aldeia Água Branca — Fase de sensibilização e mobilização da comunidade, 29/5/1999 a 1/10/1999	186

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1.	Resumo mundial da epidemia — Pessoas com HIV/AIDS — Óbitos, casos totais e casos recentes. Dezembro, 2000	28
Tabela 1.2.	Casos de AIDS no Brasil no período 1980-2000	29
Tabela 1.3.	Distribuição proporcional dos casos de AIDS na população indígena brasileira – 1988-1999	31
Tabela 1.4.	Casos de HIV/AIDS entre indígenas de Mato Grosso do Sul reportados à CE-DST/AIDS no período 1984-2000	32
Tabela 1.5.	Projetos de prevenção em DSTs e AIDS em parceria com organizações indígenas e indigenistas para formação de agentes multiplicadores. Brasil, 1995-1998	41
Tabela 3.1.	Situação da estrutura em saúde, educação e comunicação nas aldeias Água Branca, Bananal e Ipegue, em abril de 1999	144
Tabela 4.1.	Evolução da distribuição de preservativos na aldeia Ipegue, no período de novembro de 1999 a março de 2000, segundo sexo, com especificação de faixa etária	231

PRINCIPAIS ABREVIATURAS UTILIZADAS

CE-DST/AIDS:	Coordenação Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS
CN-DST/AIDS:	Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS
DST:	Doença sexualmente transmissível
FUNAI:	Fundação Nacional do Índio
FUNASA:	Fundação Nacional de Saúde
ONG:	Organização Não-Governamental
OSC:	Organização da Sociedade Civil
PNUD:	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UNAIDS:	Programa conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS
UNESCO:	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

RESUMO

Assumindo as Diferenças: Índios, AIDS, programas de prevenção... Uma contribuição metodológica a partir dos pressupostos do psicodrama

Esta investigação tem como objetivo geral contribuir com as políticas públicas de saúde nas intervenções voltadas a prevenir DSTs e AIDS entre populações indígenas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa *ex-post* que utiliza o método de estudo de casos múltiplos, através da etnografia. Analisam-se as intervenções realizadas em três aldeias Terena do estado de Mato Grosso do Sul — Ipegue, Bananal e Água Branca — no período de abril de 1999 a março de 2000. A metodologia adotada para orientar as intervenções foi o conjunto teórico e técnico do psicodrama, o qual oferece condições para sensibilização e mobilização das comunidades indígenas, a capacitação de agentes multiplicadores indígenas e o desenvolvimento das atividades de repasse das informações sobre DSTs e AIDS a seus compatriotas. Para contextualizar a análise da intervenção, partiu-se da revisão literária sobre a AIDS em seus aspectos biomédicos, sociológicos e antropológicos e sobre a epidemiologia da AIDS no Brasil e entre os indígenas, assim como sobre os mecanismos de enfrentamento da epidemia, incluindo as ações institucionais públicas e as geradas pelas entidades da sociedade civil organizada. Os resultados descrevem as fases de implantação, a saber: fase de contatos com as comunidades indígenas, fase de sensibilização e mobilização dessas comunidades, fase de capacitação de agentes multiplicadores indígenas para a promoção da prevenção de DSTs e AIDS e fase de multiplicação. Conclui-se com este estudo que o psicodrama constitui um conjunto teórico e técnico adequado para fundamentar a intervenção no contexto indígena, permitindo o fortalecimento da identidade dessas populações e o resgate de valores étnicos através do protagonismo social dos indivíduos envolvidos, levando a sua capacitação ao poder e auxiliando em seu desenvolvimento social.

Palavras-chaves: Saúde pública; Saúde coletiva; Índios - saúde; Índios – AIDS; Psicodrama.

ABSTRACT

Acknowledging differences: Indians, AIDS and preventive programs... A methodological contribution from the elements of psychodrama

The general purpose of this investigation was to contribute to public health policies related to interventions aimed at preventing STDs and AIDS among indigenous populations. It consisted in an *ex-post*, qualitative research employing the multiple-case study method within an ethnographic approach. Analyses were focused on the interventions carried out from April 1999 to March 2000 in three villages of the Terena ethnic group — Ipegue, Bananal, and Água Branca — located in the state of Mato Grosso do Sul, southwestern Brazil. The methodology adopted for the interventions was that provided by the theoretical and technical corpus of psychodrama. In order to situate in proper context the analysis of these interventions, a literature review was performed on the biomedical, sociological, and anthropological aspects of AIDS, its epidemiology in Brazil and among the indigenous population, and on the mechanisms available for confronting this epidemics, including actions launched by government agencies and by civil society organizations. The analysis describes the several stages that made up the implementation process, namely: contacting the communities; sensitizing and mobilizing their populations regarding the risks posed by STDs and AIDS; preparing local agents *in situ*, who should then be in charge of devising procedures for relaying information on these diseases within the communities; and propagating information within each community. Psychodrama was found to provide an effective framework, both in terms of theory and techniques, to support an intervention in a specific cultural setting. It enabled the indigenous populations included in this intervention to strengthen their identity, to recover their ethnic values through active social participation, and to empower their members to foster their own social development.

Keywords: Public health; Collective health; Indians - health; Indians - AIDS; Psychodrama.

S278a Scaffi, Nazira
Assumindo as diferenças : índios, AIDS, programas de prevenção... uma contribuição metodológica a partir dos pressupostos do psicodrama / Nazira Scaffi.--Campo Grande, MS : Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2002.
297 p. ; 29 cm.
Orientador : Antônio Carlos do Nascimento Osório.
Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2002.

1. Saúde pública. 2. Saúde coletiva. 3. Índios – saúde. 4. Índios – AIDS. 5. Psicodrama. Título. I Osório, Antônio Carlos do Nascimento. II Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Título III.

CDD (20) – 614

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem o intuito de contribuir para o avanço metodológico nas intervenções em populações indígenas do Brasil, visando o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. Estudos deste tipo envolvem uma interação multidisciplinar que se estende do campo biomédico ao sociológico, nos quais interagem as políticas públicas de saúde. Consideramos que esses conhecimentos podem se ampliar com novas contribuições antropológicas que beneficiem demandas da Saúde Coletiva, tais como as ações voltadas a contextos étnicos nos quais a epidemia de HIV/AIDS se alastra.

O problema da AIDS aturde as sociedades através de duas grandes vertentes: por tratar-se de uma enfermidade intimamente relacionada a questões complexas do universo humano — sexualidade, cultura e desenvolvimento sócio-econômico — e também porque, a despeito do grande desenvolvimento tecnológico alcançado pela medicina, continua a desafiar o mundo científico, dada sua manifestação sintomática retardada, o que favorece sua rápida disseminação, a qual, reflexamente, está intimamente ligada ao comportamento sexual, às crenças e às representações sobre as doenças. Apesar de ser a enfermidade mais investigada em todos os tempos, sua cura permanece indeterminada e distante.

Em pouco mais de duas décadas de evolução, observou-se que essa enfermidade atingiu todos os continentes e, ultrapassando todas as fronteiras sociais e étnicas, tem matado mais que todas as guerras. As conseqüências sociais e econômicas já se fazem visíveis, pois, ao acometer homens, mulheres e crianças, atinge as populações na fase mais produtiva da vida, deixando um rastro de orfandade e acentuando os desequilíbrios sociais, comprometendo a produtividade econômica e a estrutura dos serviços básicos.

Organismos internacionais e nacionais mobilizam-se para dar resposta a essa pandemia, inicialmente restrita a grandes centros e a grupos populacionais específicos. Na última década, demonstrou-se que sua disseminação está ligada às condições de

pobreza e de exclusão social, atingindo cada vez mais as mulheres e as sociedades mais carentes e interioranas do país.

Na conjuntura atual, portanto, a AIDS constitui um desafio inédito para os setores ligados à saúde pública, por exigir medidas preventivas capazes de levar em conta toda a complexidade das questões que conformam esse universo epidemiológico.

A mobilização das organizações da sociedade civil e das comunidades e os serviços de prevenção e assistência das políticas públicas têm sido apontados como forças motrizes indispensáveis para o controle da transmissão do HIV. Tem sido demonstrado que essas instituições devem atuar em conjunto e desenvolver estratégias educacionais que direcionem a saúde dos segmentos populacionais, orientadas pela necessidade, já identificada, de acessar as peculiaridades sociais e culturais, e também econômicas e institucionais, de cada região do Brasil.

A epidemia alcançou as comunidades indígenas, e o quadro mundial permite prever o impacto a que estão sujeitas as diversas etnias espalhadas pelo país, problema que ganha proporções inusitadas devido à ameaçadora possibilidade de extinção de grupos populacionais. As condições sócio-econômicas, a estrutura social e o contato com os não-índios, além das características étnicas e culturais específicas, criam condições especiais de risco e vulnerabilidade dessas etnias à transmissão de AIDS e DSTs. Formas de controle capazes de lidar com esse risco requerem ações especiais de enfrentamento.

Embora a AIDS seja uma enfermidade que demanda intensa mobilização dos serviços de atenção à saúde pública e da pesquisa biomédica, e que mobiliza considerável participação da sociedade civil, constata-se ainda uma insuficiência de estudos sistemáticos para seu enfrentamento. O caráter experimental dos projetos desenvolvidos junto às comunidades, o baixo nível de normatização e o fato de que as operações se desenvolveram em múltiplos sítios com instrumentos e agentes muito diversos têm dificultado a sistematização e a avaliação de resultados. Além disso, as metodologias inovadoras pouco têm sido analisadas no contexto acadêmico, fazendo

com que os constituintes técnicos das intervenções e ações sociais ainda se constituam num campo obscuro.

Os aspectos qualitativos envolvidos no processo participativo de interação entre as populações-alvo, as comunidades, os executores e os planejadores de saúde, particularmente os relativos às experiências e significados dos programas para os atores envolvidos, requerem cuidado especial para sua validação externa, pelas dificuldades em quantificá-los — o que porém não contradiz sua responsividade e aplicabilidade social. Consideramos que tais abordagens investigativas qualitativas serão mais valorizadas ao se promoverem estudos que empreendam análises de programas ou de conjuntos de atividades de intervenção já implementadas e caminhem em direção ao desenvolvimento de metodologias — tanto de implementação quanto de análise — mais sofisticadas, num processo dialético.

Os trabalhos em contextos culturais diferenciados constituem uma nova demanda para a Saúde Coletiva, sobretudo nestes tempos de descentralização no planejamento e na gestão das políticas públicas brasileiras, que passam a contar com a participação de novos atores sociais: as comunidades e organizações não-governamentais.

Este estudo nasce da necessidade de viabilizar essas ações. Constitui ele a análise de uma intervenção realizada entre indígenas para a promoção da prevenção de DSTs e AIDS. Tal intervenção, denominada *Projeto Assumindo as Diferenças – Prevenção às DSTs e AIDS entre índios Terena de Mato Grosso do Sul*, foi realizada pela Organização Não-Governamental *Interativa – Projetos e Intervenção*, no âmbito dos Projetos AIDS I e AIDS II, resultantes do acordo de empréstimo financeiro do Governo Federal, através do Ministério da Saúde, para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. A intervenção teve início entre índios urbanos no período de 1998 a 1999 e teve continuidade em três aldeias Terena no período de 1999 a 2000.

Para situar esse projeto no âmbito da políticas públicas, é necessário esclarecer sua inserção no Programa Nacional de AIDS a partir de 1994, apresentando

um resumo histórico de sua elaboração. O Governo Federal, através do Ministério da Saúde, firmou um contrato de empréstimo financeiro com o Banco Mundial, objetivando o enfrentamento à epidemia do HIV, no Projeto de Controle a AIDS e DSTs¹, possibilitando assim a participação da sociedade civil no controle da epidemia. A Coordenação Nacional de DSTs e AIDS, do Ministério da Saúde, abriu então o processo de concorrência para o encaminhamento de projetos voltados à prevenção e assistência, priorizando as comunidades excluídas socialmente e mais vulneráveis ao HIV.

No ano de 1997, a ONG Interativa – Projetos e Intervenção encaminhou um projeto para trabalhar com a população indígena da cidade de Campo Grande, MS — o Projeto Assumindo as Diferenças – Prevenção às DSTs e AIDS entre Meninas Índias Desaldeadas. Este objetivava o diagnóstico das comunidades indígena e a investigação metodológica para o desenvolvimento de programas de prevenção em contextos étnicos.

Esse projeto foi aprovado em 1997, tendo início no mês de junho e término em junho de 1998. As análises e reflexões sobre os resultados das atividades realizadas entre índios urbanos demonstraram a necessidade de se buscar uma metodologia de intervenção que se mostrasse eficaz para auxiliar os indígenas na conquista de mudanças comportamentais que levassem à prevenção do HIV e que, ao mesmo tempo, fosse capaz de respeitar e promover a cultura e respeitar a cosmovisão dessas populações, fortalecendo sua identidade.

Em consequência, no ano de 1998, a ONG Interativa encaminhou como projeto de continuidade dessas ações de prevenção o Projeto Assumindo as Diferenças 2 – Prevenindo as DSTs e AIDS entre Mulheres nas Aldeias Terena de Mato Grosso

¹ O Projeto de Controle a AIDS e DSTs (Projeto 3 659 BR), também conhecido por Projeto AIDS I, é fruto de um acordo firmado entre o Brasil e o Banco Mundial. Ele foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de AIDS, no período de 1994 a 1998 (Galvão, 2000:139). Posteriormente foi assinado um novo acordo — o Projeto AIDS II — para o período de 1999 a 2002 entre a UNESCO e a Agência Brasileira de Cooperação do Ministério das Relações Exteriores (ABC/MRE n° 914 BRA 59).

do Sul, a ser realizado nas aldeias Terena Bananal, Água Branca e Ipegue da Reserva Indígena de Taunay, no município de Aquidauana, MS, no período de abril de 1999 a março de 2000. Para responder à demanda identificada na intervenção anterior, propôs-se nesse projeto uma estratégia de treinamento de agentes multiplicadores nas comunidades acessadas, com supervisão e acompanhamento de trabalhos de prevenção a serem desenvolvidos pelos próprios indígenas.

Os contatos com as populações indígenas aldeadas foram orientados pelo conjunto teórico e técnico psicodramático (Moreno, 1992).

Paralelamente ao resultado benéfico constatado nesses contatos, pôde-se evidenciar um percurso de pesquisa qualitativa embasado num referencial metodológico consistente, subsidiando um conjunto articulado de ações desenvolvidas no interesse da prevenção das DSTs e da AIDS, que levou à presente investigação.

Este estudo foi realizado em etapas seqüenciais correspondentes ao desenvolvimento do conjunto de atividades implantadas nas comunidades indígenas acessadas. Cada etapa desenvolvida ofereceu elementos para a compreensão das demais. Para a exposição do estudo, optamos pela estruturação do texto em duas partes complementares: os fatores contextuais e os fatores específicos da intervenção realizada.

Entre os *fatores contextuais*, situamos a AIDS, em seus aspectos sociológicos, antropológicos e biomédicos, e o quadro epidemiológico mundial e local, incluindo uma análise sobre os condicionantes sociais, culturais e econômicos que atuam no desenvolvimento da epidemia; as respostas institucionais à epidemia, situando as ações desenvolvidas pelas ONGs; os modelos teóricos que orientam as intervenções em todo o mundo; e os enfoques utilizados para elucidar a relação entre a ação social e o conhecimento científico.

Entre os *fatores específicos*, abordamos a situação da epidemia nas populações indígenas brasileiras e as respostas institucionais dadas a esse problema, as reflexões e as indagações sobre a adequação metodológica das atividades

desenvolvidas entre eles; e a reflexão sobre a prática da ética na intervenção com projetos de prevenção de DSTs e AIDS entre indígenas, de acordo com as orientações da Resolução 196/96 e 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde.

Essa organização teve como objetivo circunstanciar a utilização do psicodrama como proposta de estratégia metodológica para intervenções voltadas à prevenção de DSTs e AIDS em contextos étnicos diferenciados, utilizando o estudo de caso e a etnografia como técnica de subsídio à dinâmica peculiar do projeto.

No Capítulo 1, *Os aspectos sociológicos, antropológicos e biomédicos da AIDS: elementos introdutórios*, procuramos situar o problema da AIDS, os impactos e efeitos sociais por ela provocados e os mecanismos de enfrentamento gerados a partir do ativismo social que suscitaram também a organização da resposta institucional ao problema da epidemia.

No Capítulo 2, *Delineando o objeto de investigação*, partindo dos referenciais teóricos que foram utilizados como substrato das reflexões que orientaram a definição do objeto de estudo, procuramos consolidar um conjunto de postulados, com vistas a constituir o suporte teórico necessário para legitimar o processo de investigação proposto, considerando-se a novidade do tema AIDS em comunidades indígenas numa proposta de intervenção e de investigação.

Em *Assumindo as diferenças culturais: práticas sociais no contexto cultural indígena*, Capítulo 3, fizemos uma retrospectiva da situação que nos levou a elaborar a intervenção para promover a prevenção de DSTs e AIDS entre indígenas, e a adotar os pressupostos e as técnicas de ação social desenvolvidas por Moreno com vistas a possibilitar o exercício da promoção social e do respeito às diferenças étnicas, culturais e de estrutura social. Assim, inserimos nessa parte do trabalho a descrição da população-alvo — os índios Terena —, delimitando também as aldeias acessadas.

Esses três capítulos contextualizam o que os segue, *O desenvolvimento do Projeto Assumindo as Diferenças nas aldeias Terena*, que trata do relato etnográfico e das análises qualitativas — e de algumas quantitativas — das atividades desenvolvidas

no período de implantação do programa através da utilização dos recursos do psicodrama. Os dados e informações que constam nesse capítulo foram colhidos durante os contatos da pesquisadora junto às comunidades, dos relatórios descritivos apresentados à Coordenação Nacional de DSTs e AIDS, dos registros de reuniões e atividades e diários de campo, ilustrados pelas fotografias, filmes e materiais produzidos nas comunidades. É preciso salientar que todo esse material foi produzido de modo participativo, integrando os técnicos da intervenção e os indígenas envolvidos nas diversas fases da implantação do projeto, incluindo portanto dados qualitativos advindos das falas, opiniões, depoimentos e vivências dos diferentes atores sociais envolvidos.

A partir da seleção de categorias emergentes da revisão e análise do conteúdo apresentado, procuramos sugerir critérios para a análise e avaliação de projetos comunitários de prevenção, de forma a atingir o objetivo proposto pela investigação, ou seja, contribuir com as políticas públicas de saúde, sobretudo aquelas realizadas no contexto indígena. Esclarecemos que o formato discursivo adotado para esta exposição, que implicou em grande número de páginas, derivou da necessidade de suprir a lacuna existente na literatura científica em relação a esse tema e de servir de exemplificação comparativa — tanto por seus sucessos quanto insucessos — para outros projetos de prevenção de DSTs e AIDS em populações indígenas.

Na Conclusão, último capítulo, procuramos fazer algumas considerações e recomendações para os projetos de prevenção, a partir da experiência desenvolvida.

Para finalizar esta introdução, consideramos importante pontuar que este estudo representou um desafio, por não pertencermos às áreas de antropologia ou sociologia. Mesmo conscientes dessa considerável limitação, nos propusemos a enfrentá-lo, principalmente tendo em vista nossa atuação profissional na área de saúde em Mato Grosso do Sul, estado brasileiro com mais de 45 000 índios. As demandas de saúde indígenas nos impeliram a desenvolver projetos de intervenção em suas comunidades, e nosso interesse em tornar essas intervenções mais viáveis nos

moveram à presente investigação. Desejamos que ela resulte em reais benefícios para as comunidades indígenas do estado de Mato Grosso do Sul e do Brasil.

1 ASPECTOS SOCIOLÓGICOS, ANTROPOLÓGICOS E BIOMÉDICOS DA AIDS: ELEMENTOS INTRODUTÓRIOS

Na história da humanidade nenhuma doença jamais suscitou questões tão complexas, exigiu tamanha amplitude de respostas ou revelou tão impiedosamente os sérios desequilíbrios, inadequações e desigualdades preexistentes nos sistemas médico e social de todos os países (...) desafiando nossa capacidade de lidar de forma humanitária. (Cameron e Shepard, 1993:177)

Como salienta a citação em epígrafe, a AIDS — não só como enfermidade, mas também em termos do fenômeno social desencadeado a partir do surgimento desta —, é um dos mais instigantes temas em curso na sociedade atual.

Os aspectos sociológicos, antropológicos e biomédicos ligados a essa epidemia, a que se somam reflexões e contribuições da literatura e dos meios de comunicação, além do quadro epidemiológico instaurado em todo o mundo — e que no Brasil alcança também as populações indígenas —, interagem para explicitar a gravidade dessa doença.

Partindo de uma contextualização abrangente dos diversos aspectos ligados à epidemia de AIDS e rumando para uma focalização nas populações indígenas, define-se o propósito essencial do presente estudo: uma contextualização do Projeto Assumindo as Diferenças – Prevenção às DSTs e AIDS entre Índios Terena de Mato Grosso do Sul.

Em toda a literatura que analisa a epidemia de AIDS e seus impactos na sociedade, no campo da medicina e na área das políticas públicas, encontramos evidências do intrincamento de um problema cuja solução se dimensiona num segmento impreciso situado entre o possível e o impossível.

Em seu início, a AIDS foi vista somente como uma doença relacionada ao comportamento de grupos cuja conduta moral contradizia certos preceitos judaico-cristãos, uma nova praga que viera para punir pecadores. Os meios de comunicação

reforçaram essa caracterização ao lançar notícias alarmistas que, segundo Camargo (1994), tiveram duplo efeito: levar a população a creditar o problema unicamente aos chamados “grupos de risco”, isentando-se de reconhecer sua própria vulnerabilidade, e a discriminar aqueles vitimados pela enfermidade. Era uma “doença dos outros” e “para os outros”.

Camargo (1994), em sua obra *A AIDS e a sociedade contemporânea: estudos e histórias de vida*, reflete sobre o quanto essa doença remete ao assombro vivido no século XIX e nos precedentes, em que a medicina ainda não havia descoberto a microbiologia e o poder de prevenção das vacinas e de cura dos antibióticos. A mesma representação apocalíptica dada às pestes do passado, que mataram milhões, quase exterminando populações inteiras, foi assim restaurada, e propagada sob novas condições.

Por séculos, as enfermidades em massa foram consideradas um castigo divino a maus comportamentos associáveis ao destino de Sodoma e Gomorra. A mesma subsunção à ira divina e segregação dos vitimados como pecadores reentram na ordem do dia, como se a humanidade retornasse a mores anteriores através de uma máquina do tempo. As palavras de Camargo (1994:31) expressam essa assertiva: “Nas últimas décadas do século XX a AIDS surge como o exterminador do presente trazendo consigo atitudes de pânico e histeria, que acreditavam soterradas”.

Essa representação simbólica provocou uma reação de medo e negação do problema. É de se imaginar o espanto quando se percebeu que a porta de entrada dessa doença, até então vista como seletiva, se revelaria tão ampla quanto aquela que levava à perda do paraíso — o exercício da sexualidade.

Contraditoriamente, instalada em meio a uma modernidade tecnológica equacionada com os atributos antes exclusivamente divinos da onipotência e onisciência, a AIDS adquiriu uma velocidade de disseminação inesperada. A parcela da sociedade que se considerava afastada do risco de ser atingida desconsiderou o problema até este se configurar como universal, uma pandemia atingindo a todos

indistintamente.

Observa-se que a AIDS provocou uma ruptura à força nas então vigentes posturas morais da sociedade e do mundo científico. Sua origem desconhecida, em pleno século XX, desafiou não só os cientistas, as terapêuticas e a tecnologia, mas, essencialmente, o homem enquanto sujeito de seu próprio destino.

A verdadeira compreensão de seus significados e da amplitude de seu impacto na sociedade em suas várias dimensões ainda está longe de ser alcançada. De onde vem a AIDS? O que significa? Para onde vai? — são questões semi-respondidas.

Cientistas de diferentes correntes se digladiam quanto à etiologia da doença. Governantes e empresas investem em teorias e ações que atendam a seus interesses. Modelos teóricos se revezam na tentativa de compreender o perfil dessa epidemia que impõe uma lógica própria e ainda obscura.

Quando se concluiu que o uso de preservativos reduzia significativamente a transmissibilidade, esperava-se que a lógica levasse à contenção da epidemia, e por isso investiu-se em campanhas informativas. Tal estratégia, porém, não tem trazido os resultados esperados.

As pesquisas sobre o comportamento sexual brasileiro realizadas por Berquó *et al.* (Brasil, 2000c), por Szwarcwald (1998) e por Bastos e Szwarcwald (1999) para o Ministério da Saúde demonstram que as “práticas sexuais de risco”, crescem na proporção dos baixos níveis educacionais e sócio-econômicos. Os dados estatísticos (Brasil, 2000a) demonstram que a epidemia avança para as localidades com recursos mais escassos e organização social mais simples. As estatísticas também demonstram que a AIDS rompeu todas as barreiras biológicas, econômicas e sociais, atingindo indistintamente os sexos, as idades, as classes sociais e as etnias (Mann *et al.*, 1993).

Cada sociedade põe em prática uma forma própria de estruturar cognitiva e emocionalmente os dados estatísticos, os casos de AIDS entre pessoas conhecidas, as campanhas de prevenção e as notícias veiculadas nos meios de comunicação. A conscientização sobre o problema é afetada pelas barreiras edificadas pelas

representações culturais, pelas redes de comunicação social e pela falta de adaptação das informações à realidade sócio-cultural de cada comunidade, como afirma Parker *et al.* (1999).

Essas constatações demonstram a interveniência das circunstâncias sociais, econômicas e culturais, que dificultam uma mudança comportamental que à primeira vista pareceria simples, aparentemente gestual. Tais aspectos imponderáveis subjazem ao corpo científico como uma entidade traidora e incompreensivelmente obstinada em desobedecer aos preceitos higiênicos e comportamentais prescritos.

O conceito de “*vulnerabilidade*”, definido por Mann *et al.* (1993), constitui uma importante contribuição para o entendimento dos fatores que interferem na evolução dessa epidemia. Por vulnerabilidade entendem-se as condições biológicas detectáveis — individuais ou coletivas — que permitem considerar uma pessoa ou comunidade mais suscetível a ser afetada pela doença. Em nível biológico, todas as pessoas são vulneráveis à infecção por HIV. Além dessa vulnerabilidade, existe aquela condicionada pelo comportamento e relacionamento entre as pessoas. A esses dois fatores somam-se aqueles que potencializam o impacto da doença nas sociedades, acelerando ou sustentando o progresso da epidemia pelo mundo.

À primeira vista, a “responsabilidade” representa a antítese da vulnerabilidade (Mann *et al.*, 1993:277-278). Todavia, a promoção da responsabilidade deve prever mecanismos que satisfaçam as pré-condições para ela exigidas — acesso a informação e educação e também a serviços de saúde e instrumentos sociais, de modo a integrar os aspectos culturais e organizacionais da comunidade com as influências sócio-econômicas mais amplas, que interferem negativamente na responsabilidade pessoal.

De fato, os detentores de poder já começam a perceber que no mundo da AIDS não basta enxertar recursos financeiros. É necessário promover ações que viabilizem alcançar questões mais profundas, que, interligadas, formam uma teia que sustenta a epidemia.

A ONU voltou sua atenção para a epidemia da AIDS ao verificar o grande impacto provocado em algumas sociedades. A doença se espalhou por todos os continentes e está matando e provocando convulsão social e econômica proporcionalmente maior que as guerras, segundo relato oral de Peter Piot, representante da ONU na II Conferência da Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e Caribe, em novembro de 2000, no Rio de Janeiro.

Embora as ciências humanas e sociais apontem a importância de considerar aspectos relativos às condições sócio-econômicas, bem como o papel da subjetividade e da individualidade no controle das enfermidades e redução dos índices de infecção e mortalidade, as entidades que orientam as ações da saúde pública para o combate à epidemia ainda insistem na ótica biologicista e mecanicista, privilegiando focar o próprio vírus e seus efeitos no organismo humano, bem como as pesquisas farmacológicas e dos meios diagnósticos (Mann *et al.*, 1993; Berer e Ray, 1997; Parker, 2000a; Galvão, 2000).

Nos grupos sociais em que se levaram a sério as reflexões sobre o enfrentamento à epidemia e nos quais foram tomadas medidas responsáveis, constataram-se resultados positivos de redução dos índices de infecção (ONUSIDA, 2000). No entanto, Mann *et al.* (1993) e Bastos e Coutinho (1999) observaram que tais eventos consistiram em intervenções pontuais, cujos aprendizados e metodologias não foram reproduzidos em outros grupos nem disseminados para outras sociedades. Bastos e Coutinho (1999) demonstraram que as numerosas experiências em prevenção ao HIV nas comunidades são marcadas pela descontinuidade, falta de infra-estrutura e pelo caráter oral de divulgação nos congressos das áreas afins, dificultando sua sistematização, avaliação e divulgação nos meios científicos.

Sem dúvida, a complexidade do tema, que envolve questões psicológicas, comportamentais e antropológicas, convida a buscar apoio no que já foi conquistado nas pesquisas sobre a AIDS — o que, efetivamente, se concretizou no campo da virologia, imunologia e tratamentos. Consideramos oportuno ressaltar aqui a

importância que teve e tem esse acervo de conhecimentos na construção do processo de enfrentamento da epidemia.

O conhecimento dos aspectos biológicos do HIV, do quadro clínico e fisiologia constituem importante instrumento de informação tanto para profissionais de saúde quanto para a população. O despreparo dos profissionais de saúde para lidar com o problema, assim como seus preconceitos, ainda interferem negativamente na obtenção de diagnósticos precoces e no acesso ao tratamento.

Santos (1994) observou que a procura por informações corretas sobre a doença e seu modo de prevenção e sobre a busca de diagnóstico ou atendimento precoce aos primeiros sintomas por parte das pessoas que se percebem em risco, revelou um prognóstico mais promissor. Esse autor observou que as interferências no diagnóstico precoce, causadas pela dificuldade de acesso institucional, econômico, social ou emocional, tornam o quadro clínico mais grave do que poderia ser caso houvesse acesso ideal a informações e tratamentos. Por isso, a história dessa epidemia demonstra ser necessário ir além da intervenção estritamente ligada à saúde.

1.1 ASPECTOS BIOMÉDICOS DA AIDS

Desde que os primeiros casos de AIDS foram detectados e as análises revelaram o progressivo quadro epidêmico no mundo, diversas concepções da causa, etiologia e processos de transmissão e infecção foram sendo criadas e refutadas. Atualmente, no que concerne aos aspectos biológicos do HIV, muitas questões já estão definidas. Pelo menos, o conhecimento atual tem permitido reduzir os efeitos da doença e diminuir a incidência de infecção.

As primeiras notícias sobre a AIDS surgiram em 1979, quando da descoberta de casos de uma doença inédita que levava a uma deficiência imunológica que acometia jovens masculinos homossexuais. Essa estranha doença, posteriormente

denominada Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS), era identificada por um quadro de extrema debilidade do sistema imunológico, que tornava o organismo humano suscetível aos agentes etiológicos mais comuns, aos quais, em geral, o organismo humano consegue reagir e controlar com eficiência. A AIDS foi, no início, rotulada como uma espécie de “peste *gay*”.

Os primeiros casos de AIDS em pacientes receptores de sangue (como os hemofílicos), em usuários de drogas injetáveis, em prostitutas e em heterossexuais de múltiplos parceiros evidenciaram sua transmissão através de contatos sexuais e do sangue, antes mesmo de sua etiologia viral haver sido esclarecida.

Em 1984 foi isolado um vírus do sangue de pacientes hemofílicos infectados, semelhante ao que fora encontrado no gânglio linfático de um homossexual acometido pela doença. A conhecida e longa controvérsia na disputa pela descoberta do vírus entre os pesquisadores Robert Gallo, nos Estados Unidos, e Luc Montaigner, na França, se estendeu até que a comunidade científica caracterizou o agente infeccioso como um retrovírus (HIV/AIDS, 1996).

Concluiu-se tratar-se de um vírus filogeneticamente semelhante ao vírus da imunodeficiência símia (SIV), mas capaz de infectar seres humanos. Vírus desse tipo são constituídos por RNA, proteínas capazes de inverter o fluxo normal da informação genética. Em 1986, um comitê internacional convencionou que o vírus se chamaria vírus da imunodeficiência humana (HIV), sendo dois os seus tipos: HIV-1 e HIV-2.

As evidências da relação entre o HIV e a imunodeficiência observada derivaram de pesquisas realizadas em animais que, inoculados pelo vírus, apresentavam quadro de linfadenopatia, depleção de gânglios linfáticos e caquexia, semelhante ao observado nos casos de enfermidade que surgiram entre homossexuais, usuários de drogas injetáveis, heterossexuais com múltiplos parceiros e hemofílicos que apresentaram algum fator relacionado ao HIV, como presença de anticorpos específicos e antígenos e/ou genoma viral.

O fato de o HIV ser isolado de um hospedeiro doente, ser isolado em cultura

e causar a mesma patologia quando inoculado em seres humanos ou animais comprovou sua ligação com a AIDS.

A comunidade científica não é unânime quanto à origem viral dessa doença. Peter Duesberg, pesquisador da Universidade de Berkeley, na Califórnia, é um dos que consideram a AIDS uma doença da vida moderna resultante da sobrecarga de antígenos no organismo humano, que ocorre pelo uso de drogas recreativas, condições de vida insalubres, alimentação industrializada, medicamentos e hábitos de vida pouco saudáveis. Considera ele que o vírus participa nesse contexto de forma oportunista, aproveitando-se de uma sobrecarga antigênica que leva à falência do sistema imunológico. Os casos de AIDS com ausência de vírus ou de soroconversão, assim como o reconhecimento da lesão de células de defesa sem a participação do vírus, são citados como reforço para essa hipótese (Duesberg, 1996).

Acima dessas controvérsias, porém, está o fato de que a doença se espalhou por todos os países, classes sociais e idades, e mesmo entre pessoas que não pertenciam aos chamados “grupos de risco” apontados de início. As estimativas que se haviam traçado para o futuro foram sendo superadas, surgindo muito mais casos do que os projetados por especialistas e estatísticos, ultrapassando barreiras sociais e geográficas.

As pesquisas têm demonstrado que a transmissão do HIV se faz através de sangue, secreções sexuais e leite materno. Situações de sexo, em que há encontro das secreções genitais (masculinas ou femininas) com o sangue do parceiro ou parceira, bem como o uso de seringas compartilhadas, a utilização de instrumentais cirúrgicos que levem a contato sangüíneo entre indivíduos, o parto e a amamentação, são formas de transmissão reconhecidas como eficazes para a infecção.

Tem sido aceita a hipótese de que entre indígenas a transmissão também ocorra através dos instrumentos utilizados nos rituais em que se procede à escarificação da pele de múltiplos indivíduos ou a cortes para o intercâmbio ritualístico de sangue.

A transfusão de sangue contaminado com o vírus induz a 90% a 100% de possibilidade de se contrair a doença. A letalidade está diretamente relacionada com a quantidade de vírus introduzidos e com o número de vezes em que se dá o contato com o sangue contaminado.

A presença de ferimentos na pele ou de úlceras nos órgãos sexuais decorrentes de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) potencializa a transmissibilidade. A solução de continuidade das mucosas e da pele é considerada como fator predisponente para uma maior transmissão durante a relação sexual. As DSTs são, por isso, consideradas facilitadoras da transmissão do vírus.

A posição passiva durante o coito faz com que o receptor seja mais vulnerável a contrair o vírus, aumentando a incidência em mulheres, crianças vítimas de violência sexual ou homossexuais passivos.

Essas definições sobre etiologia e modo de transmissão orientam as estratégias de prevenção voltadas a evitar o contato com o vírus e seus veículos orgânicos — secreções sexuais, sangue e leite materno.

Os preservativos masculinos e femininos constituem uma barreira altamente eficaz contra o HIV. Sua eficácia é comprovada através da redução de índices de infecção após introdução de seu uso, em comparação com a situação anterior para a mesma população. Vários estudos com grupos sociais acentuadamente expostos ao HIV, como as profissionais de sexo e grupos de homossexuais, demonstram que a introdução do uso de preservativos reduziu significativamente a incidência de infecção.

Em Uganda observou-se uma redução em 15% na taxa de infecção entre jovens de 13 a 18 anos após a implantação de programas de prevenção (ONUSIDA, 2000).

A maior frequência de uso de preservativos incrementa sua correta utilização, que por sua vez reduz a ocorrência de rompimentos e escapes, que constituem temores e queixas frequentes, sobretudo entre adolescentes.

Os usuários de drogas injetáveis são considerados particularmente importantes para a disseminação do HIV, por apresentarem grande risco de contraí-lo no compartilhamento de seringas e, em seguida, transmiti-lo à população não-usuária. Para enfrentar essa questão, tem sido usada a estratégia de fornecimento de seringas estéreis, acompanhado de processo educativo para a conscientização de cuidados, testagem sorológica e tratamento.

A transmissão vertical, tanto na gestação quanto no parto, está sendo focalizada através de campanhas educativas para os profissionais de saúde e para a população. Nesse caso, a prevenção e controle se dão através do diagnóstico precoce, que permite a instituição de tratamento para reduzir a possibilidade de infecção do feto ou neonato.

Em meios profissionais que lidam com sangue, secreções mucosas ou instrumental cirúrgico, as ações de prevenção estão voltadas para a adoção de equipamentos e medidas de biossegurança, informação e educação.

A evolução da infecção pelo HIV e o quadro clínico desenvolvido também têm sido exaustivamente estudados. A presença do HIV no organismo desencadeia um processo reconhecido por suas fases. A fase inicial se caracteriza por um conjunto de sintomas semelhantes aos do estado gripal, com febre e calafrios, nela ocorrendo a rápida replicação do vírus nas células linfocíticas tipo T CD4⁺ do hospedeiro.

Após algumas semanas de viremia inicial, os vírus se alojam no interior das células T e os sintomas desaparecem. É quando o organismo começa a produção de anticorpos, o que se denomina *soroconversão*. A sorologia torna-se positiva entre 6 e 12 semanas.

A partir dessa fase inicial, com o desaparecimento dos sintomas e sinais, o sistema imunológico vai sendo lesado, com a progressiva destruição de linfócitos T e macrófagos, inabilitando sua resposta humoral e celular, até que o organismo atinja uma condição de ineficácia na defesa contra patógenos que convivem normalmente com o organismo saudável. Desenvolvem-se então afecções crônicas ou disseminadas

por microorganismos oportunistas. A lentidão com que manifestam os sintomas levou a classificar o HIV como um lentivírus.

Durante esse período de latência, o HIV continua se multiplicando no interior das células, infectando outras e progressivamente destruindo as células hospedeiras do sistema imunitário. Os testes laboratoriais podem evidenciar a contagem regressiva dos linfócitos T.

Após algum tempo, que varia de acordo com fatores ainda não bem esclarecidos, mas certamente influenciados pelo grau de nutrição, estado emocional, perspectivas de vida e condições de vida, começam a surgir sintomas de enfermidades oportunistas, isoladas ou disseminadas. Isso se deve ao número relativamente baixo de linfócitos T, que torna o organismo sem defesa diante do progressivo aumento da carga viral.

A carga viral consiste na quantidade de células infectadas pelo vírus por mililitro de plasma. A experiência mostra que cargas virais acima de uma média de 600 células infectadas pelo HIV indicam rápida progressão da doença. Cargas virais de até 30 células por mililitro de sangue indicam progressão mais lenta. Têm sido relatados alguns casos de indivíduos que, embora portadores de HIV por vários anos, permanecem sem desenvolver os sinais da imunodeficiência.

O diagnóstico de infecção pelo HIV é feito por um conjunto de testes que permitem detectar anticorpos e antígenos e fazer a cultura viral ou amplificação do genoma do vírus. As técnicas utilizadas na prática são baseadas na detecção de anticorpos e servem para a triagem inicial. São elas os métodos ELISA (teste imunoenzimático) e Western-Blot — este geralmente utilizado para confirmar a infecção.

O acompanhamento da evolução da infecção no organismo tem sido realizado basicamente através da quantificação da carga viral, que mostra o aumento de partículas virais no organismo, e da contagem de linfócitos T CD4⁺. Outros testes mais específicos, como PCR (reação de polimerase em cadeia) e NASBA (*nucleic acid*

sequence-based amplification), destinam-se a acompanhar a evolução da doença e a resposta terapêutica anti-retroviral. A contagem de células T CD4⁺ serve para medir a imunocompetência celular e o risco para infecções oportunistas.

O quadro clínico é dividido em infecção aguda, fase assintomática e fase sintomática inicial. A infecção aguda ocorre em cerca de 50% a 90% dos pacientes e se dá no período entre cinco a 30 dias da exposição, tendo como quadro clínico os sintomas de uma virose inespecífica ou semelhante a uma mononucleose, e durando em média 14 dias.

Os sintomas detectados nessa fase aguda geralmente geram baixo índice de suspeição de infecção, servindo na prática para auxiliar no diagnóstico prospectivo. Entre os sintomas e sinais mais comuns da infecção aguda, têm-se: febre, fadiga, exantema, cefaléia, linfadenopatia, faringite, mialgia e/ou artralgia, náusea, vômito e/ou diarreia, suores noturnos, trombocitopenia e linfopenia.

Na fase assintomática, ou infecção precoce pelo HIV, o quadro clínico é praticamente inexistente, implicando em exames clínicos gerais e de rotina, além do perfil imunológico e determinação da carga viral, com que se fazem o estadiamento da infecção, o prognóstico e a decisão quanto ao início da terapia anti-retroviral e avaliação da resposta ao tratamento.

Na fase sintomática inicial surgem os sintomas gerais de sudorese, fadiga, diarreia, anorexia e emagrecimento. Nessa fase se iniciam as infecções por patógenos oportunistas, dando origem a quadros de candidíase oral e vaginal, sinusopatias, lesões orais, como gengivites, leucoplasia, úlceras aftosas, herpes simples e zóster, e infecções mais graves e debilitantes, como pneumonias, toxoplasmose, tuberculose, neoplasias.

A epidemia de HIV/AIDS tem causado grande impacto sobre a epidemiologia da tuberculose, tanto nos países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos (HIV/AIDS, 1996:138). As pesquisas indicam que a relação entre tuberculose e HIV aumenta os índices de acometimento nos dois sentidos: tanto o HIV

favorece a suscetibilidade à tuberculose, quanto se torna fator responsável por seu agravamento nos indivíduos e por uma maior prevalência na sociedade.

As DSTs, embora de controle terapêutico mais fácil, são também determinantes na epidemia de HIV por facilitarem a infecção por esse vírus. No contexto da epidemia de AIDS, a investigação das DSTs constitui uma estratégia de acesso e identificação, pois os sintomas precoces, mais evidentes que os daquela doença silenciosa, induzem à procura de tratamento, permitindo que as portas de entrada ou as condições de suscetibilidade e vulnerabilidade sejam percebidas. Por isso, os programas costumam incluir tanto a AIDS quanto as DSTs em seus títulos.

A neoplasia cervical uterina, causada pelo vírus HPV, também está fortemente associada ao HIV/AIDS, por sua transmissão sexual e por serem sua evolução e respostas terapêuticas afetadas pela queda da imunidade (HIV/AIDS, 1996:172). Da mesma forma, outros tipos de neoplasias, tais como linfoma não-Hodgkin, têm sua prevalência aumentada nos indivíduos acometidos por HIV.

Quanto ao tratamento, até a adoção da combinação de medicamentos de efeito inibidor sobre a replicação do HIV, conhecida genericamente como “coquetel”, os casos evoluíam rapidamente para a morte. Com o advento dessa combinação coquetel e sua distribuição gratuita pela rede de saúde no Brasil, observou-se uma diminuição da mortalidade.

Atualmente, a evolução para os estágios mais avançados da doença, que, segundo estudos, depende da carga viral e da resposta aos medicamentos anti-retrovirais, tem sido controlada nos indivíduos que têm acesso à medicação e dela fazem uso regular. Nos países em que os medicamentos não são distribuídos pelo sistema de saúde as taxas de mortalidade continuam bastante altas.

Desde 1996, o Brasil tem realizado a distribuição gratuita de anti-retrovirais pelo sistema de saúde, o que diminuiu drasticamente o número de mortes que caracterizava a doença. A produção desses medicamentos também tem sido incentivada pelo Governo Federal, impulsionado pela mobilização da parcela sensível

da sociedade que se engajou na luta contra a AIDS, a contragosto das organizações internacionais produtoras de medicamentos.

Concluindo a apresentação dos aspectos biomédicos da AIDS, consideramos oportuno lembrar da importância de se conhecerem tais elementos, quais sejam, os mecanismos de transmissão, as vias de infecção e os meios diagnósticos e de tratamento existentes. O acesso às informações, como foi mencionado, implica na possibilidade de controle da epidemia. Sabemos que esse acesso é condicionado não somente pelo grau de instrução dos indivíduos, mas é mediado pela estrutura simbólica e conjunto de crenças e representações sociais sobre o problema, tema que exploraremos com mais profundidade em capítulos posteriores.

Assim, quando considerarmos, em nosso estudo, os “conceitos”, “conteúdos” e “conhecimentos” relacionados ao HIV e à AIDS, estaremos nos referindo a este conjunto de informações aqui apresentado.

O enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS tem sido realizado através da mobilização das organizações da sociedades civil² (OSCs) e dos órgãos públicos do Estado ligados à saúde.

O processo de enfrentamento ao HIV tem se evidenciado nos congressos nacionais e internacionais sobre DSTs e AIDS, nas publicações oriundas da área de saúde pública e no sistema de comunicações criado pelas OSCs que se irmanaram no movimento de combate aos efeitos da epidemia.

Esse sistema, resultante da disseminação das estratégias experimentadas, tanto aquelas que obtiveram resultados satisfatórios como as que não surtiram efeitos considerados positivos, tem sido uma fonte riquíssima de experiências para o enfrentamento da epidemia, contribuindo para a evolução de conceitos e paradigmas

² Entendemos por *organizações da sociedade civil* (OSCs) o conjunto das organizações e associações de iniciativas privadas — organizações não-governamentais (ONGs) —, que visam a produção de bens e serviços públicos para responder às necessidades coletivas. Essas entidades se caracterizam por atuar fora do contexto formal do Estado, por não visar a obtenção de lucro e por mobilizar a participação voluntária de indivíduos e da sociedade (Santos, 2000).

relacionados à AIDS.

As análises e reflexões disponíveis revelam que a resposta à AIDS começou com a definição desta como uma enfermidade característica de um grupo de risco específico — os homossexuais masculinos —, o que determinou dois tipos de movimentos: a estigmatização e o ativismo.

O estigma e a discriminação que os homossexuais sofreram, assim como a situação de aparente falta de saída, levaram à organização destes para que pudessem de alguma forma enfrentar o problema. Militantes e profissionais de diversas áreas, alarmados pelas notícias do exterior e dos primeiros casos em São Paulo, organizaram, a partir de 1985, os primeiros grupos preocupados com a assistência, a informação e a ação política.

Segundo Jane Galvão, em *A AIDS no Brasil* (Galvão, 2000), a sociedade civil desenvolveu um “ativismo” para o enfrentamento das conseqüências do HIV, criando mecanismos próprios de assistência, de pesquisa e de disseminação de informações. No entanto, os organismos internacionais e nacionais somente se mobilizam para dar resposta à epidemia quando observaram que a disseminação do vírus se estendera para muito além do esperado, com impactos extensos, afetando grandes massas de população e a economia dos países mais atingidos.

Oliver Morton, no capítulo “Avanço nas pesquisas”, do livro *A AIDS no mundo* (Morton, 1993:111-112), afirmou que a rapidez da resposta à pandemia de AIDS foi impressionante, quando comparada aos precedentes históricos, fosse no campo científico, na definição do agente causal e aprofundamentos sobre suas características, fosse no campo social. O autor avaliou que o ativismo social representou um importante catalizador, levantando questões políticas e morais com relação aos gastos e programas gerados para o enfrentamento da epidemia. Foi essa mobilização que acelerou as pesquisas, o desenvolvimento, a aprovação de drogas terapêuticas e a dispensação de recursos financeiros, assim como provocou movimentos de defesa dos direitos dos portadores de HIV.

Confirmando essa percepção, Galvão (2000) aponta que o “pânico moral” serviu de interessante estímulo para desencadear e fortalecer uma reação coletiva ao HIV. Essa autora explicou que as entidades da sociedade civil voltadas a acudir e prestar assistência aos doentes, sensibilizadas pela alta letalidade da infecção, foram ao longo da década conquistando cada vez mais adeptos nas cidades mais desenvolvidas, aprimorando-se em estratégias para absorver recursos e conhecimentos sobre AIDS e temas correlatos, apropriando-se das informações científicas, traduzindo-as para o público interessado e disseminando os conhecimentos e reflexões em uma rede de comunicação sem precedentes.

Esses novos atores sociais contribuíram para uma maior visibilidade das questões relacionadas à sexualidade, criticando posturas moralistas que tinham a característica de aumentar a ignorância a respeito das formas de disseminação do HIV, tornando a sociedade despreparada para a importância do problema. Suas discussões serviram para alertar e sensibilizar as demais organizações da sociedade civil, que atuavam em outras áreas de ação, para que se unissem ao movimento, ampliando a esfera de abrangência do movimento na sociedade.

Essa resposta política mobilizou parte da sociedade, que percebeu a gravidade do problema, levando à reivindicação de uma resposta institucional para o enfrentamento ao HIV (Mann *et al.*, 1993). O Brasil respondeu a essa demanda destacando-se pelo número de casos oficialmente notificados e por ser o primeiro país a fazer um empréstimo financeiro voltado a combater a epidemia (Galvão, 2000).

O Projeto de Controle da AIDS e DSTs, conhecido como “Projeto AIDS I” ou “Projeto do Banco Mundial”, foi resultado de um acordo de empréstimo do Banco Mundial ao governo brasileiro, tendo como beneficiário o Ministério da Saúde. Seus objetivos gerais são (a) reduzir a incidência e transmissão do HIV e DSTs e (b) fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DSTs e HIV/AIDS (World Bank, 1998).

O aporte de recursos financeiros levou à efetivação de uma estrutura

centralizada de execução e controle dos projetos, a partir da Coordenação Nacional de DSTs e AIDS (CN-DST/AIDS). Entre os executores de projetos de prevenção e assistência, estão setores da própria CN-DST/AIDS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde — a partir de suas próprias coordenações locais (Coordenações Estaduais de DSTs e AIDS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) —, entidades da sociedade civil — entre elas, associações criadas especificamente para lidar com o problema (ONGs-AIDS) — e outras, como associações, universidades, movimentos sociais, hospitais, fundações e sociedades beneficentes que passaram a participar também do movimento de combate à epidemia, desenvolvendo atividades além das que originaram sua existência.

A concretização da possibilidade de financiamento de projetos sociais pelo Ministério da Saúde, a partir de 1994, serviu como apoio institucional para que a ação política ganhasse força e fossem organizadas várias instâncias de discussão de estratégias, metodologias, disseminação de conhecimentos (Congressos Brasileiros e Regionais de Prevenção às DSTs e HIV/AIDS, Encontros Nacionais de ONGs, comissões e foros de DSTs-AIDS, resultando na publicação de materiais educativos, informativos e de comunicação e na organização de fóruns de discussão e controle social.

Dessa forma, o envolvimento das ONGs tornou-se característico no enfrentamento à epidemia de AIDS. O programa brasileiro de combate à epidemia tem reconhecimento internacional, entre outros aspectos, pelo modelo de participação das ONGs e das estratégias adaptadas às necessidades dos diversos segmentos populacionais.

No Brasil, segundo Galvão (2000), esse entrelaçamento ocorreu de maneira precoce, quando comparado aos demais países do mundo e em relação ao tempo de experiência nessa discussão. A mobilização da sociedade para enfrentar a AIDS coloca o país como uma referência internacional no que diz respeito ao conhecimento e às estratégias de enfrentamento.

Tomando como referência o quadro epidemiológico da AIDS e considerando a pauta de nosso estudo, apresentaremos a seguir, de forma sucinta, o quadro epidemiológico da AIDS, de modo a contextualizar a situação da epidemia nas populações indígenas brasileiras.

Preliminarmente, é necessário esclarecer que o quadro epidemiológico oficialmente divulgado pelas instituições de saúde é construído com os dados obtidos das notificações de casos de soropositividade e de morte por AIDS registrados na rede de saúde. Esse processo de notificação sofre interferência de diversos fatores, resultando em taxas que apenas se aproximam da realidade, em geral deixando de retratá-la verdadeiramente (Dhalia *et al.*, 2000). No caso da AIDS, a subnotificação é regra, tanto pela desinformação da população e pela interveniência dos fatores psicológicos e sociais já mencionados, quanto pela falta de estruturação dos serviços e de preparo dos profissionais de saúde para detectar e atender os casos, inclusive dificultando o acesso da população aos meios diagnósticos.

Apesar da vultosa subnotificação, a epidemiologia da AIDS ainda se revela como um quadro assustador, por ser recente em termos históricos, tendo início no final da década de 1970 e havendo rapidamente se espalhado por todos os continentes, tratando-se portanto de uma pandemia. Mann *et al.* (1993), no relatório *A AIDS no mundo*, a caracterizam como um fenômeno global, dinâmico, instável e volátil, que ultrapassou todas as fronteiras geográficas e sociais.

Sua velocidade de disseminação e complexidade dizem respeito tanto às características do vírus quanto a fatores humanos. Os fatores humanos são considerados a dimensão-chave, por determinarem sua disseminação através da ampla variedade de diferenças culturais e comportamentais relacionadas a duas das condutas humanas mais universais: o relacionamento sexual e a amamentação.

Mesmo onde as condições geográficas ofereciam dificuldades para o acesso do HIV, ele ali chegou. Uma vez na comunidade, observa-se que este problema adquire complexidade pela potencialização das rotas de transmissão, pelo uso de

drogas injetáveis, atuação dos profissionais de sexo, certos comportamentos sexuais, gravidez, amamentação — sem esquecer das condições sócio-econômicas.

Os resultados das pesquisas mais atuais indicam que as taxas de infecção e os mecanismos de transmissão e mortalidade estão diretamente relacionados ao grau de desenvolvimento sócio-econômico das populações e à estruturação do sistema de saúde, o que, por sua vez, é também determinado por fatores de desenvolvimento.

As análises feitas por Mann *et al.* (1993) demonstraram que a maior incidência está nos países com menores Índices de Desenvolvimento Humano, indicando que a vulnerabilidade à infecção está relacionada à pobreza, à carência de recursos e à falta de organização social. Além disso, foi observado que quanto mais pobre é o país, menor é a relação entre homens e mulheres infectado, aumentando a incidência em crianças pela transmissão vertical.

Observa-se, através da descrição da evolução da epidemia em diversos países apresentada por esses autores, que, de início, a epidemia em cada localidade se desenvolve de modo bastante acelerado, o que deriva talvez do despreparo da sociedade e das políticas públicas para enfrentar o problema e deter o processo de disseminação. Quando a gravidade do problema é percebida e divulgada para a sociedade, as populações com comportamento considerado de alto risco reagem e a incidência nestes grupos passa a diminuir. Entretanto, na população que não se identifica com o comportamento de alto risco a incidência continua a aumentar. Mann *et al.* (1993:40-110) expõem vários exemplos desse comportamento da epidemia em diversos países.

As estatísticas divulgadas pela ONUSIDA (2000) demonstram que a evolução do número de casos supera em mais de 50% as estimativas projetadas pelo Programa Mundial sobre AIDS da OMS em 1991 a partir dos dados então disponíveis. Apresentamos resumidamente os índices da epidemia na Tabela 1.1.

A África, responsável por 95% dos casos de AIDS no mundo, se apresenta como um exemplo da possível dizimação da população na idade fértil e fase produtiva

da vida, deixando um rastro de orfandade, e acentuando o desequilíbrio sócio-econômico.

TABELA 1.1 — RESUMO MUNDIAL DA EPIDEMIA – PESSOAS COM HIV/AIDS — ÓBITOS, CASOS TOTAIS E CASOS RECENTES. DEZEMBRO, 2000.

Pessoas que vivem com HIV/AIDS	36,1 milhões
Pessoas recém-infectadas por HIV em 2000	5,3 milhões
Total de óbitos causados por AIDS	21,8 milhões
Óbitos por AIDS em 2000	3 milhões

Fonte: ONUSIDA, 2000.

Nota: Estas cifras são 50% superiores às projetadas pelo Programa Mundial sobre AIDS da OMS em 1991.

Enquanto em alguns países mais pobres da África o índice de novas infecções se reduziu com o êxito dos programas de prevenção, em outros essa redução se deveu à morte de grande parcela da população na faixa etária de 24 a 49 anos, fazendo restar um número cada vez menor de pessoas infectáveis (ONUSIDA, 2000). A repercussão social e econômica da epidemia nesse continente tem servido de alerta para todos os países. A ONUSIDA (2000) estimou que em regiões já muito pobres, como os países da África subsaariana, a previsão é que nos próximos dez anos a morte em grande escala levará a uma queda do produto interno bruto de cerca de 17% em relação a seu montante presumido na ausência da AIDS.

Esses efeitos da epidemia já observados nas sociedades com menores índices de desenvolvimento nos permitem inferir o grau de disseminação e conseqüências sociais e econômicas da AIDS em populações cultural e etnicamente diferenciadas e despreparadas para enfrentá-la. Este é o caso das populações indígenas brasileiras.

1.2 A AIDS NO BRASIL

O perfil epidemiológico da AIDS no Brasil, apresentado pelo Ministério da Saúde, demonstra que a doença avança para o interior do país, atingindo as populações

mais pobres e cada vez maior número de mulheres (Brasil, 1999a). O número de crianças infectadas pela transmissão vertical vem aumentando progressivamente.

O estado de Mato Grosso do Sul é o sétimo em taxa de prevalência e Campo Grande, sua capital, para onde afluem os casos das cidades do interior em busca de tratamento especializado, localiza-se entre as 50 maiores taxas do país. A Tabela 1.2 explicita os números da AIDS no Brasil, na região Centro-Oeste e em Campo Grande.

TABELA 1.2 — CASOS DE AIDS NO BRASIL NO PERÍODO 1980-2000

ÁREA	NÚMERO
Brasil	203 353
Adultos (sexo masculino)	151 298
Adultos (sexo feminino)	52 055
Menores de 13 anos	7 088
Região Centro-Oeste	10 192
Campo Grande	1 035

Fonte: CN-DST/AIDS (dados colhidos até dezembro 2000).

A partir dos dados epidemiológicos veiculados pelas instituições de saúde e das informações oriundas da prática social, Parker (2000a) afirma que a epidemia de AIDS no Brasil é composta por um conjunto de epidemias regionais, configurando um mosaico diversificado que varia de acordo com o grau de percepção do problema, com as diversidades culturais e de desenvolvimento local e com as medidas efetivadas para seu controle.

Isso determina que o quadro epidemiológico da AIDS, por si só, não deixa perceber a realidade da evolução da epidemia no mundo e no Brasil, retratando uma situação menos grave do que a real, como alertam Dhalia *et al.* (2000). Indo-se além dos dados estatísticos e estudando-se mais detalhadamente as comunidades atingidas, pode-se verificar que cada população apresenta características que facilitam ou

dificultam o processo de disseminação, prevenção e controle do HIV. Em cada região, por trás do número de casos, estão o *modus vivendi*, a estrutura cultural e as condições sócio-econômicas de cada comunidade, que impõem a demanda por formas apropriadas de enfrentamento, necessárias para se obter a eficácia na prevenção.

1.3 A EPIDEMIA DE HIV/AIDS ENTRE OS INDÍGENAS

O deslocamento da epidemia para o interior do Brasil, para os setores mais pobres da sociedade, para os excluídos, confirmou-se com a descoberta dos primeiros casos de AIDS entre indígenas em 1995, chamando a atenção das entidades governamentais, indígenas e indigenistas.

A complexidade do problema revelou-se logo de início, pois, assombrosamente, mesmo nas regiões de difícil acesso aos não-índios, às quais só se chegava por meio de helicópteros, encontraram-se indígenas infectados por HIV.

Para as entidades indigenistas, a AIDS passou a representar mais uma forma de extermínio dos povos indígenas no Brasil. Os dados epidemiológicos evidenciam o crescente número de casos de DSTs e AIDS entre indígenas, sendo vários os grupos étnicos já acometidos.

A população indígena brasileira é composta por cerca de 323 mil indivíduos de 215 etnias e que falam 170 línguas, com características culturais e hábitos sexuais distintos. Essa população se agrupa em aldeias, em comunidades citadinas e nas periferias de cidades.

Segundo dados da CN-DST/AIDS, até o ano de 1999 foram detectados casos de AIDS em 17 das 215 etnias existentes, ocorrendo 80% deles entre índios que vivem na cidade. Na maioria das vezes, a notificação foi realizada após o óbito (Tabela 1.3).

A notificação registrada pelo Ministério da Saúde reconhecia apenas seis casos entre indígenas da Região Centro-Oeste, e somente 32 no Brasil. Apesar de o

país se destacar no panorama mundial pelo número total de casos oficiais notificados (Galvão, 2000:21), o processo de notificação de HIV/AIDS entre as populações indígenas é bastante irregular, devido à assistência precária e às particularidades geográficas, que impõem dificuldades de comunicação com os diversos grupos populacionais. Segundo o médico e antropólogo Marcos Pellegrini, que tem atuado junto às populações indígenas, é possível afirmar que o número de indígenas soropositivos é bem maior, variando entre 660 e 1 500 infectados (AIDS avança..., 1999).

TABELA 1.3 — DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DOS CASOS DE AIDS NA POPULAÇÃO INDÍGENA BRASILEIRA – 1988-1999.

GRUPO ETÁRIO (ANOS)	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
15 a 19	1	(5,5%)	1	(7,0%)	2	(6,3%)
20 a 24	2	(11,1%)	2	(14,3%)	4	(12,5%)
25 a 29	4	(22,2%)	6	(43,0%)	10	(31,3%)
30 a 34	7	(39,0%)	2	(14,3%)	9	(28,1%)
35 a 39	2	(11,1%)	1	(7,1%)	3	(9,4%)
40 a 44	2	(11,1%)	-		2	(6,2%)
45 a 49	-		-		-	
50 a 64	-		2	(14,3%)	2	(6,2%)
TOTAL	18	(100,0%)	14	(100,0%)	32	(100,0%)

Fonte: CN-DST/AIDS, 1999.

Nota: Um caso sem identificação etária. A maioria dos casos (18) foram detectados após a morte (55%).

Confirmando essa suposição, a Coordenação Estadual de DSTs e AIDS (CE-DST/AIDS) da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul apresentou em 2000 uma quantificação bem mais preocupante para a situação dos indígenas locais (Tabela 1.4).

Diante do quadro epidêmico registrado oficialmente, a CN-DST/AIDS envidou esforços para combater a epidemia nesse complexo contexto étnico. Estudos

epidemiológicos e antropológicos foram realizados em reuniões macrorregionais promovidas por essa Coordenação Nacional, de 1994 a 1998, com equipes compostas por lideranças indígenas, organizações indigenistas e antropólogos, para definir a política de controle da epidemia entre indígenas e a elaboração dos indicadores de risco e vulnerabilidade.

TABELA 1.4 — CASOS DE HIV/AIDS ENTRE INDÍGENAS DE MATO GROSSO DO SUL REPORTADOS À CE-DST/AIDS NO PERÍODO 1984-2000.*

CATEGORIA	NÚMERO DE CASOS	%
Adultos ^a	21	56,7% ^b
Crianças	16	43,3% ^b
ESTÁGIO DE EVOLUÇÃO		
Soropositivo	1	4,8% ^c
AIDS	20	95,2% ^c
CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO		
Heterossexual	8	38% ^c
Bissexual	1	4,8% ^c
Usuários de drogas injetáveis	1	4,8% ^c
Ignorada	11	52,4% ^c
ESCOLARIDADE		
Analfabetos	2	9,5% ^c
1 ^a a 4 ^a série	11	52,4% ^c
5 ^a a 8 ^a série	1	4,8% ^c
Ignorada	7	33,3% ^c
CRIANÇAS		
ACTG 076 sororreversão	7	43,7% ^d
AIDS ^e	9	56,2% ^d

Fonte: Conferência da Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe, 2 (2000).

*A maioria dos indígenas identificados vivem em meio urbano.

^a Entre 20 e 39 anos, foram detectados 77,7% dos casos.

^b Porcentagem do total de casos.

^c Porcentagem dos casos em adultos.

^d Porcentagem dos casos em crianças.

^e Das crianças indígenas infectadas, 3 foram a óbito.

Os indicadores de risco dizem respeito a comportamentos que se entende serem facilitadores da transmissão do HIV. Os estudos antropológicos realizados pela CN-DST/AIDS identificaram os seguintes indicadores de risco nas etnias indígenas brasileiras (Brasil, 2000b):

- a) iniciação sexual, frequência e posição social dos homens e/ou mulheres que saem das aldeias;
- b) ocorrência de interações entre grupos étnicos distintos, rituais e/ou

eventos que envolvam manuseio de objetos cortantes compartilhados sem adequada desinfecção (escarificações, tatuagens etc.)

- c) práticas sexuais de poligamia, poliandria e poliginia;
- d) práticas de aleitamento cruzado;
- e) alcoolismo;
- f) prevalência de DSTs e outros fatores de risco associados à infecção por HIV.

Esses estudos também apontam as condições e situações que representam flancos ou pontos de vulnerabilidade para a entrada do HIV nas comunidades indígenas. Entre os diversos problemas detectados, destacam-se, sobretudo, as condições sócio-econômicas e as geográficas, dificultando o acesso às informações, ao diagnóstico e ao tratamento. Todavia, outras situações de vulnerabilidade foram salientadas para dar conta da diversidade de realidades existentes nas etnias brasileiras. Assim, as seguintes situações de vulnerabilidade, quando presentes, indicam maior possibilidade de entrada do HIV nas comunidades indígenas:

- a) intrusão de garimpo, de extração de madeira e de outros produtos em terras indígenas;
- b) construção de barragens, estradas e projetos agropecuários e de turismo;
- c) terras indígenas situadas em região de fronteira;
- d) presença de organizações religiosas e militares em terras indígenas;
- e) populações indígenas assentadas em áreas urbanas;

A proximidade das terras indígenas aos centros urbanos, fronteiras, portos, locais turísticos e estradas, resultando numa convivência intensa com a sociedade não-indígena, na qual se incluem grupos com comportamento de risco de DSTs e AIDS (usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, caminhoneiros etc.), instaura uma rede de relações que facilita a transmissão dessas doenças (casamentos interétnicos, índios urbanos, albergues noturnos, casas de prostituição, bailes e festas etc.).

Em regiões em que os indígenas estão integrados com a sociedade nacional,

a disseminação é considerada de maior facilidade. Esse relacionamento, que objetiva conseguir o sustento para as famílias, se dá principalmente através do comércio de produtos artesanais e gêneros comestíveis, obtidos nas aldeias através do extrativismo ou do plantio. Muitos indígenas deslocam-se para trabalhar no corte de cana nas destilarias de álcool ou em fazendas, ambas distantes de suas aldeias, permanecendo longos períodos longe de seu grupo social e familiar. Outros tentam obter educação ou serviços de saúde nas cidades, ali permanecendo por períodos mais curtos, mas em intenso contato com os não-índios. Esses deslocamentos, de modo geral, contribuem para a introdução e disseminação das DSTs nas aldeias.

Essa situação é vivida em Mato Grosso do Sul pelos índios Terena, etnia em que se observaram alguns casos de AIDS notificados, embora essa notificação tenha sido imprecisa, por falhas no registro da identidade étnica dos indivíduos afetados.

A situação de pobreza, de discriminação étnica e sujeição sócio-econômica, produzida pela falta de terras, acarreta a perda do *modus vivendi* e o desmantelamento cultural, resultando numa condição em que o “ser índio” passa a constituir, por si só, uma condição de vulnerabilidade ao HIV.

Nos grupos que passaram por essa alteração, apesar da convivência com os não-índios e do uso da língua portuguesa, verifica-se uma dificuldade de assimilação de conteúdos alheios à cultura original, a qual inclui uma cosmovisão peculiar e um modo próprio de compreender o processo saúde–doença. Os técnicos dos serviços de saúde que atuam junto às populações indígenas relatam as dificuldades de comunicação interétnica e a falta de treinamento para atuar com outras culturas, o que dificulta a abordagem assim como a notificação dos casos, pois mesmo que os indivíduos falem a mesma língua a compreensão é dificultada pela estrutura simbólica diferenciada.

Esses subsídios, colhidos de maneira ainda informal, revelam a necessidade de pesquisas sobre a AIDS entre indígenas, nas perspectivas biomédica, de ações em saúde e da sócio-antropologia.

A literatura é farta em relatos sobre a vulnerabilidade dos povos indígenas às epidemias mais comuns, cujo controle é relativamente fácil em outras populações. É bem conhecido como doenças tais como sarampo e gripe, levadas pelos colonizadores, quase dizimaram aldeias inteiras. Na perspectiva das ciências biomédicas, a análise publicada por Black (1994) demonstrou que a homogeneidade biológica dos povos indígenas americanos resultou em um baixo espectro de variação de anticorpos. Essa relativa falta de defesas imunológicas foi apontada como um fator responsável pela alta letalidade e mortalidade dessas populações por doenças infecto-contagiosas minimamente letais entre não-indígenas.

Essa característica nos leva a indagar sobre o impacto da AIDS sobre as populações indígenas brasileiras. Embora ainda não existam estudos publicados sobre a questão da evolução da AIDS entre indígenas, é possível inferir, diante do quadro imunológico natural e dos dados relativos à alta prevalência de problemas como a tuberculose e a desnutrição, que a AIDS tenha uma evolução mais rápida desde a fase assintomática ou latente até a fase mais grave, em que o sistema imunológico não consegue defender o organismo sequer das doenças mais simples.

Como a maioria dos casos notificados entre indígenas foram registrados após o óbito, a velocidade da evolução para as formas mais graves da doença ainda não pôde ser estudada, assim como a velocidade de disseminação entre os indivíduos. Esta última, em algumas etnias, é estimada como muito alta devido aos costumes sexuais culturalmente herdados, o que é agravado pelo pouco acesso à informação e pelas dificuldades de comunicação e de apreensão do significado de uma doença que não se revela de imediato.

Os elementos culturais diferenciados estão relacionados a dois tipos de problemas na ação em saúde. De um lado, a prestação de serviços de saúde tem se mostrado problemática devido ao despreparo dos profissionais de saúde, formados através de um modelo de medicina higienista e mecanicista, para atuar em contexto étnico diferenciado. Os elementos culturais, como costumes, crenças, linguagem,

apego às formas tradicionais de cura, têm sido apontados por esses profissionais como fatores que dificultam a abordagem das populações para promover a saúde e prevenir as doenças, assim como para o tratamento médico. A mudança comportamental, mesmo para as medidas higiênicas mais simples, a adesão a tratamentos e a adoção de comportamentos considerados adequados para a melhoria das condições de saúde são conseguidos a duras penas, mesmo quando a assistência é realizada com regularidade.

As informações veiculadas sobre o comportamento diante de casos de AIDS revelam que, apesar de informados, alguns indígenas continuam mantendo relações sexuais sem prevenção com as pessoas identificadas como portadoras do vírus — como ocorreu com os índios Tirió, do Pará (Sato, 1997). As concepções de saúde e doença e os conhecimentos tradicionais representam uma barreira para a compreensão da enfermidade. Em geral os indígenas vêm a AIDS como uma “doença dos brancos”, que não os atingirá. Entre os Terena também observamos que algumas enfermidades são consideradas problemas do mundo dos brancos, e que não os afetarão. Segundo os depoimentos dos próprios indígenas, essas doenças não têm ligação com seus costumes e não existem nas comunidades.

Em algumas etnias, conforme relatado, os indivíduos demonstram uma compreensão vaga da AIDS: consideram tratar-se de uma doença particular, pouco semelhante às demais por eles conhecidas, com efeitos e impactos não definidos, mas que provoca medo. Se analisarmos a literatura sobre as concepções das doenças entre os indígenas, poderemos ter uma imagem da quantidade de elementos simbólicos que estariam sendo agregados aos sintomas da AIDS.

As informações sobre as concepções dos indígenas sobre a tuberculose, obtidas através de profissionais de saúde que atuam entre eles, nos dão uma idéia do que pode estar acontecendo com o surgimento da AIDS nessas comunidades. O quadro clínico da tuberculose, de emagrecimento, fraqueza, dificuldades respiratórias, tristeza, faz com que considerem a doença resultado de feitiço, que só pode ou deve ser tratado, segundo os indígenas, por sua medicina tradicional, que inclui rituais xamânicos. Essa

concepção tem sido responsável pela negação em receber tratamento com medicamentos, agravando o quadro epidemiológico da tuberculose entre indígenas.

Em relação às concepções sobre a AIDS, ainda não temos dados suficientes para fazer afirmações, mas é possível cogitar que algo semelhante ocorra, fazendo-os resistir ao conhecimento e tratamento que os brancos lhes propõem através de projetos de assistência e/ou prevenção. Relatos divulgados pela imprensa evidenciaram que, apesar de os indígenas participantes de aulas sobre DSTs e AIDS e de demonstrações do uso de preservativos afirmarem que vão utilizá-los, os profissionais de saúde acostumadas ao trato com essas populações descrevem que venham a fazê-lo (Sato, 1997).

Contudo, a questão mais polêmica da epidemia da AIDS entre indígenas é como atuar diante de comportamentos sexuais específicos ou casamentos intertribais em populações reduzidas, que podem representar uma cadeia de transmissão que levaria ao extermínio de etnias inteiras. Com o advento da epidemia e os primeiros casos de AIDS entre indígenas, veio à tona essa discussão e os meios de comunicação de massa têm veiculado algumas informações.

O que é conhecido dos hábitos sexuais dos indígenas inclui comportamentos de poliginia e poliandria ritualísticos, que fazem parte das crenças e mitos (Jansen, 1999). A sexualidade é sinônimo de saúde e fertilidade, e alguns caciques se negam a admitir ligação entre doenças e/ou morte e o comportamento sexual (Boccia, 1997). Em etnias com número reduzido de representantes, o uso de preservativos poderia trazer uma redução da taxa de natalidade. Alguns antropólogos consideram problemático orientar indígenas a terem comportamento monogâmico e de fidelidade, o que já é feito pelos missionários sem muito resultado (Sato, 1997).

O tema da sexualidade das sociedades primitivas foi extensamente estudado por antropólogos, como o fizeram Bronislaw Malinowski entre os nativos das ilhas Trobriand, em Papua–Nova Guiné, Reo Fortune entre os Dobu, vizinhos daqueles, ou Margaret Mead entre os Manu na Nova Guiné, como menciona Cecília Sardenberg em

seu estudo *A menstruação numa perspectiva sócio-antropológica* (Sardenberg, 1994). A autora aponta que esses exemplos ilustram que, mesmo entre povos vizinhos e cujos *modi vivendi* são bastante semelhantes, observaram-se interpretações contrastantes, senão contraditórias, para os fenômenos ligados à biologia da reprodução e aos simbolismos dados ao sangue, menstruação e sêmen.

Tais líquidos orgânicos, que na perspectiva da AIDS são veículos do HIV, podem, na perspectiva transcultural, se mostrar associados tanto a interferências prejudiciais à saúde quanto às funções nutridoras, justificando, em algumas etnias, a crença de que a mulher grávida deva manter relações sexuais com vários parceiros para que a criança nasça saudável.

Essa questão tem despertado muitas discussões entre antropólogos e planejadores do Programa Nacional de Prevenção às DSTs e AIDS, pois os primeiros colocam a importância de respeitar os costumes de cada etnia quanto à sexualidade, enquanto os últimos preocupam-se em evitar a dizimação das populações, recorrendo a programas bem-estruturados, que visem introduzir o comportamento de uso de preservativos nas relações sexuais.

A essas contraposições rebate Pedro Chequer, ex-coordenador da CN-DST/AIDS, alegando que “não podemos deixar as aldeias serem dizimadas pela AIDS” (Jansen, 1999).

O antropólogo e médico Marcos Pellegrini, que participou de atividades de informação sobre a AIDS em diversas comunidades indígenas brasileiras, ponderou que prevenir essa enfermidade não representa ameaçar a cultura indígena, e que existem meios de orientar os índios para que compreendam a importância do uso de preservativos nas relações sexuais fora das aldeias, promovendo-lhes assim autonomia e discernimento (Jansen, 1999).

A nosso ver, a preocupação da Coordenação Nacional é bastante cabível. O quadro da epidemia em países da África subsaariana, a grande mortalidade na fase produtiva da vida, o rastro de orfandade provocado e as repercussões sociais em

situação de extrema pobreza mostram o que pode acontecer com os indígenas brasileiros.

Outro problema é que a reação dos indígenas aos casos detectados pode ser de discriminação e exclusão dos membros da comunidade identificados como portadores de HIV ou doentes de AIDS. Em algumas etnias foi observado que a família não aceita o parente soropositivo, abandonando-o à própria sorte, o que pode levar ao isolamento, suicídio ou deslocamento para o anonimato na cidade (Alonso, 1999). Em um dos casos de AIDS, foi relatado que a comunidade derrubou a casa do doente após sua morte. Existem vários relatos de queima dos objetos pertencentes a quem morre de doença atribuída a feitiço. Como a maioria dos casos de AIDS entre indígenas foi detectada nas cidades (Pompílio *et al.*, 2000), é possível inferir que esses indivíduos se deslocaram de suas aldeias em busca de tratamento para seu estado de saúde debilitado e não puderam mais voltar devido ao agravamento, mas não se pode descartar que tenham sofrido exclusão da própria comunidade.

1.4 SITUANDO NOSSO OBJETO DE ESTUDO

Apesar dos grandes avanços das estratégias de prevenção no Brasil, entre os indígenas ainda muito há o que se fazer e criar. Até 1988, as intervenções em saúde realizadas em populações indígenas estavam orientadas pelo texto constitucional que preconizava a total integração e assimilação desses povos à sociedade nacional. Embora os estudos antropológicos demonstrassem a inadequação dessa abordagem, os serviços de assistência em saúde eram baseados nos modelo biologicista e mecanicista.

Esse enfoque assimilador aplicado à ciência médica impedia qualquer tentativa de respeito aos valores culturais indígenas, a sua forma de conceber as enfermidades e de compreender o problema. Isso é agravado pela consideração de que esses aspectos são secundários e dispensáveis num país com tantas necessidades de

saúde prementes, urgentes e de alto custo.

Até 1999, a atenção à saúde indígena foi realizada de modo bastante irregular e ineficiente, por várias razões: falta de definição da competência dos cuidados da saúde, que deixava à Fundação Nacional do Índio (FUNAI) a responsabilidade pelo atendimento, mas sem proporcionar a esse órgão suficiente estrutura técnica e institucional; distância das aldeias aos postos de atendimento; falta de profissionais para atendimento regular nas comunidades; procura pelos métodos tradicionais de cura — entre outros fatores.

Após a Constituição de 1988, foram regulamentadas leis que demonstraram avanço ao considerar o Brasil como um país pluriétnico, sendo que cada etnia deve ser respeitada em suas peculiaridades, quebrando-se assim o princípio da assimilação dos povos indígenas³. Em consequência, a Lei 9 836 — a chamada Lei Arouca — instituiu em 1999 o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e estabeleceu a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) para reorientar e disciplinar a prestação de serviço de saúde a essas comunidades, respeitando as especificidades sócio-históricas e culturais de cada povo indígena, de acordo com os princípios constitucionais.

Nesse movimento, desde 2000 foram criados 34 DSEIs em 343 municípios de 25 estados. A estrutura foi posta em funcionamento em 2000, mas as ações voltadas à prevenção de DSTs e AIDS não haviam se iniciado até o final de 2001, de modo que até essa época o controle ainda cabia à Coordenação Nacional e às Coordenações Estaduais de DSTs e AIDS, que desenvolvem projetos de intervenção com ou através das OSCs.

A partir da notificação do primeiro caso de AIDS entre indígenas, em 1988,

³ A promulgação da Carta Política de 1988, em seu Artigo 5º — “Todos são iguais perante a lei sem distinção de qualquer natureza...” — e Artigo 231 — “São reconhecidos aos índios sua organização social, seus costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à união demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens” —, proporcionou a concepção de leis que consideram o Brasil um país pluriétnico. Em consequência dessa concepção, conquistou-se em 1999, através da Lei 9 836, o atendimento diferenciado aos povos indígenas, em condições de respeito aos costumes, crenças, línguas e organização social específicas a cada comunidade indígena existente no território nacional.

iniciaram-se ações pontuais e específicas para o controle da epidemia. A mudança do perfil epidemiológico da AIDS, sua interiorização, pauperização e maior feminização, bem como a precariedade da assistência de saúde aos povos indígenas, suscitaram o desenvolvimento de um plano nacional de prevenção entre essas populações. Os projetos a elas voltados passaram a ser estimulados a partir de 1995.

Como foi mencionado, os mecanismos de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS no Brasil estão organizados de forma centralizada pelo Ministério da Saúde através da CN-DST/AIDS. As ações desenvolvidas em comunidades indígenas pelas entidades da sociedade civil estão vinculadas à mesma estrutura.

Segundo informações da CN-DST/AIDS (Brasil, 2000b), no período de 1995 a 1998 foram desenvolvidos 27 projetos entre indígenas para capacitação de agentes de saúde indígenas, professores e gerentes de projetos, como exposto na Tabela 1.5. Também foram confeccionados os primeiros materiais informativos e educativos sobre DSTs e AIDS para populações indígenas: vídeos, cartilha bilíngüe e manuais para agentes multiplicadores.

TABELA 1.5 – PROJETOS DE PREVENÇÃO EM DSTs E AIDS EM PARCERIA COM ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS E INDIGENISTAS PARA FORMAÇÃO DE AGENTES MULTIPLICADORES*. BRASIL, 1995 – 1998.

Região	Projetos	População-alvo dos projetos (estimativa)	População atingida	Cobertura	Agentes treinados*
Norte	11	40 603	165 907	24,5%	792
Nordeste	2	9 600	59 481	16,2%	30
Sudeste	2	2 300	9 592	24,0%	43
Sul	5	14 315	27 942	51,2%	110
Centro-Oeste	7	30 884	62 730	49,2%	480
Brasil	27	97 702	325 652	30,0%	1 455

Fonte: Brasil, 2000b.

* Compreende agentes indígenas de saúde, professores índios e lideranças de comunidades indígenas.

Esses projetos têm sido desenvolvidos através de palestras, exposições de vídeos e distribuição de cartilhas e folhetos, assim como treinamento do uso de preservativos. Apesar de os números indicarem grande cobertura populacional, a CN-DST/AIDS avalia que alguns projetos, especialmente com os professores em escolas

indígenas, resultaram em ações pontuais e dispersas, implicando em desafio para as etapas seguintes.

Observa-se também que tais projetos desenvolvidos não têm sido analisados quanto a seu impacto e resultados nas comunidades indígenas, tanto em termos de efetividade na prevenção de DSTs e AIDS, como do respeito à diversidade cultural ou aos preceitos éticos de pesquisa em áreas indígenas.

Um dos projetos realizados entre indígenas para a prevenção de DSTs e AIDS é o Projeto Assumindo as Diferenças – Prevenção às DSTs e AIDS entre Índios Terena de Mato Grosso do Sul, desenvolvido pela ONG Interativa – Projetos e Intervenção, de Campo Grande, apresentado no Anexo 1.

Esse projeto emerge de um contexto institucional em que se questiona incisivamente a adequação metodológica dos trabalhos desenvolvidos com as populações indígenas, sobretudo quando se trata de introduzir conceitos e atitudes relacionados a uma infecção invisível, que para eles se enreda com os aspectos de sua sexualidade e com a estrutura de seus costumes, que para nós são desconhecidos ou pouco divulgados.

O quadro da epidemia de AIDS entre povos africanos e a incidência de HIV entre os índios Terena de Mato Grosso do Sul, apresentados anteriormente, nos proporcionam uma idéia do que significa a presença do vírus nas comunidades indígenas, especialmente aquelas com número reduzido de representantes ou que mantêm intenso contato com não-índios. O significado da epidemia nessas populações justifica o interesse e estímulo do Ministério da Saúde no desenvolvimento de projetos voltados à promover a prevenção, elaborados por ONGs e entidades indigenistas.

Apesar de as intervenções entre indígenas serem questionadas por antropólogos, por afetarem a estrutura cultural e provocar mudanças no comportamento sexual tradicional de algumas etnias, seus benefícios são indubitáveis, pois representam salvar vidas e evitar a extinção de grupos populacionais.

Para assegurar a qualidade e eficácia das intervenções realizadas entre

indígenas, a CN-DST/AIDS aponta, em suas diretrizes técnicas, que os projetos devem ser preparados com metodologias adequadas para tais contextos étnica e culturalmente diferenciados. Essas metodologias devem também visar o fortalecimento da participação e construção da sustentabilidade de tais projetos nas comunidades, assim como prever metodologias de avaliação de impactos e resultados através da formulação de indicadores apropriados, enfatizando a necessidade de fornecer subsídios através de pesquisas (Brasil, 2000b:24).

Recorremos ao conceito apresentado por Rubens da Costa Santos em *Reflexões sobre as Organizações da Sociedade Civil* (Santos, 2000), para definir sustentabilidade como “conjunto de condições mínimas necessárias para a continuidade do processo social desencadeado, a perenidade no contexto em que atuam”. A busca da sustentabilidade representa um desafio, pois requer a conquista da autonomia social em direção à busca de recursos humanos, financeiros e técnicos para a prestação dos serviços sociais.

Na tentativa responder a essas necessidades, a CN-DST/AIDS orienta sobre a importância de capacitar pessoas da própria comunidade — professores, agentes de saúde, lideranças — para se integrarem ao processo social e disseminarem as informações. Acredita-se que aqueles pertencentes à etnia, ou conhecedores dos costumes pela convivência estreita, podem ser veículos de informação e convencimento para o comportamento sexual mais seguro e para o desenvolvimento de mecanismos de sustentabilidade a partir das realidades locais.

Embora a CN-DST/AIDS tenha desenvolvido esforços para a regularização das ações voltadas à prevenção entre indígenas, verifica-se a inexistência de análises e avaliações sistemáticas dos projetos desenvolvidos. No contexto geral de enfrentamento da epidemia ainda são poucos os estudos voltados para a avaliação dos projetos desenvolvidos, apesar do grande investimento em pesquisas biológicas e quantidade de recursos envolvidos.

Galvão (2000) aponta que as avaliações de ações em HIV/AIDS valem-se de

indicadores representativos da mudança de hábitos, medidos através da aquisição do uso de preservativos ou da qualidade de aproveitamento de recursos em termos da relação custo-benefício. Essa autora atribui as dificuldades para avaliação, no contexto do Projeto de Controle das DSTs e AIDS, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, a três fatores principais:

- a) reduzir HIV/AIDS requer mudanças de comportamento, e o sucesso é avaliado em termos de infecções evitadas, que não podem ser medidas diretamente;
- b) implica convencer adultos a modificar comportamentos, visando evitar a possibilidade de contrair ou transmitir uma doença que é assintomática em seus estágios iniciais;
- c) a eficácia dos projetos desenvolvidos não é testada devido a sua natureza experimental.

No contexto étnico, essa dificuldade torna-se mais aguda, fazendo-se necessário desenvolver mecanismos de avaliação mais voltados a aspectos imponderáveis ou qualitativos que indiquem de que forma as populações indígenas são afetadas, de modo a avaliar os resultados através de indicadores que permitam lidar com os significados culturais, aquisição de informações e mobilização social.

A carência de informações sobre as formas de intervir em populações indígenas coloca a ação num campo obscuro, sujeitando-a a iniciativas desorientadas, cujos efeitos e impactos ainda são imprevisíveis.

A partir dos subsídios apresentados até este momento, podemos afirmar que a questão do enfrentamento da epidemia entre indígenas é bastante complexa, evidenciando essa área como um dos exemplos mais salientes da necessidade de interpenetração e inter-relacionamento de conhecimentos para uma ação mais efetiva e eficiente no combate à epidemia.

As peculiaridades culturais dos diferentes povos existentes no Brasil implicam em dificuldades adicionais, pois cada povo está organizado por correntes de

pensamentos, crenças e opiniões próprias de um grupo étnico ou mesmo aldeia específica, fazendo com que a abordagem necessite de investimento na esfera do qualitativo, do individual, do respeito às peculiaridades. Em relação à AIDS e às DSTs, é necessário o desenvolvimento de pesquisas para obter maior conhecimento sobre as representações e crenças ligadas a essas enfermidades.

Entretanto, esta é uma tarefa muito grande, pois são muitas as etnias existentes no Brasil, algumas com acesso difícil pela localização geográfica e/ou pela barreira da linguagem.

A problemática aqui apresentada deu origem à presente pesquisa, cujo escopo é fornecer subsídios a essas questões e problemas mediante a análise do desenvolvimento do Projeto Assumindo as Diferenças – Prevenção às DSTs e AIDS entre índios Terena de Mato Grosso do Sul, levando em conta sua estratégia, desenvolvimento e as contribuições da metodologia empregada.

Essas dimensões situam este estudo nas áreas da sociologia, antropologia e saúde coletiva. Podemos incluí-lo na categoria de “trabalhos estratégicos”, proposta por Minayo (1999:37): “Essas investigações habitualmente tomam um tema específico, articulam-se tanto no âmbito da antropologia como da biomedicina, buscando dar subsídio para a implementação de políticas públicas”.

A autora destaca, ainda, que esse tipo de trabalho se diferencia dos demais pelo fato de a busca de conhecimento não se limitar a laboratórios e tampouco

a estudos profundos, longos e demorados, quase sempre realizados em departamentos de antropologia, onde a geração do conhecimento, independentemente de sua repercussão, entra no âmbito do desenvolvimento de teorias e conhecimentos imprescindíveis para o avanço da disciplina. (Minayo, 1999:37)

Segundo Minayo (1999:38), podemos também considerá-lo como um dos estudos decorrentes de uma pesquisa operacional, que as instituições de ação política e assistencial desenvolvem quando “necessitam compreender os significados (ao lado dos significantes), as intencionalidades e o universo simbólico dos diferentes sujeitos com quem devem interagir, de forma a tornar sua atuação mais adequada, eficaz e

respeitadora dos universos culturais de segmentos e grupos específicos”.

As observações aqui contidas são apenas um indício das muitas questões que poderiam aparecer ou ser formuladas para estudos aprofundados da AIDS entre indígenas.

A complexidade inerente às intervenções para a prevenção de DSTs e AIDS entre indígenas implica a necessidade de estudos e análises sobre as ações já desenvolvidas, de modo a subsidiar a construção de metodologias adequadas e viáveis para cada realidade étnica.

2 DELINEANDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

A história curta, mas intensa, da epidemia de AIDS tem sido marcada por uma veloz evolução dos conceitos de referência, bem como dos paradoxos encontrados e dos paradigmas sucessivamente adotados para apreendê-la. Todos esses elementos constituem um universo significativo de modelos de conhecimento que se aplicam aos problemas de saúde coletiva, mas tendo como novidade a permanência de considerável número de incógnitas. Estas se devem não só ao fato de a enfermidade ser recente, com um processo de investigação ainda em curso, mas também à constatação de que os modelos, tanto para explicar suas causas quanto para apreender vertentes adequadas de intervenção, ainda estão sendo construídos.

Da noção de fenômeno apenas biológico e restrito a um determinado grupo populacional “de risco”, passou-se à necessidade de que os modelos teóricos viessem a incluir, num primeiro passo, elementos referentes ao estilo de vida — que evidenciam as representações simbólicas e culturais do comportamento humano — e, posteriormente, elementos sociais, econômicos e culturais, que se observou afetarem o desenvolvimento da epidemia em todo o mundo.

Verificamos que essa evolução conceitual e de modelos teóricos para abordar a AIDS está em consonância com as tendências que vêm alimentando as reflexões sobre os condicionantes do estado de saúde das populações, o que tem provocado o aporte de conhecimentos das disciplinas de sociologia, antropologia social, antropologia da saúde e educação em saúde às áreas de pesquisa em saúde.

Para incluir todos os elementos relacionados à saúde das populações, Marc Lalonde elaborou o conceito de *campo da saúde coletiva*, fornecendo elementos para a compreensão da relação dialética existente entre os componentes do processo saúde-doença e as ações de saúde. Esse conceito permite a aproximação entre fatores biológicos e ambientais, sobre os quais não se tem controle, e aqueles relacionados ao estilo de vida e organização dos serviços de saúde, estes supostamente remodeláveis,

em benefício da saúde. O autor demonstrou a utilidade da integração desses elementos nas análises do estado de saúde da população, o que representa nova postura em comparação com os modelos teóricos que focalizavam apenas parte dos elementos condicionantes do processo saúde–doença (Lalonde, 1996). Essa contribuição é oportuna por ajudar a situar de modo mais abrangente o problema da epidemia da AIDS, ao permitir que enfoques fragmentários sejam superados.

A evolução do problema da AIDS desafia os estudos da medicina que se pautam apenas pelos eventos biológicos, do desenvolvimento tecnológico ou das teorias comportamentalistas. Tal abordagem conduz a uma metodologia com resultados estanques e compartimentalizados, pois os enfoques ambientalistas deixam de levar em conta a participação da sociedade e os meios culturais.

Por conta disso e de outros subsídios, a ONU, em 2000, admitiu que a epidemia de HIV está instalada num universo contraditório que se compõe, de um lado, de um desenvolvimento tecnológico sem precedentes e, de outro, de acentuados níveis de empobrecimento e escassez de recursos financeiros, chamando assim a atenção para os condicionantes relacionados às políticas públicas e à premente necessidade da melhoria das condições de vida de cada cidadão e das comunidades.

Como informa o *Relatório do Desenvolvimento Humano 2000*, elaborado em 2000 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), “de todos os fracassos atuais dos direitos humanos, os da área econômica e social afetam de longe o maior número de pessoas, e são os mais difundidos entre os países do mundo e entre o maior número de pessoas” (PNUD, 2000:12).

A economia neoliberal é apontada por Parker (2000a) como uma das alimentadoras da vulnerabilidade coletiva ao HIV, pois o empobrecimento provocado por aquela nas sociedades vinculadas a estruturas econômicas locais se reflete no esfacelamento das estruturas sociais que lhes davam referência e na perda progressiva do poder aquisitivo, com deslocamento da condição de pobreza para a de miséria, gerando na sociedade a sensação de impossibilidade, a baixa auto-estima e o

sentimento de perda da dignidade humana.

Pierre Bourdieu, em sua obra *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*, afirma que essa aflição não somente existe e se acentua na esfera coletiva da sociedade e das instituições públicas, mas que também se revela como “sofrimento social”, no cotidiano de cada indivíduo: “(...) muitas pessoas (...) estão mergulhadas nas contradições do mundo social, vividas sob a forma de dramas pessoais” (Bourdieu, 1998:9).

Na instância das respostas sociais, as mudanças econômicas se revelam pelas dificuldades que se impõem às ações e funções ditas “sociais” dos educadores, dos cientistas e dos trabalhadores sociais, que se quedam imobilizados diante da crise estatal e da direção que a atividade política assume em todos os âmbitos da sociedade.

Esse quadro sócio-global e a pandemia do HIV estão atrelados, potencializando-se mutuamente, o que tem gerado um estado de alerta nas diversas perspectivas de análise do problema e no planejamento de políticas públicas em todo o mundo.

Autores como Mann *et al.* (1993), na obra *A AIDS no mundo*, Berer e Ray (1997), em *Mulheres e HIV/AIDS* e Parker (2000a), entre outros, têm contribuído para elucidar os mecanismos de evolução dessa epidemia e as proporções de seus impactos nas sociedades. Todos afirmam a importância dos aspectos subjetivos, psicológicos e sócio-econômicos na acelerada disseminação da AIDS, e que tais elementos devem ser levados em conta pelas instituições e comunidades que se mobilizam para enfrentá-la. Os fatores psicológicos, tanto individuais quanto coletivos, como é o caso das crenças e das representações dos valores culturais, acentuam o modo complexo de se tratar o problema da AIDS.

Se por um lado essa doença é a cada dia mais estudada, e tem requerido enorme quantidade de recursos para seu controle (Bastos e Coutinho, 1999), por outro ela se caracteriza como o evento de saúde que menos respostas positivas tem trazido a tamanho investimento científico e de recursos financeiros (Parker *et al.*, 1999). Não

obstante os esforços empreendidos pelos setores públicos e a aplicação de investimentos sociais para seu enfrentamento, caracteriza-se como um problema de saúde de difícil controle, por sua conjunção com elementos não menos complexos que a enfermidade em si: drogas, baixa escolaridade, pobreza — além da esfera não inteiramente mapeada da sexualidade humana.

No movimento que leva a essa análise, delineia-se o novo paradigma da AIDS: sua estreita e determinante vinculação com os problemas sociais e econômicos causados pelo processo de globalização vigente. A partir dessa constatação, Parker nos deixa evidente que:

(...) a intervenção em resposta ao HIV/AIDS dependerá não apenas das ações técnicas da saúde pública, mas de nossa capacidade mais ampla em contribuir para transformações sociais verdadeiramente progressistas – em um mundo no qual as transformações mais amplas que se desenrolam ao nosso redor parecem estar caminhando na direção oposta. (Parker, 2000a: 100)

Mann *et al.* (1993) e Parker (2000a) analisaram a interveniência de padrões sociológicos e antropológicos que conformam, nas áreas atingidas pela AIDS, universos epidêmicos distintos, erigidos pelas disparidades sociais, econômicas e demográficas existentes nos países. Parker (2000a:90) afirma que existem “dezenas, talvez centenas de epidemias ocorrendo em paralelo, acometendo segmentos diversos da sociedade com padrões de disseminação e velocidades variadas, dependentes de uma série de fatores”.

Essa perspectiva nos permite introduzir e dimensionar como o problema da AIDS afeta os povos indígenas brasileiros, analisando como eles foram atingidos pelas mudanças sociais e econômicas que alcançam toda a sociedade. Mantidos sob regime de tutela⁴ ao longo de séculos, os índios estiveram e ainda estão sujeitos a uma política

⁴ Luiz Felipe Bruno Lobo esclarece que o Regime de Tutela dos Índios foi instituído com o objetivo de proteger as sociedades indígenas de prejuízos resultantes da relação interétnica, pois a diferente formação ético-cultural, adquirida em meio social diverso da sociedade envolvente, os torna “relativamente incapazes” de se defender nas negociações, sobretudo econômicas, estabelecidas com membros de cultura diferente, em virtude da falta de informações sociais relativas a nosso meio. A FUNAI é o tutor legal, instituído com vistas a assistir e representar os indígenas nos atos jurídicos, conforme a Lei 5 371, de 1967, enquanto estes não puderem optar pelo exercício pleno de seus direitos civis. Entretanto, como Lobo interpreta, o estado de abandono pelo poder público impede

que os mantém dependentes da estrutura de proteção, mas que não os defende da exploração e das conseqüências negativas do modelo econômico globalizante.

A política indigenista do Brasil, que até a promulgação da Carta Política de 1988 esteve fundamentada pela concepção da necessária integração e assimilação⁵ desse segmento social aos costumes e sistema social e econômico nacionais, expôs as populações indígenas ao aviltamento, à submissão e à condição de miseráveis, levando-as a perder aos poucos suas especificidades étnicas e culturais.

Embora a Constituição Federal de 1988 e a Constituição Estadual de Mato Grosso do Sul, de 1989, tenham modificado a concepção sobre o *status* das comunidades indígenas na “sociedade nacional”⁶ — ao admitirem ser o Brasil um país pluriétnico, em que todas as etnias devem ser respeitadas em suas peculiaridades —, as mudanças apenas começam a ser vislumbradas, e de forma ainda muito inibida.

Muitos dos problemas enfrentados pelos povos indígenas brasileiros são

sua emancipação individual e/ou coletiva, que levaria à possibilidade, expressa na lei, de autogestão ou de reivindicação, por si próprios, de seus direitos sociais (Lobo, 1996).

⁵ Integração consistia, até a Carta de 1988, no ingresso das sociedades indígenas no sistema social e econômico da sociedade não-indígena, na dissolução da especificidade comunal étnica indígena e na inserção dos indivíduos na massa populacional, onde, dispersos, estariam sujeitos aos preceitos de direito comum (Lobo, 1996). Essa concepção trazia implícita a idéia da adaptação à civilização do país, ou seja, assimilação, deixando de se identificarem e serem identificados como índios. Os estudos de Oliveira demonstraram que pode haver mobilidade espacial ou social, através da “migração ou acomodação num sistema de classes de tipo urbano” dos grupos indígenas, sem que implique em perda ou desligamento da “primitiva identidade étnica” (Oliveira, 1968:11).

⁶ Para índio ou indígena tomaremos em nosso estudo a definição legal apresentada no Art. 3º, inciso I, do Estatuto do Índio (Lei 6 001, de 19 de dezembro de 1973): “É todo o indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional.” Neste artigo da lei, segundo as análises de Lobo (1996), fica expressa a identificação como indígena mesmo no caso de mestiçagem ou emancipação.

No Inciso II do Art. 3º da mesma lei define-se “comunidade indígena ou grupo tribal”: “É um conjunto de famílias ou comunidades índias, quer vivendo em estado completo de isolamento com relação a outros setores da comunhão nacional, quer em contatos intermitentes ou permanentes, sem contudo estarem neles integrados.” A análise desse autor de que a Constituição de 1988, ao determinar no Art. 231, que “são reconhecidos aos índios sua organização social”, e as contribuições da antropologia, advindas de Manuela Carneiro da Cunha e Roberto Cardoso Oliveira, estabelecem que o dinamismo da cultura não retira aos índios e suas comunidades o direito ao reconhecimento como tais, pois se existem a auto e a heteroidentificação como índios e como pertencentes a uma comunidade indígena, isso por si já justifica serem assim denominados e considerados.

semelhantes aos vividos por setores mais pobres da sociedade nacional⁷, embora com elementos agravantes: o grande número de etnias com diferentes estruturas culturais e cosmovisões, algumas com reduzido número de componentes; a situação geográfica que dificulta a assistência mas que não impede a chegada do HIV; a dificuldade de comunicação provocada pela linguagem; a falta de acesso aos meios de comunicação, e o baixíssimo grau de desenvolvimento econômico.

Esses e outros fatores, aliados ao despreparo para a relação com os não-índios, fazem os indígenas suscetíveis à exploração econômica e social. Eles sofrem por serem diferentes, por sua forma de ver o mundo conflitar com a circundante, por ainda resistirem insistindo em ser o que são – filhos da terra⁸, indo na contramão da hegemonia da lógica materialista, econômica e reducionista em vigor em nosso momento histórico.

De modo geral, podemos afirmar que a escassez de recursos econômicos, a falta de uma assistência social efetiva, de educação formal e de formação técnica, assim como o contato com os não-índios, seja por invasão de suas comunidades, seja através da “migração para o trabalho”⁹, ou para conseguir estudos e atendimento à saúde, os tornam particularmente vulneráveis ao contágio do HIV.

Em algumas etnias, os comportamentos culturais acentuam o risco de

⁷ Por “sociedade nacional” entende-se a descendência luso-brasileira e a mestiçagem decorrente das imigrações de outras nacionalidades que se integraram ao contexto geral da população brasileira, por contraste com as populações tribais autóctones aqui encontradas e seus descendentes.

⁸ Olívio Mangolin (1999:30) refere-se à ligação íntima e original dos índios Terena com a terra, vínculo que se expressa em sua autodenominação *poké e*: “Os Terena se chamam a si mesmos de ‘*poké e*’, que quer dizer terra.”. Para corroborar a afirmação da atitude integrada do indígena com a terra e em oposição à lógica exploradora da sociedade civilizada, recorremos à mensagem do chefe da Nação Seattle ao Presidente dos Estados Unidos, quando lhe foi proposta a compra de parte do território pertencente aos indígenas, em 1854: “Somos parte da terra, do mesmo modo que ela é parte de nós próprios (...) O homem branco não compreende nosso modo de vida (...) Trata sua mãe, a terra, e a seu irmão o firmamento, como objetos que se compram, se exploram e se vendem (...) Tudo quanto acontecer à terra acontecerá aos filhos da terra (...) isto sabemos: a terra não pertence aos homens; os homens pertencem à terra” (<<http://www.wviuma.org.br/chseattle.htm>>, acesso em 12 jun. 2001).

⁹ Analisando o tipo de mudança cultural decorrente da mobilização social, Roberto Cardoso de Oliveira faz uso do conceito “*labour migration*” ou migração para o trabalho, que corresponde, no caso dos índios Terena, no deslocamento para o trabalho nas destilarias de álcool e para o trabalho doméstico nas cidades e fazendas (Oliveira, 1968:132).

transmissão desse vírus. Esses indígenas, protagonistas de outra lógica, não tiveram tempo nem condições de se preparar tecnicamente — e nem mesmo imunologicamente — para o rompimento de suas fronteiras, sendo vitimizados pela desestruturação de sua sociedade e de seus costumes, pelos não-índios com suas estratégias de intervenção e exploração, e pelas doenças adquiridas nesse contato. Sujeitos ao HIV, correm o risco de ser dizimados¹⁰.

A expressão “sinergia de pragas”, que foi sugerida por Castells, citado por Parker (2000a), para descrever o quadro da AIDS entre as populações excluídas socialmente, adapta-se muito bem ao problema dessa epidemia em populações indígenas. Albert Memmi, em sua obra *Retrato do colonizado precedido pelo retrato do colonizador*, apontou que a população indígena constitui uma coletividade vitimada de todas as formas, e que consente e até se identifica com a figura do dominado, reforçando a estigmatização e a espoliação de seu mundo pela mão do dominador (Memmi, 1977).

Em linhas gerais, ao longo da última década, observa-se que as políticas públicas vêm se mobilizando para mudar o enfoque dado aos povos indígenas de modo a incluir uma atenção diferenciada que permita o respeito a seus valores e estruturas culturais, tanto na assistência à saúde quanto no fomento a seu desenvolvimento econômico.

Contudo, em termos da epidemia de AIDS, os indígenas estão em situação de extremo risco e vulnerabilidade, tornando urgente a reflexão sobre o problema e a tomada de decisões pelas instituições de saúde. A situação dos indígenas frente à epidemia torna-se preocupante, pois como demonstram as análises, uma vez instalada,

¹⁰ As etnias localizadas nas fronteiras amazônicas do Brasil com a Venezuela, onde os índios mantêm contato estreito com alguns grupos de homens brancos — garimpeiros, caminhoneiros, soldados, agricultores e assaltantes —, correm extremo risco de contaminação pelo HIV, devido à falta de uma política de prevenção e à falta da presença do Estado na região, segundo informe do historiador Victor Leonardi (Tavares, 2000). São muitas as etnias cujo número de representantes está limitado a dezenas, como os Kinikinawa, com 11 indivíduos, e os Ofaié-Xavante, com 46, e nelas o HIV, somado aos costumes sexuais peculiares traz alta probabilidade de impacto exterminador.

a epidemia assume sua própria lógica: ela surge e é alimentada pela estrutura cultural dos povos, urdindo-se com as políticas sociais e econômicas e, à medida que se desenvolve, reduzindo o leque de saídas e dificultando o encontro de soluções.¹¹

Tanto no contexto indígena quanto no da população mundial, a AIDS representa um grande desafio para os setores ligados à saúde pública e para a sociedade, talvez maior que todas as enfermidades precedentes, no que concerne à busca de medidas preventivas capazes de trazer uma resposta positiva. A crença inicial de que o HIV estaria restrito à parcela da sociedade composta pelos grupos de risco retardou a mobilização da esfera governamental, suscitando a organização da sociedade civil para seu enfrentamento. Muitas estratégias interessantes foram desenvolvidas pelas OSCs e posteriormente pelas entidades governamentais, em parcerias efetivadas sobretudo após o aporte de recursos financeiros.

Entretanto, ainda em fase de desenvolvimento, o entrelaçamento da esfera pública e social e as conseqüentes políticas para o enfrentamento da epidemia já mostram sinais de inefetividade e inadequação, comuns a programas voltados para outras questões sociais.

Cohen (1993), em *Avaliação de projetos sociais*, observa que existem defeitos tradicionais nas políticas sociais que prejudicam a qualidade dos programas em todas as instâncias de implantação. Dentre os chamados defeitos tradicionais, esse autor destaca a expansão segmentada das políticas sociais, a universalidade aparente, o benefício aos menos necessitados, a inércia ou descontinuidade, a interferência de temas e procedimentos em voga no planejamento das atividades, e a contínua criação de instituições dedicadas a enfrentar um mesmo tema.

¹¹ O impacto da epidemia na África subsaariana, que congrega 70% dos adultos e 80% das crianças que vivem com o HIV no mundo, e os efeitos na economia empresarial, com pobres perspectivas de emprego, deterioração dos serviços públicos, perda de profissionais ligados à educação e aos serviços de saúde, aliados à orfandade, ao esfacelamento das famílias causado pela perda de um adulto jovem, a falta de instrução e educação para os adultos jovens jogados a sua própria sorte, sem apoio material ou psicológico, complicam a já precária estrutura econômica e social desses países e cada vez mais reduzem as condições para o enfrentamento do problema. Estima-se a queda de 20% no PIB dos países mais pobres da África nos próximos 10 anos (ONUSIDA, 2000).

Esse mesmo problema tem sido identificado na esfera dos programas de HIV/AIDS. Embora o caráter descentralizado traga benefícios em termos de mobilização social, questionam-se os aspectos relacionados à eficácia, eficiência e efetividade das intervenções realizadas (Nemes, 2001). Os programas desenvolvidos no âmbito institucional, estadual e municipal, ou pelas OSCs, são experimentais e de caráter inovador, buscando dar conta da diversidade de questões culturais e de problemas das comunidades envolvidas no processo. No entanto, segundo Galvão (2000), essa prática, que é construída no seio das comunidades acessadas, tem se efetivado destituída de análises avaliativas sobre as metodologias e tecnologias utilizadas, bem como sobre a relação custo-benefício dos investimentos financeiros.

As pesquisas existentes no setor das políticas públicas para o controle da epidemia do HIV são ainda incipientes, mas necessárias para esclarecer de que modo esses fatores sociais, culturais, econômicos e de participação da comunidade e a tecnologia dos processos, qualidade e eficácia das ações se interferem mutuamente. A falta de controle e de metodologias de avaliação implica tanto a não aferição da relação custo-benefício, como a inadequação estratégica do serviço em relação às demandas sociais.

Cohen (1993) afirma que o modo em que programas são implantados e ofertados e o modo como os beneficiários são por eles afetados têm relação direta com a qualidade do acesso da população aos serviços. Tal acesso depende também da estrutura cultural e do engajamento em mudanças de atitudes ou de costumes tradicionalmente estabelecidos, pois tais elementos podem gerar resistências e também impedir o usufruto das ações sociais desenvolvidas nas comunidades .

No que concerne aos programas de HIV/AIDS, observa-se que a mencionada multiplicidade de elementos ligados à epidemia do HIV, a complexidade e fragmentação das respostas ao problema e a multiplicidade de enfoques e atores envolvidos criam dimensões difíceis de ser analisadas de forma abrangente. É postulado que o conhecimento de técnicas e diretrizes adequadas para os

planejamentos deve orientar o processo de intervenção, levando à elaboração de diagnósticos adequados, comunicação intersetorial e avaliações dos programas sociais, sobretudo em contextos étnicos diferenciados. Para que essas necessidades dos programas sociais sejam atendidas é necessário estabelecer uma interlocução dos setores de ativismo e ação social com a academia e as entidades de pesquisa.

Apesar do cenário polimórfico do processo de enfrentamento da epidemia, ele constitui espaço propício para a discussão da necessidade de pesquisa, pois integra imenso número de participantes dos diversos setores sociais e grande demanda de mobilização e implica em vultosa quantia de gastos públicos e de atenção da sociedade. As temáticas multiabrangentes em torno da AIDS fazem com que os estudos e análises dos programas de HIV/AIDS também representem uma contribuição para as outras áreas de programas sociais.

Nosso estudo se insere no campo da produção de conhecimento nos domínios relacionados à epidemia, e mais especificamente na prática de programas voltados à prevenção de HIV/AIDS em populações culturalmente diferenciadas. Para tal empreendimento, delimitamos as seguintes dimensões neste objeto de estudo:

- 1º) a análise da implantação do Projeto Assumindo as Diferenças, realizado nas aldeias Terena de Ipegue, Bananal e Água Branca, na Reserva Indígena de Taunay, município de Aquidauana, em Mato Grosso do Sul, em que se utilizou a metodologia do psicodrama;
- 2º) a discussão sobre alguns resultados dessa intervenção junto a essas comunidades.

Nosso interesse é poder contribuir com alguns subsídios, através deste estudo, para o Programa Nacional de Prevenção às DSTs e AIDS em comunidades etnicamente diferenciadas. É importante destacar que embora este estudo seja *a priori* caracterizado como um relato etnográfico, nossos propósitos são focalizar e dimensionar os procedimentos metodológicos de modo a explicitar a realidade destas intervenções.

A percepção do problema e objeto de estudo deste trabalho nasceu da articulação, por um lado, de pontos de vista pessoais adquiridos na trajetória do exercício da medicina, na área de saúde e sexualidade, em HIV/AIDS, na ação social e no contato com populações indígenas, e, por outro, das novas concepções da sociologia da saúde, da educação em saúde e da ação social. Destacaremos alguns aspectos históricos fundamentais para a formulação do problema e do objeto de pesquisa, apontando algumas questões e considerações sobre a saúde, cujos limites confluem.

Para Osório, essa possibilidade concreta

permeia e exige do pesquisador um domínio não só teórico e vivencial da realidade, mas um compromisso profundo de buscar respostas que saiam do reduto “formativo” e pré-determinado da realidade existencial, postulado por teóricos que contribuíram, em muito, em algumas análises sobre os diferentes fenômenos desde os gregos até nosso momento histórico-social, servindo, seja como subsídios transversais ou determinantes, mas não como elementos explicitadores dos fenômenos que nos cercam. (Osório, 2001:19)

Situar a trajetória do pesquisador parece ser um ponto importante, desde que a antropologia interpretativa demonstrou o significado do pesquisador enquanto ser histórico (Geertz, 1989). Portanto, reconhecer os fatores pessoais que nos influenciaram na concepção desta pesquisa permite ao leitor saber de onde falamos, sabendo-se que não existem pontos neutros na pesquisa social, e que a escolha por determinado problema ou grupo social, assim como a forma de olhar a sociedade e seus problemas, tal como Minayo (1998) nos coloca, deriva diretamente do histórico pessoal do pesquisador, de sua estrutura conceitual e do contato pessoal e afetivo com a realidade.

Através da participação da ONG Interativa – Projetos e Intervenção¹², a autora da presente investigação vem realizando atividades de educação popular nas áreas de saúde e sexualidade, além de atividades clínicas nas especialidades de ginecologia e obstetrícia e de homeopatia. As atividades desenvolvidas por essa

¹² A Interativa – Projetos e Intervenção é uma OSC sem fins lucrativos criada em 1986. Atua em projetos sociais de desenvolvimento comunitário, gênero, saúde e sexualidade.

instituição foram orientadas pelos princípios da participação social na aquisição de conhecimentos e habilidades, com o objetivo de fazer as pessoas envolvidas compreenderem que, além de obter conhecimentos sobre sexualidade e doenças e sobre como preveni-las, é necessária a compreensão dos fatores que condicionam o estado de saúde, tais como a relação de gênero, as condições sócio-econômicas, a educação e a mobilização e organização social, para a conquista de melhores condições de vida e exercício da cidadania.

Como consequência dessa intervenção direta junto às comunidades, a equipe da ONG Interativa se dedica à capacitação de recursos humanos e projetos de desenvolvimento comunitário. A partir de 1996, no contexto da epidemia de HIV/AIDS, parte das atividades desenvolvidas por essa organização passou a focar a prevenção das DSTs e da AIDS como tema prioritário nas atividades temáticas sobre saúde e sexualidade junto a adolescentes, mulheres e indígenas.

Através das atividades voltadas à prevenção de DSTs e AIDS entre indígenas, realizadas a partir de 1998, através do Projeto Assumindo as Diferenças – Prevenção às DSTs e AIDS entre Meninas Índias Desaldeadas, percebemos a necessidade de aprofundar os conhecimentos na área da antropologia social e de desenvolver uma metodologia mais adequada para a intervenção entre indígenas, que desse conta de privilegiar os sujeitos desse estudo e suas peculiaridades.

Esse contato despertou-nos a percepção de que o trabalho realizado entre indígenas deve estar voltado para uma dimensão que ultrapassa a noção de participação social e consciência histórica do processo saúde–doença. Verificamos que adentrar o campo étnico implica em lidar com outras formas de ver o mundo, outra lógica e modo de ser, como também em avaliar nossos próprios conceitos de existência e nossa forma de ver o mundo.

Embora os Terena vivam em meio urbano e aparentem total integração aos costumes dos não-índios, já nos primeiros contatos pudemos perceber uma dinâmica própria relacionada à sexualidade e à gravidez na adolescência, uma outra forma de

pensar ou de ser, com uma moral muito diversa daquela construída pela sociedade não-indígena. Percebemos, por trás da aparente docilidade e do intenso aspecto civilizacional da miscigenação cultural, um mundo bem diferente, ainda inexplorado e desconhecido. A ideologia da dominação, que polariza grupos sociais, não encontra ressonância na forma com que essa população concebe sua condição de exclusão e suas diferenças.

Referências à cosmovisão e comportamento dos Terena, sua religiosidade e valores morais são escassas nas obras de antropologia. Essa carência de informações, que a princípio representou uma dificuldade, contribuiu para uma atitude aberta, que permitiu uma observação das reações do grupo à metodologia implantada, influenciando os rumos da intervenção. As análises e monitoramento das atividades desenvolvidas foram demonstrando a necessidade de uma abordagem específica para o trabalho com esses grupos.

A prevenção da AIDS entre indígenas configurou-se como um campo de estudo interessante para aplicar os subsídios da socionomia das obras de Moreno *Quem sobreviverá?* (1992) e *Psicodrama* (1997) e confrontá-los com a metodologia de trabalho praticada ao longo dos anos de contato e intervenção com as populações socialmente excluídas¹³.

O conjunto teórico e técnico construído por Moreno oferece orientações sobre como trabalhar com grupos mantendo sua originalidade e, ao mesmo tempo, proporcionando a “revolução criadora”, despertando a “espontaneidade” e “criatividade”, no sentido de construir uma atitude que permita a transformação de sua realidade social e, no caso que nos interessa, a diminuição de sua vulnerabilidade e risco de exposição ao HIV.

A oportunidade, concedida pela CN-DST/AIDS, de dar continuidade nas

¹³ No período da intervenção entre índios urbanos, a autora do presente trabalho participava de um curso de pós-graduação em psicodrama, o que motivou um novo olhar para as dificuldades encontradas no contato com as populações indígenas. As análises e reflexões dos resultados obtidos nos levaram a planejar uma nova estratégia metodológica, embasada no conjunto teórico e técnico da teoria sacionômica, desenvolvida por Moreno (1992).

aldeias Terena ao Projeto Assumindo as Diferenças, no período de maio de 1999 a abril de 2000, permitiu estabelecer a nova estratégia: no planejamento das atividades nas aldeias seriam incluídos os instrumentos socionômicos, desde a fase de sensibilização da comunidade, recrutamento e treinamento de voluntários, até a fase de multiplicação, através das reuniões seqüenciais de supervisão e monitoramento.

Ocorre que no cotidiano das práticas sociais junto às comunidades a sistematização das experiências não é realizada; a prioridade é a ação, e não seu estudo. Neste caso, entretanto, pelo fato de se pôr em prática uma maneira diferente de trabalhar entre os indígenas, consideramos a importância de registrar, analisar criteriosamente e sistematizar as informações resultantes, para fazer delas um referencial concreto para os demais projetos com comunidades indígenas. Para atingir esse objetivo, a autora desta investigação viu a necessidade de realizar um processo de investigação mais metódico que aquele que a práxis de trabalho social no âmbito de uma ONG permite, o que a levou à participação no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em nível de Mestrado, da UFMS.

A motivação mais imediata para desenvolver este estudo foi a de desejar conferir um caráter científico ao trabalho desenvolvido com indígenas como forma de contribuir para a política de saúde indígena e melhoria de suas condições de vida, através da sistematização e análise de uma intervenção, testando a hipótese da adequação do psicodrama como metodologia para realizar intervenções em saúde indígena que respeitem as cosmovisões, *modi vivendi* e estruturas culturais encontradas, facilitando o diálogo intercultural.

A motivação seguinte foi sua identificação pessoal com o propósito do criador do psicodrama: “um procedimento terapêutico deve ter como objetivo toda a espécie humana”¹⁴ (Moreno, 1992:117). Para o autor, essa atitude nos permite alcançar

¹⁴ A obra de Moreno surgiu como um contraponto à psicoterapia realizada em sua época, mas ficou evidente em toda a sua obra a intenção de auxiliar na transformação da realidade social através da terapia das relações entre os indivíduos dos grupos sociais. Nesse sentido, a expressão “procedimento terapêutico” indica tanto a psicoterapia individual e a de grupos, como a psiquiatria, realizada através dos métodos sociátricos, psicodrama e sociodrama.

melhor convivência na relação de uns com os outros, tornando possível realizar um diálogo entre as pessoas e entre os grupos.

A pesquisadora parte do princípio de que é possível haver compreensão entre as partes, e que os obstáculos para tal empreendimento devem ser olhados, analisados e solucionados através da ação que integra os grupos da sociedade. Essa possibilidade lhe é almejada, no âmbito pessoal, pelo fato de ser filha de um palestino, cuja família perdeu sua terra e domicílio e teve de migrar para terras de outros. A vivência das conseqüências desse problema a sensibiliza para com a questão mais ampla dos conflitos étnicos, e lhe traz interesse pelas teorias que buscam estabelecer o diálogo humano.

A terceira motivação, mas que também tem sua origem na comunicação inter-humana, é a crença de que no exercício da medicina somos sujeitos de diferentes origens que devemos nos abrir para receber e compreender o outro em seu sofrimento e limitações, em seus significados e significantes, para poder proporcionar-lhe a “liberdade” e capacitá-lo para o exercício de seu livre arbítrio em busca de sua saúde e de melhores condições de vida, ou do que ele desejar, garantindo-lhe as condições de acesso. Aqui parte-se da concepção de que saúde é manifestada pela vontade de viver, de amar, pela possibilidade de interagir com os outros de modo assertivo e de escolher o melhor para si mesmo.

O exercício da homeopatia nos últimos quinze anos possibilitou à pesquisadora a busca pelo bem-estar não só físico, mas o equilíbrio do ser em sua totalidade, concebendo-se o ser humano como integralidade física, mental e emocional, inserido em seu contexto social. Esse princípio pode ser uma meta exequível no campo da medicina, quando se concebe uma nova forma de ver o indivíduo suscetível, e não a enfermidade, como tema principal, ao mesmo tempo em que se promove a educação da sociedade sobre suas possibilidades de transformação de seu estado de saúde e das condições que geram as enfermidades.

A partir dessas experiências e motivações pessoais, a educação em saúde

realizada no contexto das comunidades indígenas provocou algumas indagações pertinentes ao estudo proposto sobre as concepções do processo saúde–doença que orientam os programas de promoção de saúde e de prevenção de enfermidades sexualmente transmissíveis no Brasil e em Mato Grosso do Sul.

De forma geral, grande parte das enfermidades que acometem a sociedade estão no campo do comportamento humano, ou seja, no comportamento individual ou coletivo, tanto de transformação das próprias atitudes como de interferência nas condições do meio ambiente.

A educação em saúde é concebida, em nossos dias, como uma das ferramentas principais para diminuir as enfermidades que acometem o ser humano, através do convencimento da necessidade de mudança comportamental, o que só é possível quando o tomamos como sujeito da percepção dos condicionantes do estado de saúde e da construção de novas condições a partir da disseminação de informações.

O que se observa na prática é que a educação em saúde, como vem sendo feita pelos profissionais de saúde, é orientada por um modelo tradicional, em que se evidencia o poder do médico sobre o paciente, impedindo o indivíduo, muitas vezes, de ir muito longe em suas próprias conquistas. Normalmente, ele permanece cativo do conhecimento científico, na esperança de ver encerrado seu sofrimento, mas amputado em sua assertividade para a vida e para suas escolhas.

Não é ele quem decide, mas o médico que o persuade à custa de medo e alarmismo. No entanto, educá-lo realmente faz com que não dependa do médico e possa inclusive fazer outras escolhas, fugindo dos preceitos aceitos pela ciência — que na prática se revelam também mutáveis, como tem, por vezes tristemente, demonstrado a história da medicina, como no caso da talidomida. Mesmo com tão grande desenvolvimento tecnológico, ainda nos deparamos, e muitas vezes, com tais erros, pois, como expressou Foucault, “a medicina, como qualquer outra disciplina, é feita tanto de erros quanto de verdades, erros que não são resíduos ou corpos estranhos, mas que têm funções positivas, uma eficácia histórica, um papel muitas

vezes indistinto do das verdades” (Foucault, 1971). Os preceitos da promoção em saúde, propostos por Fernando Lefèvre em seu texto *Promoção de saúde, informação e tomada de decisão* (Lefèvre, 1999), mostram que é possível e necessário ir mais além do mero condicionamento:

A postura implícita na idéia de processamento não normatizador é radicalmente não autoritária já que, em conformidade com ela, não se trata para a Promoção de Saúde, em nenhum momento, de ‘educar’ mas de *informar e dialogar* com vistas à tomada ou não de uma decisão por aqueles que deveriam ser, em última instância, os tomadores de decisão, isto é a sociedade, os grupos e até mesmo os indivíduos, nos princípios das propostas de ‘consentimento esclarecido’. (Lefèvre, 1999:1)

Lefèvre coloca o acesso à informação e o exercício do diálogo em oposição ao condutivismo e à abordagem sanitária que prescreve comportamentos em tom imperativo na educação em saúde. Ele explica que:

(...) educar vem do latim *educere*, que significa conduzir: e é isto, sob forma explícita ou mascarada, que vem sendo feito no campo da saúde, com base na idéia (falsa) de que, em se tratando de saúde, a condução se justifica já que se trata de uma ‘boa causa’ (= o combate à doença). (Lefèvre, 1999:1)

Como conseqüência da postura condutivista, em que os indivíduos são mais um objeto a ser dimensionado e manipulado, a prática corrente dos programas sociais voltados para os problemas de saúde, seja das instituições não-governamentais ou governamentais, tem sido desenvolvida com postura assistencialista. Através de tais intervenções, pretende-se conquistar melhores condições de saúde para as populações, com base nos conhecimentos adquiridos dos estudos epidemiológicos, das medidas sanitárias e do desenvolvimento tecnológico da medicina.

Os grupos sociais ficam-se imobilizados, sujeitos a intempéries de toda sorte, enquanto tais recursos não os alcançam, pois o acesso e usufruto de tais recursos assistencialistas dependem de os governos priorizarem ou não tais populações em seus planejamentos. Mesmo assim, quando os grupos são atingidos pela benesses dos programas sociais, tais recursos não implicam necessariamente em reais melhorias de sua condição de saúde, por não terem sido assimilados como elementos culturais

próprios, o que os leva, logo após a intervenção, a ser deixados de lado e, aos poucos, a ser esquecidos.

O que se percebe na prática é que quando a situação de agravos à saúde depende de mudança de hábitos pessoais, ou quando a transformação social depende da consciência individual para dizer não ou para querer que as coisas sejam de outro modo, mesmo que as relações de poder não sejam de caráter ideológico, mas vivencial e cotidiano, pouco se conquista desses indivíduos. Situações aparentemente simples de serem solucionadas não o são. Falta algo. O mesmo sujeito que pegaria em foices e armas para lutar contra o dominador, recusa-se a transformar sua realidade mais simples, as pequenas coisas de seu dia-a-dia, de suas relações ou de seus hábitos.

Frente a essas constatações de cunho teórico-metodológico, surgiu a seguinte indagação: *Seria necessário, então, uma psicoterapia desses grupos como forma de convencê-los a mudar?*

Tradicionalmente, o julgamento dessa necessidade certamente partiria dos planejadores e interventores — alguém de fora, outra pessoa a determinar o que é melhor para o grupo ou para o indivíduo, conduzindo a coletividade. A persuasão, a catequização, o amedrontamento, o aliciamento têm sido as técnicas utilizadas para conquistar tais tipos de transformações. Como afirma Lefèvre:

Hoje em dia, mesmo algumas iniciativas francamente ‘participativas’ implicam, no fundo, em como vender a minha (de profissional da saúde) ‘boa’ idéia utilizando o máximo possível da terminologia e dos valores do educando que, assim, acaba participando, junto com o educador, da sua própria doutrinação. (Lefèvre, 1999:1)

Estas formas de atuação não deixam de encarar os problemas vividos pela sociedade, através de uma lógica do colonizador, destituída da compreensão da lógica do outro. É o etnocentrismo instituído na prática — a prática instituída por alguém que sabe o que é melhor para o outro.

Em contraste com essa postura condutivista e colonizadora, coloca-se o conhecimento do que é melhor para si mesmo nos agravos de saúde ou na prevenção de enfermidades, o que consistiria na percepção das dificuldades pessoais, das

circunstâncias que as desenvolvem e reforçam, da participação do contexto sócio-econômico-cultural na manutenção do problema e da percepção das estruturas que necessitam de modificação — implicando refletir sobre sua própria realidade e os elementos que a constituem, e buscar formas de agir sobre ela para modificá-la. Estamos aqui falando de *empowerment*, fortalecimento das populações. Segundo Labonte, citado por Lefèvre (1999), essa capacitação ao poder proporciona a tomada autônoma de decisões pelas populações a partir do fornecimento de informações significativas para elas, as quais são assumidas como recursos, pois podem ser vistas, sentidas e utilizadas. Então o indivíduo deixa de ser objeto, passando a ser o sujeito das mudanças necessárias.

Não se trata aqui de conferir aos sujeitos uma máscara psicologizante ou subjetivista, para ser sobreposta ao biologicismo e mecanicismo da medicina, nem de valorizar as descobertas casuais em busca de uma nova concepção da saúde e dos sujeitos. É um olhar de frente para os problemas, destituindo-os de apriorismos; comunicar-se com eles, além de suas aparências, num diálogo com sua essência. Esta é a forma de chegarmos mais perto da verdade do que há, segundo Samuel Hahnemann, em *Exposição da doutrina homeopática: o organon da arte de curar*, “digno de ser curado” (Hahnemann, 1984) na vida individual e nos problemas da sociedade.

É no mencionado universo mutável da medicina e da ciência, como um todo, que o sistema de saúde tenta melhorar os indicadores de saúde da população. A mutabilidade dos conhecimentos científicos nos configura um campo incerto, inclusive no que se refere à AIDS. As incertezas científicas, somadas às transformações sociais e às econômicas que a globalização nos apresenta, aumentando a legião de miseráveis e excluídos sociais, tornam a questão da saúde bem mais complexa.

Desde há muito, o modelo da ciência positiva não tem bastado para responder às demandas sociais e para pôr ordem no campo das realizações científicas. A procura por enfoques que respondam melhor aos problemas vivenciados na prática da prevenção e promoção da saúde motivam os pesquisadores a utilizar novas

abordagens e a incluir outras disciplinas no campo da saúde, como se observa na atualidade.

Novos pressupostos surgem e incluem elementos menos imediatamente quantificáveis, conferindo caráter distinto ao fazer pesquisa e prática orientadas pela ciência. As pesquisas, cada vez mais, incorporam e valorizam a subjetividade e buscam fazer do homem o sujeito da conquista da saúde, respondendo à ineficácia das ações nesse campo.

Esse é o empenho, entre outros ramos, da sociologia compreensiva proposta por Weber e da filosofia existencialista de Husserl a Sartre, contrapondo-se ao positivismo. Essas formas de fazer ciência desviam-se das normas mecanicistas e biologicistas, das filosofias que retiram ao homem a direção de sua vida, da hipostasia do ser diante da realidade e das propostas equivocadas das ciências práticas existentes para solucionar os problemas sociais.

Acreditamos que devam ser desenvolvidas metodologias que permitam aos indígenas tornarem-se sujeitos do processo de intervenção, rompendo os paradigmas de poder sobre o conhecimento na saúde e criando mecanismos de participação e gestão social das intervenções em saúde.

As intervenções voltadas à prevenção de AIDS e DSTs implicam em mudança comportamental e, portanto, em interferência na estrutura cultural dos povos indígenas, tornando necessária a adoção ou construção de metodologias de intervenção que sejam capazes de permitir a assimilação dos conteúdos a serem introduzidos e proporcionando liberdade e autonomia a cada indivíduo e suas comunidades para fazer escolhas.

Partindo dessas premissas, surge a seguinte indagação:

Como fazer para permitir que essas duas condições coexistam, ou seja, que os indígenas permaneçam ligados a sua estrutura cultural, respeitando-os em sua natureza, e ao mesmo tempo garantir que haja mudança comportamental para a prevenção do HIV?

Essa indagação conduz a diferentes dimensões a serem investigadas:

É possível vencer a postura condutivista e assistencialista na intervenção voltada à prevenção de DSTs e AIDS e fomentar a autonomia dos povos indígenas para o planejamento e definição das diretrizes de um processo de transformação social?

Podem os índios assumir a postura de sujeitos em suas decisões individuais e coletivas, no contexto da epidemia em sua realidade social, tornando-se conscientes e modificando seus hábitos e comportamentos sexuais?

São estas as dimensões que determinam nosso interesse nesta investigação.

2.1 OS SUPORTES TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Para embasar a metodologia empregada nesta pesquisa qualitativa, consideramos inicialmente as contribuições dos acervos filosóficos. Isso só foi possível após o exercício das considerações anteriores, em que tentamos dimensionar nossas “inquietações”, fazendo um exercício epistemológico sobre o que até então tinha sido produzido, conduzindo então às estratégias de investigação a serem adotadas.

Os modelos mais utilizados para olhar a realidade decorrem de duas formas de conhecimento polarizadas, que segundo Bourdieu (1983), na obra *Esboço para uma teoria da prática*, constituem o conhecimento objetivista e o fenomenológico. O conhecimento objetivista tem sido o mais utilizado nas ciências da saúde.

Apesar dos enfoques atuais do processo saúde–doença partirem de perspectivas sociológicas e psicológicas que podem contribuir para uma visão mais ampla dos elementos relacionados às condições de saúde da população, observa-se que, mesmo nas tentativas de valorização dos significados e das crenças da sociedade, a busca pela objetividade restringe a percepção dos fenômenos sociais envolvidos na

gênese e manutenção das condições negativas de saúde. A procura pela estruturação das práticas e representações das ações de saúde, ou seja, o conhecimento “objetivista” nas investigações, coloca o conhecimento primeiro, prático e tácito, do mundo vivido, em plano secundário. Tal forma de conhecimento, como adverte Bourdieu (1983:46), implica em uma ruptura com a natureza preliminar que engendra e orienta os fenômenos sociais.

O conhecimento fenomenológico, por sua vez, “explicita a verdade da experiência primeira do mundo social, isto é, a relação de familiaridade com o meio, apreensão do mundo social como mundo natural e evidente, sobre o qual, por definição, não se pensa e que exclui as questões das suas próprias condições de possibilidade” (Bourdieu, 1983:46).

Bourdieu propõe uma forma de conhecimento que abrange essas polaridades, integrando-as e ampliando as possibilidades de sua utilização nas ações no campo da saúde, e que nos parece adequada para utilização neste trabalho. Esse autor denomina conhecimento *praxiológico* o resultante da interação dos conhecimentos objetivista e fenomenológico. Trata-se, assim, de um conhecimento que tem como objeto tanto a interioridade (as crenças, os valores, a vivência individual) dos fenômenos sociais como a exterioridade (o contexto social, as condições econômicas, os aspectos biológicos relacionados às enfermidades), analisadas e ampliadas através das relações dialéticas entre os dois tipos de condicionantes, pelos quais tais fenômenos se atualizam e tendem a ser reproduzidos.

Dessa forma, podemos discutir as interferências de questões que ultrapassam a subjetividade e a observação dos fenômenos, enriquecendo as análises com os aspectos estruturais da cultura, da organização social e das condições de vida por que passam as comunidades estudadas.

A consideração de aspectos éticos, no processo de transmissão de conteúdos ligados à sexualidade, ao HIV e AIDS e às DSTs, referindo-se à preocupação em não causar danos, resistências ou medo, nem gerar um tipo de alarmismo prejudicial

decorrente da incorreta compreensão das informações transmitidas, especialmente na intervenção com populações indígenas, correspondem à *segunda dimensão* que orienta nosso estudo.

A questão ética na prevenção de DSTs e de HIV/AIDS tem sido discutida amplamente na literatura relacionada ao tema, ao se considerarem os resultados das intervenções nos campos da assistência e da prevenção e os enfoques das disciplinas de sociologia da saúde (Adam e Herzlich, 2001) e de antropologia da saúde (Minayo, 1998). Essa questão também tem se evidenciado em discussões realizadas nos congressos e encontros de ONGs ativistas relacionadas à epidemia de HIV/AIDS, e em várias publicações que analisam seus aspectos antropológicos, políticos, sociais e econômicos (Parker, 2000a; Parker *et al.*, 1999; Mann *et al.*, 1993; Berer e Ray, 1997). Nesses meios, tem sido discutida a importância de levar em conta as peculiaridades locais para evitar reações negativas ao tema e ao trabalho a ser desenvolvido.

A literatura relacionada à AIDS tem apontado que as informações que geram medo e alarmismo provocam reações de preconceito e discriminação, de evitamento, negação ou afastamento dos indivíduos das fontes de informação, tornando-os mais vulneráveis às conseqüências da prática do sexo não-seguro.

Galvão (2000) e Berer e Ray (1997) advertem que a negligência com a qualidade das informações e a falta de ter assegurada a completa compreensão sobre os temas e indicadores discutidos têm sido relacionadas a confusões e erros na assimilação dos conteúdos e conceitos, gerando novos comportamentos de risco e novas crenças errôneas, aumentando assim a vulnerabilidade e gerando mecanismos de preconceito e discriminação entre os integrantes da comunidade.

Essa advertência tem sua confirmação na conhecida hipótese de Freud sobre o “mal-estar na civilização”, que afirma que medidas que vão contra as concepções culturais pré-existentes nos grupos sociais, impactando as emoções, ferindo crenças e afetando a construção social de valores, geram mecanismos reativos que levam o indivíduo ou a coletividade a provocar danos a outrem ou a si (Rinaldi, 1996).

Embora essas advertências existam há muito tempo, observa-se que, em termos de educação em saúde e sexualidade, a tradição ainda persiste nas palestras informativas oferecidas em escolas sobre os aspectos biológicos e mecanismos da sexualidade e reprodução humana. Várias análises e estudos têm demonstrado que esse modelo, assim como o do alarmismo e do medo, não resultam em benefícios para a população.

A pesquisa realizada por Berquó (Brasil, 2000c) para a CN-DST/AIDS sobre o comportamento sexual em tempos de HIV demonstra que, apesar da intensa divulgação da epidemia nos meios de comunicação e do conhecimento das formas de transmissão e prevenção do HIV, a população tem se mostrado refratária a aderir ao uso do preservativo, o que demonstra que dispor de informação sobre os aspectos biológicos não determina atitudes sexuais mais seguras e adequadas.

Na tentativa de buscar outros modelos para a educação em saúde e sexualidade, a atuação das ONGs na área ofereceu, nas últimas décadas, importante aporte em termos de metodologia para desenvolver atividades formativas e educativas de modo mais interativo e abrangente, indo além do fornecimento de informações sobre os aspectos biológicos da sexualidade e reprodução.

Essas novas metodologias partem da premissa que elementos sociais, formativos, culturais e emocionais se interpõem na compreensão e aquisição de comportamentos mais seguros para o pleno exercício da sexualidade.

Embora mecanismos de controle dos aspectos éticos ainda não tenham sido desenvolvidos pelas instituições financiadoras e proponentes das ações em saúde e sexualidade, essa necessidade começa a ser detectada. Hoje, cada vez mais, tem-se apontado a necessidade de um processo participativo da comunidade para melhor garantir a redução de riscos e a conquista de reais benefícios no processo de combate à epidemia.

Por mais cuidadoso que seja o planejamento das intervenções e da criação de materiais informativos e educativos, sempre se corre o risco de ferir suscetibilidades

ao se tratar de questões que envolvem a sexualidade. E a relação entre os possíveis riscos e benefícios precisa ser sempre avaliada e considerada nos planejamentos dos projetos para a prevenção. Se as ações e intervenções em saúde e sexualidade têm provocado muita reflexão e questionamentos, entre indígenas esse problema torna-se mais agudo.

No que se refere à ética na prevenção de DSTs e AIDS em populações indígenas, em que o problema se torna mais agudo, pouco ainda foi estudado. A antropologia há muito vem debatendo as consequências de intervenções em saúde no contexto indígena, pois os impactos e efeitos da introdução de elementos alheios às culturas, por não serem previsíveis, são preocupantes. Na área de saúde e sexualidade, em que a educação em saúde envolve mudanças comportamentais fundamentais para a identidade cultural, essa preocupação torna-se mais saliente, pois implica alterar costumes e tradições.

No contexto interétnico, verificam-se as dificuldades de comunicação, as diferentes concepções de mundo, costumes, organização e estrutura social. Tais diferenças configuram um hiato cultural que torna incerto o campo para as intervenções relacionadas à prevenção de DSTs e AIDS. Assim, entre indígenas, a educação em saúde e sexualidade se edifica sobre um campo obscuro, em que símbolos e costumes permanecem pouco elucidados, tanto para os agentes da intervenção quanto para os próprios sujeitos, tornando imprevisíveis os resultados que se possam obter.

Para elucidar as questões ligadas a essa interação, recorreremos ao conceito de *cultura* utilizado por Geertz (1989) em *A interpretação das culturas*. O autor, indo além da concepção de cultura como realidade objetiva, regida por “constantes” que determinam as diferenças entre os povos, e opondo-se à “reificação” de realidades vividas que o método comparativo-descritivo permite, propõe para cultura uma nova conceituação.

Geertz assumiu a cultura como uma “teia de significados” que são

construídos em coletividade com o fim de estabelecer a “comunicação” social (Geertz, 1989:15). A cultura se evidencia através do fluxo de comportamento, “ou mais precisamente, da ação social” (Geertz, 1989:27). Utilizando esse conceito semiótico, ele ressalta que a cultura não é determinista da realidade social, mas que se trata de um “contexto” no qual esses elementos podem ser descritos de forma inteligível (Geertz, 1989:24).

Como sistema entrelaçado de signos interpretáveis (o que eu chamaria de símbolos), a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos, os comportamentos, as instituições ou os processos; ele é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível – isto é, descritos com densidade.” (Geertz, 1989:64)

A semiótica, segundo Meinhof (1996:684), no *Dicionário do pensamento social do século XX*, trata do estudo da interferência dos signos e sistemas de signos na comunicação humana, nos diversos campos das artes expressivas e ciências da cultura. Já o conceito de “semiótica social”, que nos interessa por corroborar o conceito de cultura adotado em nosso estudo, trata dos desenvolvimentos de Halliday sobre a interconexão entre a “realidade social” e a comunicação, valorizando o “papel do contexto”.

Uma realidade social (ou cultura) é ela própria um edifício de significações – uma construção semiótica. Nessa perspectiva, a linguagem é um dos sistemas semióticos que constituem uma cultura; um sistema que é distinto na medida em que também serve como sistema codificador para muitos dos outros (embora nem todos) (...) a “linguagem como semiótica social” (...) significa interpretar a linguagem dentro de um contexto sociocultural em termos semióticos — como um sistema de informação. (Halliday, *apud* Meinhof, 1996:683)

Em todo o mundo estão sendo desenvolvidos estudos propondo a adequação das intervenções no que concerne à metodologia de comunicação na educação em saúde e à ação social desenvolvida no enfrentamento dos problemas de saúde, sobretudo na epidemia de AIDS (Mann *et al.*, 1993; Ação anti-AIDS, 1998a,b; Berer e Ray, 1997). Por estar especificamente relacionada com as estratégias em populações indígenas, a questão da comunicação social foi apontada na publicação *Povos*

Indígenas e a Prevenção às DST, HIV e AIDS: manual de diretrizes técnicas, do Ministério da Saúde (Brasil, 2000b:14).

Essa questão nos remete às metodologias que orientam as intervenções para a prevenção de DSTs e AIDS em contextos étnicos diferenciados. Partimos do princípio que as intervenções realizadas em tais contextos diferenciados requerem processos de mediação.

Pierre Bourdieu desenvolveu estudos que tratam da questão da mediação entre o agente social e a sociedade. Ele esclarece que existe sempre uma relação de poder estruturada na comunicação entre os atores sociais, que por si só dificulta a comunicação aberta e criativa entre os dois interlocutores, inexistindo por isso uma interlocução propriamente dita, mas um hiato ao qual devemos estar atentos, pois “o mal-entendido parcial ou total (...) é a regra, a ilusão da compreensão imediata conduzindo a uma incompreensão” (Bourdieu, 1983:50). Complementa o autor:

A recepção (e, sem dúvida, também a emissão) depende, pois, em grande parte da estrutura de relações entre as posições objetivas dos agentes em interação na estrutura social (isto é, das relações de concorrência ou de antagonismo objetivo ou das relações de poder e de autoridade etc.), estrutura esta que comanda a forma das interações observadas numa conjuntura particular (...). (Bourdieu, 1983:53)

Essa dificuldade é acentuada em contextos étnicos diferentes. Se, ao entrarmos em contato com determinado grupo, não levarmos em conta a diferença cultural existente entre sua concepção e modo de ver as coisas e os nossos — seja em nossa própria etnia, onde também existem grupos sociais distintos, com valores diferentes, seja entre diferentes etnias —, podemos cair no erro de acreditar que todos somos iguais e que aquilo que eu transmito como mensagem será compreendido por meu interlocutor.

Bourdieu (1983:50) nos adverte que “a fé ingênua na identidade da humanidade” e a falta de outros conhecimentos sobre a cultura com a qual entramos em contato podem levar a uma forma aparentemente irrepreensível de etnocentrismo.

Ainda na função mediadora, é necessário mencionar o problema da relação

de poder existente entre as classes que dominam conhecimentos científicos e métodos e a comunidade, com seu saber local e suas formas peculiares de organização social. Observa-se que nos processos de educação ou assistência em saúde essa relação de poder impera, existindo um ser que sabe mais e um que sabe menos. Mas as diferenças existentes na relação não se restringem só à quantidade relativa de saber de cada um: operam também a desigualdade social e as diferenças sócio-econômicas e de formação, que, constituídas historicamente, se impõem, causando a distância na comunicação.

Consideramos essas advertências como grandemente oportunas para um trabalho desenvolvido entre indígenas, pois, sem a compreensão dessa limitação na comunicação humana, poderíamos comprometer profundamente os objetivos de uma investigação que se propõe a respeitar uma cultura e valorizar o saber local.

A inter-relação entre duas culturas constituídas por formas diversas, tanto aquelas expressas pelos fenômenos naturais como sociais, aliam-se às manifestações emotivas, causando um espaço lacunar de dificuldades, sobretudo quando enfrentam a compreensão do código lingüístico nas peculiaridades da linguagem nativa. Essas interações decodificadoras, no processo de comunicação, são desafios de permutas ideológicas, pois os sinais simbólicos de um povo ou de uma determinada comunidade indígena são portadores de sentidos cognitivos, que só se fazem absorver ao longo de anos de convivência.

Nessa perspectiva, as exposições esclarecedoras de Ángel Rama, em *Transculturación narrativa en América Latina*, permitem afirmar que em comunidades indígenas não é possível introduzir conceitos e conteúdos doutrinários que não sejam assimilados em seu corpo conceitual e em sua visão de mundo, de modo a alcançar “el sentido integrador de vida humana y hábitat, de cultura y naturaleza” (Rama, 1982:164). Coloca esse autor:

Más que una suerte de animismo, hay aquí una valoración precisa del papel que juegan en la vida de las comunidades los elementos físicos: es apreciación de la potencialidad del río o de la montaña, de su función em um orden natural bien conocido, del lugar que les cabe a

las plantas y a los animales como partícipes de una tarea que cumplen conjuntamente con los hombres. (Rama, 1982:164)

No processo de mediação, os conceitos só serão assimilados quando, em menor ou maior grau, puderem ser vinculados à realidade vivida, aos elementos percebidos dentro da estrutura sociológica do grupo e responderem às necessidades sentidas, sejam estas sociais, econômicas ou motivadas pelas mudanças ambientais, influenciando assim a transformação da cultura, num processo de *transculturação*.

Rama explica que a imposição positivista do modo de pensar alienígena promoveria a desculturação, se a população não reagisse através do resgate de suas fontes locais nutridoras, ao examinar a pertinência dos conteúdos recebidos. Ao contrário, segundo Rama, os conceitos que não servem ou não coadunam com os interesses e necessidades da comunidade são postos de lado, ou aproveitados se consideradas bons para a comunidade, em um processo dialético que leva à afirmação da própria identidade “a serviço do redescobrimento e reanimação do legado cultural” (Rama, 1982:123).

Portanto, a transculturação que ocorre na assimilação de conceitos novos é uma atividade voluntária, feita passo a passo, mediada, filtrada, regulada conforme seus interesses e discernimento. O que é válido e condizente com os interesses do grupo é assimilado, transformando a cultura, acrescentando e permitindo sua evolução e modernização, sem com isso perder sua identidade. Aliás, como observou Rama, a plasticidade é fundamental para garantir a auto-preservação, a continuidade do grupo e sua identidade.

Quanto à interação entre os atores sociais de diferentes contextos culturais, o que ocorre na transculturação é um processo de mestiçagem de dupla via, afetando tanto o índio quanto seu estrangeiro. Da mesma forma, o estrangeiro interessado na interação apreende, na cultura indígena, elementos que lhe provocam reflexões sobre seus próprios conceitos, úteis tanto para sua vida pessoal quanto para aprender como interagir em diferentes ambientes culturais.

De posse desses conceitos, estabelecemos a quarta dimensão que nosso estudo pretende focar – a questão dos modelos teóricos que orientam as intervenções em DSTs e AIDS.

O grande movimento de trocas de informações gerado pelas redes internacionais de informação e organizado pelas entidades envolvidas no ativismo de combate à AIDS deu origem a diversas teorias que serviram de base conceitual para as intervenções ao longo das duas primeiras décadas da epidemia, evoluindo em modelos que visavam melhorar a resposta comportamental ao risco de contrair o HIV.

A constatação mais saliente em todas as análises e pesquisas realizadas é que a mera informação, por vultosa que seja, não é suficiente para provocar a mudança necessária à proteção ao HIV.

Segundo Parker (2000b:88-96), os modelos teóricos que tentaram responder a esse problema e sustentaram as intervenções voltadas à prevenção da AIDS foram construídos a partir de duas concepções básicas: teorias cognitivo-comportamentais e teorias da influência social. O autor esclarece que as teorias cognitivo-comportamentais foram as primeiras utilizadas, quando se concebia que a possibilidade de contrair HIV estaria restrita ao comportamento adotado pelo indivíduo, partindo-se da definição de “grupos de risco” e de “comportamentos de risco” (teoria do *modelo de crenças de saúde*, baseada na teoria sócio-histórica; *teoria da auto-eficácia*, que trabalha com o treinamento da assertividade para facilitar a redução do risco diante do HIV/AIDS, e *modelo de estágios de mudança*, que propõe a intervenção nas diversas fases por que passa uma pessoa na aquisição de um comportamento mais saudável).

Todas essas abordagens teóricas, decorrentes da adaptação de elementos e *insights* de outros campos da saúde para as ações sociais ligadas à áreas da sexualidade e uso de drogas injetáveis, mostraram-se relativamente eficazes para lidar com o nível de conhecimento, com as posturas e as habilidades dos atores envolvidos. Entretanto, a experiência em diferentes comunidades em todo o mundo demonstrou a importância

de ampliar as bases de tais abordagens através da incorporação das questões sociais e culturais, consideradas fundamentais no condicionamento das respostas cognitivo-comportamentais ao HIV/AIDS e na redução da vulnerabilidade das sociedades.

Como resultado de tais reflexões, foram criadas as *teorias de influência social*, que salientam a relevância das normas e ambientes sociais no comportamento prévio e naquele adquirido em resposta ao HIV/AIDS. Dentre os modelos que podem ser incluídos nesse campo teórico, Parker aponta a *teoria do aprendizado social* e a *teoria da ação social*.

Esses modelos acrescentaram à dimensão cognitiva do comportamento de risco ao HIV questões do relacionamento entre os indivíduos no grupo, da organização social, das redes de comunicação, da cultura da comunidade. A dificuldade encontrada nessas abordagens que incluem os aspectos ambientais, culturais e sociais, segundo Parker (2000b), está na inoperabilidade de ser trabalhada em grandes grupos ou populações, no âmbito de programas nacionais, constituindo-se, portanto, numa barreira estrutural.

Quanto a ampliar o alcance e impacto das estratégias de intervenção, vários estudos indicam o valor da mobilização da comunidade, seja na forma ativista de reivindicação ou por meio de sua capacitação ao poder para a transformação de sua realidade social, por auxiliar a responder às necessidades mais imediatas identificadas pelos grupos sociais. Trabalhos que incentivam à participação comunitária em ações preventivas baseadas somente em estratégias de informação demonstraram que, apesar da evidência da aquisição de informação, não resultou um engajamento das comunidades nas ações preventivas (Chiaravalloti Neto *et al.*, 1998).

A participação da sociedade na conquista de meios mais efetivos para o controle da epidemia se dá pela capacitação das comunidades ao poder, num processo educativo que resgate os valores de cidadão, de agente de transformação da realidade vivida, tornando os indivíduos em agentes das intervenções (Mann *et al.*, 1993; Parker *et al.*, 1999; Berer e Ray, 1997). Essa mobilização inclui elementos que fortaleçam o

indivíduo, em sua identidade pessoal e social, influenciando sua auto-estima. Essas dimensões, que se encontram além dos temas informativos relacionados à AIDS, requerem a utilização de estratégias multidimensionais, que incluam os conteúdos da experiência vivida pelas famílias, grupos e diferentes segmentos da sociedade, partindo de sua própria cultura, unidade, auto-identificação e necessidades (Trad e Bastos, 1998).

Para contribuir com essa busca, e partindo do princípio que os projetos de ação social em DSTs e AIDS devem prever metodologias adequadas para lidar com as diferentes formas de ver o mundo, com o conjunto de crenças e costumes, com a organização e estrutura social de cada povo, respeitando o saber local e as tradições, de modo a realmente favorecer seu protagonismo no processo de intervenção, desenvolvemos nosso estudo investigando uma forma de abordagem social realizada através da utilização da teoria socionômica.

Entendemos que a socionomia, desenvolvida por Moreno, constitui corpo teórico e técnico que possibilita uma intervenção interétnica destituída de ótica etnocêntrica, facilitando a assimilação dos conteúdos, a compreensão do significado da epidemia do HIV para os povos indígenas, o treinamento e a mobilização dos grupamentos indígenas para atuar no combate à epidemia, reduzindo o hiato de comunicação existente entre os atores sociais — agentes de saúde e indígenas — oriundos de contextos culturais distintos.

Os procedimentos técnicos da socionomia — psicodrama e sociodrama — e as categorias de espontaneidade e criatividade introduzem no campo de atuação das ciências sociais e psicológicas a efetiva possibilidade de valorização do *ser* em sua existência, em seu mundo da vida. Consideramos que, se houve evolução nas ciências antropológicas, sociais e da saúde com a incorporação do significado, da intencionalidade e da compreensão dos fenômenos sociais, tal avanço ainda coexiste com a falta de uma reflexão sobre a aplicação prática efetiva do conceito de *ser*, em sua transcendência e plenitude de realização emocional e social.

2.2 METODOLOGIA DA PESQUISA

Consideramos que o referencial teórico-metodológico não pode ser desvinculado de outros enfoques específicos relacionados aos elementos sinérgicos atuantes na problemática da AIDS, nem das pesquisas sobre as práticas sociais realizadas para seu enfrentamento.

O recorte realizado nesse universo abrangente e ao mesmo tempo peculiar exigiu a delimitação do objeto de estudo através da caracterização do fenômeno social desencadeado pela necessidade de desenvolver ações preventivas para a epidemia de AIDS entre os indígenas.

Nosso objeto de estudo é o Projeto Assumindo as Diferenças – Prevenção às DSTs e AIDS entre Índios Terena de Mato Grosso do Sul, implementado no período de maio de 1999 a abril de 2000 nas comunidades indígenas Terena das aldeias Água Branca, Ipegue e Bananal, das Reservas Indígenas de Taunay e Ipegue, na região de Aquidauana, MS (Termo de parceria nº 914BRA59 entre UNESCO e Interativa). Tal projeto foi selecionado na concorrência aberta para as ONGs pela CN-DST/AIDS do Ministério da Saúde, no âmbito do Projeto AIDS I e AIDS II, tendo sido formulado e executado pela ONG Interativa – Projetos e Intervenção.

O formato das intervenções e a documentação existente sobre elas possibilitaram adotar o método de *estudo de caso*. Segundo Rizzini *et al.* (1999:29), “o estudo de caso é um estudo intensivo, exaustivo e profundo sobre um indivíduo, evento, instituição ou comunidade, visando estabelecer relações entre indicadores relevantes para sugerir hipóteses explicativas para um fenômeno.”

Nossa opção pelo estudo de caso veio ao encontro de nossas premissas e objetivos voltados a contribuir para as políticas públicas de saúde, sobretudo para as populações indígenas. O método adotado também se coadunou com nossa consciência

de que a tarefa de incluir todos os elementos que interferem nas ações de prevenção de DSTs e AIDS é um empreendimento impossível.

As palavras de Rizzini *et al.* (1999:29) indicam a importância desse método na investigação em populações especiais: “Este estudo geralmente proporciona subsídios para estudos posteriores, pois levanta questões ainda não pensadas, pelo fato de realizar-se em ambiente natural, onde os acontecimentos estão vivamente acontecendo sob a influência de diversos fatores.”

O fato de lidarmos com uma intervenção múltipla, visando analisar o conjunto articulado de ações e resultados das intervenções desenvolvidas em três aldeias Terena, nos permitiu enquadrar o estudo na categoria de *estudo de casos múltiplos*, formulada por Denis e Champagne (1997).

As etapas analisadas obedeceram ao processo sequencial de implantação do Projeto Assumindo as Diferenças nas comunidades indígenas. Num primeiro momento foi realizada uma análise da intervenção no contexto indígena, baseada na experiência de contato com índios urbanos sob a ótica do conjunto teórico e técnico da socionomia. Essa construção resultou na introdução dos elementos metodológicos que orientaram a estratégia nas aldeias.

Num segundo momento, analisamos o processo de implantação do projeto Assumindo as Diferenças nas aldeias Ipegue, Bananal e Água Branca, ocorrida no período de maio de 1999 a abril de 2000, considerando suas fases de implantação, a seguir descritas:

- Contatos com lideranças, sensibilização e mobilização da comunidade para as ações do projeto (maio a setembro de 1999);
- Capacitação de voluntários indígenas (31 pessoas) como agentes multiplicadores na prevenção de DSTs e AIDS (1 a 3 de outubro de 1999);
- Inserção das atividades de prevenção realizadas pelos agentes de prevenção na comunidade (outubro de 1999 a abril de 2000);

- Acompanhamento e supervisão das atividades desenvolvidas pelos agentes multiplicadores de prevenção (novembro de 1999 a abril de 2000).

Para a análise da intervenção, foi utilizada a metodologia da pesquisa qualitativa. Para Minayo (1999:10), as pesquisas qualitativas oferecem grande contribuição para o campo da saúde, pois são “aquelas capazes de incorporar a questão do *significado* e da *intencionalidade* como inerentes aos *atos*, às *relações*, e às *estruturas sociais*, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Em contraposição aos métodos positivistas, a pesquisa qualitativa adapta-se ao contexto da epidemia de AIDS entre indígenas, pois permite incluir questões mais abrangentes relacionadas ao campo da saúde, além de outras instâncias da realidade social que se interpõem no processo saúde–doença e na busca por melhores condições de vida. Segundo Minayo (1999), ela surge do reconhecimento da complexidade da realidade no campo da saúde, permeada por interações entre os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, permitindo trabalhar com a construção e vivência cultural da doença e da saúde, os valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a intervenção se dirige. As palavras da autora justificam a escolha da pesquisa qualitativa como método deste estudo:

A sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, a administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de Saúde. Dentro desse caráter peculiar está sua abrangência multidisciplinar e estratégica. (Minayo, 1999:13)

Essa linha de pesquisa é, podemos dizer, uma consequência natural da escolha do objeto de estudo – o projeto de prevenção em DSTs e AIDS realizado em populações indígenas. O processo de entrar em contato com outra cultura nos coloca diante de um contexto social cujos elementos, símbolos e significados necessitam ser, ainda que tentativamente, explorados e interpretados.

Tem-se então um adentrar no universo da antropologia social, da análise de eventos ocorridos em contexto cultural específico, fazendo da etnografia, portanto, a técnica precípua de investigação deste estudo. Etnografia, segundo Geertz (1989:15), na obra *A interpretação das culturas*, compreende: colher informações, estabelecer relações, transcrever relatos, manter um registro regular, obter dados e analisar esses dados. O esforço intelectual envolvido nessa incursão constitui uma “descrição densa”, expressão formulada por Gilbert Ryle e tomada de empréstimo por Geertz.

Para isso, devemos ter em mente, como afirma Geertz (1989:19), que “o que chamamos de nossos dados são realmente nossa própria construção das construções de outras pessoas, do que elas e seus compatriotas propõem”. Além disso, a análise consiste em “escolher entre as estruturas de significação (...) e determinar sua base social e importância” (Geertz, 1989:17).

Segundo Wilson, citado por Lüdke e André (1986), a técnica etnográfica presta-se a esse tipo de estudo sobre o comportamento humano, por basear-se em dois conjuntos de hipóteses:

- A hipótese naturalística-ecológica, que afirma ser o comportamento humano significativamente influenciado pelo contexto em que se situa. Nessa perspectiva, qualquer tipo de pesquisa que desloca o indivíduo de seu ambiente natural está negando a influência dessas forças contextuais e em consequência deixa de compreender o fenômeno estudado em sua totalidade.

- A hipótese qualitativo-fenomenológica, que determina ser quase impossível entender o comportamento humano sem tentar entender o quadro referencial dentro do qual os indivíduos interpretam seus pensamentos, sentimentos e ações. De acordo com essa perspectiva, o pesquisador deve tentar encontrar meios para compreender o significado manifesto e latente dos comportamentos dos indivíduos, ao mesmo tempo que procura manter sua visão objetiva do fenômeno (...). (Lüdke e André, 1986:15)

Geertz (1989:25) nos esclarece, ainda, que o relato etnográfico é um interpretação, feita pelo pesquisador, dos eventos, falas e comportamentos dos outros, “isto é, começamos com as nossas próprias interpretações do que pretendem nossos informantes, ou o que achamos que eles pretendem, e depois passamos a sistematizá-las” (grifo do autor).

Na perspectiva de Geertz, para a análise de eventos em contexto étnicos, partimos da experiência anterior do pesquisador para um “olhar direcionado” aos fenômenos, ao mesmo tempo que tentamos apreender “os fatos como se revelam em sua natureza”, reconstruindo os eventos através do sincretismo dos dois universos que interagem.

Dessa forma, a base teórica para a análise e interpretação dos dados obtidos foi construída a partir dos subsídios teóricos dos programas sociais, das ações em HIV/AIDS e DSTs e em educação em saúde, e através do esquema conceitual da teoria sociométrica (Moreno, 1992).

Para Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998), o fato de se contar com uma forma específica de olhar os fenômenos sociais anteriormente à coleta de dados permite identificar aspectos relevantes e relações significativas nos eventos observados. A partir da discussão de tais aspectos é possível fornecer subsídios que orientem a análise da intervenção, estudando as relações que existem entre os objetivos propostos e os meios empregados para atingi-los, assim como formular categorias e indicadores a partir dos dados de campo.

Lofland, citado por Triviños (1987), orienta-nos na delimitação do “fenômeno social”, enquanto objeto de estudo, em categorias que o constituem, a fim de dotá-lo de clareza, precisão e maior facilidade para as análises que interessam ao estudo. Assim, esse autor descreve e delimita o fenômeno social em suas categorias: as *situações*, as *atividades*, os *atos*, os *significados*, a *participação* e as *relações*.

Em nosso estudo, a *situação* foi constituída pelo foco em estudo, a unidade que se pretendeu analisar, ou seja, a implantação do Projeto Assumindo as Diferenças nas aldeias mencionadas, especialmente o processo de formação dos agentes multiplicadores indígenas de prevenção e os resultados obtidos com tal estratégia.

Com *atividades*, nos referimos ao conjunto de ações desenvolvidas em um período de tempo mais ou menos prolongado, estudadas ao longo de dias, semanas e meses. A caracterização do estudo foi realizada através da leitura do conjunto

articulado de atividades, elaborado com vistas a alcançar o objetivo do projeto — a redução da incidência das DSTs e AIDS entre os índios Terena. Como mencionamos, tais atividades foram organizadas segundo sua seqüência de implantação: fase de sensibilização e mobilização das comunidades, que incluiu apresentações de teatro; fase de capacitação de agentes multiplicadores indígenas para a prevenção de DSTs e AIDS; e fase de acompanhamento, supervisão e monitoramento das atividades desenvolvidas pelos indígenas.

Por *atos*, nos referimos a ações pontuais, limitadas a um curto espaço de tempo, medido em horas ou minutos. Na experiência desenvolvida, os atos estão representados pelos momentos em que foram utilizados procedimentos com as finalidades de: promover e esclarecer a dinâmica da interação entre os técnicos da intervenção e a população indígena; perceber como os indígenas concebem o problema das DSTs e AIDS; diagnosticar as dificuldades encontradas pelos indígenas no processo de multiplicação das informações; e auxiliar no treinamento e elaboração das estratégias metodológicas que foram utilizadas pelos indígenas que atuaram nas comunidades.

Os *significados* são representados pelas manifestações verbais das pessoas envolvidas em determinadas situações e que conferem sentido às ações que se realizaram. Em nosso estudo, tais manifestações, oriundas tanto dos indígenas envolvidos quanto dos técnicos participantes da intervenção, foram organizadas e transcritas de modo a poderem ser apreendidas pelo leitor e servirem de registro etnográfico para análises posteriores.

A *participação*, resultante da existência de envolvimento dos sujeitos ou adaptação destes à situação em estudo, corresponde ao processo interativo que se desencadeou durante a intervenção, levando à construção conjunta de atividades mais adequadas ao contexto e à integração entre planejadores, técnicos e sujeitos atingidos. Segundo Rizzini *et al.* (1999), a forma ideal de participação comunitária, a “participação transformadora”, é conquistada quando os agentes sociais tornam-se os

sujeitos da intervenção, determinando os rumos das atividades em decorrência da percepção de sua realidade vivida, da realidade social, dos problemas que os afetam, em direção à transformação de suas condições de vida. A análise da participação revelou-se um instrumento fecundo para a elaboração de indicadores de resultados em projetos que incluem a participação comunitária.

As *relações* referem-se aos encontros e intercâmbios surgidos entre os atores sociais, na situação estudada. Têm portanto características de inter-relações. A análise dos aspectos relacionais no fenômeno social estudado, com base na teoria socionômica (Moreno, 1992) proporcionou a visão de diferentes matizes da organização das comunidades que assimilaram os impactos da intervenção realizada. As inter-relações analisadas foram construídas preliminarmente entre a coordenação e as lideranças indígenas, na fase de inserção da intervenção nas comunidades; entre os técnicos responsáveis pelo desenvolvimento em cada aldeia e os membros dessas comunidades; entre os diversos segmentos comunitários existentes e os indígenas que assumiram o papel de agentes multiplicadores de prevenção de DSTs e AIDS, durante a fase de multiplicação; e, finalmente, entre os indígenas atuantes e os supervisores, durante o acompanhamento da fase de multiplicação de conhecimentos.

Dessa forma, obtivemos um formato de pesquisa qualitativa que atendeu aos pressupostos de um estudo praxiológico, como definido por Bourdieu e mencionado anteriormente neste capítulo.

Para situar a metodologia adotada nesta pesquisa qualitativa, recorreremos à contribuição de Bogdan, utilizada por Triviños (1987), para focar as características dessa classe de atividade inquisitiva.

Para Bogdan, o ambiente natural é a fonte direta dos dados que se revelam na interação com o pesquisador. Esse ambiente é constituído por elementos culturais, e dialeticamente relacionados numa realidade ampla e complexa, constituída pelos aspectos econômicos, políticos, religiosos e científicos, outorgando-se mutuamente significados essenciais à vida humana. Essa inter-relação é interpretada pelo

investigador, trazendo luz ao fenômeno social concreto estudado.

Esse constructo emerge de uma descrição impregnada dos significados ambientais, culturais e relacionais, podendo apoiar-se adicionalmente em narrativas, depoimentos, fotografias, documentos pessoais e entrevistas.

Nos moldes de uma investigação praxiológica, que integra tanto os aspectos objetivistas quanto a interioridade dos fenômenos sociais, preocupamo-nos em tornar visíveis as forças responsáveis pelo desenrolar característico do processo analisado, de modo a revelar a dinâmica da intervenção. Ao mesmo tempo que nos propusemos a descobrir indutivamente as constâncias, suas aparências e essências, buscamos também avaliar esse processo a partir de um suporte teórico — o psicodrama — que permitiu testar dedutivamente a validade do fenômeno à luz da prática social. Assim, procuramos explicar o fenômeno social aqui analisado através do processo dialético indutivo-dedutivo, com vistas a compreendê-lo em sua totalidade.

Percorremos, assim, uma dupla via: de “baixo para cima”, a partir dos dados, representações, princípios e significados, descobertos no contato com as comunidades indígenas urbanas, o que possibilitou então um percurso “de cima para baixo”, em que se aplicou o conjunto teórico e técnico do psicodrama aos sujeitos da intervenção anterior, de modo a alcançar nosso objetivo de oferecer subsídios para os programas de saúde desenvolvidos entre indígenas.

Para atingir esse objetivo, levamos em conta os dados quantitativos levantados no trabalho de campo e os obtidos através da aplicação de uma entrevista estruturada para diagnosticar o grau de conhecimento das populações sobre a AIDS, visando facilitar a visualização das informações sobre o impacto da intervenção, possibilidade prevista nos procedimentos etnográficos.

O campo empírico da pesquisa caracterizou-se pelo relato da intervenção e pela retomada dos dados dos relatórios de monitoramento e análises que haviam sido confeccionados durante todo o desenvolvimento do projeto com o objetivo diagnosticar, monitorar e avaliar continuamente o processo de intervenção e serem

apresentados à CN-DST/AIDS.

Nosso estudo consiste, assim, em uma análise *ex-post* da intervenção realizada em três comunidades. Os dados que serviram para a análise da implantação do Projeto Assumindo as Diferenças foram coletados de múltiplas formas, de acordo com as particularidades da metodologia proposta para a intervenção, o que, segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998), caracteriza a pesquisa qualitativa. Em nosso caso, os métodos de coleta de dados foram oriundos do conjunto teórico e técnico da sociologia e de outras técnicas de pesquisa social, assim especificados:

- Sociodrama e psicodrama (Moreno, 1992): as atividades do projeto desenvolveram-se através da utilização de vivências e dramatizações, direcionadas para o diagnóstico das comunidades e aos temas relativos a DSTs e AIDS, obtendo-se com elas o equivalente a entrevistas em profundidade.
- Teste sociométrico (Moreno, 1992): realizado durante todo o processo, permitiu aferir como se estabelecem as relações entre os indivíduos dos grupos sociais acessados e deles com a equipe de trabalho.
- Grupo focal (Minayo, 1999): realizado em todas as fases das intervenções com lideranças, grupos sociais existentes nas comunidades e, mensalmente, na fase de acompanhamento e supervisão, com os agentes multiplicadores capacitados.
- Diário de campo: dados da comunidade foram obtidos através de observação direta registrada em diário de campo pelos monitores, quando das visitas às comunidades.
- Observação participante: realizada em conjunto com os membros da comunidade, os monitores de grupo e a coordenação do projeto.
- Questionário para levantar os conhecimentos sobre DSTs e AIDS das comunidades: permitiu ter uma idéia do grau de informação sobre o problema, segundo sexo, faixas etárias e formação, bem como conhecer

as dificuldades de comunicação e entendimento sobre os temas relacionados.

O conjunto de técnicas adotadas para a coleta de dados, dando o caráter etnológico, sobretudo a partir da utilização das técnicas do psicodrama, priorizou a participação dos indivíduos envolvidos, resultando em um produto significativo para estes, por retratar a realidade vivida pelas comunidades.

Na última etapa da análise das intervenções, o conjunto de dados obtidos foi considerado sob diferentes abordagens possíveis, com as quais foram reconstituídos, interpretados e sistematizados, dando surgimento às categorias de análise, que, revisadas, resultaram em novos produtos e categorias, em uma elaboração dialética.

Em síntese, para realizar as análises dos elementos levantados, adotaram-se os seguintes recursos:

- leitura socionômica da intervenção no contexto indígena;
- organização e análise dos dados presentes nos relatórios das atividades desenvolvidas nas aldeias, que incluíam registros de falas e anotações e análises dos monitores;
- estudo comparativo dos dados obtidos nas três aldeias.

A análise desses dados e registros permitiu:

- formular categorias de análise a partir do caráter das condições sócio-culturais subjacentes à intervenção;
- verificar como essas condições dificultaram ou favoreceram o processo educativo e de conscientização;
- compreender como as ações do projeto interferiram ou se articularam com os aspectos da estrutura cultural pré-existente, revelando-se no grau de aceitação do programa de prevenção pelas comunidades e na conscientização individual e coletiva da necessidade de prevenção de DSTs e AIDS;
- percepção dos efeitos e impactos do projeto nas comunidades e

formulação de novas categorias de participação comunitária que possam contribuir para a confecção de indicadores.

Nesse momento consideramos pertinente esclarecer os aspectos relativos à confiabilidade, validade e objetividade desta pesquisa que se propõe a analisar a intervenção para a prevenção de DSTs e AIDS em comunidades indígenas realizada pela ONG Interativa – Projetos e Intervenção, por dois motivos: (a) a pesquisadora, membro dessa ONG, participou como planejadora e coordenadora do projeto de intervenção desenvolvido nas aldeias, implicando num duplo papel — o de pessoa envolvida internamente com a intervenção e o de analisadora de seu desenvolvimento —, e (b) o fato de a pesquisadora não pertencer às áreas de antropologia ou sociologia e estar analisando uma intervenção realizada no contexto indígena, que possui características e atributos que necessitariam de um olhar experiente e especializado.

Quanto à validade e confiabilidade — em síntese, objetividade — da análise de um processo no qual a pesquisadora esteve diretamente envolvida, esclarecemos que a socrionomia estabelece como pressuposto da pesquisa social justamente a inserção do pesquisador no grupo trabalhado como um igual, que observa de dentro do grupo os eventos revelados (Moreno, 1992).

Nesse sentido, Cohen (1993:111-113) esclarece que, apesar das dúvidas que possam existir quanto à objetividade possível de uma “avaliação interna”, a análise realizada pelos membros de uma organização interessada em identificar programas adequados para os problemas vividos pelas comunidades e encontrar alternativas de intervenção pode se mostrar mais confiável do que as análises feitas por agentes externos, que supostamente seriam melhor capacitados em métodos de avaliação, mas que, distantes das especificidades do projeto e de sua área substantiva, poderiam contribuir em menor grau para o conhecimento substantivo e o melhoramento almejado. Enfatizando os aspectos qualitativos da avaliação realizada por pessoas envolvidas nos papéis de “juiz e interessado”, o autor recorre à seguinte citação advinda da Organização Mundial de Saúde:

o próprio processo de avaliação pode ser tão importante como as conclusões às quais conduz, já que o fato de participar nesse processo permite com frequência compreender melhor as atividades que são avaliadas e enfocar de modo mais construtivo sua execução e as necessidades de ação futura. (Organização Mundial de Saúde, *apud* Cohen, 1997:112).

O segundo aspecto a ser considerado diz respeito à capacidade da pesquisadora em adentrar uma área de conhecimento correspondente à antropologia ou à sociologia e realizar uma investigação que atenda aos critérios de objetividade requeridos para o investimento científico proposto.

As referências anteriores sobre os aspectos sociológicos, biológicos e epidemiológicos da AIDS permitem situar essa intervenção realizada entre indígenas na interface dos programas sociais, da promoção à saúde e da antropologia.

O percurso que levou à realização dessa pesquisa se apóia nas discussões teórico-metodológicas empreendidas pela CN-DST/AIDS para o desenvolvimento de ação política junto às comunidades indígenas no cenário da epidemia de HIV/AIDS, e é corroborado pela convergência de experiências, contextos e processos de programas de prevenção e assistência aos problemas de saúde e sociais desencadeados pela AIDS. Nesse contexto, a antropologia tem estado presente ao oferecer respaldo intelectual às diretrizes para a prevenção de DSTs e AIDS no contexto das comunidades indígenas. Mas a prevenção da AIDS entre indígenas ainda se constitui em laboratório para a formulação de desafios teóricos e metodológicos de interesse para o debate intelectual da antropologia e campos interdisciplinares.

Desse modo, o envolvimento da pesquisadora na área de saúde, instrumentalizado com o aporte teórico advindo das contribuições do conjunto interdisciplinar que tem direcionado as reflexões e ações em HIV/AIDS entre indígenas brasileiros, permitiu as ações de pesquisa e de intervenção nessa área.

Além disso, é importante ressaltar que tal intervenção nas aldeias foi realizada através de uma metodologia que permite a emergência dos valores e da consciência cultural e a efetivação da comunicação intercultural e da participação

transformadora, rompendo os grilhões da prática assistencialista que tradicionalmente tem orientado as políticas desenvolvidas para populações indígenas.

2.3 A ÉTICA EM PESQUISA COM POPULAÇÕES INDÍGENAS

Embora esta pesquisa constitua um procedimento *ex-post*, que visa analisar os documentos e relatórios de campo de intervenções anteriormente realizadas, foi necessário seu ajuste às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisas envolvendo seres humanos, pois o presente trabalho implica exposição das comunidades indígenas em seus aspectos culturais, sociológicos e psicológicos.

Consideramos também importante esclarecer os procedimentos efetuados para atender as condições exigidas pelo Conselho Nacional de Entidades de Pesquisa (CONEP) para o desenvolvimento desta investigação, condições essas que visam assegurar a proteção dos grupos indígenas para evitar que se tornem ainda mais vulneráveis à discriminação.

A questão da ética na prevenção de DSTs e AIDS, sobretudo em populações indígenas, foi abordada anteriormente. Neste momento, serão elucidados os aspectos históricos da formulação e implantação das intervenções, o processo de aprovação pelas autoridades sanitárias e a obtenção da anuência das comunidades indígenas para o desenvolvimento das atividades de nosso estudo. Para tanto, utilizamos como orientação os preceitos da já mencionada Resolução 196/96.

Consideramos relevante esta exposição por servir também como relato de experiência sobre os procedimentos legais para contato com populações indígenas e para contribuir com a discussão dos aspectos éticos da pesquisa qualitativa com essas populações.

Recuperando um pouco a trajetória deste estudo, cabe mencionar que o

projeto de pesquisa original, apresentado para seleção ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Curso de Mestrado, da UFMS, tratava da análise da intervenção que fora realizada em aldeias indígenas na forma do Projeto Assumindo as Diferenças – Prevenção às DSTs e AIDS entre Índios Terena de Mato Grosso do Sul¹⁵. Tal intervenção fora realizada nas aldeias Bananal, Água Branca e Ipegue, da Reserva Indígena de Taunay, no município de Aquidauana, no período de maio de 1999 a abril de 2000, no âmbito do Projeto de Controle à AIDS e DSTs do Ministério da Saúde, através da CN-DST/AIDS, e selecionada por atender aos critérios estabelecidos em concorrência aberta a ONGs, sendo orientada, quando solicitado, por técnicos do Ministério da Saúde com experiência com populações indígenas.

No início da implantação e ao longo do desenvolvimento das intervenções entre as populações indígenas citadas, o monitoramento geral realizado pela CN-DST/AIDS restringia-se ao cumprimento das metas e objetivos definidos no projeto selecionado.

Considerando tratar-se de populações especiais, a CN-DST/AIDS desenvolveu, a partir de 1988, quando foram detectados os primeiros casos de HIV entre indígenas, um processo de diagnóstico do problema e das condições de risco e vulnerabilidade das populações indígenas e de definição de normas e diretrizes para as intervenções nesses grupos, reunindo entidades indigenistas governamentais e não-governamentais e organizações indígenas. Esse processo culminou em abril de 2000 com a publicação de *Povos Indígenas e a Prevenção às DST, HIV e AIDS: manual de diretrizes técnicas* (Brasil, 2000b). Esse manual de orientação foi finalizado quando as intervenções que estão sendo analisadas neste estudo já haviam sido concluídas, não havendo portanto, até aquele momento, nenhuma orientação formal relacionada aos aspectos éticos.

¹⁵ O título original do projeto apresentado à CN-DST/AIDS continha a expressão “mulheres indígenas”, mas as atividades foram desenvolvidas com toda a comunidade, incluindo homens, adolescentes e crianças. A estrutura social e cultural dos Terena e o diagnóstico sobre as formas de disseminação do HIV nas aldeias apontaram a viabilidade de uma intervenção mais abrangente nas comunidades.

Quando o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS, fomos orientados a adequá-lo às exigências da Resolução 196/96. Para efetivar essa adequação, foi necessário fazer uma série de contatos com as comunidades envolvidas, bem como solicitar autorizações da FUNAI e das entidades sanitárias. Desse modo, o esclarecimento quanto a riscos e benefícios às comunidades indígenas foi discutido em dois momentos: para as intervenções originais, voltadas à prevenção da epidemia de HIV/AIDS e das DSTs e para a realização deste estudo.

Esse empreendimento resultou na explicitação de questões e de medidas a adotar para evitar danos e reduzir riscos, que julgamos necessário discutir no processo deste estudo, pois também se referem aos propósitos de evidenciar como estas comunidades são afetadas pelas intervenções. A exposição desse processo justifica-se pelas seguintes questões:

- a) as referidas intervenções eram a fonte dos dados obtidos que seriam objeto de análise neste estudo e, possivelmente, em investigações posteriores;
- b) a exposição serve de demonstração do cumprimento às exigências estabelecidas nos parágrafos III.2 e III.3, Resolução 196/96;
- c) apresentam-se as razões para solicitar a dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido — parágrafo IV.

Inicialmente, para desenvolver pesquisas e intervenções junto a populações indígenas é necessário conhecer não só a estrutura e a legislação que regula a relação dos indígenas com a sociedade nacional, mas também as entidades governamentais e sanitárias responsáveis pelos indígenas, a hierarquia na organização social da cada aldeia e as lideranças existentes. Sempre é necessário esclarecer, a todas as instâncias, como o estudo vai interferir na vida dos indivíduos e como vai afetar as comunidades indígenas.

Contatos anteriores com as populações indígenas sul-mato-grossenses nos levaram a refletir e discutir as precauções e formas mais adequadas de promover uma intervenção voltada à educação em saúde nessas comunidades.

É importante salientar que as próprias comunidades indígenas, através de suas lideranças e da FUNAI, detêm mecanismos de controle e cerceamento à intromissão de projetos e intervenções nas aldeias e comunidades, preservando-se da possibilidade de riscos e danos. Abordar qualquer indígena, mesmo que informalmente, requer que os interessados em desenvolver atividades ou pesquisa com indígenas se dirijam às lideranças para solicitar autorização.

Assim sendo, todo o processo de contato com as comunidades afetadas pelas intervenções realizadas foi vigiado e regulado através dos contatos com as lideranças indígenas, chefes de posto, caciques e associações políticas e religiosas existentes nas aldeias e nos grupos de moradores indígenas urbanos.

Como anteriormente mencionado, as dificuldades de comunicação entre seres de diferentes contextos culturais, de diferentes grau de desenvolvimento social, e concepções de mundo mutuamente incompreensíveis tornam a questão da redução de riscos muito delicada. O hiato cultural é tão significativo que corresponde a um terreno instável, em que o pesquisador pisa inseguramente sobre elementos não mensurados. Os efeitos desse contato são imprevisíveis, a menos que se compartilhem os mesmos valores e visões.

Assim sendo, explicitamos as estratégias metodológicas que utilizamos para evitar a exposição das comunidades indígenas a riscos e danos decorrentes da intervenção. Nesse intuito, o Projeto Assumindo as Diferenças, como um todo, pode ser considerado uma experiência inovadora na investigação da adequação metodológica de intervenções entre indígenas. Foi observado que a educação em saúde, por mais participativa que seja, quando realizada com população culturalmente diferenciada sofre ação de interferências de significados pouco elucidados, podendo, a nosso ver, levar a incompreensões e trazer resultados negativos para os indivíduos e a comunidade.

Percebendo a necessidade de utilizar metodologias que acessem o imaginário, as crenças, e permitam aos próprios indivíduos perceber como tais

elementos estão estruturados e quais são suas interferências no *modus vivendi* coletivo e nas redes de comunicação social, optamos pela utilização da socionomia (Moreno, 1992) como respaldo teórico e metodológico para desencadear a conscientização desses indivíduos sobre o advento da epidemia de AIDS nas comunidades indígenas e a capacitação para buscar respostas para esse problema forjadas no seio da própria cultura pesquisada.

Os métodos psicodramático e sociodramático e as orientações teóricas da socionomia possibilitam as intervenções étnicas e o fortalecimento da cultura pesquisada, pelas seguintes razões:

- por permitirem introduzir conceitos novos, prescindindo tanto do recurso ao medo e ao alarmismo quanto da ótica etnocêntrica;
- por favorecerem a conscientização — imprescindível — sobre as próprias identidades e valores;
- por fortalecerem os indígenas como sujeitos do processo de construir conhecimento a partir de seus próprios elementos culturais e de transformar sua realidade através do resgate da espontaneidade e da criatividade.

Essa hipótese orientadora de nossa intervenção tem sua confirmação na importância do “saber local”, que tão bem aborda Geertz (2001) em sua obra *Nova luz sobre a antropologia*, e na atuação das “redes sociais” apresentada por Adam e Herzlich (2001:64) em *Sociologia da doença e da medicina*.

Partindo dessa concepção, a intervenção nas comunidades foi planejada e desenvolvida priorizando-se a formação, acompanhamento e monitoramento de agentes multiplicadores indígenas para a prevenção de DSTs e AIDS. O processo foi conduzido de forma a sensibilizar as comunidades para o problema, através do contato com as lideranças e grupos sociais existentes; de apresentação de teatro realizado por um grupo de atores indígenas da cidade de Campo Grande; e do recrutamento de voluntários para a capacitação como agentes multiplicadores. Assim, os próprios

indígenas foram capacitados para construir as formas mais adequadas de transmissão dos conteúdos, partindo de seu aporte cultural, do conhecimento de sua estrutura e organização social, e utilizando vivências que permitiram uma percepção do problema e sua realidade na comunidade, considerando-se que só eles podem aquilatar as reais condições da questão do HIV e das DSTs em suas comunidades.

O plano do Projeto Assumindo as Diferenças incluiu a previsão e execução de avaliações qualitativas e participativas permanentes, com a finalidade de monitorar e avaliar continuamente o processo, realizando as mudanças necessárias de acordo com as evidências ambientais e culturais, que foram executadas da seguinte forma:

- a) a avaliação dos riscos e benefícios da implantação do projeto foi participativa, em reuniões com as lideranças indígenas, sociais, políticas e religiosas na fase inicial da implantação do projeto;
- b) o processo de sensibilização e mobilização da comunidade para a necessidade de um trabalho voltado à prevenção de DSTs e AIDS foi organizado em conjunto, a partir da experiência e sob orientação das lideranças indígenas de cada comunidade;
- c) o recrutamento de voluntários para a capacitação como agentes multiplicadores foi realizado a partir das iniciativas espontâneas dos indígenas interessados e de algumas sugestões das lideranças, procurando-se contemplar todos os segmentos sociais, políticos e religiosos existentes em cada comunidade;
- d) durante a Oficina de Capacitação de Agentes Multiplicadores Indígenas, foi elaborado um diagnóstico das situações de vulnerabilidade e das características culturais e sociais de cada comunidade seguido de um planejamento das atividades a serem desenvolvidas pelos agentes, sendo eles próprios a definir as estratégias de sensibilização e mobilização dos grupos e transmissão de conteúdos;
- e) durante as reuniões de monitoramento e supervisão com os indígenas de

cada aldeia que desenvolveram atividades junto às comunidades, os problemas e dificuldades encontrados no contato com as comunidades foram analisados e a forma de atuação foi repensada;

- f) foi realizado compartilhamento da experiência com outras as instituições governamentais (CE-DST/AIDS e CN-DST/AIDS) e não-governamentais indigenistas que desenvolvem trabalhos afins, tanto em seminários e debates, organizados pela ONG Interativa, com o propósito de avaliar os riscos e benefícios destas intervenções, quanto em outras atividades desenvolvidas em áreas indígenas.

Trazemos a questão metodológica para esse contexto para esclarecer como as intervenções realizadas entre as populações indígenas previram uma forma de atuação que reduzisse os riscos e evitasse danos a pessoas e comunidades. Foi explicitado que os conhecimentos seriam obtidos a partir da própria realidade de vida das pessoas envolvidas, argumentando que nós, não-índios, não teríamos condições de saber qual é a verdade e o que é bom para uma etnia a que não pertencemos.

Temos um conhecimento científico que pode ser benéfico para a comunidade, mas cuja assimilação é filtrada pelo real interesse e protagonismo da própria comunidade participante. À medida que as lideranças e a comunidade foram percebendo como as atividades eram desenvolvidas, as resistências e desconfiança existentes foram cedendo espaço para a aceitação das atividades do projeto, principalmente quando observaram seus pares trabalhando por sua comunidade.

A forma de trabalhar acima descrita permitiu assegurar as medidas previstas na Resolução 196/96, parágrafo III.1, que versam sobre a “autonomia, ponderação entre riscos e benefícios, o princípio da não-maleficência e a relevância social da intervenção”. Esses aspectos foram considerados em sua abrangência mais ampla permitida pela metodologia utilizada, de acordo com os consensos mais atuais sobre as intervenções em DSTs e AIDS, já expostos.

Nossa preocupação com a questão ética também fez com que, durante o

desenvolvimento do Projeto Assumindo as Diferenças, a entidade executora, Interativa – Projetos e Intervenção, organizasse dois seminários para discutir a intervenção em populações indígenas.

O primeiro, realizado em agosto de 1999, prestou-se a reunir as entidades que desenvolviam projetos em áreas indígenas e promover um conhecimento mútuo e reflexão conjunta sobre as condições históricas e culturais dos índios Terena sul-mato-grossenses. O segundo seminário, em outubro de 1999, foi mais especificamente proposto para discutir as metodologias de intervenção em populações indígenas. Nos dois seminários, reuniram-se antropólogos, historiadores, médicos, psicanalista, psicólogos e técnicos das Secretarias Estaduais de Cultura e Saúde.

Além desses seminários, fomentamos a organização do I Encontro de Metodologias de Prevenção às DSTs e AIDS do Estado de Mato Grosso do Sul, que foi realizado pela CE-DST/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde e o Fórum de ONGs/AIDS de Mato Grosso do Sul, para discutir as formas de trabalhar com a prevenção de DSTs e AIDS nos diversos segmentos populacionais. Neste evento apresentamos a metodologia empregada e as reflexões aqui apontadas sobre o exercício da ética nas intervenções com populações especiais.

Entendemos a pertinência e relevância da questão da ética em pesquisa, sobretudo aquela envolvendo seres humanos, especialmente os indígenas, e acreditamos que essa questão deva ser cada vez mais defendida no campo científico, disseminando-se para outros campos menos controlados, como aqueles de inserção de entidades religiosas, políticas (apenas no período eleitoral) ou assistencialistas e de programas desenvolvimentistas (construção de estradas e gasoduto) em áreas indígenas. Essa preocupação está também subjacente a nossa motivação para a realização desta pesquisa, tendo provocado nossa incursão no campo das metodologias que visam a adequação das intervenções em contextos culturais diferentes do nosso.

Tal motivação nos fez buscar, no processo participativo, na utilização do psicodrama e na formação de agentes multiplicadores indígenas, maior eficácia no que

concerne ao respeito à diversidade cultural e aos valores próprios do grupo alcançado pelo projeto, resguardando assim sua forma de comunicação, costumes, atitudes estéticas, concepções religiosas, visão de mundo, organização social e estrutura política.

Desse modo, acreditamos ter evitado provocar danos, sejam físicos ou subjetivos, e não ter ameaçado seu bem-estar físico, mental e social, atendendo ao que como propõem a Resolução 196/96 e Resolução 304, de 9/8/2000, por havermos garantido os elementos para a avaliação de risco deste estudo.

No que concerne à avaliação desses riscos, consideramos que através da disseminação de informações e análises é possível contribuir para maior eficácia de projetos de prevenção de DSTs e AIDS entre indígenas e de formação de agentes multiplicadores. As informações que foram analisadas neste estudo são decorrentes de observação direta, observação participativa, depoimentos, relatórios de monitoramento e avaliação realizados de modo participativo. Tais dados são de extrema relevância para atingir os objetivos propostos.

Visando assegurar a proteção às comunidades acessadas, procuramos tomar cuidado para evitar a exposição de pessoas, da comunidade, de situações que pudessem vir a causar estigma e discriminação. Assim, as referências a indivíduos, opiniões e depoimentos foram tratadas de forma a não evidenciar os sujeitos, retratando o discurso de forma anônima e generalista, preservando-se o sigilo pessoal.

Também foram empreendidos esforços para evitar “prejuízos previsíveis” para pessoas e comunidades, considerando-se a susceptibilidade e vulnerabilidade dos indígenas já vítimas de discriminação e exploração traumatizantes no processo de colonização — situações que persistem ainda hoje. Mesmo assim, consideramos a possibilidade de qualquer pessoa ou comunidade sentir-se afetada negativamente pelas conclusões do projeto, por razões impossíveis de prever.

A anuência para o desenvolvimento desta pesquisa foi obtida, após esclarecidos esses procedimentos, da Administração Regional da FUNAI-MS ao

iniciarmos o processo de regularização em observância aos princípios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Instrução Normativa 001/PRESI, de 29/11/95, da FUNAI, da Resolução 196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, e da Resolução 304 — estas duas últimas do Conselho Nacional de Saúde.

A diretoria da FUNAI-MS realizou uma reunião com as lideranças indígenas das aldeias em que o projeto fora implementado para obter esclarecimentos e opiniões a respeito das atividades ali desenvolvidas. As lideranças declararam sua anuência e seu interesse no prosseguimento das atividades de intervenção e pesquisa propostas, por considerarem-nas de relevância para sua comunidade.

Nos termos do Ofício 319/GAB/01 da Administração Executiva Regional de Campo Grande da FUNAI, “o Projeto em questão tem a anuência dos Líderes Indígenas, que, após se reunirem para discutir o referido Projeto, optaram pela continuidade da pesquisa em suas aldeias por acharem-na de grande importância para suas vidas.”

O próximo capítulo tratará de um confronto vivido na interação entre duas culturas. De um lado estava um grupo de pessoas prontas para desenvolver um projeto de intervenção para a prevenção de DSTs e AIDS e de outro um grupo de pessoas auto-identificadas como indígenas, embora aparentassem integração aos costumes e modo de viver da sociedade envolvente. Dessa confrontação surgiram a percepção das diferenças mútuas e as indagações que implicaram na busca da maneira adequada de intervir sem causar danos — ao contrário, auxiliando essas pessoas a melhorarem suas condições de vida. Para que esta não se tornasse mais uma interação etnocentricamente enviesada, em que o mais fraco saísse perdendo, era preciso assumir as diferenças.

3 ASSUMINDO AS DIFERENÇAS CULTURAIS: PRÁTICAS SOCIAIS NO CONTEXTO CULTURAL INDÍGENA

Fatos como a crescente marginalização das minorias étnicas, das mulheres e crianças dos segmentos mais empobrecidos da sociedade e o achatamento das oportunidades de crescimento individual e coletivo das pequenas sociedades, que ainda insistem em preservar suas formas tradicionais de produção e organização, são indicativos da iminente falência das sociedades se algo não for feito para impedir a exacerbação das desigualdades e se não for resgatado o compromisso mundial com o desenvolvimento de todos os segmentos sociais.

Richard Parker, em seu artigo *Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos* (Parker, 2000a), demonstrou a sinergia dos elementos responsáveis pelas desigualdades sociais com a epidemia de AIDS.

Aliada às dificuldades de desenvolvimento sócio-econômico está a discriminação dos segregados e dos diferentes. O relatório *Desenvolvimento Humano 2000* (PNUD, 2000), aponta que, apesar do progresso nos direitos humanos conquistado no século XX, a discriminação de sexo, raça, etnia, nacionalidade e religião ainda vigora em todos os países, lesando as sociedades em suas diversidades culturais, em sua esperança de vida e liberdade de expressão, no desenvolvimento do potencial humano de cada um e na possibilidade de participar em processos de tomada de decisões e de formar associações.

No Brasil e no mundo, acontecimentos recentes confirmam a permanência da intolerância a costumes e crenças, a religiões e formas de organização social, a etnias e raças. Os conflitos pela terra entre fazendeiros e indígenas registrados em Mato Grosso do Sul e pelo menos um homicídio de indígena que chegou a ser amplamente divulgado pelos meios de comunicação são exemplos mais salientes dessa discriminação étnica, em que a forma de expressão e de sobrevivência particulares não são entendidas e sequer respeitadas.

Outras situações de desrespeito são menos evidentes por termos nos acostumado à forma tradicional de atuar entre as minorias étnicas. É bem conhecido como a tradição do tratamento aos povos indígenas pautou-se pela imposição de noções e valores alheios a suas formas de pensar, forçando-os a uma assimilação e integração aos costumes da sociedade nacional, como as ocorridas na catequização e no processo de desenvolvimento e expansão de fronteiras nacionais, ao longo desses séculos de colonização. O rompimento à força das fronteiras culturais causou o genocídio ou, no mínimo, a marginalização dos indígenas brasileiros em aldeamentos sem condições de subsistência, ou nas periferias das cidades, em estado de miseráveis. Essas condições de vida dos indígenas brasileiros, aliadas à falta de perspectivas para seu desenvolvimento sócio-econômico, geraram um processo contínuo de extinção de culturas, observada na perda dos valores tradicionais indígenas.

A reversão desse processo poderia ser conquistada através das práticas sociais, desde que num contexto que admitisse as diferenças. A relação entre os membros de diferentes culturas é um desafio que vai além da consolidação de melhores condições de vida e do resgate da cidadania de indivíduos que mal puderam exercê-la alguma vez.

Na verdade, as ações sociais efetivadas através da comunicação e da interação entre culturas cairão na esterilidade se nos restringirmos aos elementos cognitivos e nos desligarmos da emoção e da percepção do outro como alguém que tem algo a dizer, que quer se expressar a seu modo e que para isso não cede em seus princípios, não abrindo mão de seu modo de ser e viver, apesar das adversidades que enfrenta. Podemos ofertar-lhe tudo o que necessita, mas, se não olharmos a diferença e dialogarmos com ela, não terá havido o encontro necessário para fazer emergir os significados, ao lado dos significantes, que redimensionam a prática social e seus resultados. É preciso, como apontara o filósofo Martin Buber, olhar para o outro com um EU-TU em vez de um EU-ISSO, ou seja, deixar de ver os outros como “coisas” que necessitam de transformação (Buber, 1974).

Nessa perspectiva, o Projeto Assumindo as Diferenças – Prevenção às DSTs e AIDS entre Índios Terena de Mato Grosso do Sul, que objetivava promover a prevenção à AIDS nessas populações, teve seu melhor resultado ao demonstrar que as melhores técnicas não mudam a realidade indígena se não houver a promoção de um real protagonismo dos indivíduos e das comunidades.

Seu título, “Assumindo as Diferenças”, que fora escolhido por redimensionar a práxis intercultural e interétnica, no sentido de passar a aceitar as singularidades de índios já em considerável grau de aculturação, demonstrou que o “assumir as diferenças” necessitava ser ainda mais profundo do que trabalhar com o tema da sexualidade ou ensinar-lhes os conceitos biológicos e as condutas de prevenção. Isso, por si só, já apontava que esse projeto ultrapassava os limites propostos pelo Ministério da Saúde quando se referia à prevenção de DSTs e AIDS.

Para situar nosso objeto de estudo no processo histórico que o originou, vamos explicitar algumas condições, questionamentos e resultados que haviam surgido no contato com comunidades indígenas urbanas, no período de julho de 1997 a junho de 1998, que antecedeu a intervenção analisada no presente estudo.

O Projeto Assumindo as Diferenças partiu de uma iniciativa institucional frente à demanda definida pelas instâncias governamentais e entidades indigenistas para combater a disseminação da AIDS em populações indígenas. Estimou-se a alta vulnerabilidade dessas populações ao se constatar a expansão da epidemia de HIV como semelhante àquela verificada nas populações mais pobres situadas nas regiões mais interioranas do país, com progressivo índice de acometimento de mulheres (Brasil, 2000a). À notória pauperização, interiorização e feminização da epidemia de HIV, somou-se a descoberta dos primeiros casos de AIDS em comunidades indígenas que eram quase inacessíveis ao contato com não-índios.

Os primeiros dados sobre o acometimento das comunidades indígenas, provocaram a priorização, por parte da CN-DST/AIDS, dessas comunidades no que tange ao financiamento de projetos da sociedade civil voltados à redução da incidência

de HIV/AIDS e DSTs em grupos indígenas.

O Projeto Assumindo as Diferenças teve início na cidade de Campo Grande no ano de 1998, em duas comunidades indígenas urbanas, situadas nos bairros Guanandi e Desbarrancado, originalmente delimitando as adolescentes dessas comunidades como população-alvo. Seu propósito era o de diagnosticar as concepções e os problemas vivenciados pelos indígenas e conhecer sua estrutura social e costumes para fundamentar o desenvolvimento de uma estratégia metodológica para a prevenção de DSTs e AIDS a partir dos subsídios apresentados no contato interétnico.

A definição de trabalho com a etnia Terena decorreu de vários fatores. O principal foi a percepção de que os grupos indígenas Terena localizados nas cidades e em aldeias próximas ao meio urbano encontravam-se em intenso grau de miscigenação étnica e cultural, decorrente de casamentos interétnicos e de assimilação dos comportamentos da sociedade regional, com elevado índice da gravidez na adolescência, o que significava o despreparo para o enfrentamento das DSTs contraídas no contato com os não-índios. Em segundo lugar, levou-se em conta o contato há muitos anos estabelecido com índios Terena do estado, sobretudo as mulheres, através das atividades da ONG Interativa – Projetos e Intervenção, nos movimentos sociais e no Movimento Popular de Mulheres.

Essas circunstâncias levaram à definição de uma pesquisa-ação entre índios urbanos, o que foi realizado através de reuniões com as adolescentes indígenas para discutir saúde e sexualidade e a prevenção de DSTs e AIDS e também através da formação de um grupo de teatro com membros da comunidade. A metodologia da intervenção foi orientada pelo método da pesquisa participante, incluindo dinâmicas de grupo, palestras, exibições de vídeos e discussões em grupo.

Os resultados dessa intervenção entre índios urbanos corroboraram a importância de se desenvolver uma metodologia especial para os povos indígenas, pois verificou-se que as jovens indígenas:

- a) apesar da aparência de adaptação aos costumes e modo de viver da

- sociedade regional, conservavam sua estrutura social e simbólica peculiares, mantendo inclusive a comunicação em seu idioma nativo;
- b) demonstraram a existência de valores e costumes específicos em relação à moral sexual, em comparação com os grupos de adolescentes não-índios¹⁶;
 - c) pareciam não compreender ou não se interessar pelos temas ligados às DSTs e ficavam distantes da tomada de consciência sobre os assuntos abordados, em contraste com o que observáramos em grupos de adolescentes não-índios;
 - d) tinham dificuldade em associar alguma doença ao sexo, atitude normalmente observada em grupos sociais pouco instruídos, e que nesse contexto indígena se mostrava acentuada.

No Quadro 3.1 apresentamos uma comparação das características culturais registradas referentes aos adolescentes índios e não-índios.

As respostas às atividades demonstraram que os integrantes do grupo não manifestavam compreensão dos objetivos das reuniões de que participavam, nem uma sensibilização ou conscientização quanto aos problemas relacionados a sua vulnerabilidade ao contágio do HIV, tornando praticamente impossível desenvolver um terreno propício para a adoção de novos hábitos, como o uso de preservativos, ou a mudança de comportamento social e sexual para um tipo de sexo mais seguro.

Dessas considerações surgiram os primeiros enfrentamentos instigantes, dada a complexa diversidade cultural e os vínculos étnicos enraizados no cotidiano. Os resultados da intervenção com índios urbanos suscitaram um questionamento sobre a

¹⁶ A gravidez precoce não aparentava ser um problema, pois a gravidez nessa fase de suas vidas é naturalmente aceita, e considerada motivo de alegria. O encontro sexual não é limitado por preocupações com compromisso ou moralidade. As dinâmicas de grupo evidenciaram que se permitem ao relacionamento sexual sem a necessidade de flertes ou sedução. Sexo e gravidez na adolescência representam saúde e fertilidade. Diante desses comportamentos e dessa outra moral evidenciada, algumas informações obtidas em meios informais sobre a suposta prostituição de jovens indígenas podem indicar não se tratar da conhecida prática de ter relações em troca de dinheiro, mas de um tipo de namoro normal para a faixa etária da cultura, que em meio citadino é feita também com não-índios.

efetiva possibilidade de implantar um programa de prevenção às DSTs e AIDS que pudesse introduzir uma mudança comportamental e, ao mesmo tempo, preservar seus aspectos culturais, resultando em uma transformação que lhes fosse benéfica. Frente a essas dificuldades, nosso trabalho investigativo constituía uma nova demanda, pois demonstrava a necessidade de uma forma diferenciada para atuar, orientada pela não-imposição de noções e valores alheios ao povo pesquisado e pela intenção de não forçar os limites da identidade étnica.

QUADRO 3.1 — COMPARAÇÃO DO DESEMPENHO DE ADOLESCENTES INDÍGENAS E NÃO-INDÍGENAS EM RELAÇÃO AOS TEMAS ABORDADOS DURANTE A REALIZAÇÃO DE GRUPOS DE SAÚDE E SEXUALIDADE

TEMAS ABORDADOS	ADOLESCENTES NÃO-INDÍGENAS	ADOLESCENTES INDÍGENAS
Informações sobre sexualidade e mecanismos da reprodução	Todas obtêm informações nas escolas e se comunicam bem sobre os temas.	Todas estudam em escolas públicas, mas não se expressam sobre os temas. Nada comentam e não é possível saber o que apreenderam.
Namoro, "ficar", paquera	Algumas já namoram ou "ficam", outras mostram-se dedicadas aos estudos ou trabalho, outras se definem claramente em um namoro de longo tempo.	Pouco falam sobre o namoro ou o tipo de relacionamento que costumam ter. Não revelam se namoram, se "ficam", se o fazem com um ou mais parceiros. Algumas revelaram já ter tido relações sexuais.
Utilização de métodos contraceptivos	Raramente utilizam qualquer método contraceptivo. Esperam dos homens a iniciativa. Sentem vergonha em falar do assunto com os homens. Não querem parecer "galinhas" ou "oferecidas" ao abordarem o assunto.	Demonstram conhecimento dos métodos contraceptivos. Alegam ser falta de responsabilidade não utilizar método contraceptivo, mas não explicam por que não o utilizam.
Gravidez na adolescência	Algo temido, que prejudicaria suas vidas, seu futuro, atrapalhando sua juventude.	Gravidez é maravilhosa. Não demonstraram medo de engravidar. Algumas participantes tiveram filhos de parceiros diferentes.
Permissão dos pais para participação de grupos de sexualidade	Pais se interessam na frequência das jovens neste tipo de trabalho.	Caciques relutam em permitir o acesso aos trabalhos e impõem a presença de uma mulher adulta para acompanhar as atividades.
Moral familiar quanto à sexualidade	As famílias não aceitam que a jovem se relacione sexualmente. Ameaças de expulsão de casa.	As mães solteiras moram com a família sem conflito aparente. Nenhum dado mais esclarecedor. Todos auxiliam no cuidado das crianças.

Fonte: SCAFFI, 2000.¹⁷

O desafio que se apresentou foi o de se formular uma estratégia

¹⁷ Este trabalho, intitulado *Socionomia na prevenção à AIDS com indígenas*, foi classificado em terceiro lugar no concurso II Prêmio FEBRAP de Melhor Escrito Psicodramático, XII Congresso Brasileiro de Psicodrama, Águas de São Pedro, SP, 2000.

metodológica que proporcionasse *a percepção do problema da AIDS, do contexto no qual ela se instalava — sua realidade social, econômica e cultural —, de modo a fazer despertar o potencial dessas comunidades para uma “revolução criadora” que nascesse no seio da comunidade, através do resgate da autodeterminação, da espontaneidade e da criatividade*. Essa capacidade chamamos de *conscientização*. A complexidade da proposta demonstrou requerer estratégias e instrumentos de intervenção que ultrapassassem as limitações apresentadas pela pesquisa participante, pelas dinâmicas de grupo e pelas palestras oferecidas a populações indígenas.

Dentre as técnicas utilizadas na intervenção com os índios urbanos, percebemos que a estratégia do teatro se evidenciou como capaz de catalizar a maior expressão dos indivíduos contatados, a que mais criou condições para a comunicação entre os sujeitos de uma mesma etnia e de etnias diferentes. Através do teatro, os indígenas revelaram também maior sensibilização ao problema da AIDS e suas conseqüências, conseguindo obter uma visão um pouco mais concreta dos impactos da epidemia em sua realidade social e individual.

Essas observações nos levaram a buscar na teoria socionômica, exposta por Moreno em *Quem sobreviverá: fundamentos de sociometria* (1992) e *Psicodrama* (1993), os elementos com os quais fazer uma leitura interpretativa sobre a experiência e analisar o contexto indígena, propondo uma metodologia de intervenção que permitisse a relação de encontro em lugar da confrontação — a relação entre um EU e outro EU. O diálogo entre os EUS, dois indivíduos autodeterminados, propicia as condições para um processo dialógico inusitado e até mesmo ousado, em que o outro não é considerado como coisa, mas como um TU, tornando possível a efetivação de uma relação construtiva.

É essa a pretensão de Moreno com o psicodrama: uma forma de estabelecer a “relação EU-TU” e de abrir as portas do imaginário para ver além do que é possível no mundo concreto — que, em nosso caso, permitiria conquistar uma conscientização para a transformação social e de atitudes, necessária para a redução da vulnerabilidade

individual e coletiva ao HIV.

Num olhar superficial, as técnicas comumente utilizadas em grupos sociais, englobadas no conjunto tecnológico difundido com vistas à ação social, parecem muito semelhantes às do processo pedagógico, de intervenção e de pesquisa social desenvolvido por Moreno. Muitas escolas se apropriaram de técnicas propostas por Moreno em suas pesquisas sociais e antropológicas, e a Educação Popular se desenvolveu sobretudo nos meios que as utilizaram. Todavia, percebemos que sem os pressupostos filosóficos e teóricos que embasam a metodologia desenvolvida por Moreno, não é possível obter a conscientização para a transformação social requerida no contato interétnico.

Entende-se por *metodologia* “a teoria do conhecimento e o enquadre interpretativo que guiam um projeto de pesquisa específico”, e por *método* o “conjunto de técnicas para obter a evidência empírica e concretizar esse projeto de pesquisa”, nos dizeres de Monteiro e Brito (1998:2). Assim, tem sido feita popularmente uma mera aplicação de técnicas psicodramáticas ou sociodramáticas, destituídas porém do enquadre interpretativo e da orientação teórica para as análises e interpretações dos fenômenos sociais.

Essas bases fundamentais nos incitaram a trazer à luz a intervenção realizada nas comunidades indígenas aldeadas, em que o psicodrama constituiu a direção para a concretização prática de um conjunto teórico-explicativo de informações e de demandas subjetivas. Assim, visando nossa pesquisa uma ação social, a teoria sociométrica constituiu-se numa fonte de consultas e experiências elucidativas.

Cabe explicarmos algumas das passagens das técnicas de Moreno, para elucidar o alcance e a versatilidade de um método de investigação e ação social que se adequou aos objetivos de nossa intervenção, correlacionando o estudo de caso com a etnografia¹⁸.

¹⁸ A obra de Jacob Lévy Moreno (1892–1974), criador do psicodrama, propõe um novo olhar para os problemas sociais, como mostraremos a seguir. Partindo da visão tradicional da sociologia, da Teoria Evolucionista de Spencer, dos conceitos de Espontaneidade e Duração de Bergson, da filosofia do Encontro de Martin Buber e da

3.1 AS CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA SOCIONÔMICA

O psicodrama é a denominação genérica mais conhecida para o conjunto teórico desenvolvido por Moreno — a socionomia (do latim *socius*, ‘companheiro, aliado’ e do grego *nomos*, ‘o que é de lei e de direito’), a ciência que estuda as propriedades e mecanismos sociais, sobretudo do ser em relação e dos grupos em sociedade. Ela compõe um corpo técnico e teórico consistente, de aplicabilidade nos campos da pesquisa e ação social, relacionando-se a todas as áreas que lidam com os problemas enfrentados pelo ser humano. Consideramo-la especialmente adequada para

proposta de Revolução Social de Marx, e adotando as filosofias do Existencialismo e do Hassidismo como pressupostos espiritualista e existencialista, Moreno criou um novo corpo teórico com o objetivo de analisar a sociedade e nela intervir para melhorar sua realidade.

Moreno nasceu na Romênia e aos cinco anos radicou-se em Viena, onde se formou em Medicina e Filosofia. Sua obra nasceu como um contraponto à psicanálise de Freud, seu contemporâneo, ao pretender dar à psicoterapia um enfoque mais socializado e grupal, exaltando o potencial criativo do ser humano em suas relações.

Participando de trabalhos na área de psiquiatria, acompanhando Otto Pözl, com grupos sociais como o das crianças nos Jardins de Viena entre 1908 e 1911, na readaptação das prostitutas entre 1913 e 1914, e na assistência a refugiados tirolezes no campo de Mittendorf, em meio às pressões econômicas e sociais vividas pela Primeira Guerra Mundial, começou a conceber uma nova forma de olhar a sociedade.

O confronto com a realidade humana desse período, o resgate do existencialismo de Kierkegaard, de forma modificada para ir além do pessimismo teórico para viver suas teorias no aqui e agora — atitude que, segundo Garrido Martín (1996), Moreno denominou “existencialismo heróico” ou “seinismo” — e a influência religiosa obtida de Martin Buber, filósofo e teólogo hassidista, consistiram no contexto ideológico-cultural que deu origem à proposta moreniana.

Moreno (1997:49) descreve da seguinte forma o momento em que surgiu sua teoria: “A Viena do pós Guerra fervia em revolta. Não tinha governo estável, nem imperador, nem rei, nenhum líder. Tal como a Alemanha, a Rússia, os Estados Unidos, e na verdade, todo o mundo povoado, também a Áustria estava inquieta, em busca de uma nova alma.”

Sua proposta estava imbuída de um sentido profético e messiânico, que pretendia agir com um novo enfoque na realidade individual e coletiva. Seu trabalho comunitário, já no período compreendido entre 1908 e 1914, estava inspirado no respeito ao indivíduo em suas potencialidades e na concepção de que todos somos seres cósmicos, que não necessitamos de auxílio filantrópico, mas de estímulo para descobrir nossas potencialidades e agir como criadores de nosso próprio mundo — o que vinha de encontro às propostas educativas de Rousseau, Pestalozzi e Froebel. As palavras de Moreno (1997:51) demonstram sua intenção de ir além: “Mas isso era um novo enfoque. Era um jardim de infância em escala cósmica, uma revolução criativa entre as crianças. Não se tratava de uma cruzada filantrópica de adultos em prol das crianças mas uma cruzada de crianças em favor de si mesmas, em prol de uma sociedade de sua própria idade e com seus próprios direitos.”

O mesmo espírito é demonstrado ao trabalhar com as prostitutas: “Nossas visitas não eram motivadas pelo desejo de ‘melhorar’ ou ‘analisar’ essas mulheres. (...) Nós queríamos dar às prostitutas uma nova significação, de tal modo que pudessem ‘aceitar-se’ a si mesmas. (...) as prostitutas foram consideradas, em nossa cultura, durante tanto tempo, como pecadoras depreciáveis e criaturas sem valor, que aceitavam este estigma como algo imutável. (...) O segredo consistia em encorajar as moças a serem o que eram: prostitutas. Éramos otimistas.” (Moreno, 1993:167)

o trabalho entre indígenas pelo respeito que proporciona à identidade do indivíduo e às características culturais, como demonstraremos adiante.

Para realizar esse intento, iniciaremos situando a teoria socionômica, e em seguida faremos uma subsunção das informações obtidas nas comunidades indígenas urbanas aos conceitos desta teoria, exercitando uma forma de olhar os fenômenos observados.

A antropologia desenvolvida por Moreno concebe o homem como “ser em relação”. Dessa perspectiva, o crescimento pessoal depende, em grande parte, das interações que o indivíduo realiza em seu grupo social, em sua comunidade. Este ser se revela a princípio através dos papéis que apreende por imitação, para depois tornar-se consciente dos papéis assimilados. Os diferentes papéis assumidos pelo indivíduo durante seu desenvolvimento físico, emocional e de aprendizado social conferem sua identidade e seu *status* social. Importa também, portanto, a relação que se processa entre esses papéis assimilados e vivenciados pelo sujeito. O papel é a unidade da cultura, ou seja, o átomo que em conjunto com outros átomos diferentes compõe a cultura e faz existir.

O foco da teoria moreniana é a *espontaneidade*, entendida como a capacidade de dar respostas adequadas a situações e problemas que a vida nos apresenta. A espontaneidade é o instrumento propulsor da existência e da autonomia do ser rumo a sua realização pessoal e social. Através dela, torna-se possível responder de forma criativa, integral e benéfica aos desafios que a vida cotidiana apresenta. A espontaneidade e a criatividade são elementos que conferem dinamismo às construções culturais, facilitando as transformações necessárias para assegurar a sobrevivência individual e coletiva, rompendo as “conservas culturais”, que muitas vezes se impõem como grilhões e limitam as possibilidades humanas.

As técnicas desenvolvidas por Moreno, a partir da observação do desenvolvimento de crianças e de grupos, permitem alcançar ao mesmo tempo grande número de pessoas e trazer-lhes condições de libertar-se em direção à espontaneidade

e à criatividade, num processo rápido e eficiente. Em seus experimentos, observou ele que a intervenção nos grupos, além de esclarecer sobre suas características, proporcionava transformações inusitadas nas relações travadas em seu interior. A conscientização, por parte dos integrantes do grupo, sobre o modo como se estabelecem as relações e os fatores que nelas intervêm, sobre a influência do indivíduo no grupo e do grupo sobre as possibilidades de realização social e psicológica do indivíduo, auxiliam a resolução dos problemas e patologias ali existentes, resultando inclusive na melhoria das relações e das condições sociais .

Através das contribuições de Moreno, podemos alcançar a transformação da realidade social, permitidas pelo resgate da espontaneidade, da dignidade e da identidade do grupo e de cada indivíduo. É possível atingir a completude e a transcendência, ainda não alcançadas por outras investigações sociológicas.

As palavras de Moreno demonstram seu objetivo mais amplo de desenvolver uma teoria e uma práxis que pudessem contribuir para as transformações necessárias nas vidas das pessoas e proporcionar procedimentos efetivos que ajudassem todas as classes, segmentos sociais e raças, sem exclusão. Ante as inúmeras tentativas de transformação social, Moreno observara que as técnicas e procedimentos baseados na idéia de persuasão, sublimação ou coação propiciavam muito pouco para a verdadeira transformação social.

Sabemos que qualquer ação no sentido da repressão dos desejos e da movimentação natural dos indivíduos na sociedade, estes ancorados nas redes de comunicação que existem dentro das estruturas sociais, causa uma contra-reação, uma rebeldia incontenível, resultando em desperdício de todos os investimentos realizados.

Os estudos de Sigmund Freud, expressos em sua obra *O mal-estar na civilização*, apontaram o processo de contra-reação sentido no indivíduo continha a reação agressiva das pessoas voltadas a si próprias, isto em virtude de o grupo ter agido de maneira coercitiva, provocando o contraditório dos valores culturais inerentes aos indivíduos.

Considerando isso, começamos a especular sobre a possibilidade de haver procedimento terapêutico não centrado, primariamente na idéia de sublimação, mas que deixa o homem em seu estado espontâneo, juntando-se a grupos também de forma espontânea; que não o atraia nem através de sugestão nem através de análise confessional, mas que o encoraje a permanecer no nível para o qual tem tendência natural; que não transgrida, forçosamente, o desenvolvimento de indivíduos e grupos além de seus esforços espontâneos, como tem sido freqüentemente tentado por agências de sublimação (...) é forma de sublimação ‘ativa’, produtiva tanto quanto curativa, gerando individualidade, forma esta que não surge através de análise retroagindo a traumas passados, mas por meio do treinamento da espontaneidade do indivíduo, baseando-se na análise do desempenho presente. (Moreno, 1992:118-119)

“Nenhuma terapia adequada, porém, pode ser indicada enquanto a espécie humana não for, de alguma forma, una, e enquanto sua organização permanecer desconhecida”, afirmava Moreno (1992:117), apoiando-se nas teorias sociológicas de Comte e Durkheim, que preconizavam a unidade da espécie humana como submetida a leis invariáveis. Todavia, detectou ele nessa “estática social” uma falibilidade conceitual para conceber a natureza e o dinamismo dos grupos, não permitindo tampouco perceber a função individual dentro destes.

Em conseqüência de suas constatações, Moreno desenvolveu a idéia de “mobilidade social”, originada na capacidade de desenvolvimento dos grupos, das funções das “escolhas” e das “rejeições” existentes entre os indivíduos em relação nos grupamentos. Dessa maneira, o ser passa a ser visto em contexto social e, portanto, em relação com outros seres. A partir das categorias de escolha e rejeição, desenvolvidas nos grupos, Moreno desenvolveu o método positivo de investigação contido na teoria da sociometria.

Partindo da teoria organicista e evolucionista de Spencer, traça uma nova concepção da “evolução social”, sobretudo no desenvolvimento dos grupos, focalizados pelos estudos sociométricos. Nesse conjunto de formulações surgiram as leis da “sociogenética”, da “gravitação social”, a lei “sociodinâmica”, do “átomo social” e a elucidação do fenômeno da “telerrelação”.

Segundo Merleau-Ponty (1990:162), as investigações de Moreno também receberam as influências do socialismo revolucionário de Marx, ao buscar “compreender os conflitos latentes” que determinam as desigualdades sociais, em uma

investigação através de um “método interno”, ou seja, “de conhecer a sociedade, vivendo-a e dela participando”. O autor sugere que Moreno desenvolveu um “método socrático” ao estimular os sujeitos a descobrirem sua própria realidade social para nela intervir através da participação social (Merleau-Ponty, 1990:162-163).

Garrido Martín (1996:22-26) demonstra que a obra moreniana constituiu um “método terapêutico” que nasce do movimento seinista. Para esse autor, o seinismo, ciência do ser, do qual derivaram as categorias de espontaneidade e criatividade e a noção de “momento”, confere à teoria de Moreno a prática de uma filosofia que tem como princípio a “significação indivisa do ser”, inserido, percebendo e interagindo constantemente com o “fluxo natural da existência”.

Essa absorção resultou na sociometria, organizada por Moreno, que revelou a incorporação de um sistema sociológico cuja síntese — a “microssociologia”, os eventos percebidos nas relações entre os indivíduos — operou a complementaridade da macrossociologia, de Comte e Durkheim, que opera a o conhecimento da sociedade partindo da premissa da “estática social”.

Merleau-Ponty (1990:162) esclarece que através do “método interno” Moreno opõe-se a “uma abordagem apenas externa dos fatos sociais”, antes posta pela sociologia, possibilitando o alcance da “história vivida efetivamente pelos indivíduos que fazem parte dela”. O autor expõe que o método moreniano resgata a “sociologia em profundidade”, advogada por Marx, e pretende que o conhecimento da sociedade, realizado em conjunto com os indivíduos a ela pertencentes, possibilite a transformação da realidade vivida.

A concepção da tese social, desenvolvida por Moreno, expõe as questões da “irreducibilidade” dos fenômenos sociais vistas na fenomenologia e no existencialismo, e da importância da “ação”, uma vez que esses elementos possibilitaram o desenvolvimento do método existencial vinculado à terapia da sociedade, que ficou estabelecido pela denominação de sociatria. Com essa base, Moreno incluiu o psicodrama, o sociodrama e o teste sociométrico como métodos de

intervenção, aos quais agregaram-se outras técnicas e instrumentos para se obter a eficácia da ação social.

Enfatizamos que no método da sociatria preconiza-se uma forma de análise semelhante àquela do existencialismo sartreano. A terapia existencial preconizada por Sartre (1997:695-703), denominada “psicanálise existencial” parte do pressuposto da “totalidade” do ser. Este ser revela-se a si mesmo e a outrem através da vivência investigadora de seu modo de estar e de atuar no mundo, de sua “situação”, de sua história construída na convivência social. Ali ele descobre sua “escolha original” com relação ao mundo vivido, e se percebe objetivamente, como um “outro”, tornando-se, portanto, mais claro para si mesmo. Essa revelação contribui para “iluminar a reflexão” pessoal, o que pode resultar em um desfrutar da autodeterminação. Nesse “instante” da descoberta, o ser pode assumir abruptas mudanças de orientação de seu modo de estar no mundo e a “tomada de posição em face de um passado imutável”. A experiência da auto-descoberta é expressada através da queda das “resistências do sujeito”, na qual ele reconhece e testemunha, quase involuntariamente, a “consciência” da compreensão de si próprio. “A iluminação do sujeito é um fato (...) uma intuição acompanhada de evidência (...) ele toca e vê o que ele mesmo é”.

A brilhante exposição de Sartre revela o processo de tomada de consciência do sujeito. Contudo, Moreno se contrapôs ao método sartreano ao verificar a vulnerabilidade e inoperabilidade da psicanálise existencial, isso porque esse sistema não demonstrava uma práxis consistente para levar a uma revelação do ser que fosse inerente ao próprio existencialismo: “a tecnologia que melhor responde às exigências da análise existencial (...) é o psicodrama” (Moreno, 1993:141).

Ainda é de se ressaltar que, nas interações com a disciplina da psicologia, constata-se a contribuição do psicodrama superando o método da psicanálise freudiana, visto que a psicoterapia de grupo posta em prática por Moreno tornou-se oposta à do psicanalista vienense, já que o indivíduo passava a ser analisado e observado a partir de dentro do grupo. Evidencia-se assim o drama da vida individual

contracenando com a dramatização do convívio estabelecido em grupo. Segundo Moreno, o momento presente fora potencializado na capacidade de mirar a subjetividade do indivíduo “*per se*” e “no outro”. Dessa mirada interativa procedeu o “treinamento para a vida”, no qual o problema, ou conflito, recebeu a ação da mobilidade para a transformação.

A experiência desse treinamento para a vida permitiu que Moreno desenvolvesse sua teoria de ação educativa, formulada a partir de uma metodologia consistente, que tem sido adotada na educação sob as mais diversas denominações, tanto na formação escolar como no treinamento das habilidades profissionais. Podemos, assim, considerar uma “aprendizagem na ação”, como também na “educação ativa”, na qual se apresenta o “adestramento da espontaneidade” (Moreno, 1993:181-205). É de se ressaltar o valor terapêutico-sociológico dessas técnicas, que têm sido amplamente aceitas e adotadas nos campos da sociologia, da educação e da psicologia.

Expondo as experiências da teoria de Moreno, tentamos fundamentar nossa pesquisa, realizada no contexto indígena, dentro de um corpo teórico que vem sendo utilizado nos campos das ciências sociais e humanas, principalmente desde a década de 1970. O estudo de sua utilização em programas sociais relacionados à saúde pode trazer contribuições para o desenvolvimento de estratégias de ação social e de conquista de melhores condições de saúde para a população, através do fortalecimento do protagonismo e mobilização social e da formulação de critérios de análise dos resultados das práticas sociais.

3.2 APLICAÇÃO DA TEORIA SOCIONÔMICA AO CONTEXTO INDÍGENA

Para a decodificação das formas de relação que podem se estabelecer nos eventos sociais, é necessária, por parte do observador, uma atitude treinada para

apreender os eventos em sua natureza essencial e, em consequência desse olhar, obtém-se a melhor possibilidade de êxito investigativo. As técnicas desenvolvidas por Moreno — a sociometria e a sociatria — propiciam condições de elevada qualidade de observação. O pesquisador participa do grupo como um igual, incluindo-se entre os observados, localizando o foco revelador de dentro dos eventos expressivos das características grupais. Essas premissas constituem uma nova sociologia descritiva e científica, que tem a capacidade de retratar eventos microscópicos das sociedades, como também a unidade de avaliação, na qual o ser é sentido e observado em sua relação com o outro ou outros.

A sociometria, ao realizar um estudo matemático das propriedades psicológicas e dos mecanismos de atração e rejeição, revela dados sobre a evolução e a organização de grupos e a situação dos indivíduos nesses grupos. Assim, em populações indígenas, podem-se apreciar as formas de contato externo e interétnico, as situações em que ocorre a fricção intercultural e os conflitos e problemas revelados nessa interação.

Nossa experiência de contato com os indígenas demonstrou a necessidade de um procedimento que permitisse realmente avaliar como as relações ocorrem entre as pessoas do grupo e destas com os indivíduos de fora do grupo. A visão de longe, as generalizações, sejam de que área da ciência forem — sociologia, antropologia ou etnologia —, a respeito de uma determinada população, não permitem conhecer um grupo étnico, sua subjetividade e tampouco o modo mais adequado de trabalhar com ela a fim de promover seu bem-estar, as mudanças comportamentais e os melhoramentos que porventura se façam necessários.

A sociometria é realizada desde o momento em que se iniciam os contatos com as entidades grupais, quando se entra no grupo e se fazem as primeiras observações (Moreno, 1992:158), pois permite que as relações de harmonia ou de conflito existentes sejam avaliadas entre os componentes de um grupo, e entre o pesquisador e o grupo. Através do teste sociométrico, procura-se conhecer o indivíduo

e levá-lo a se reconhecer no sentimento que tem pelas pessoas próximas e pelas pessoas com quem irá trabalhar.

Dessa forma, o teste sociométrico serve de diagnóstico importante, porque contribui para direcionar e redirecionar as atividades no grupo em formação, ao se desenvolver uma determinada intervenção, pois as relações conflituosas existentes entre as pessoas, quando despercebidas ou não tratadas com o devido cuidado, podem minar a aplicação das melhores técnicas e objetivos do trabalho em grupo.

Em um grupo cujas características culturais são desconhecidas, como é o caso dos indígenas com que trabalhamos, a aplicação do teste sociométrico pode ser feita solicitando-se que um indivíduo — ou todo o grupo — coloque-se no lugar de outrem que tem a capacidade de trazer uma informação que modificará o cotidiano. Isso favorecerá o treinamento da percepção intuitiva de todos os componentes do grupo.

É de se salientar que o desenvolvimento de um contexto de trabalho adequado para a emergência dos conteúdos subjetivos ou elementos culturais pode ser prejudicado tanto pelas pessoas que se sobressaem como líderes como por aqueles que ficam isolados no grupo.

No espaço do “como se”, o grupo ou o indivíduo podem vivenciar a maneira como responderiam ao contato com um agente de saúde, realizando assim, um treinamento antes de atuar na realidade, podendo tornar-se mais adequados e íntegros na relação, ao conhecerem alguns aspectos de sua subjetividade que não haviam sido acessados pela percepção. Se a percepção social estiver limitada ou deformada, o indivíduo perde um instrumento importante da autodefesa, ou se defende desnecessariamente de quem poderia ajudá-lo. A avaliação de sua capacidade perceptual é importante, tanto no desenvolvimento do aprendizado de novos conceitos quanto nos contatos iniciais com a equipe com que vai trabalhar. A leitura sociométrica deve, portanto, sempre estar presente, mesmo que o teste não seja diretamente aplicado.

A sociodinâmica, por sua tarefa de evidenciar o comportamento ou movimentação do indivíduo no grupo, sua influência na constituição do grupo e as determinações deste sobre a vida de cada indivíduo, contribui para o desenvolvimento da análise dos fenômenos sociais. A análise sociodinâmica, em uma intervenção, permite conhecer os fatores de regulação que intervêm na interação do grupo com um novo tema ou com o pesquisador.

A diversidade sócio-cultural da espécie humana depende de mecanismos que assegurem sua perpetuação. Dentro da estrutura de um grupo, sistemas de opiniões são criados, mantendo o *status quo*, e sendo responsáveis pela manutenção das tradições. Bastante evidentes ou não, esses pensamentos podem ser de natureza social, sexual, racial e cultural, e portanto são reguladores das relações intra e intergrupais, Moreno (1992:285) chamou de *redes sociométricas* a esses princípios reguladores.

Vemos os fatores de regulação como mecanismos de proteção que os componentes, conscientemente ou não, adotam. As atitudes de receptividade a uma pessoa ou idéia estranha e as correntes de idéias e opiniões que perpassam todo o grupo são exemplos de fatores de regulação que visam a conservação de sua estrutura e identidade étnica.

Moreno observou que uma pessoa recém-chegada a um grupo passa por um teste implícito quando trava as primeiras relações, já que cada grupo tem um determinado nível de “saturação” em relação às novidades absorvidas, sobretudo nos contatos entre indivíduos de distintos contextos raciais e culturais (Moreno, 1992:260).

O grau de saturação do grupo em relação ao conteúdo ou à influência é um dos determinantes para a receptividade por parte do grupo. Caso o grupo tenha tido várias experiências com aqueles conteúdos, ou se outros já tiverem antes trazido as mesmas idéias para serem introduzidas no grupo, ele tenderá a adotar uma atitude mais conservadora, com vistas a proteger a estrutura construída com o esforço de cada componente.

Cada grupo possui sua própria rede de comunicação, que serve de estrutura

sólida na qual se unem e se apóiam as pessoas. Por isso os canais de comunicação mantêm e determinam a mobilização e o comportamento dos indivíduos em relação às novas idéias. Para se introduzirem novos conceitos, é necessário atravessar a rede sócio-emocional do grupo, levando em consideração a resistência aí encontrada, visto que as redes de comunicação podem funcionar como uma verdadeira paliçada contrária à intervenção no grupo.

Através das técnicas morenianas, as pessoas contactadas num primeiro momento — em geral as lideranças de uma determinada comunidade — podem ser levadas a investigar e experienciar como se sentem ao receberem uma nova informação, e a avaliar as impressões subjetivas, os sentimentos que têm a esse respeito. Podem também ser induzidas a representar o papel do agente comunicador, e desempenhar a maneira de proceder à comunicação que consideram mais adequada para a transmissão de novos conteúdos para seus assemelhados, orientando assim um agente de intervenção.

Esse procedimento é um recurso da socionomia: o “teste de papéis”. Ele permitirá identificar, tanto para quem chega no grupo quanto para os indivíduos do grupo, o grau de aceitação perante a idéia, o estrangeiro, ou o projeto que se tenciona implantar. Serve também para orientar a formulação estratégica mais adequada para cada evento de sensibilização ou mobilização da comunidade — para um tema de saúde, por exemplo.

Para que a idéia trazida ou a intervenção atinjam toda a comunidade, hão de se observar os “isolados sociométricos”, ou seja, os indivíduos que permanecem mais distantes nas atividades ou que, numa disposição geográfica, residem nas áreas marginais, mais distantes do centro geográfico da área em que está estabelecida a comunidade.

Em qualquer contexto social, existem aqueles que ficam marginalizados no contexto grupal. O teste sociométrico, realizado em relação a determinados critérios de convivência, demonstrará que esses indivíduos serão os menos escolhidos para a inter-

relação pelos demais membros do grupo. Em todas as sociedades pode-se observar que esses isolados correspondem àqueles indivíduos com menor acesso às riquezas e privilégios auferidos por aqueles mais cotados nas escolhas do grupo. Se existe uma luta por melhorias das condições de saúde em uma sociedade, eles serão os últimos a receber seu quinhão, se o receberem. Muitas vezes sequer são considerados nos programas coletivos.

No que concerne ao processo de prevenção às DSTs e AIDS, o diagnóstico da estrutura sociométrica e a evidência das pessoas mais cotadas e das mais isoladas na comunidade adquirem importância quando se considera a cadeia de transmissão das DSTs, que obriga a atingir todos os indivíduos suscetíveis e vulneráveis. Embora o acesso universal e a equidade na distribuição de recursos constituam a intencionalidade das intervenções, via de regra não é o que acontece no contato com as sociedades. Além de não se conseguir a equidade de acesso às melhorias visadas, em alguns casos pode-se ter, constituído pelos isolados sociométricos, um elo de fraqueza e ineficácia quanto aos objetivos propostos.

Para ilustrar a importância desse diagnóstico social oferecido por Moreno, vamos considerar os dados epidemiológicos relacionados à epidemia de AIDS. Conhecemos o avanço da epidemia em direção às comunidades mais pobres, situadas no interior do país, e àqueles segmentos populacionais mais excluídos do processo de desenvolvimento sócio-econômico. As pesquisas efetivadas por Berer e Ray (1997), Bastos e Szwarcwald (1999), Berquó (Brasil, 2000c) e Pompílio *et al.* (2000) revelam que algumas pessoas são mais vulneráveis ao contágio do HIV, como as mulheres e os que têm menor grau de formação escolar. Eles se encontram numa situação tão desfavorável no que tange ao exercício de sua autonomia, que lhes é difícil ser assertivos com seus parceiros para negociar o uso de preservativos e até para ter acesso a eles, mesmo quando distribuídos gratuitamente. Esses indivíduos configuram um flanco que facilita a disseminação do HIV, podendo constituir-se nos próprios alimentadores da epidemia.

Mesmo em uma pequena comunidade, observam-se pessoas que sofrem acentuada discriminação. Um grupo subserviente a outro grupo terá muitas dificuldades de se impor, de se libertar e de tornar-se, em algum momento, assertivo, reclamando suas necessidades, sobretudo na área da sexualidade, na qual se encontram as maiores dificuldades e as mais profundas inibições. Ainda que o consiga, adestrado que está à condição de subalterno, pode-se dizer que nunca alcançará, sem uma terapia adequada, manter-se em uma condição superior ou mesmo de igualdade.

Ao lidar com os grupos, é necessário, portanto, identificar as dificuldades na comunicação entre os indivíduos e os mecanismos que mantêm a exclusão, o que se refere ao diagnóstico sociodinâmico. Padrões repetitivos e prejudiciais, sejam eles relacionados com a identidade, com a cultura ou com a auto-estima, devem ser resolvidos, a fim de que a intervenção em um grupo possa também permitir a rompimento dessa condição, através de métodos que proporcionem maior conscientização dos problemas vivenciados, despertando a espontaneidade e criatividade para inovar.

É de amplo conhecimento o resultado da relação interétnica no que concerne às epidemias que assolam e assolaram os povos indígenas. A distância geográfica entre grupos sociais e o grau de coesão grupal interferem na vulnerabilidade das sociedades tanto aos elementos prejudiciais quanto aos benéficos. Tal postulado foi formulado por Moreno, através da lei sociodinâmica.

A lei sociogenética, por sua vez, nos informa sobre a permeabilidade das sociedades às influências externas. Em se tratando de enfermidades transmissíveis, quanto mais distante esteja um povo de outro, menor acesso terão os agentes patogênicos externos. E quanto mais coeso seja um grupo, dirigido por uma tradição, por correntes de opiniões mantidas por seus líderes, mais tempo resistirá à entrada de outros indivíduos ou idéias estranhas em sua comunidade.

Essas premissas podem ser observadas nas sociedades menos desenvolvidas. Nelas, a liderança sempre terá de ser consultada para se obter a permissão de entrada.

Essa liderança, seja na forma de cacique ou pajé, remeter-se-á a seus mitos e crenças e terá o respeito de todos para suas decisões. A coesão fará com que uma linha de conduta firme e irreduzível se ofereça e seja seguida por todos — ao menos enquanto o líder não for seduzido por forças externas.

O grau de coesão grupal também interfere na vulnerabilidade às doenças trazidas por indivíduos externos para as comunidades indígenas. No caso das comunidades indígenas urbanas que contatamos, podemos dizer que a relação estabelecida com as lideranças, o grau de atração ou repulsa que provocamos nelas, nos comunica sobre o grau de permeabilidade desses grupos e, em consequência, seus diferentes modos de interação com outros grupos, seu grau de desenvolvimento social e as influências dessas condutas no grau de vulnerabilidade e permeabilidade à epidemia de AIDS.

Observamos em duas comunidades indígenas urbanas graus diferentes de interação com a sociedade regional. Os indígenas residentes no bairro Guanandi mantêm uma organização social respeitada por toda a comunidade, jamais havendo desobediência a uma liderança, visto que os indígenas permanecem ligados a seus familiares nas aldeias e participam de todas as cerimônias tradicionais. Quanto ao relacionamento com outros grupos, mantêm um distanciamento, sofrendo menor interferência externa, mas também dificultando a implantação de projetos sociais. De acordo com a lei sociogenética, essa configuração horizontal está presente nos grupos em estágio mais primitivo de desenvolvimento.

Já entre os indígenas moradores do bairro Desbarrancado, constatamos que participavam de cursos profissionalizantes, falavam e entendiam a língua portuguesa de maneira fluente, impunham um menor controle sobre a conduta das jovens e viviam um distanciamento das aldeias e das tradições. Nessa população, observamos uma estrutura social composta de diversas lideranças que influenciavam segmentos específicos da comunidade, havendo entre elas conflitos pela supremacia de influência. Foi constatada também uma maior facilidade na comunicação dos indígenas desse

grupo com os agentes sociais e para a obtenção de consentimento para a intervenção. Conforme as observações de Moreno, ocorre nesse grupo uma diferenciação vertical, revelada na organização social e nos conflitos entre as diversas lideranças.

Vale esclarecer que essas noções de permeabilidade já tinham sido colhidas pela CE-DST/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, que registrou a maior incidência de infecção por HIV na população indígena urbana que na aldeada. Esse diagnóstico analítico é de auxílio para a orientação de estratégias de intervenção voltadas à prevenção de AIDS.

Assim sendo, é de se supor que quanto mais desenvolvida se encontra uma comunidade, mais exposta estará ao contágio. A fragilidade decorrente da falta de coesão grupal ou dos conflitos internos pode aumentar a vulnerabilidade ao contágio das epidemias, que aumenta com o contato interétnico.

As contribuições da teoria socionômica, através da microscopia social, possibilitam desvendar os aspectos mais peculiares de cada grupo, obtendo-se a valorização da etnia, dos valores culturais específicos e do *modus vivendi* de cada sociedade, na contramão dos preceitos da globalização. A globalização, seja de informação, de acesso aos recursos ou de meios de intervenção, tende a homogeneizar os grupamentos em detrimento das identidades singulares, distanciando-os da cultura nativa. A via socionômica contribui para a ação social que legitima a identidade de um povo e revela o significado de sua existência, renovando a motivação para lutar por sua expressão e sobrevivência.

3.3 ADAPTANDO OS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DA SOCIONOMIA AO CONTEXTO INDÍGENA

As atividades iniciais desenvolvidas com os grupos indígenas urbanos logo evidenciaram as dificuldades de obter, através de conversas, de maneira racional,

dados sobre o relacionamento afetivo, o namoro e a sexualidade, que possibilitassem desvendar uma representação capaz de evidenciar essa cultura. O filtro cultural antepõe-se a nosso olhar, mesmo ao se utilizarem os métodos mais dialógicos e participativos, como os propostos pelas modernas teorias de educação popular.

O inconsciente desses grupos difere do nosso. Suas representações, sua estruturação enquanto indivíduos, sofreram a influência de fatores culturais singulares. Os conteúdos emocionais e a matriz psicológica dessa população não são percebidas num tipo de trabalho que não penetre na instância de seu inconsciente.

Percebemos, como constatou Moreno, a necessidade de desvendar essa cultura em suas motivações, em seu ritmo, em seu próprio pulsar, pois trabalhar com os indígenas significava adentrar um universo desconhecido, uma vez que poucos relatos existem sobre sua etnia, sobretudo no que concerne às questões da saúde reprodutiva. Moreno observou esse problema na intervenção social intercultural: “Mesmo se a informação completa pudesse ser obtida por observação e análise, é certo que a observação e análise são ferramentas inadequadas para explorar os aspectos mais sofisticados de relações interculturais e que métodos profundos de ação são indispensáveis” (Moreno, 1992:189).

Para Moreno, a socionomia inclui a terapia dessas relações, à qual denominou *sociatria*. Através de procedimentos sociométricos, pode-se trazer à consciência a estrutura do grupo e as dificuldades no relacionamento entre os indivíduos, proporcionando, com a utilização dos métodos sociátricos, sua aproximação, integração e a resolução de problemas e conflitos. Na prática, ao se introduzirem métodos que revelem a verdade do grupo — seus comportamentos, as correntes de idéias que regulam as relações e a estrutura do grupo etc. — já se obtém a transformação desejada. Métodos sociátricos e sociométricos se relacionam e se entrelaçam ao se trabalhar com os grupos.

Com a interpretação e análise dos eventos revelados nos comportamentos vivenciados pelos participantes, feitas em conjunto com os diretores do processo,

torna-se possível uma reelaboração das atitudes frente aos mais diversos estímulos e situações que surgem nos relacionamentos interpessoais. Essa mudança, no sentido de maior adequação e espontaneidade, significa uma melhor convivência e talvez menor vulnerabilidade aos efeitos nocivos da relação intercultural, permitindo a reintegração dos aspectos de sua identidade cultural.

A intervenção para introduzir um novo comportamento também diz respeito ao tratamento do grupo. Os indígenas contribuem nessa terapia sendo atores e criadores de novas formas de atuação, melhorando a forma de comunicação e de relacionamento com outros grupos e, internamente, diminuindo sua vulnerabilidade.

A barreira provocada pela linguagem é um elemento inquietante no processo de interação sociátrico e relevante num trabalho interétnico. Desejávamos conseguir nos comunicar, a despeito das diferenças de linguagem, mas seria possível nos fazermos entender através de nossa postura, mesmo sem compreender seu idioma? Muitos anos seriam necessários para nos entendermos através da língua, e ainda assim sabemos que certos sentimentos e posicionamentos oriundos do aprendizado cultural estão entre os aspectos mais difíceis de apreender quando incursionamos por um novo idioma.

Uma fala repetidamente ouvida em nossos contatos com os Terena foi:

Não sei expressar o que sinto no seu idioma.

Ao sugerirmos que o conteúdo referido fosse traduzido em português, obtínhamos a resposta:

Se fosse traduzido não seria o mesmo que expressei.

Isso demonstra a consciência dessas pessoas a respeito da barreira da linguagem. Essa consciência da dificuldade de comunicação só é possível para quem vivencia uma permanência na fronteira de povos.

Na interação entre diferentes grupos, Moreno observou o mecanismo que descreve como uma “resistência contra a língua”, mostrando que a mera análise da

linguagem reduziria a expressão verbal a uma “esterilidade lógica”.

Ele fala da resistência em revelar os conteúdos da psique e do “*socius*”, mas tendo a língua como um fator criador de obstáculo à comunicação. Suas observações sugerem que “partes consideráveis da psique e do ‘socius’ desenvolveram-se fora dos domínios da língua e ainda desenvolvem-se desta forma.” (Moreno, 1992:141)

Comprendemos que essa esterilidade é prejudicial aos objetivos de nossa intervenção. Para provocar uma mudança comportamental, é necessário acessar as instâncias iniciais da estruturação do pensamento que originou o impulso e levou a um comportamento.

Esse comportamento, após os primeiros ensaios, tornou-se automático e inconscientemente repetitivo, destituído de espontaneidade, mas corroborado pela tradição e pelas redes sociais. A linguagem congela o potencial espontâneo e criativo das pessoas em relação, impedindo seu redirecionamento para novas atitudes, nova ordem cultural.

Nosso desafio incluía levar as pessoas do grupo a perceberem como agem diante dos estímulos que os relacionamentos oferecem e a tomarem consciência dos padrões culturais que sustentam tais comportamentos.

Tendo percebido a barreira que a linguagem cria na comunicação de um indivíduo com outro e com sua própria interioridade, necessitávamos, como afirma Moreno (1992:141), “o desenvolvimento de métodos experimentais que lidam, diretamente, com padrões de ação do homem, do mais primitivo ao mais complexo; requer não apenas estudo descendente, a partir das linguagens, mas também, estudo ascendente, a partir do ato”.

O encontro entre as pessoas do grupo e com a equipe de trabalho deve garantir uma forma de comunicação que esteja situada além da linguagem. Novas formas de comunicação têm de ser utilizadas. É certo que num verdadeiro encontro entre as pessoas há muitas formas de comunicação, das quais nem sempre tomamos consciência.

As palavras de Moreno explicitam magistralmente o encontro possível além da linguagem: “Há situações humanas com tamanha universalidade que transcendem, subitamente, nossos símbolos, costumes sociais e padrões culturais; experiências do tipo ‘nós’ tornam-se possíveis sem ajuda direta da linguagem” (Moreno, 1992:144).

Neste texto faremos breve referência a alguns métodos e conceitos que consideramos, a princípio, os mais utilizáveis numa intervenção interétnica com tempo e tema delimitados e que permitem o encontro entre pesquisador e pesquisado, e o desvendar da cultura e dos meios mais adequados para nela atuar e transformar, assumindo as diferenças.

Mencionamos anteriormente que o foco da teoria moreniana é a espontaneidade. Trabalhar com a prevenção de AIDS e DSTs requer possibilitar o resgate da espontaneidade. Segundo Moreno (1993:52), “espontaneidade (do latim *sua sponte* = do interior para o exterior) *é a resposta adequada a uma nova situação ou nova resposta a uma situação antiga*” (grifo nosso).

O indígena, após ter sido trabalhado na conscientização do que é ser índio estando sob influência de outra cultura e alvo de contaminações culturais e biológicas, deve tornar-se capaz de interagir, preservando-se de contatos que lhe possam vir a causar danos.

Para a adequação de sua atitude perante outro ser, necessita ele de elementos cognitivos e emocionais interagindo com os elementos simbólicos adquiridos na vivência cultural. Ele necessita aprender os meios de contágio, como se manifesta a doença e como não se manifesta — ou seja, que uma pessoa aparentemente saudável pode ser portadora do vírus e que no contato com ela pode-se adquirir AIDS.

Provavelmente, o indígena tornou-se extremamente suscetível a doenças trazidas pelos colonizadores devido à introdução, em seu meio, de um agente desconhecido — e invisível — dentro de sua cosmovisão. O adequado seria que ele se mostrasse capaz de adotar uma nova atitude, deixando de atuar numa “conserva cultural”, ou seja, modificando sua atitude automática de ir ao encontro sexual sem

prevenção.

A espontaneidade, “embora seja a mais antiga aquisição do ser no seu desenvolvimento, é a força menos desenvolvida e, freqüentemente, inibida e desencorajada pelas instituições sociais” (Moreno, 1993:52). O treinamento da espontaneidade é, portanto um passo importante de qualquer programa que vise modificar o comportamento das pessoas no sentido da aquisição de uma atitude preventiva nos relacionamentos interpessoais.

Através de recursos que despertem a espontaneidade e a criatividade, o grupo poderá exercitar-se de maneira inusitada, não apenas com o objetivo da prevenção específica, mas tornando-se capaz de inovar em outras circunstâncias, porque provoca uma consciência emocionada e mobilizadora capaz de modificar atitudes que possam ser prejudiciais ao indivíduo e ao grupo.

A epidemia de AIDS é uma nova situação tanto para os indígenas quanto para os não-índios. As formas de agir que eles conceberão para não se contaminarem serão uma consequência da compreensão de sua potencialidade de desempenhar novas atitudes. Isso diz respeito à criatividade.

Ainda que a introdução e manutenção de uma medida preventiva signifique a criação de um novo padrão comportamental, uma nova “conserva cultural”, pelo menos ela cumprirá o objetivo de evitar o extermínio de uma etnia pelo ataque biológico do HIV.

O método psicodramático permite adentrar e revelar alguns aspectos do inconsciente do indivíduo, de sua verdadeira forma de agir, de suas diferenças em relação aos indivíduos oriundos de diferentes redes sociais e tradições. As pessoas, em geral, vivem seu cotidiano sem consciência de como pensam, agem ou reagem. Suas características naturais jazem encobertas pelo sistema impessoal de crenças e pela cosmovisão do grupo. O psicodrama, através das dramatizações, cria um espaço para o desempenho espontâneo e sem inibições de seus hábitos e comportamentos, permitindo desvendar as determinações culturais do grupo, tanto para quem o observa

como para seus próprios integrantes.

O método psicodramático proporciona esse exercício utilizando os cinco instrumentos que o constituem: o cenário, o protagonista, o diretor terapêutico, os egos-auxiliares e o público. O grupo é levado a uma situação de preparo para permitir a emergência de questões relativas a seu modo de encarar a vida ou os problemas desencadeados por uma nova doença na comunidade. Esse preparo se chama *aquecimento*.

Como resultado do aquecimento, o grupo atinge um certo grau de espontaneidade e revelam-se uma ou mais pessoas que expressam os conteúdos coletivos que, aos poucos, vão se manifestando no grupo. O indivíduo sensibilizado é percebido pelo diretor em conjunto com o grupo, constituindo-se no *protagonista* das questões levantadas pelo tema introduzido que mobilizam o grupo.

Um espaço é criado para configurar o lugar em que as questões serão vivenciadas, construindo-se o *cenário*, segundo instrumento. Nesse cenário serão depositados os elementos — pessoas e/ou objetos — que compõem o universo que rodeia os participantes e as questões reveladas a serem trabalhadas. Cria-se aí o espaço vital imaginário, o mais representativo possível da realidade, mas que permite a expressão de conteúdos impedidos ou bloqueados pelas pressões dos padrões culturais.

O terceiro instrumento desse processo é o *diretor*, que vai captar o menor indício que o grupo revele, diagnosticar o protagonismo e orientar a construção do cenário. Esse diretor utilizará os recursos de assistentes presentes ou pessoas do próprio grupo, que serão os *egos-auxiliares*, ou seja, aqueles que representarão figuras reais ou simbólicas do contexto vital, como atores ou como observadores dos fenômenos revelados. O *ego-auxiliar* é o quarto instrumento.

O quinto instrumento consiste no *público*, representado pelos participantes do grupo que não estão presentes nas representações do indivíduo. Estes, mesmo não participando diretamente do processo, poderão avaliar e vivenciar internamente as situações representadas.

A cena, criada com os conteúdos oferecidos pelo indivíduo, consiste na “essência metodológica do psicodrama”, como aponta Massaro (1996:13): “o psicodrama tem na cena sua invariante máxima”; a cena articula a teoria do psicodrama à prática terapêutica e social. Para esse autor a cena é um recurso que leva à autodescoberta e a aprendizados, um “instrumento heurístico”, que através da realização da maneira de viver, dos modos de relacionamento do sujeito com seu meio, ajuda a “conscientizar e mobilizar pessoas”. A dramatização dá à luz os conflitos, as ansiedades, as contradições entre as atitudes e os pensamentos e leis internas do grupo e das pessoas, colocando-as em contato com o oculto em si mesmas, e ao mesmo tempo age como “instrumento de produção de subjetividades” (Massaro, 1996:28). Assim, a própria cena, seja criada com objetivo pedagógico ou terapêutico, permite a transformação do que foi criado como um exercício, um treinamento para o desempenho futuro, resultando num processo de conquista da autodeterminação.

Além desses cinco instrumentos, aqui brevemente abordados, o psicodrama utiliza-se de várias técnicas, tais como o duplo, o espelho, a inversão de papéis e o solilóquio, entre outras, que não são objetos deste trabalho e podem ser encontradas nos textos de referência (Moreno, 1993).

O psicodrama revela-se um consistente método de investigação social, por tornar evidentes os valores e comportamentos de uma determinada cultura por intermédio do indivíduo ou indivíduos envolvidos.

Tratando-se do emprego dos métodos psicodramáticos, mas focalizando o grupo e voltados aos propósitos de estudar e auxiliar sua transformação, a expressão adequada a ser utilizada é *sociodrama*.

A diferença entre psicodrama a sociodrama reside em que o primeiro leva em consideração o indivíduo no grupo, ainda que o grupo todo seja mobilizado enquanto público. A ênfase na assistência e terapia está voltada para o protagonismo ou sensibilização individual. Já no sociodrama, a atenção está voltada para o processo grupal, em que o grupo atua como uma unidade, revelando-se e reestruturando-se. O

sociodrama consiste portanto numa pesquisa e, simultaneamente, numa ação social mais abrangente. Nas palavras de Moreno:

O sociodrama baseia-se na suposição tácita de que grupo formado pelo público já está organizado pelos papéis sociais e culturais que, até certo ponto, todos os membros da mesma cultura partilham. Por esta razão, o sociodrama, para que se torne efetivo, tem de tratar da difícil tarefa de desenvolver métodos profundos de ação nos quais as ferramentas de trabalho são tipos representativos de determinada cultura e não indivíduos em particular. (Moreno, 1992:188)

O sociodrama utiliza os mesmos instrumentos do psicodrama, com a diferença de focalizar os temas coletivos relativos à estrutura grupal. Atua através da criação de cenas em que o grupo, já aquecido, externaliza os aspectos conflitantes e identificados na imagem criada, os quais são demonstrados nos papéis e desempenhos espontaneamente assumidos pelos participantes.

Em clima lúdico, ocorre a desinibição necessária para permitir a expressão das atitudes e das emoções com que vivem seus problemas e dificuldades em sua sociedade. Revela e provoca a tomada de consciência sobre mecanismos e atitudes comuns de sua cultura, assimilados e praticados, ainda que inconscientemente.

Cada um passa a conhecer um pouco mais de si mesmo e reflete sobre os problemas revelados no grupo. “É, portanto, de secundária importância quem são os indivíduos ou por quem e de quantas pessoas o grupo é formado. É o grupo como um todo que deve ser colocado no palco para trabalhar seu problema, pois o grupo, no sociodrama, corresponde ao indivíduo, no psicodrama” (Moreno, 1992:189).

O trabalho com um determinado grupo, com o enfoque metodológico do sociodrama, permite conhecer as estruturas que alicerçaram cada um dos participantes e extrapolar para a coletividade de onde eles emergem. Como diz Moreno (1992:165), “culturas inteiras podem ser ‘representadas’, por partes, nos cenários experimentais do axiodrama e do sociodrama, fazendo dos protagonistas criadores e intérpretes”.

Assim, consideramos oportuno esclarecer que o trabalho desenvolvido no contexto indígena priorizou a aplicação do sociodrama, visto que os objetivos da intervenção visavam a ação social, em que os indivíduos participaram como

representantes da cultura e das sociedades acessadas.

Moreno se refere a *axiodrama* como o método de explorar a construção dos valores que edificam um grupo social. É uma arte da pesquisa sociológica e terapia do grupo, ao mesmo tempo em que lida com uma entidade, um indivíduo, um *socius*.

Os encontros grupais podem ser programados para abordar temas que são importantes de ser trabalhados, e direcionar as atividades do grupo. Um exemplo de programação pode ser aquele desenvolvido nos grupo com os indígenas e relatado na primeira parte deste texto: uma programação para atingir os objetivos desejados de aquisição de conhecimentos e de hábitos de prevenção de DSTs e AIDS. Podem-se utilizar diversas técnicas como recursos didáticos e de treinamento da comunicação dos conteúdos assimilados, tais como desenho, teatro ou trabalhos corporais.

A diferente estruturação cognitiva dos indígenas ainda está muito longe de ser compreendida por aqueles que se dedicam a estudar as etnias, e encontra nos recursos sionômicos uma forma de abordagem que permite a transmissão de informações necessárias para a assimilação de novos conceitos, muitas vezes difíceis de ser compreendidos.

O grupo pode ser levado a exercitar em seu universo imaginário os papéis dos personagens da cadeia de transmissão do HIV, a enfermidade, o estado de soropositivo assintomático, o receptor incauto, a criança desprotegida no útero materno, as drogas injetáveis, o preservativo. Todas as variáveis que contribuem para a vulnerabilidade à contaminação podem ser experimentadas no espaço dramático. Esse processo favorece a apreensão dos elementos importantes, inclusive para garantir a capacidade de transmitir os novos conceitos para seus patrícios, na própria forma de expressão de sua cultura.

O exercício dramático implica na utilização do corpo, colocando o ser como um todo em processo de aprendizado e de comunicação. É no corpo que se concretiza e se torna aparente o processo de aquecimento, a abertura para o trabalho e a transformação. A importância do corpo no trabalho de conscientização é já conhecida,

mas adquire acentuado grau de relevância nos trabalhos com os indígenas.

A percepção dos conteúdos internos, das crenças e conhecimentos que as pessoas têm sobre os fenômenos da vida podem ser mais facilmente revelados através de meios artísticos. Através da orientação de algumas técnicas de desenho, possibilita-se, em pouco tempo, a expressão visual dos temas abordados em relação à sexualidade e à transmissão do HIV. O uso de fantoches pode auxiliar a soltar a imaginação e a expressão em seu próprio idioma, na sua forma natural de se comunicarem.

A metodologia sociodramática torna-se, pois, um método imprescindível nesse grupo, pois permite o conhecimento de suas questões cruciais e relevantes, de modo a permitir a descoberta da melhor forma de nele atuar.

Os recursos utilizados permitem uma atitude fenomenológica aos técnicos que o aplicam, que lhes possibilita observar sem parcialidades ao deparar-se com os quadros construídos pelo grupo. As cenas criadas explicitam comportamentos e atitudes costumeiros, revelando o padrão cultural subjacente.

Os dados apresentados levam ao conhecimento da coletividade, sendo possível medir, classificar e organizar as informações fornecidas nos trabalhos, criando um terreno seguro para interpretar os eventos ocorridos e sua influência no desenvolvimento do projeto de prevenção.

Desenvolver com a população indígena um modo apropriado de focar o tema das DSTs e da epidemia de AIDS em sua própria língua e forma de expressão, capacitando, como agentes multiplicadores, seus patrícios a buscar soluções de acordo com seus próprios valores e crenças, a fim de obter eficácia nos resultados, e respeitando sua natureza, ao mesmo tempo que fortalecendo a consciência étnica e o resgate de auto-estima — este é sem dúvida o ideal de qualquer intervenção interétnica.

Entrevistando técnicos da CE-DST/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul quanto aos resultados esperados das intervenções entre indígenas voltadas à aquisição de mudança comportamental, verificamos uma

expectativa pessimista. Expressam eles a quase ausência de resultados nessa população. Num projeto de prevenção à AIDS, o problema identificado é o avanço da epidemia entre os indígenas, e algo tem de ser feito para evitar sua dizimação.

Como foi anteriormente mencionado, muitas formas de abordagem ao problema têm sido tentadas pelos vários órgãos que desenvolvem trabalhos com indígenas. Contudo, a metodologia utilizada para os trabalhos de prevenção de DSTs e AIDS, embora se tente levar em consideração as diferenças culturais, étnicas e sociais de cada grupo trabalhado, não tem mostrado eficácia na apreensão, pelos indígenas, dos conteúdos ministrados, de maneira a torná-los capazes de reproduzir o que lhes foi informado. Isso ocorre porque as atividades desenvolvem-se geralmente em forma de palestras entremeadas por atividades lúdicas, realizadas por médicos, assistentes sociais, psicólogos ou antropólogos. Tampouco se observa o aumento da procura pelos preservativos, o que seria uma das formas de avaliar os resultados dos trabalhos¹⁹.

Para se obter uma transformação nas atitudes das pessoas de um grupo é necessária a utilização de uma metodologia que proporcione a tomada de consciência de seu estado, de sua condição como indivíduos num determinado contexto social. Pelo exposto, verificamos que a socionomia consiste na metodologia que ancora a pesquisa social e, indo além da investigação, propõe a terapia dos grupos. Para tal empreendimento, utiliza-se dos métodos que revelam a verdade do indivíduo em relação e do grupo em si, ou deste com outros grupos.

Para os treinadores de grupos, o sociodrama permite conhecer as verdadeiras questões do grupo e a maneira com que este lida com elas. Permite facilitar o processo de conquista de consciência, assertividade, independência e autonomia, sem impor uma visão preconceituosa, de outra cultura, moralizadora ou catequizadora.

Quando se objetiva reduzir a vulnerabilidade das populações indígenas às

¹⁹ Esse problema foi colocado em seminários de avaliação realizados pela ONG Interativa, do qual participaram outras entidades executoras de projetos com indígenas, bem como nos levantamentos da demanda de preservativos realizados pela CE-DST/AIDS de Mato Grosso do Sul.

DSTs e AIDS, doenças contraídas na interação interpessoal, a teoria socionômica, em suas leis, técnicas e procedimentos de diagnóstico e terapêuticos, resulta no instrumento ideal de pesquisa e intervenção. Enquanto método de investigação, a abordagem do grupo através do sociodrama auxiliará na revelação, para eles mesmos, de como atuam no contato interétnico, que valores os expõem ou afastam desse contato, que comportamentos e atitudes desenvolvem nos relacionamentos com outros grupos, facilitando-se assim o processo de tomada de consciência, assertividade, aquisição de independência e autonomia. Despertados em sua espontaneidade e criatividade, engajados na busca de soluções, desenvolverão eles as soluções mais adequadas e os meios de envolver seus patrícios, pois ninguém melhor que os membros da sociedade para apreender os valores, a estrutura e a dinâmica desta.

Embora Moreno considere a socionomia “como movimento dialético em direção a método sócio-experimental genuíno do futuro, ele faz progresso lento, porém certo” (Moreno, 1992:166). Acreditamos que é possível conquistar índices mais elevados de mudança de atitudes para a prevenção, e num processo de transformação mais rápido do que as conquistas efetivadas na área de saúde reprodutiva por outros métodos.

É necessário dizer que o sociodrama e os outros recursos da socionomia configuram uma pesquisa social que vai muito além do favorecer, do desvendar aspectos étnicos e do intervir em um determinado programa de saúde. Os recursos da socionomia permitem fortalecer os indígenas para a atuação em diversos aspectos na relação com não-índios, além da questão da AIDS, pois “podem (...) explorar, assim como tratar de uma só vez, conflitos que tenham surgido entre duas ordens culturais distintas, e, ao mesmo tempo, através da mesma ação, tentar modificar a atitude que membros de determinada cultura têm em relação a membros de outra” (Moreno, 1992:189).

O grupo deve ser dirigido a atuar produtivamente, numa postura de pesquisador da organização e subjetividade de sua cultura, das necessidades e papéis

sociais que pode vir a desempenhar. Através da dramatização os participantes do grupo tornam-se conscientes de seus problemas, das necessidades e de seus objetivos, motivando-se assim uma participação ativa.

Na ação, o indígena pode resgatar a consciência de seu projeto de vida e se transformar, experimentando novas formas de atuar a partir da ressignificação de suas características e comportamentos culturais. Ao exercitar ser o outro, de outra etnia, abre-se ele para novas possibilidades na relação, apropriando-se e encontrando forças para o resgate de sua natureza, marcando e assumindo suas diferenças.

A partir dessas referências, nos propomos a investigar uma intervenção realizada com o modelo teórico da socionomia para verificar que contribuições podem ser trazidas às políticas públicas de saúde e para a saúde coletiva.

Na parte seguinte vamos caracterizar a população-alvo da intervenção realizada.

3.4 AS CARACTERÍSTICAS DOS ÍNDIOS TERENA

Embora a lei de seleção natural de Darwin demonstre que sobrevivem os organismos que melhor se adaptam ao meio, a questão indígena extrapola o ponto de vista do biológico e adentra o campo do sociológico, do antropológico e do etnológico.

Partindo de uma análise da sobrevivência em termos gerais, Darcy Ribeiro demonstrou que, no processo civilizatório, só as tribos que se desligaram de suas características mais peculiares, de sua liberdade, de seu *modus vivendi* original, sobreviveram.

Darcy Ribeiro faz menção à resistência dos índios Guaikuru, conhecidos como índios cavaleiros, guerreiros do Pantanal de Mato Grosso do Sul e do Paraguai, que valentemente impediram, por sua bravura e insubordinação, o acesso da Companhia de Jesus àquela região. E nos lembra a citação de Félix de Azara feita por

Holanda (1986:70) na obra *O extremo oeste*: “Pouco faltou para que exterminassem todos os espanhóis do Paraguai”. Ribeiro (1995:37) afirma que, “sem embargo, guardaram até o fim, e ainda guardam, sua soberba, na forma de uma identificação orgulhosa consigo mesmos que os contrasta, vigorosamente, com todos os demais índios, como pude testemunhar nos anos em que convivi nas suas aldeias, por volta de 1947”. Entretanto, essa nação, que usava belas roupagens de couro, montava bravos corcéis e forjava armas potentes, teve o fim dos que não se vendem, não se corrompem, não se miscigenam (Ribeiro, 1995:37).

No outro pólo da interação com outra cultura estão os Terena, nação conhecida pela sua docilidade e passividade, que ganhou as honras de adentrar a sociedade dos não-índios e morar nas periferias de suas cidades (Oliveira, 1968). Os Terena, de língua Aruak, descendem do tronco Guaná. Deslocados desde a região chaquenha boliviana, conservaram as habilidades e devotamento agrícola originais mesmo após longa convivência com povos de economia rudimentar. Participaram da estruturação econômica da Região Centro-Oeste brasileira, servindo como importante contingente de mão de obra nas fazendas, após a Guerra do Paraguai, e como produtores de bens de consumo para a sociedade regional.

Tendo assimilado os “costumes dos brancos”, e deparando-se com a escassez da terra, os Terena, de tradição agrícola, necessitaram deslocar-se para as cidades para trabalhar e conseguir o sustento de suas famílias. Os homens separaram-se de suas esposas e filhos por longos períodos, indo para as destilarias e subempregos, e as jovens tornaram-se ótimas babás, pela sua afetuosidade e paciência, embora sendo vistas como não tão boas empregadas domésticas, por sua “indolência” e capacidade de engravidar, sem saberem apontar a paternidade do filho.

Ribeiro, na introdução a um dos volumes da série *América Latina em sua Cultura*, da UNESCO (Albó, 1988:21), usa a expressão “povo testemunho” para se referir às civilizações que sobreviveram ao impacto traumatizante da expansão européia e elaboraram um novo *modus vivendi*, adotando condutas e costumes

apreendidos na interação, forjando mecanismos de negociação os mais diversos, mas conseguindo permanecer.

A nação Terena se enquadra na tipificação de “povo testemunho”, sobrevivendo até hoje e crescendo em número de descendentes, tendo se reestruturado após uma profunda transfiguração, não só pela conjunção das duas tradições, mas também pelo esforço de adaptação às condições que enfrentaram e enfrentam de subalternos dos sistemas econômicos, dos governos arbitrários, da exploração mercantil e industrial de suas áreas, alterando seus esquemas de sobrevivência.

Nesse cenário de crescente interesse no desenvolvimento de trabalhos com as comunidades indígenas, é comum ouvir-se que não há interesse em trabalhar com índios como os Terena porque estão destituídos de suas características inatas e se tornaram extremamente civilizados, o que implica em raros estudos sobre esta população.

Uma certa percepção de suas peculiaridades enquanto povo evidencia-se nas referências pejorativas a seu comportamento: “gente descansada e às vezes empacada”. Contudo, as observações feitas por etnólogos retratam que as características inerentes desses indígenas permanecem presentes em sua organização social, na manutenção de sua estrutura cognitiva e em seu comportamento, a despeito da aparente civilização e do desfrute dos aparatos tecnológicos da moderna vida civilizada (Ribeiro, prefácio a Oliveira, 1960).

Essa afirmação foi feita também por Darcy Ribeiro, cuja observação genérica sobre as tribos sobreviventes ao processo de colonização do Brasil pode ser aplicada ao povo Terena:

Pesquisa etnológicas empreendidas por mim mesmo revelaram o alto grau de resistência destas etnias tribais, que continuam congregando as lealdades de seus membros e definindo-se como indígenas, mesmo quando submetidos durante décadas a pressões aculturadoras e assimiladoras (...) Onde quer que um grupo tribal tenha a oportunidade de conservar a continuidade da própria tradição pelo convívio de pais e filhos, preserva-se a identificação étnica, qualquer que seja o grau de pressão assimiladora que experimente (...) O passo que se dá nesse processo não é, pois, como se supôs, o trânsito de índio a brasileiro, mas da situação de índios específicos, investidos de atributos e vivendo segundo

seus costumes, à condição de índios genéricos, cada vez mais aculturados mas sempre índios em sua identificação étnica. (Ribeiro, 1995:112-113)

Embora Ribeiro se refira aqui à generalização dos indígenas, observa-se, nesse povo, a manutenção de um orgulho étnico. Nos encontros entre diversas etnias de Mato Grosso do Sul promovidos pelo governo estadual, que tivemos a oportunidade de presenciar, observamos que os Terena não aceitam ser confundidos com outras etnias, ser englobados ao conjunto de índios nem ser tratados genericamente nas reuniões com entidades assistencialistas governamentais.

As diversas etnias não se juntam para compor comissões, sendo sempre necessário que cada etnia tenha seus próprios representantes. Cabe inclusive citar aqui que a coordenação do projeto foi advertida e contestada por uma das lideranças por ter colocado no título do projeto desenvolvido entre índios citadinos a expressão “índias desaldeadas”, quando a forma correta de se referir a eles seria “índios Terena urbanos”!

O estado de Mato Grosso do Sul é o segundo em número de indígenas no país, abrigando cerca de 40 000 indivíduos de várias etnias. Os Terena representam a segunda maior etnia no estado, congregando em torno de 17 000 pessoas (Fundação Nacional de Saúde, 2000), em grande crescimento demográfico.

Nas cidades, os indígenas têm participado do convívio cotidiano da comunidade, sendo por isso encontrados nas ruas e nas feiras, sendo muitas as mulheres que trabalham em casas da classe média como empregadas domésticas. Vivem nos bairros periféricos, em pequenos grupamentos familiares. Registrou-se a presença de cerca de 5 000 índios na capital do estado. A maioria vive nas áreas indígenas demarcadas em regiões próximas às cidades de Miranda, Anastácio, Aquidauana, Rochedo, Dourados, Dois Irmãos do Buriti, Sidrolândia e Nioaque. Muitos vivem em fazendas como trabalhadores braçais.

As Reservas Indígenas de Taunay e Ipegue, onde estão localizadas as aldeias envolvidas neste estudo, estão situadas no distrito de Taunay, a cerca de 45

quilômetros de Aquidauana, sendo 15 destes quilômetros de estrada de terra, em algumas épocas de difícil acesso. Essas duas áreas abarcam seis aldeias — Imbirussu, Morrinhos, Lagoinha, Água Branca, Bananal, Ipegue — distantes dois a três quilômetros uma da outra. As aldeias Ipegue, Água Branca e Bananal possuem, cada uma, setores algo mais afastados, denominados Colônia Nova, São José e Jaraguá, respectivamente. Toda a área é abastecida por água e acessível por uma linha de ônibus. Existe telefone somente na aldeia Bananal, mais antiga e populosa, situada no centro da região.

A administração das Reservas Indígenas de Taunay e Ipegue conta com dois Postos Indígenas — Posto Indígena Ipegue, responsável pela aldeia Ipegue, e Posto Indígena Bananal, responsável pelas aldeias Bananal, Morrinhos, Lagoinha, Imbirussu e Água Branca. A autoridade maior de cada aldeia é o cacique, que é eleito para um mandato de quatro anos. Existem associações nas escolas e nas igrejas. Esses grupos primam pela organização, sendo que qualquer atividade desenvolvida é institucionalizada, criando-se uma diretoria e registrando-se os eventos em atas.

Por isso as associações são elementos importantes nas comunidades indígenas: elas têm poder de influência nas decisões coletivas, e devem ser consultadas nas intervenções, para não constranger as relações. Os membros de tais organizações respeitam-nas e, mesmo que não concordem com o que os líderes empossados determinam, aguardam até que o grupo como um todo decida por sua exclusão do cargo. Enquanto isso não ocorre, o líder é respeitado e acatado. O máximo de rebeldia que se vê acontecer é a não-participação nas atividades organizadas por esse líder.

A população total das duas reservas é de cerca de 3 800 habitantes e, segundo Mangolin (1999), a média de terra disponível para cada pessoa é de 1,28 hectare. Esse autor, descrevendo a estrutura educacional das aldeias Terena sul-mato-grossenses, menciona que 17% da população frequenta a escola de 1º grau e que 60% da população tem menos de 20 anos de idade.

Os índios das aldeias apresentam organização familiar nucleada, em que

convivem uma, duas ou três gerações. Em geral, a cada casamento, o novo núcleo passa a residir em uma área próxima à família da noiva, e participa da roça da família até que consegue autonomia para adquirir sua própria roça. Com a progressiva escassez de terra, resultante do crescimento demográfico, os homens deslocam-se da aldeia em busca de empregos temporários nas fazendas, nas destilarias de álcool, ou em trabalhos esporádicos nas cidades. As mulheres, em geral as solteiras, cuidam da casa, auxiliam na roça ou trabalham nas cidades como empregadas domésticas.

Mangolin descreveu a estrutura patrilinear, monogâmica e agricultora dos Terena, revelando também que o sistema educacional está estritamente ligado à família nuclear, sob responsabilidade do pai, da mãe, do avô, regulando a formação afetiva, intelectual e para o trabalho. Ele observou que a educação e o convívio com as crianças está acima dos compromissos de ordem social e política interna ou diante da sociedade nacional (Mangolin, 1999:56). A “tradição oral” é a forma de transmissão de informações sobre os antepassados e sobre os costumes e a consciência de ser “povo Terena”. Esses ensinamentos, observou Mangolin (1999:59), são repassados pelo avô, que dedica suas noites à tarefa de narrar as “proezas e aventuras de seu povo: de onde vieram, as dificuldades que enfrentaram, como o mundo foi criado, as maravilhosas fontes de benção que Ituko’oviti (Deus) tem reservado para eles.”

No I Seminário Governamental Sociedades Indígenas e Políticas Públicas²⁰, que visava o diagnóstico das condições de vida dos indígenas sul-mato-grossenses, reunindo representantes de todas as aldeias e etnias, foram relatados alguns problemas vivenciados pelos indígenas, que permitira a compreensão das condições sócio-econômicas das populações atingidas por essa intervenção:

²⁰ O I Seminário Governamental Sociedades Indígenas e Políticas Públicas, realizado em abril de 1999, foi organizado pelo Governo Estadual do estado de Mato Grosso do Sul que iniciava sua gestão. Os aspectos ligados às condições sociais, tais como a saúde, a educação, o saneamento, o fornecimento de água e a produção, foram relatados pelos próprios representantes indígenas para os técnicos oriundos das diversas secretarias estaduais. Os diversos representantes foram separados por grupos étnicos, devido às diferentes características culturais e condições sócio-econômicas. Acompanhamos a etnia Terena, para conhecer a realidade sócio-demográfica de suas comunidades e poder definir a escolha daquelas a serem acessadas.

- Escassez de terras, que dificulta a auto-suficiência na produção de alimentos para consumo próprio ou para comércio, provocando a dificuldade de sustento das famílias, forçando homens e mulheres a buscarem trabalho fora das aldeias, em fazendas, nas cidades ou para trabalho no corte da cana nas usinas de álcool. Esse problema leva à desagregação familiar, quebra das formas tradicionais de organização social e dos rituais coletivos, e alteração importante do “jeito de viver dos antigos”.
- Precariedade de assistência à saúde e educação, tanto pela falta ou inconsistência de programas, de profissionais e de instalações materiais, quanto pela discriminação sofrida por serem indígenas e pelas dificuldades de lidarem com as ações do sistema de saúde e educação orientadas por uma ótica etnocêntrica.
- Falta de água e saneamento nas aldeias, resultando em altos índices de mortalidade infantil.
- Dificuldades de comunicação e deslocamento provocadas pela má conservação das estradas e ausência de serviços de comunicação, prejudicando a busca de formação, auxílio para as emergências ou participação na formulação de políticas indígenas.
- Exploração por fazendeiros e empresários que utilizam a mão-de-obra indígena em troca de pagamentos irrisórios que impedem o sustento digno de suas famílias, assim como a invasão das aldeias por pessoas com interesses diversos dos de pesquisa ou turismo, que auferem lucros por atividades desenvolvidas com indígenas, mas que não se revertem em benefício algum para as comunidades — ao contrário, desestabilizam sua organização interna.

Como conseqüência dessas condições, como confirma Mangolin (1999), os

Terena já se convenceram que a sobrevivência não pode mais ser conseguida apenas do tradicional manejo da terra, cada vez mais escassa e improdutivo. Hoje, em termos de trabalho, buscam a profissionalização e visam cursos superiores nas universidades. Nesse sentido, os jovens já não se interessam em ouvir os mitos e lendas que explicam a criação do mundo, os casamentos e a forma de trabalho na agricultura, e buscam as atrações dos costumes e do “mundo dos brancos” — modo alternativo de gerir suas vidas, para o ressentimento dos idosos.

No que concerne às condições de assistência à saúde, no período de implantação da intervenção, as aldeias acessadas — Água Branca, Bananal e Ipegue — apresentavam a estrutura em saúde descrita na Tabela 3.1, segundo dados obtidos no período de reestruturação da saúde indígena, que deixou de ser atribuição da FUNAI, passando para a Fundação Nacional de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a partir do Decreto 3 156, de 27/8/1999.

Apesar de existir certa infra-estrutura para o desempenho dos serviços de saúde, constatava-se a falta de assistência de saúde às populações indígenas de todo o estado de Mato Grosso do Sul, demonstrada através da alta incidência de doenças controláveis, como a tuberculose, e da taxa de mortalidade infantil, em torno de 70 por mil.

As referências literárias e a oportunidade de participação no citado seminário contribuíram para uma visão geral dos problemas enfrentados pelos índios Terena em todas as aldeias existentes no estado, permitindo conhecer a população-alvo e suas necessidades, e auxiliando no direcionamento das estratégias da intervenção.

TABELA 3.1 — SITUAÇÃO DA ESTRUTURA EM SAÚDE, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO NAS ALDEIAS ÁGUA BRANCA, BANANAL E IPEGUE, EM ABRIL DE 1999.

CONDIÇÃO	ÁGUA BRANCA	BANANAL	IPEGUE
População	530	1 119	1 002
Posto de saúde	Sim	precário	Sim
Auxiliar de enfermagem	Não	Não	Não
Atendente de enfermagem	Sim	Sim	Sim
Escola	Sim	Sim	Sim
Agente comunitário	Não	Não	Não
Rede de água	2 000 metros	1 500 metros	1 200 metros
Energia	Sim	Sim	Sim
Comunicação	Não	Sim (telefone)	Não

Fonte : Equipe de Saúde do Índio – Fundação Nacional de Saúde–MS.

4 O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO ASSUMINDO AS DIFERENÇAS NAS ALDEIAS TERENA

As considerações feitas nos capítulos precedentes serviram de substrato para o planejamento e a execução da intervenção para a prevenção de AIDS realizada entre índios aldeados da etnia Terena de Mato Grosso do Sul. Pondo em prática o objetivo geral do projeto, de “reduzir a incidência das DSTs e AIDS entre os indígenas”, estreitamos um processo de qualidade interativa entre os conhecimentos e reflexões obtidos na etapa da intervenção desenvolvida entre índios urbanos e a etapa que agora vamos abordar. O projeto Assumindo as Diferenças foi implementado no período de abril de 1999 a março de 2000.

Para contextualizar as atividades desse projeto em suas diversas etapas de efetivação, foi necessário introduzir alguns conceitos pertinentes aos sentidos de comunidade, participação, organização social e lideranças, entre outros.

4.1 OS ASPECTOS TÉCNICOS DA INTERVENÇÃO

Com base em nossas reflexões sobre a escolha da metodologia de intervenção, exposta no Capítulo 2, optamos por utilizar os procedimentos do psicodrama. Optamos também pela escolha de uma equipe técnica composta de profissionais com especialização em psicodrama, oriundos das áreas de psicologia e assistência social.

Realizamos uma entrevista com dez candidatos, que desempenhariam o papel de monitores dos trabalhos desenvolvidos nas comunidades. Com essa técnica, avaliamos o grau de afinidade, interesse e desinibição desses participantes para cumprirem a tarefa de contato com as populações indígenas. Também nos dedicamos à investigação sobre suas noções da diversidade étnica e das representações culturais e

sobre seu grau de informação sobre os indígenas. Utilizando a técnica de estudo de caso, analisamos as atitudes de cada um dos entrevistados ao se deparar com um comportamento que lhes parecesse estranho.

A partir dessa entrevista, foram selecionados oito psicólogos e uma assistente social para atuarem como monitores. Participaram eles então de um treinamento sobre as noções conceituais e experienciais de intervenção social, etnologia e DSTs e AIDS.

O treinamento foi realizado de 20 de abril e 25 de maio de 1999, através de reuniões semanais de quatro horas de duração²¹. Os participantes receberam instruções sociológicas voltadas à realização de um diagnóstico abrangente no contato com a população. Especificamente quanto às DSTs e AIDS, receberam informações sobre os conceitos e definições mais atuais sobre os aspectos epidemiológicos, biomédicos e sociológicos e sobre os paradigmas que norteiam as ações de enfrentamento à epidemia, bem como sobre a mobilização social e institucionalidade organizadas em torno do problema.

Após a discussão dos aspectos sócio-antropológicos vistos no contato interétnico, a equipe fez um planejamento das atividades e realizou vivências sobre as dificuldades imagináveis de interação com os indígenas. Equipes de três integrantes foram montadas, com base em qualidades e valores de afinidade. Cada equipe foi responsável pelos trabalhos de uma das três aldeias escolhidas.

Além disso, foi constituída uma equipe multiprofissional formada por membros das áreas de medicina, psicologia, assistência social, arte e educação. O projeto teve como estrutura orientadora de desenvolvimento as etapas programadas para a intervenção, que foram apresentadas à CN-DST/AIDS (Quadro 4.1).

²¹ O curso foi ministrado pela consultora Jacy Corrêa Curado e por Nazira Scaffi, coordenadora do projeto.

QUADRO 4.1 — PLANO DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO ASSUMINDO AS DIFERENÇAS – PREVENÇÃO DE DSTs E AIDS ENTRE ÍNDIOS TERENA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL: OBJETIVOS ESPECÍFICOS, METAS E INDICADORES DE PROCESSO

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES DE PROCESSO
1. Sensibilizar e mobilizar a população indígena de três aldeias Terena para prevenção de DSTs e AIDS.	Contactar as lideranças indígenas das comunidades	Número e tipo de lideranças políticas e sociais acessadas
	Fazer visitas domiciliares para informar sobre as atividades	Número de domicílios visitados
	Fazer entrevistas sobre DSTs e AIDS	Número de entrevistas realizadas em cada aldeia
	Realizar reuniões e outras atividades com a comunidade	Número e tipo de atividades desenvolvidas com a comunidade: reuniões, palestras, oficinas, torneios
	Apresentar o Grupo de Teatro Indígena, seguido de sociodrama	Número de pessoas assistindo Número de participantes no sociodrama
2. Formar agentes multiplicadores, desenvolvendo técnicas e instrumentos de intervenção de modo a estimular a prevenção da contaminação e da disseminação de AIDS e DSTs.	Obter a capacitação de dez pessoas de cada aldeia	Número de pessoas capacitadas por aldeia
	Conseguir que os indígenas sejam capazes de planejar atividades de repasse para a comunidade	Número de projetos desenvolvidos pelos indígenas e tipo de população-alvo definida
3. Orientar homens e mulheres indígenas quanto ao contato sexual externo a suas comunidades (em destilarias, casas de prostituição, turismo sexual etc.) e quanto à prevenção de AIDS e DSTs.	Até o final do projeto (seis meses), conseguir que os indígenas sejam capazes de planejar e desenvolver atividades de prevenção na comunidade, apropriadas para o nível de conhecimento, idade, sexo, deslocamento para o trabalho e peculiaridades culturais de cada aldeia	Número e tipo de estratégias de mobilização desenvolvidas nas comunidades
	Realizar reuniões de acompanhamento e supervisão dos agentes de prevenção	Número e qualidade das reuniões realizadas com os monitores para a supervisão
	Disponer de uma distribuição de preservativos implementada de acordo com as peculiaridades de cada aldeia	Número de preservativos distribuídos por aldeia, por idade e por sexo
4. Avaliar qualitativa e quantitativamente o impacto do trabalho na mudança de comportamento em relação à prevenção e ao uso de preservativos.	Obter demonstração da capacidade de planejar e fazer ajustes nas atividades de repasse para a comunidade pelos agentes de prevenção	Qualidade das atividades desenvolvidas planejadas e não planejadas
	Conseguir que os agentes de prevenção sejam capazes de desenvolver estratégias inovadoras para a mobilização da comunidade, que respeitem os valores culturais e promovam o fortalecimento da identidade indígena e da organização social	

4.2 FASE DE CONTATOS COM AS COMUNIDADES INDÍGENAS

Foi proposto aplicar a intervenção em três aldeias, em função do estudo populacional feito nas comunidades Terena, do limite orçamentário e da orientação metodológica adotada. A definição das aldeias em que seria desenvolvido o trabalho resultou de um processo de contato com as comunidades indígenas, proporcionado por alguns eventos que ocorreram no período de seleção.

O primeiro contato com os representantes das comunidades dessa etnia, com vistas à implantação da intervenção, foi realizado durante o I Seminário Governamental Sociedades Indígenas e Políticas Públicas, realizado de 1 a 3 de abril de 1999.

A proposta de intervenção foi apresentada às lideranças indígenas durante o evento seguinte, o I Seminário de Reorganização da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, organizado pela Fundação Nacional de Saúde, Regional de Mato Grosso do Sul (FUNASA-MS), de 24 a 26 de abril de 1999. Nesse seminário, durante as discussões sobre as ações de prevenção à saúde indígena, foi exposto o problema da AIDS nas comunidades e oferecida a proposta de aplicar uma intervenção voltada à prevenção. Explicaram-se a metodologia a ser utilizada e as fases de implantação previstas: sensibilização da comunidade através de reuniões para levantamento de seu conhecimento sobre o problema; diagnóstico local; apresentação de teatro com atores indígenas de Campo Grande; treinamento de agentes multiplicadores indígenas para a prevenção em suas comunidades, de modo a garantir tanto o respeito à diversidade cultural e às normas sociais de cada comunidade, quanto a comunicação e compreensão sobre a epidemia de HIV e as formas de se prevenir.

Após esse seminário, quatro caciques, das aldeias Cachoeirinha (no município de Miranda), Bananal, Ipegue e Água Branca (no município de Aquidauana), solicitaram que o projeto fosse desenvolvido em suas aldeias. Foram

escolhidas as aldeias Ipegue, Água Branca e Bananal pela proximidade entre elas, o que facilitaria a execução.

Em maio de 1999, realizamos a primeira visita às aldeias escolhidas e lá fomos orientados pelos caciques a ir solicitar a permissão dos chefes dos Postos Indígenas Ipegue e Bananal. Após explicar os objetivos do projeto e as fases de implantação, obtivemos a autorização dessas lideranças para o início das atividades, sendo advertidos que a cada passo deveríamos estar comunicando as ocorrências. Passamos então por reuniões com os conselhos tribais, associação de moradores, todas as lideranças religiosas, professores e agentes de saúde locais. Esse trajeto serviu para conhecermos as formas de organização de cada aldeia, seus conflitos políticos e parte de seu modo de vida e dos problemas que enfrentam. Essa fase de contatos com as lideranças e comunidades está apresentada de modo esquemático no Quadro 4.2.

Os resultados da intervenção prévia entre indígenas da cidade de Campo Grande serviram de orientação para se elaborar uma intervenção voltada a capacitar membros da própria comunidade indígena para atuar na prevenção de DSTs e AIDS, visando viabilizar um processo de multiplicação de conhecimentos.

Atentando para a concepção de comunidade extraída da NEPAIDS (1997) — “um grupo de pessoas que têm algo em comum e que irá interagir com grupos afins” —, verificamos que esse sentido ressaltava uma construção dinâmica, que determinava o problema e a situação a serem trabalhados e a motivação das pessoas no momento em que estávamos realizando a pesquisa. Esse momento refletiu as tendências mundiais para o enfrentamento da epidemia de HIV: a função comunitária teve e continua tendo influência determinante na construção da agenda de pesquisas, envolvendo os diversos fatores sociais, econômicos, legais, de ativismo, de assistência, de cuidados às famílias e às comunidades afetadas pela AIDS.

QUADRO 4.2 — FASE DE CONTATOS COM AS LIDERANÇAS E COMUNIDADES INDÍGENAS REALIZADA NOS MESES DE ABRIL E MAIO DE 1999: ATIVIDADES PRODUTOS E RESULTADOS

PERÍODO	ATIVIDADES	PRODUTOS: efeitos gerados por atividades	RESULTADOS: efeitos que respondem aos objetivos específicos
De 15/4/99 a 18/5/99	Participação da coordenação nos seminários sobre a questão indígena, para obter subsídios para a intervenção.	Representantes indígenas relatam as condições sócio-econômicas e de assistência à saúde em que vivem os índios Terena nas aldeias.	Conhecimento da realidade vivida pelos indígenas da etnia Terena, através dos relatos feitos pelos próprios indígenas. (1)
		Representantes indígenas tomam conhecimento do programa de prevenção de DSTs e AIDS entre indígenas.	Sete caciques solicitaram o desenvolvimento do projeto em suas aldeias.
		Definição das aldeias a serem trabalhadas.	Aldeias situadas no município de Aquidauana, Reserva Indígena de Taunay. Escolha das aldeias Bananal, Ipegue e Água Branca. (2)
18/5/99 a 29/5/99	Contatos com lideranças nas aldeias escolhidas e reconhecimento do local.	Reuniões com lideranças (caciques, chefe de Posto Indígena da FUNAI, conselho tribal, Associação de Pais e Mestres, lideranças religiosas e membros da comunidade, antigos agentes de saúde da FUNAI)	Esclarecimentos sobre as atividades do projeto e obtenção de autorização e apoio para permanência da equipe na aldeia.
			Participação das comunidades nas estratégias de mobilização e divulgação, inclusive na confecção dos materiais de divulgação (textos e imagens). (3)
			Superação dos conflitos políticos e religiosos existentes entre as lideranças em benefício das atividades de prevenção em toda a comunidade.

(1) Os relatos existentes registrados na literatura são muito antigos e já não retratam a realidade atual dos povos indígenas de Mato Grosso do Sul.

(2) A escolha destas aldeias deveu-se à conjunção destes fatores: solicitação dos caciques, proximidade entre as aldeias e delas às cidades, e densidade populacional.

(3) Importante conquista que abrevia o processo de convencimento e de confiança no trabalho proposto.

Queremos ressaltar a contribuição das experiências de participação comunitária nos projetos sociais, as quais tiveram grande expansão em consequência da necessidade de suprir as demandas criadas pela epidemia de AIDS. A participação comunitária tem sido considerada essencial e indispensável para a eficácia dos programas nacionais de controle da epidemia. Tais iniciativas são, inclusive, objeto de estímulo e reforço por parte das agências financiadoras de programas sociais.

No contexto das comunidades indígenas a que tivemos acesso, encontramos diferentes grupos religiosos, associações de produtores agrícolas, associações de moradores, grupos de times de futebol, tanto masculinos como femininos, associações de pais e mestres das escolas, e ainda os grupos de interesses político-partidários. As mulheres das comunidades indígenas em geral estão vinculadas aos “grupos de senhoras” nas igrejas evangélicas de várias denominações e também na igreja católica, participando da Pastoral da Criança.

Foram esses os segmentos sociais comunitários que possibilitaram as escolhas adequadas das pessoas que serviriam de mediadores à comunicação dos temas e conteúdos ligados à transmissão e à prevenção das DSTs e AIDS.

Para efetivar a realização dessa estratégia de comunicação, foram planejadas as etapas que antecederam e, posteriormente, determinaram a fase de formação dos agentes multiplicadores indígenas. Assim, desenvolvemos as seguintes etapas:

- a) Fase de sensibilização e mobilização das comunidades das aldeias quanto à necessidade de se desenvolver um projeto de prevenção de AIDS e DSTs. Essa fase incluiu diversas atividades desenvolvidas nas comunidades e a representação teatral realizada por um grupo de atores indígenas da cidade de Campo Grande.
- b) Fase de capacitação de agentes multiplicadores indígenas para a promoção da prevenção de DSTs e AIDS nas comunidades, fazendo uso de técnicas e instrumentos de intervenção para estimular a prevenção da infecção e disseminação dessas doenças.

- c) Fase de multiplicação, retratando o desenvolvimento de atividades pelos agentes multiplicadores indígenas com vistas à interação e ao repasse de informações culturalmente substantivadas.

A terceira fase foi acompanhada e registrada através das reuniões de supervisão, de monitoramento e de avaliação qualitativa e quantitativa das atividades desenvolvidas pelos agentes multiplicadores.

A seguir, faremos o relato etnográfico circunstanciado das fases de implantação do projeto Assumindo as Diferenças nas três aldeias Terena escolhidas.

4.3 FASE DE SENSIBILIZAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DAS COMUNIDADES

Nossa experiência prévia no contato com a cultura Terena, obtida em intervenção com moradores do meio urbano, levou-nos a planejar a etapa de sensibilização e de mobilização das comunidades, consistindo num conjunto de atividades desenvolvidas para permitir nossa inserção e negociação da implantação do projeto. Para tanto, a coordenação do projeto planejara um conjunto de atividades de diagnóstico e de formação de vínculo, priorizando um espaço para as iniciativas e sugestões dos atores sociais surgidas desse contato. Inicialmente foram planejadas as seguintes atividades:

- a) aplicar questionário para levantar os conhecimentos sobre DSTs e AIDS;
- b) realizar reuniões e outras atividades com a comunidade, para apresentar os objetivos e atividades do projeto;
- c) apresentação do Grupo de Teatro Indígena, seguido de sociodrama;
- d) recrutamento de voluntários para o treinamento.

Essa fase se estendeu de maio a setembro de 1999, quando foram realizadas

cinco visitas a cada aldeia. Cada equipe visitante, composta por três monitores, permanecia o dia todo em contato com as comunidades, desenvolvendo as atividades planejadas em conjunto com os indígenas que se integravam ao processo, e de acordo com as possibilidades locais.

O *processo de sensibilização* da comunidade foi o movimento pelo qual surgiu o despertar da atenção para o problema da incidência da AIDS. Como resultado da ação mobilizadora de sensibilizar, os indígenas perceberam o problema epidêmico e responderam com receptividade para a implantação de um programa de prevenção que requereria a participação da coletividade.

A sensibilização inicial foi realizada com as lideranças e obedeceu à seguinte seqüência hierárquica, provinda dos valores de chefia e responsabilidades: o chefe de posto indígena da FUNAI, o cacique e o presidente do conselho tribal, seguindo-se as demais lideranças não-oficiais. Posteriormente, a sensibilização foi desenvolvida com os seguintes grupos: familiares, membros das igrejas, jovens, crianças e idosos.

O poder das lideranças se estende sobre toda a comunidade ou sobre determinado segmento da população. Neste último caso, estão as lideranças que ocupam cargos ligados às entidades políticas e religiosas e às associações grupais.

A etnia Terena demonstrou respeito às lideranças constituídas, oficiais ou não, de maneira que qualquer decisão levaria ao aval do grupo. Desse modo, qualquer cargo criado no grupo de trabalho está, na prática, subordinado a uma liderança, que tem sua opinião respeitada, mesmo que seja divergente daquela dos demais membros do grupo. Interessante é observar a manutenção de lideranças não-oficiais que assumem o cargo de chefia de um grupo de trabalho: apesar das divergências, enquanto seu tempo de mandato não se encerra não ocorrem movimentações para a derrubada do poder, e os descontentamentos se manifestam apenas de forma velada e discreta.

Outros cargos que não estão ligados à estrutura social da aldeia, como aquele de “vereador indígena”, detêm poder de influência, porém sem possuir força para

determinar os destinos da comunidade. Caso as lideranças oficiais se posicionem de forma antagônica quanto a determinado assunto, a influência decisiva advirá das decisões do cacique. Acima desta chefia, ter-se-á de obedecer primeiramente ao chefe de Posto Indígena.

Observamos que a função de coordenadora da equipe do Projeto Assumindo as Diferenças detinha uma valoração de autoridade bastante respeitada. Mesmo quando os demais membros da equipe de trabalho tivessem a responsabilidade de executar suas tarefas específicas, as lideranças indígenas aguardavam a presença da coordenadora para desencadear a ação programada. Percebemos que essa obediência hierárquica também funcionava como reguladora da ação dos não-índios na comunidade. Por outro lado, observamos que essa relação resultava numa dependência à coordenação, causando até mesmo transtornos, dado nosso hábito de definir funções e delegar atribuições.

As elucidações de Moreno sobre o desenvolvimento dos grupos sociais permitem relacionar a organização social, e o comportamento observado nas lideranças com o estágio evolutivo no qual primam a obediência e respeito à liderança, fundamentais para a coesão grupal. Essa relação estabelecida mantém os membros do grupo em uma disposição horizontal e igualitária, sem favorecimentos ou privilégios, e ao mesmo tempo cumpre a função de controle sobre a comunidade, auxiliando na manutenção da ordem e das normas sociais vigentes. Quando eficaz, esse controle também proporciona uma restrição ao contato interétnico, diminuindo a vulnerabilidade do grupo a elementos nocivos das sociedades do entorno.

Para ultrapassar essa barreira social, ao tomarmos contato com as comunidades indígenas recorreremos a estabelecer conversas demoradas, no intuito de construir relações amistosas e fazer a ponte da comunicação intercultural. Verificamos que as pessoas mais acostumadas ao contato com as instituições públicas e habituadas à comunicação com agentes sociais foram os primeiros que se mobilizaram para auxiliar a desencadear o processo de sensibilização dos demais membros da

comunidade.

Nesse momento de implantação da intervenção, utilizamos os recursos técnicos obtidos nas leituras de Irma Rizzini e colaboradores, em *Pesquisando... Guia de metodologias de pesquisa para programas sociais* (Rizzini *et al.*, 1999). Essa ajuda intelectual cooperou para que a participação social resultasse numa ação política, visando superar os recorrentes procedimentos assistencialistas, freqüentemente imbuídos de formas autoritárias de intervenção. Tínhamos em mente a necessidade de garantir a adequação entre a realidade social e o conhecimento científico, preservando assim as peculiaridades e a complexidade inerentes à passagem pela ponte que uniu o saber local ao científico.

Todavia, a metodologia que atinge apenas a esfera cognitiva da comunicação não se revelou suficiente para favorecer ou permitir a comunicação nesse contexto cultural. Os fatores políticos, os religiosos, os códigos de linguagem, os costumes da etnia e aqueles próprios de cada uma das comunidades acessadas, assim como os sentimentos e significados atribuídos aos problemas de saúde e de sexualidade, constituíram barreiras significativas para a inserção da intervenção nas aldeias. No entanto, a pesquisa-ação feita segundo a metodologia desenvolvida por Moreno permitiu não só elucidar rapidamente tais fatores intervenientes, mas também modificar seu grau e qualidade de interferência.

A sociometria orientou o mapeamento social da comunidade e a localização das afinidades e rejeições reguladoras da interação entre os homens e as mulheres, entre os adultos e os jovens, entre os diversos grupos religiosos e entre as facções políticas, assim como entre os indígenas e os representantes da sociedade regional. A revelação das estruturas sociais, nos grupos de discussão ou nas reuniões com as comunidades, provocou a tomada de consciência sobre a situação relacional vivida. A apropriação desse conhecimento pelos indígenas proporcionou ao conjunto de atores envolvidos — equipe e indígenas — a reflexão sobre as estratégias de mobilização que deveriam ser realizadas.

A perspectiva relacional permitiu valorizar os conflitos políticos com que nos deparamos nessa etapa da intervenção, utilizando essas informações como um diagnóstico estratégico para o desenvolvimento das atividades nas comunidades. Sendo constantes em todo o processo de sensibilização, muitas vezes esses conflitos levaram ao redirecionamento das atividades planejadas.

O fator relacional foi determinante para o desenvolvimento de um processo participativo, pois a estrutura social das comunidades implicava em limitações para o exercício da autonomia dos indivíduos. Isso pode ser ilustrado com algumas das situações vividas nas aldeias, apresentadas a seguir.

Na aldeia Ipegue, as atividades de contato com a comunidade que foram orientadas pelo cacique só atingiram a população ou grupos familiares a ele vinculados, pois os opositores não eram convidados ou se negavam a participar dessas reuniões. Esses opositores, em consequência, nos contatos posteriores com a equipe técnica, combinaram outras reuniões das quais só participaram seus aliados.

Na aldeia Bananal, o cacique inicialmente permitiu o contato da equipe com todos os grupos, indistintamente. Entretanto, ao observar que outras lideranças, vinculadas à oposição, se envolviam nos trabalhos e começavam a definir o rumo das atividades, ele retomou a direção das decisões e delegou funções de colaboração com a equipe a aliados. Como sua escolha, porém, recaiu sobre pessoas que não se sentiram espontaneamente motivadas para a realização da incumbência, estas não responderam às tarefas, atrapalhando o desenvolvimento das atividades programadas. Observamos que esse procedimento do cacique causou constrangimento nas pessoas pertencentes ao grupo de oposição, que estavam motivadas em participar. Embora elas se mantivessem reservadas e pouco comentassem sobre o ocorrido, deixaram entrever o suficiente para justificar a falta dos resultados esperados nas atividades planejadas. Percebendo a determinação do cacique em manter o controle do processo, procuramos ser mais cautelosos, comunicando-o antes de cada atividade, e assegurando sua anuência e autoridade no desenvolvimento das atividades. Todavia, quando todos já

estavam enquadrados no esquema da liderança quanto às atividades da intervenção, o cacique demonstrou seu poder de conciliação, chamando publicamente os membros da oposição a manifestar suas idéias e demonstrar sua parcela de contribuição.

Na aldeia Água Branca, o cacique nos apresentou a todas as lideranças e aos professores da escola, e colocou a nossa disposição a sede do posto de saúde, que naquele momento estava sem funcionar, para que ficássemos ali alojados. Como ele morava em frente à escola, o local de reuniões da comunidade estava estrategicamente situado para garantir sua supervisão e autoridade. Ele, desse modo, participou de todo o processo de implantação, convocando as pessoas para auxiliarem na divulgação e planejamento das atividades. Sua autoridade solícita e cuidadosa, mas centralizadora, reprimia a manifestação e provocava a inibição para as iniciativas e o planejamento das atividades de modo participativo. Ao longo dessa fase de contatos, fomos reconhecendo a estrutura da aldeia e percebendo que as pessoas convidadas a participar eram das famílias a ele relacionadas e moravam próximas de sua residência, enquanto os segmentos que moravam distantes do centro da aldeia, na chamada Vila São José, não participavam das reuniões.

Ações autoritárias cerceiam a criatividade, a espontaneidade e a motivação para as atividades sociais. Isso se confirmou quando observamos que as pessoas posteriormente contatadas, provenientes de áreas mais distantes do centro político da aldeia, demonstraram maior iniciativa para participar do processo coletivo de prevenção de DSTs e AIDS e para tomada de decisões, embora a situação geográfica reduzisse suas possibilidades de participação.

Ao final da intervenção, quando os resultados foram sendo evidenciados, é que foi possível perceber mais profundamente a interveniência da dinâmica social, pois o limitado tempo de permanência nas aldeias e a distância geográfica entre a sede da coordenação e as comunidades impedia uma visualização clara da estrutura social.

Esses problemas da intervenção em comunidades culturalmente diferenciadas são análogos aos apontados por Geertz (1989:30) em *A interpretação*

das culturas para a pesquisa etnográfica, pois o que percebemos não é o fenômeno social bruto, ao qual não pertencemos. A este “não temos acesso direto a não ser marginalmente, ou muito especialmente, mas apenas àquela pequena parte dele que nossos informantes nos podem levar a compreender”.

O tato necessário para lidar com essa situação nos impôs ainda mais a necessidade de delegar aos próprios indígenas a direção do processo desenvolvido em suas comunidades. Por isso, o processo participativo, mais que uma qualidade da proposta de intervenção, constituiu uma necessidade imperativa.

Foi nesse contexto que contamos com a colaboração dos membros da comunidade sensibilizados para o problema a ser enfrentado. Essas pessoas nos orientaram quanto às formas de abordar os diferentes segmentos comunitários existentes nas aldeias e auxiliaram com suas influências persuasivas para que a comunidade ouvisse a equipe de trabalho e que todos participassem das reuniões. Mediante sua orientação, conseguimos identificar interesses e curiosidades que permitiram provocar uma aproximação da comunidade à equipe de trabalho. Esses aspectos indicaram ser oportuno desenvolver atividades esportivas, lúdicas e artísticas, além das reuniões de esclarecimento previamente programadas pela equipe técnica, ajudando também a definir os grupos-alvo e a programação das atividades (horários, datas, locais e formas de divulgação mais adequados para cada grupo).

A partir do diagnóstico participativo, as lideranças sugeriram que fossem realizadas visitas domiciliares para facilitar o contato com o maior número possível de pessoas na comunidade, para divulgar as atividades do projeto e convidá-las para as reuniões. As lideranças indicaram membros da comunidade para acompanhar os técnicos durante o percurso pelas aldeias e domicílios. Também concederam autorização para que fossem realizadas as entrevistas programadas com o objetivo de levantar o grau de conhecimento dos indígenas sobre DSTs e AIDS.

Essas visitas domiciliares tiveram como resultado:

- a) o conhecimento da equipe de trabalho por parte da comunidade;

- b) a formação de vínculo com as famílias, através da apresentação do projeto e informação de seu processo de desenvolvimento;
- c) a possibilidade de aplicar o questionário planejado pela coordenação para avaliar o grau e a qualidade de informações disponíveis pelos integrantes das comunidades quanto a DSTs e AIDS;
- d) a obtenção de informações sobre os comportamentos de risco, os costumes, as representações do projeto de intervenção para a prevenção à AIDS e outros elementos importantes para o desenvolvimento do projeto.

As pessoas que acompanharam as equipes nessas visitas domiciliares serviram como intérpretes e mediadores da comunicação quando os indígenas não entendiam português ou o linguajar dos técnicos.

Nesse contexto, o grau de afinidade e confiança construído entre os técnicos e as pessoas da comunidade foi um eixo importante e decisivo para a participação, colaboração e estabelecimento de decisões coletivas, e também para o reconhecimento da importância da intervenção pelos indígenas.

Uma vez conquistada a chamada *sensibilização inespecífica*, que consistiu na inserção da intervenção nas aldeias e na negociação com as lideranças e com os diversos segmentos contactados, as atividades foram direcionadas para a *sensibilização específica*, ou seja, a preparação da introdução dos temas e conteúdos relacionados à epidemia de AIDS nas comunidades.

O enfoque direcionado para a prevenção de DSTs e AIDS foi realizado nas reuniões, nas atividades artísticas e nas esportivas, com os diversos grupos nas comunidades. Onde possível, havendo-se conquistado a receptividade e despertado o interesse em ouvir a equipe, realizou-se uma reunião com a comunidade. Nela se conversou sobre o problema da AIDS entre indígenas, e sobre os objetivos e as estratégias da intervenção na comunidade. Através das discussões realizadas nos grupos, foi possível fazer um levantamento sobre as situações de risco e

vulnerabilidade que expõem os indígenas das aldeias acessadas ao contágio por HIV.

Esse processo efetivou-se nas aldeias Bananal e Ipegue, mas não na aldeia Água Branca, onde as pessoas não atendiam os convites para as reuniões. Elas se envolviam nas atividades lúdicas, artísticas e esportivas, e também com as palestras sobre medicina natural e prevenção de outras enfermidades, mas não demonstravam interesse em discutir os problemas ligados à epidemia de HIV. Fomos informados que nessa aldeia fora realizado um projeto que visara a elaboração de uma cartilha bilíngüe sobre DSTs e AIDS. Essa prévia introdução do tema da AIDS pode ter provocado o desinteresse ou a resistência a uma nova mobilização sobre o mesmo assunto.

Ao conscientizar-se do possível impacto da epidemia de AIDS entre os indígenas, algumas pessoas se sentiram motivadas a participar da capacitação anunciada nas reuniões e desempenhar o papel de agentes de prevenção. Assumindo o que Rizzini *et al.* (1999) designa “participação transformadora”, essas pessoas aliaram-se aos técnicos e definiram os grupos que necessitariam ser atingidos e os indivíduos a eles ligados — ideais para participarem do treinamento —, combinando seus conhecimentos naturais sobre a organização social em suas aldeias com aqueles adquiridos na reflexão sobre as condições de risco e vulnerabilidade das comunidades ao contágio do HIV.

O conjunto de ações desenvolvidas em cada aldeia nessa fase de sensibilização e mobilização — incluindo a entrevista sobre conhecimentos de DSTs e AIDS, as reuniões e atividades artísticas, lúdicas e esportivas e a apresentação teatral — é descrito e analisado nos tópicos seguintes, e sumarizado adiante, nos Quadros 4.3, 4.4 e 4.5.

4.3.1 Investigando o grau de conhecimento das comunidades sobre DSTs e AIDS

Ao realizarmos o processo de intervenção, nossa preocupação foi,

inicialmente, promover a compreensão dos conceitos relacionados às DSTs e à AIDS, visando conquistar um comportamento da população indígena direcionado para o enfrentamento dessas doenças. Como recurso para a execução dessa tarefa, foi necessário realizar um diagnóstico sobre os conhecimentos que as comunidades possuíam e sobre como elas percebiam as conseqüências dessas doenças.

Para isso, planejou-se uma entrevista estruturada (Anexo 3) para ser aplicada a essas comunidades. Os técnicos que aplicaram as entrevistas também participaram da elaboração das perguntas, tendo sido orientados a colher informações de adolescentes e adultos de ambos os sexos e de várias idades.

Optamos por utilizar essa técnica nesta fase da implantação da intervenção por ainda não haver se consolidado um vínculo entre a equipe de trabalho e os indígenas, e por ser a entrevista aplicável a todos os segmentos das comunidades. Esse fator foi relevante, pois não poderíamos definir preliminarmente como se daria a comunicação entre os atores envolvidos, ou qual o idioma mais falado e compreendido. Assim, a técnica da entrevista, ao colocar frente a frente dois sujeitos — entrevistador e entrevistado —, ofereceu maior flexibilidade, ao permitir a reformulação de perguntas para melhor entendimento do entrevistado, bem como por possibilitar a observação das atitudes e reações deste, proporcionando assim subsídios qualitativos.

Foram entrevistadas 68 pessoas na aldeia Água Branca, outras 68 na de Ipegue e 96 na de Bananal. As entrevistas revelaram que grande parte da população das aldeias (86,8%, 86,8% e 88,5%, respectivamente) já tinha ouvido falar de AIDS. A parcela da população que já havia recebido orientação sobre AIDS e DSTs foi de 50% na aldeia Água Branca, 61,8% na de Ipegue e 60,4% na de Bananal.

Tais informações prévias haviam sido trazidas em 1997 pelo projeto de prevenção de DSTs e AIDS aprovado pela CN-DST/AIDS, no qual se desenvolvera um trabalho com os professores indígenas e se elaborara uma cartilha bilíngüe sobre os conteúdos referentes a essas doenças. O que constatamos, porém, é que embora uma

parcela considerável da população dispusesse de informações ou pelo menos já houvesse ouvido falar dessas doenças, desconhecia que a transmissão ocorria através de relacionamento sexual! Isso ocorreu com 52,9% dos entrevistados da aldeia Ipegue, 41,7% dos de Bananal e 27,9% dos da aldeia Água Branca. Disseram não saber tampouco como se prevenir da AIDS e das DSTs 80,6% dos entrevistados de Água Branca, 63,6% de Bananal e 70,7% de Ipegue.

Um dado relevante demonstrado pela pesquisa foi a quantidade de indígenas que alegaram já ter mantido relações sexuais com não-índios: 30,9% dos entrevistados em Ipegue, 41,7% dos de Bananal e 29,4% dos de Água Branca. Todas essas respostas foram dadas por homens de mais de 24 anos. Os dados evidenciaram o acentuado risco de contágio a que os homens estavam expostos através do contato sexual fora das aldeias, com o conseqüente risco de transmissão às mulheres das aldeias e destas às crianças, durante a gravidez, o parto e a amamentação.

A metodologia utilizada para verificar o grau de conhecimento sobre DSTs e AIDS permitiu revelar a relativa inadequação de uma entrevista estruturada para verificar o grau de conhecimento sobre uma doença que ainda não entrara no repertório nosológico das comunidades. Muitas respostas revelaram que os indígenas não haviam entendido o sentido do que fora perguntado, tanto pela dificuldade de comunicação em língua portuguesa quanto pela não compreensão simbólica do conteúdo das perguntas. É o que mostram os discursos e observações apresentados a seguir, obtidos durante as entrevistas:

Quando perguntamos se o homem usava camisinha ao fazer sexo, ele respondeu que sim. Mas quando perguntamos “Quando?”, ele respondeu: “Quando estou com gripe”.

Algumas mulheres só riam e se encolhiam quando abordávamos os temas ligados à sexualidade.

Nas reuniões de grupo com os membros da comunidade, as pessoas confundiam AIDS com outras doenças ligadas ao sangue, como diabetes, que “dá açúcar no sangue”.

Para algumas pessoas, “sexo seguro” significava não colocar os pés no chão após ter

mantido relações sexuais.

Algumas mulheres se mostravam receptivas a princípio, mas logo se recusavam a continuar a entrevista achando que os assuntos abordados eram imorais.

Para documentar as concepções de contágio das DSTs, trazemos este exemplo da fala de um homem indígena interessado no processo de prevenção:

A AIDS existe há muito tempo. É falta de cuidado. A mulher, quando está para ficar menstruada, fica com vontade de ter contato sexual e, na velocidade, faz o contato. O homem depois do contato põe o pé no chão. Quando o contato se dá, forma um pus lá dentro. Eles ficam falando “Foi ele!” ou “Foi ela! Usem a camisinha!”... Antes de casar, tive vontade e fiz um contato, depois de três dias fiquei com dificuldade para urinar e fui ao médico e ele disse que o sangue estava talhado. Foi por causa da menstruação, o sangue dela tava sujo. Cria um pus e entope o canal. Foi falta de cuidado. Tanto o homem quanto a mulher têm que se cuidar. Tenho 65 anos de idade, muitos novos precisam. Precisamos chamar a atenção de mais gente. As pessoas ficam com vergonha, como é que endurece no homem e a mulher fica com vontade de dar.

Observa-se nas falas dos indígenas que, mesmo comunicando-se em língua portuguesa, é-lhes difícil expressar os sentidos desejados para a conversação. Das três aldeias, a maior dificuldade de entendimento foi observada na de Bananal. Já na aldeia Ipegue, devido à maior absorção da língua portuguesa, obtivemos melhores resultados, recebendo também informações sobre assuntos mais delicados e complexos, como a infidelidade e o homossexualismo, e as dificuldades de comunicação entre as mulheres e os homens nos temas relacionados à sexualidade. A aldeia Ipegue, apesar de ser a mais distante dos centros citadinos, dentre as três aldeias acessadas, caracteriza-se pelo acultramento resultante da miscigenação por casamentos interétnicos. Por intermédio dos professores indígenas, soubemos que a distância atual ao idioma nativo é tal que tem representado óbice para a implantação de um programa escolar bilíngüe.

Assim sendo, nos esforçamos para utilizar nas conversas e reuniões um vocabulário simples, o mais fácil possível de ser compreendido, que posteriormente era transformado numa mensagem que captava os sentidos da cultura, através da interveniência dos mediadores indígenas que nos acompanharam.

Apesar das dificuldades de comunicação, a aplicação das entrevistas teve seu

mérito por permitir um contato mais profundo e uma avaliação qualitativa do grau de conhecimento e forma de expressão dos indígenas sobre as doenças, bem como de suas concepções sobre a transmissão e a prevenção, que foram úteis nas fases posteriores da intervenção. Reconhecemos sua validade também por permitir aos técnicos um treinamento sobre as dificuldades de comunicação e compreensão bilateral dos termos e expressões ligados a DSTs e AIDS, proporcionando uma idéia mais clara dos entraves inerentes ao contexto intercultural e confirmando a necessidade de uma estratégia de intervenção orientada pelas técnicas de comunicação e de interação que a socionomia oferece para o contato com as diferentes etnias.

É preciso lembrar que embora os indígenas contatados demonstrassem possuir informações sobre a AIDS, adquiridas no acesso aos meios de comunicação — rádio, televisão e materiais impressos —, revelaram que tais mensagens não chegaram a ser incluídas em seu repertório de enfermidades.

Consideramos que a não-assimilação de tais mensagens correspondia a um problema de comunicação, ou de decodificação, inerente à passagem de uma língua a outra. O sucesso da estratégia proposta por este projeto de intervenção revela-se, assim, dependente de condições que mediem adequadamente a decodificação de informações e recursos da cultura circundante referentes a AIDS e DSTs.

Foi com essa preocupação que recorreremos aos esclarecimentos de Esther Jean Langdon, em seu artigo “Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento” (Langdon, 1988:12-15): os povos indígenas compreendem a teoria da doença de acordo com o corpo de idéias religiosas vinculadas à explicação da “ordem do mundo” e do “destino do homem”. Com esse esclarecimento, compreendemos que a viabilidade de nossas informações ou dos programas de saúde era dependente do acesso a “modelos teóricos explicativos da doença”, contidos na estrutura decodificadora dos indígenas quanto ao processo saúde–doença.

A necessidade de viabilizar essa travessia cultural e de absorções simbólicas torna a assimilação dos conceitos etiológicos da AIDS uma tarefa que empreende uma

espaço-temporalidade própria, sobretudo quando sabemos que as manifestações sintomáticas da infecção demoram muitos anos para se evidenciar.

Apesar das dificuldades semióticas apresentadas, consideramos que essas circunstâncias informativas preliminares, ocorridas nos contatos iniciais com as equipes de trabalho, nas visitas domiciliares, nas entrevistas e nas reuniões com as lideranças, estimularam e reforçaram a formação das opiniões dos indígenas, renovando as redes de comunicação, pois em seus comentários e diálogos surgiram posições favoráveis ou contrárias aos problemas da AIDS e das DSTs e sobre a necessidade de intervenção.

A indução provocativa sobre aspectos da AIDS suscitou vários questionamentos. Cada segmento social das três aldeias contatadas reagiu de acordo com suas ideologias. De um lado, os religiosos refletiram de que modo o tema da AIDS favorecia ou prejudicava seus ensinamentos, os políticos pensaram de que forma a conscientização da comunidade favorecia ou atrapalhava seus interesses e objetivos eleitoreiros, as associações grupais encontraram no problema da AIDS a motivação que precisavam para reunir as pessoas e mostrar que estavam trabalhando pela comunidade. De outro lado, os grupos que não participaram das discussões demonstraram curiosidade pela motivação e pela mobilização das pessoas da comunidade, que viam envolvidas com as atividades do projeto, ou levantavam suspeitas sobre a entidade executora, alegando ser a intervenção mais uma das formas de exploração dos não-índios sobre os indígenas. Desse modo, a formação de opinião foi o primeiro resultado alcançado. Essa é a “rede de comunicação” a ser criada quando da introdução de uma questão que não faz parte do conteúdo de discurso do grupo (Moreno, 1992).

Como enfatizamos no Capítulo 2, as redes de comunicação têm a capacidade de produzir uma espécie de filtro seletivo sobre pessoas, conteúdos e conceitos estranhos à cultura, e tais estruturas de opiniões revelam-se através do teste sociométrico.

A partir da construção ou diagnóstico das redes de comunicação existentes na comunidade foi possível perceber de que modo o tema da AIDS foi difundido, resultando na mobilização de grupos de pessoas para o enfrentamento do problema. O resultado geral desse processo de sensibilização e mobilização tanto poderia — é bom que se diga — ter sido positivo como negativo para os interesses do projeto. Embora o tema pudesse ou não receber um julgamento favorável, permanece o fato de que a comunidade sozinha talvez não empreendesse em tempo hábil a busca de soluções para sua saúde coletiva.

4.3.2 As atividades desenvolvidas nas comunidades

Em cada aldeia o processo participativo foi oferecendo, paulatinamente, as informações sobre as atividades que poderiam ser ali desenvolvidas. Esse modo de conduzir a investigação tinha o objetivo de sensibilizar e mobilizar as pessoas para as reflexões sobre a epidemia e sobre o enfrentamento à AIDS e às DSTs.

Na aldeia Água Branca, além das visitas a todos os domicílios da comunidade, foram realizados: uma reunião com a comunidade para apresentar as atividades do projeto e a equipe de trabalho, duas palestras sobre medicina natural e preventiva, uma oficina de criação de brinquedos com sucatas, uma oficina de desenho, a apresentação do coral infantil existente na escola e um torneio de futebol feminino.

Das oficinas de arte realizadas nessa aldeia, participaram crianças e jovens da comunidade, acompanhados por alguns familiares. Eles participaram alegremente da construção dos brinquedos e das atividades de desenho e pintura. Os pais participaram com os menores, demonstrando seu modo costumeiro de contato afetivo e orientador com suas crianças. O torneio de futebol foi planejado para atrair jovens da comunidade que estavam distantes das atividades. O esporte revelou-se um

instrumento realmente importante de lazer e mobilização, pois várias famílias pararam suas atividades para assistir os jogos.

As palestras sobre medicina natural e preventiva foram realizadas atendendo às solicitações do cacique, que estava preocupado com a falta de assistência médica em sua comunidade. Procurando minimizar esse problema, ele tinha a intenção de mobilizar as pessoas da comunidade que, anteriormente, haviam sido treinadas pelo programa da Pastoral da Saúde nos conhecimentos e procedimentos de medicina natural. Com esse interesse, o cacique pretendia que a coordenadora do atual projeto repassasse seu conhecimento dessa medicina, já que atuava nessa área, de modo a reforçar os conhecimentos dos indígenas já treinados, reduzindo assim a dependência dos serviços de saúde convencionais. Essa estratégia foi repetida na aldeia Bananal a pedido de pessoas envolvidas com o trabalho de agentes comunitários de saúde.

Na aldeia Bananal, a mais populosa e antiga das aldeias acessadas, membros da Associação de Pais e Mestres envolveram-se ativamente no planejamento e organização das atividades de mobilização da comunidade. Ali foi organizado um torneio de futebol masculino, reunindo cerca de 100 homens. Na entrega dos troféus, foi divulgada a implantação do projeto de prevenção de DSTs e AIDS e apresentada a equipe técnica. O resultado do evento e as doações (troféus) conseguidas pela ONG Interativa motivaram as lideranças a solicitar a realização de um torneio das oitavas séries, com o objetivo de envolver os mais jovens para a intervenção e, ao mesmo tempo, angariar fundos para a cerimônia de formatura que estavam preparando.

Nessa aldeia, os agentes comunitários de saúde, embora não estivessem trabalhando oficialmente nessa função, empenharam-se em convidar os idosos e as mulheres para uma palestra sobre cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal e de prevenção de enfermidades como hipertensão e diabetes. A palestra, realizada pela coordenadora do projeto, foi auxiliada por uma agente comunitária que atuava na Pastoral de Saúde. Essa pessoa funcionou como intérprete, comunicando no idioma Terena as informações transmitidas pela médica, revelando seu grande conhecimento e

habilidade no manejo dos conceitos e orientações, adquiridos nas lides comunitárias.

Na aldeia Ipegue, as visitas aos domicílios revelaram os conflitos políticos que dividiam a comunidade em duas facções. O cacique organizou uma reunião da qual só participaram seus concordantes e familiares. Em seguida, e em virtude dessa divisão política, foi realizada uma segunda reunião, com representantes da parcela da comunidade que fazia oposição ao cacique. A primeira reunião foi muito produtiva por permitir informar sobre os hábitos e costumes da comunidade relacionados à vulnerabilidade às DSTs e à AIDS. Na segunda reunião, em que os participantes mostravam-se mais defensivos e desconfiados em relação aos interesses da equipe, trabalhou-se através do método sociodramático a compreensão de como se estabelece a comunicação entre os agentes de intervenção e a comunidade, e de como os indígenas entendem os papéis de “transmissor” e de “receptor” de novas ideologias e conceitos.

O uso de língua portuguesa e a maior proximidade de costumes entre as culturas permitiu, nessa aldeia, que o processo de interação entre técnicos da intervenção e a comunidade fosse realizado de modo mais fluente do que o observado nas outras comunidades. A necessidade de desencadear um processo educativo sobre DSTs e AIDS foi logo compreendido e assimilado pela comunidade da aldeia, conquistando-se a sensibilização e mobilização dos diversos segmentos comunitários para a intervenção, como se descreve nos preparativos para a apresentação teatral. Também é de se observar que a intervenção propiciou aos indígenas a oportunidade de tomar consciência de sua situação na estrutura social, pelo contato que se estabeleceu entre segmentos sociais de oposição à liderança oficial, contato esse que levou a uma união que se sobrepôs a divergências de outra natureza, demonstrando uma lógica que muitas vezes foi evidenciada nos trabalhos comunitários com os indígenas.

Essa lógica trata de um certo “mercado de bens simbólicos”, nas palavras de Bourdieu (2001) em *A economia das trocas simbólicas*. O autor revelou que os determinismos sociais moldam o processo ou as possibilidades de assimilação das

ideologias e das práticas, de modo que a tomada de consciência, pelo indivíduo, da verdade objetiva de sua condição de vida, ou de sua posição na estrutura social, faz com que ele se autodetermine, dando forma, assim, a sua adesão às ideologias e às práticas. Essa dinâmica social, no que concerne aos bens simbólicos, também pode ser observada no episódio relatado sobre o interesse do cacique em reforçar a prática da medicina natural em sua comunidade. Verificamos que, na verdade, seu intento era o de desenvolver o processo de conscientização sobre os benefícios da utilização dos recursos da medicina natural, embora a comunidade contatada não concordasse com essa ideologia, pois os juízos de valor sobre esses procedimentos não eram favoráveis: esses indígenas demonstravam valorizar mais o uso dos medicamentos industrializados e da ação própria da figura do médico do que receber tratamentos baseados em ervas e em outros elementos provenientes da natureza. Associavam tais tratamentos com um atendimento de menor qualidade, o que, por decorrência, significava um desprevilégio social.

A sociometria interfere nessa tomada de consciência ao revelar as estruturas de atração e rejeição vividas pelas pessoas das comunidades, evidenciando o “*habitus*” (Bourdieu, 2001) socialmente constituído e, mediante tal revelação, provoca tomadas de posição ideológicas ou relacionais.

Nessa mesma perspectiva da economia das trocas simbólicas, membros da comunidade que haviam trabalhado como agentes de saúde da FUNAI informaram que muitos indígenas, sobretudo os mais idosos, se recusavam a cumprir as orientações médicas. Eles relataram que os indígenas demonstram preferência por dispor de uma ambulância para levá-los ao hospital ao menor sinal de doença. Enquanto isso não ocorre, os doentes permanecem deitados e sem assistência, negando-se a receber outras formas de atendimento. Isso foi demonstrado nesta fala:

Índio não deita, senta; não reclama, só resmunga; não gripa, resfria; não toma remédio, só olha; deita doente e acorda curado.

A miscigenação cultural e as novas doenças incidentes nas comunidades

indígenas acarretam ambigüidades nas ideologias e simbolismos relativos à saúde, ao diagnóstico das enfermidades e à assistência. As seguintes falas, obtidas durante as reuniões realizadas nas comunidades, expressam tais ambigüidades:

Índio não se preocupa com sua saúde, não procura orientação. Enquanto não geme, não se trata; só procura ajuda quando está mal. A gente sofre com a falta de remédio.

Minha mulher foi ao médico; ela tem diabetes. O médico até deu pra ela tudo escrito, no papel, mas não adiantou. Ela sabe o que tem que fazer, o que ela pode e o que não pode, mas não faz. Eu falo pra ela que se ela não cuida, quem vai lavar minha roupa, fazer comida pra mim? Ela não entende.

Buscamos auxílio na literatura para esclarecimento das questões ligadas à transculturação do conjunto de bens simbólicos da saúde, pelas evidências preliminares de que tais aspectos interferem na assimilação das ideologias e ações voltadas à prevenção da AIDS.

Embora não tenhamos feito uma investigação específica sobre as concepções das doenças para os índios Terena, no que se insere o uso da medicina tradicional, as informações obtidas através da literatura sobre saúde indígena nos dão conta que eles possuem uma lógica própria que diferencia as doenças do mundo dos não-índios e as que se originam do rompimento do equilíbrio biopsicossocial da vida comunitária — e em consequência também diferenciam as formas de tratamento para os dois universos de enfermidades.

Na mesma perspectiva da transculturação no campo da saúde, Langdon (1988) observou que a lógica da medicina cultivada pelos indígenas provoca interferência no modo de essas pessoas aceitarem o tratamento, os serviços e as orientações dos profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e agentes de saúde. Segundo a autora, a experiência do acometimento pela doença, como qualquer outra experiência, tem demonstrado que ele não é um acontecimento isolado, mas interliga-se a fatores que englobam as crenças e costumes que compõem a cultura indígena, em uma “natureza lógico-conceitual” própria, que “tende a ser mais ‘holista’ que a medicina científica” (Langdon, 1988:13). Por conseguinte:

(...) as maneiras características em que os membros de uma cultura percebem, definem e explicam saúde e doença (...) [e] as maneiras de como a sociedade se organiza para cuidar dos doentes (...) são ligados à organização social e o comportamento em casos específicos da doença, utilizando a família, os vários especialistas médicos, e as terapias conhecidas. (Langdon, 1988:12)

A figura do pajé não apareceu de maneira evidente e contextual nas aldeias, nem identificamos as pessoas que fazem espontaneamente o tratamento dos doentes. Durante o tempo em que a equipe da intervenção esteve presente nas aldeias, muitos casos graves de saúde se apresentaram para que a coordenadora da equipe ajudasse na avaliação médica, mas pudemos intervir muito pouco nessas circunstâncias, além de solicitar aos funcionários do Posto Indígena que removessem os enfermos para cuidados especiais na cidade ou que procurassem improvisar algum tipo de tratamento a partir dos recursos medicinais existentes no local.

4.3.3 Apresentação do Grupo de Teatro Indígena

O teatro foi utilizado como uma das estratégias de sensibilização e mobilização das comunidades das aldeias por constituir um elemento mediador na comunicação entre diferentes contextos culturais.

Foi proposta a apresentação de teatro envolvendo atores indígenas da cidade de Campo Grande. Em 1998 fora formado um grupo de teatro com os jovens indígenas urbanos. O objetivo, naquela ocasião, era o de difundir os estudos sobre as condições de vulnerabilidade e risco que os indígenas citadinos apresentavam em relação às DSTs e à epidemia de AIDS, promover a sensibilização das comunidades localizadas nos bairros Desbarrancado e Guanandi para o problema e possibilitar a mudança comportamental visando a prevenção.

Esse grupo de teatro foi inserido na intervenção nas aldeias por ter-se revelado um instrumento catalizador no despertar da atenção dos indígenas urbanos para o problema. Retomamos seu treinamento para o manejo das informações

referentes a DSTs e AIDS, com vistas à construção do roteiro de uma peça a ser apresentada nas aldeias. Esse grupo foi dirigido por um especialista em arte-educação, que incentivou o resgate da cultura indígena mediante a organização e mobilização em torno de problemas ligados à expressão corporal da sexualidade.

Através do sociodrama, em duas reuniões, esses indígenas trabalharam a percepção da identidade indígena — o que é ser índio na cidade e nas aldeias, como são os comportamentos em diferentes contextos, as características da cultura, dos antepassados, dos antigos e dos adolescentes. O reforço da identidade indígena, promotor da autodeterminação, é o instrumento básico gerador de motivação para a prevenção de enfermidades. Também mediante o método sociodramático, foram aprofundados os conhecimentos sobre DSTs e AIDS, sobre suas formas de transmissão e de prevenção e sobre os aspectos comportamentais e sociológicos. Esse trabalho revelou atitudes culturais e situações facilitadoras do contágio por HIV.

Em nossa intervenção, o grupo teatral, após ensaiar por dois meses, apresentou-se na aldeia Água Branca em 17 de julho de 1999 e nas de Bananal e Ipegue nos dias 24 e 25 do mesmo mês. A experiência advinda de 14 ensaios possibilitou a construção de um trabalho coletivo, que abarcou desde a criação do roteiro das falas até a confecção dos figurinos e cenários. Essas habilidades adquiridas difundiram-se nas oficinas de criação teatral, das quais se derivaram subgrupos que discutiram e se propuseram a retratar e encenar os seguintes temas: a importância do fortalecimento da cultura indígena; a vida numa aldeia Terena (atores procedentes de várias aldeias sul-mato-grossenses); a sexualidade; a AIDS e a prevenção dessa enfermidade e das DSTs.

As oficinas de criação variavam na forma expressiva representada: com ou sem voz; com ou sem movimento; na forma de *performance* corporal, ou através de bonecos criados com objetos. As cenas criadas eram transcritas num quadro-negro, sendo então reavaliadas e modificadas. Essa técnica de reavaliação interpretativa propiciou a discussão e os debates elucidativos. Algumas cenas foram reapresentadas

de maneiras diferentes, permitindo a reelaboração de como apreender e interpretar os conteúdos da peça. As lideranças indígenas e os familiares dos atores permaneceram envolvidos e atentos ao processo criativo, acompanhando os ensaios e fazendo sugestões. Essa recriação resultou na seleção de cinco cenas julgadas como as mais significativas para os ensaios, que por isso compuseram o espetáculo teatral. Os aspectos lúdicos deram versatilidade à representação, desempenhada por um mesmo personagem atravessando todas as cenas.

A peça contava a história de uma mulher indígena, Iokoti, envolvida com suas memórias, capturando as imagens de seus ancestrais, que viveram do sustento oferecido pela terra até que o homem branco a invadiu e com violência transformou o *modus vivendi* indígena. Essa personagem, retomando o momento atual, vive uma situação de contágio pelo HIV através de seu marido, Ili Ili, que saía para trabalhar fora da aldeia no corte de cana.²²

A apresentação foi esperada com grande expectativa. Homens e mulheres da comunidade participaram da organização do local, montando uma tenda para as atividades e providenciando os materiais (cadeiras, caixa de som, microfones, extensões elétricas etc). Houve grande interação por parte do público, que se emocionava quando os artistas falavam na língua Terena.

A peça teve duração de 40 minutos e foi compreendida pelo público nas três aldeias. A cada apresentação, o grupo ia melhorando sua atuação, vencendo os problemas de marcação cênica e aperfeiçoando sua qualidade de expressividade dramática. Após a apresentação, o grupo ficou responsável por desenvolver atividades com as crianças e filmar os grupos de trabalho em VHS. Alguns atores integraram-se

²² O roteiro da peça prossegue assim: Hoje, Ili Ili tem de passar meses trabalhando no corte da cana, e a irmã de Iokoti, Xiri Xiri, tem de trabalhar como empregada doméstica na cidade. Ambos encontram situações difíceis, relacionadas ao trabalho, e mantêm relações sexuais com pessoas da cidade. Quando voltam para a aldeia, Ili Ili recebe a notícia, através de seu amigo Okoé, de que a mulher com quem mantivera relação na cidade era portadora do vírus da AIDS. Faz o exame para detecção e procura um médico, que lhe explica como deveria ter evitado o contágio e o que fazer de agora em diante, já que sua esposa está grávida. A cena final narra um diálogo entre Iokoti e Ili Ili, que esperam que seus filhos cresçam fortes e saudáveis, orando junto com toda a comunidade para o Sol, símbolo de esperança na cultura Terena.

aos grupos que debateram o tema, participando ativamente das discussões.

O objetivo proposto, de sensibilizar a população das aldeias através de uma peça de teatro, foi plenamente atingido. A utilização da língua Terena fortaleceu os vínculos culturais para trabalho de prevenção, principalmente entre os jovens Terena da cidade que integraram o grupo. A valorização da língua pôde ser medida durante as reuniões e refeições dos atores com os técnicos do projeto que atuaram nas aldeias. Dois meninos que não entendiam a língua foram observados tentando seguidamente expressar-se nela. Mesmo errando, essa atitude demonstrou que, para o grupo, o domínio desse idioma passou por uma valorização.

A construção coletiva do texto e de toda a expressividade dramática proporcionou um canal direto de expressão entre o grupo e as comunidades que assistiram o espetáculo. Os atores não representaram apenas uma visão pedagógica sobre cultura, saúde, sexualidade e prevenção de AIDS. Representaram suas próprias concepções sobre a problemática, construindo uma visão mais identificada com a realidade vivida pelas comunidades-alvo.

Ao valorizar a realidade cultural indígena, tanto do ponto de vista das informações quanto da estética, a intervenção do Projeto Assumindo as Diferenças respeitou traços singulares dessa cultura e ainda conseguiu atingir com mais eficiência seu objetivo de criar a sensibilidade necessária para facilitar a formação de pessoas das comunidades para que atuassem na prevenção de DSTs e AIDS, efetivando a utilização praxiológica do “conceito semiótico de cultura” enunciado por Geertz (1989:15) e adotado nesta pesquisa.

Como mencionado, à apresentação de teatro em cada aldeia seguiu-se o desenvolvimento de atividades grupais, utilizando-se o sociodrama para investigar e aprofundar o modo de percepção das situações de risco e vulnerabilidade dos índios Terena e o grau de sua conscientização sobre o problema, alcançado a partir das cenas apresentadas na peça.

O diagnóstico das estruturas das relações de gênero e o das formas de

comunicação existentes entre homens e mulheres e entre as diversas faixas etárias, permitiu identificar no público diferentes grupos específicos, assim delimitados: de homens casados, de mulheres casadas, de adolescentes femininas, de adolescentes masculinos e de crianças. Com estas últimas, os atores desenvolveram atividades lúdicas, para entretê-los enquanto os pais estavam ocupados nos outros grupos.

As atividades grupais se iniciaram, de modo geral, com um aquecimento que retomava os conteúdos apresentados nas peças, seguido de conversas ou dramatizações sobre os temas e questões que protagonizaram o interesse do grupo. Após o término das discussões nos pequenos grupos, alguns membros foram escolhidos para apresentar os resultados das reflexões ou dos trabalhos realizados.

4.3.3.1 Sociodramas na aldeia Bananal

Na aldeia Bananal foram formados quatro grupos: de homens casados, de mulheres casadas, de adolescentes femininas e de adolescentes masculinos.

Os homens representaram uma cena de conversa em uma roda de tereré, onde se falava sobre a AIDS e camisinha. Eles se questionavam:

A camisinha cabe no pinto?

Como usa? Coloca com o pinto duro ou mole?

A sensação é a mesma?

Homem casado precisa usar?

É difícil encontrar camisinha.

Não é fácil falar sobre o assunto.

A princípio, esses homens consideraram-se fora de risco, alegando que, estando casados, não têm relações com outras pessoas e portanto não correm risco de

contaminação. Ao perceber que a recusa a admitirem a possibilidade de relações sexuais fora do casamento advinha muito mais de uma repetição de prescrições religiosas, utilizadas pelo receio de assentir com posturas consideradas incorretas, o diretor instigou o grupo a ponderar sobre a realidade da relação extraconjugal praticada por alguns homens da comunidade. Assim, após as reflexões em grupo, os homens consideraram a necessidade da prevenção e de alertar a comunidade para o problema.

Na fase de compartilhamento entre os grupos, um dos participantes falou da importância do uso da camisinha e deu instruções sobre sua utilização. Para isso, o grupo escolheu um senhor que trabalhava como enfermeiro. Ele enfatizou que a jovem Terena é muito inocente e se deixa facilmente enganar pelo homem não-índio, e que o trabalho de prevenção na aldeia é importante para alertá-la e ensiná-la a se prevenir.

As mulheres casadas demonstraram preocupação em ensinar os homens a utilizar o preservativo. Alegaram que os homens mentem, que elas precisam se cuidar, se proteger. Um grupo de quatro mulheres foi escolhido para passar a instrução do uso do preservativo, utilizando uma banana para a demonstração. Embora todas — cerca de 30 mulheres — tivessem participado das discussões, a maioria se dispersou quando a apresentação teve início. A equipe de monitores observou que a exposição feita por componentes da igreja católica afetava os preceitos religiosos da maioria das pessoas da comunidade, vinculadas às igrejas evangélicas.

O grupo de adolescentes masculinos manteve-se afastado, assistindo a peça de longe, montados em suas bicicletas. Demonstravam-se prontos a sair do local a qualquer momento. O contato com eles foi facilitado através da participação de um dos atores, também jovem, que os instigou à descontração e à participação nas discussões. Conversaram sobre as questões que lhes chamaram atenção na peça, e timidamente começaram a manifestar suas dúvidas:

Relação homem-homem pega AIDS?

E a transfusão de sangue? E arranhão de gato?

Pega AIDS de mulher casada?

Onde é possível comprar camisinha?

Existe camisinha para mulher?

Depois disso, foram incentivados a criar e representar uma situação em que teriam de se preparar para não adquirir o HIV. Para tanto, eles criaram uma situação de paquera e namoro, seguido de uma relação sexual, para a qual iriam usar o preservativo. Nesse momento, intervém um ator questionando se no auge do “amassa-amassa” eles parariam para pôr o preservativo. Todos foram unânimes em afirmar que parariam, mas depois riram e disseram que não o fariam. Verificou-se que com a presença daquele ator, também adolescente e previamente treinado na abordagem da AIDS, o grupo passou a se manifestar de forma mais espontânea e verdadeira. Ao final, a maioria dos participantes foi embora, restando apenas aqueles incumbidos de falar em público. Eles mencionaram as dificuldades de entender como se dá a transmissão do vírus da AIDS.

As meninas, bastante tímidas, não entendiam o que a monitora sugeria, e se comunicavam entre si no próprio idioma. Para aproximá-las, a monitora promoveu uma dinâmica de aquecimento com elas e depois perguntou o que tinham achado da peça de teatro. Foi solicitado que fizessem uma demonstração com o corpo do que tinham achado mais importante na apresentação teatral. Elas negociaram que não iriam falar da peça, mas que pretendiam fazer uma apresentação para a monitora da dança da ciputrema²³. Logo se retiraram, chamadas por seus familiares.

²³ Trata-se de uma expressão cultural tradicional indígena da qual participam as mulheres. É uma variação moderna feminina da dança do bate-pau, realizada somente por homens.

4.3.3.2 Sociodramas na aldeia Água Branca

Na aldeia Água Branca, as pessoas foram chegando lentamente e se disposto ao redor da escola, o local da apresentação. O movimento de chegada dos índios, sempre muito lento, e a resistência observada nessa comunidade para a participação nas reuniões deram-nos a impressão de que ninguém compareceria, mas ao final estavam ali reunidas mais de 100 pessoas.

Eles não estavam acreditando que os atores eram mesmo índios, pois havia mestiços no grupo e seu comportamento expansivo os fazia diferentes dos jovens da aldeia. A expressão no idioma Terena reverteu essa impressão, causando um clima de alegria e descontração no público. Após a apresentação, a equipe iniciou os trabalhos dividindo a assistência em três grupos: um formado por homens casados, outro por mulheres casadas e um terceiro pelos jovens solteiros, incluindo os meninos e as meninas presentes.

Os grupos de homens casados e de mulheres casadas foram reunidos e trabalhados em conjunto. Após a aplicação de uma técnica de descontração, foi feito um aquecimento em que se sugeriu que pensassem no tema abordado na peça de teatro e, enquanto caminhavam, a diretora ia lhes lembrando dos acontecimentos da apresentação. Foi então sugerida uma inversão de papéis: os homens deveriam assumir o papel de mulher e as mulheres, o de homem. Foi explicado que os membros de cada subgrupo deveriam conversar entre si e produzir uma imagem ou “montar uma fotografia” do que poderia ser feito para evitar a chegada da AIDS à aldeia. Após entenderem como seria feita a inversão de papéis, dividiram-se em dois subgrupos.

As mulheres, fazendo de conta que eram homens, montaram uma cena de homens que trabalhavam na destilaria, sendo que um era caminhoneiro: o índio caminhoneiro tinha relações sexuais com mulheres na estrada sem usar preservativo; seu amigo lhe disse para usar essa proteção, ou iria contar para sua esposa; quando o caminhoneiro revelou que não sabia como usar, o amigo lhe ensinou, e explicou-lhe

que assim ele estaria evitando transmitir doenças para sua mulher na aldeia. Essa cena foi produzida em língua portuguesa e apresentada em Terena para os homens.

Os homens, ao representarem mulheres, assumiram os seguintes papéis: mulheres casadas, solteiras e as “de vida fácil”. Conversando em grupo, usaram estas expressões:

Não posso falar que tenho AIDS, senão vou perder o meu lucro.

Na aldeia não existe esse tipo de mulher e não conversamos sobre AIDS com as solteiras.

Os que faziam o papel de solteiras ficaram calados. Pensaram em como expressariam uma forma de evitar a AIDS na aldeia e resolveram montar uma imagem: as mulheres de braços dados, formando uma corrente que lhes dava mais força em coro disseram: “Comigo, sem camisinha, não!”

Ao final, foi feito um compartilhamento sobre como se sentiam em relação ao tema. Todos estavam descontraídos e dando muitas risadas. Fizeram perguntas:

Viagra cura AIDS?

Tem camisinha pra dar?

Precisa ter muito estudo para fazer o curso com vocês?

O grupo de discussão com os adolescentes ficou reunido em separado dos adultos. Foi iniciado perguntando-se como haviam se sentido vendo a peça, o que haviam aprendido, o que já sabiam e quais as dúvidas que permaneceram. Alguns dos atores participaram das discussões e o clima era de muita brincadeira e risadas. Surgiram perguntas sobre se sexo oral transmitia AIDS. A diretora propôs que eles conversassem sobre o que sabiam e montassem uma cena que representasse o conteúdo dessa conversa. Eles pediram um preservativo e uma banana para ensinar como utilizá-lo. Encenaram a explicação no grupo em meio a muitas piadas. Todos ouviram e participaram atentamente. Alguns jovens ficavam observando de longe, mas quando convidados a participar do grupo se recusaram. No compartilhamento, eles

disseram que os jovens tinham algumas informações sobre a AIDS, mas que não tinham preservativos disponíveis e tinham vergonha de usá-los. Nenhum deles ainda os havia utilizado.

4.3.3.3 Sociodramas na aldeia Ipegue

Na aldeia Ipegue, as lideranças organizadoras do evento prepararam atividades que antecederam a apresentação de teatro. Professores, o presidente da associação de moradores, um agente de saúde, o cacique da gestão anterior, o diretor da escola, o chefe do Posto Indígena Ipegue, os representantes da igreja católica e de todas as denominações evangélicas da aldeia e o grupo de idosos mobilizaram cerca 400 pessoas para o evento.

O evento transcorreu da seguinte forma: as lideranças falaram sobre a importância do projeto que estava sendo desenvolvido na aldeia, e abordaram, em discurso bilíngüe, a importância de um trabalho cooperativo na prevenção das enfermidades que atingem a aldeia. Seguiram-se as várias apresentações: do coral infantil; de um cantor evangélico; um teatro infantil abordando os temas pobreza, alcoolismo, enfermidades, fome e a esperança de uma vida melhor; um coral de mulheres e homens evangélicos. Após todas as apresentações, foi passada a palavra à coordenadora do projeto para introduzir a apresentação teatral.

Após a encenação, o público foi dividido em quatro grupos: homens, mulheres, adolescentes e crianças. Não houve participação de jovens do sexo masculino.

O grupo das mulheres era composto por cerca de 60 mulheres, na maioria casadas e muitas com idade acima de 40 anos. Iniciou-se um aquecimento, perguntando-se sobre as atividades normais e diárias. Foi solicitado que mostrassem como desenvolviam uma das atividades que gostavam de fazer, e escolheram a

atividade costumeira de buscar lenha.

Quatro mulheres fizeram a apresentação conversando na língua Terena e depois traduzindo. A monitora sugeriu que conversassem sobre o teatro enquanto catavam lenha. Elas falaram:

Viu como é importante o teatro? Falava que a gente precisa se cuidar. Não podemos ficar sem saber o que está acontecendo, pois podemos ficar doentes. É muito importante esse trabalho porque vai ensinar como a gente pode cuidar de nossa saúde.

Ao ser explicado como seria realizado o projeto, algumas perguntaram quem iria ser treinado para ensinar à aldeia sobre a prevenção de AIDS. A pergunta foi devolvida para que respondessem quais as qualidades que uma pessoa deveria ter para ser um educador na comunidade. Responderam que deveria ser uma pessoa “sem vergonha”, que falasse com todos e pudesse ensinar o que aprendeu com a equipe para que todos na comunidade pudessem se prevenir.

Diante da mobilização do grupo em torno das qualidades de desinibição, sugeriu-se que formassem dois subgrupos: um que representaria aquelas que consideradas “sem vergonha” e outro para as “envergonhadas”. Dramatizaram as “envergonhadas” cheia de pudores e as “sem vergonha” como sem pudores e mostrando o corpo para entrar em contato com os homens. Foi perguntado de que outra maneira seria a atuação das “sem vergonha” e das “envergonhadas”. Então, dramatizaram as “sem vergonha” como pessoas que falavam tranquilamente sobre assuntos sobre de sexo e saúde e as “envergonhadas” como pessoas que não conseguem se expressar ou se mostrar para as pessoas estranhas. Para finalizar, foi pedido que fizessem algo com os dois subgrupos, e elas sugeriram que ambos poderiam se abraçar e trocar um pouco de “vergonha” e de “falta de vergonha” para que todas ficassem iguais. Assim fizeram, formando um círculo. Ao final, reuniram-se para cantar um hino religioso.

Os homens reunidos passaram por uma atividade de aquecimento para evocarem os conteúdos da peça e refletirem sobre as formas de fazer a prevenção do

problema, surgindo duas propostas de cena, com imagens das situações de risco e vulnerabilidade vividas pelos indígenas.

Na primeira, o patrão foi buscar uma empregada da aldeia e a levou com grande facilidade, sem assumir nenhum compromisso com os responsáveis. Na cidade, ela contraiu AIDS ao ter relações com um homem branco e voltou para a aldeia doente. Foi então perguntado como se deveria prevenir esse acontecimento e eles responderam que quando se compra gado é necessário um atestado de vacinação, e que então para tirar a índia da aldeia se deveria falar com as autoridades da aldeia e com os pais dela; que é preciso receber todas as informações sobre AIDS e DSTs; que na aldeia os índios têm de ser treinados por “doutores”; que no caso da jovem, é preciso fazer o teste anti-HIV quando ela sai da aldeia e quando é devolvida.

A segunda cena proposta tratou dos índios que viajam para trabalhar nas usinas de álcool, ficam longe de casa e da mulher e sentem “necessidades”. Eles acabam procurando outra mulher, sem que ninguém se interesse em orientá-los, seja na aldeia que liberou sua saída, seja na usina que os empregou. A monitora perguntou como seria feita a prevenção nessa cena. Imaginaram a possibilidade de um médico ensinando-lhes tudo sobre AIDS na usina. Solicitados a mostrar como isso ocorreria, eles dramatizaram a situação imaginada.

Fizeram uma fila simbolizando um ônibus que levava os homens para a usina. Eram dez passageiros. Chegando à usina, trabalharam bastante e pararam para tomar tereré. Alguém, no papel de médico, simulou uma aula sobre a AIDS e o uso do preservativo. Depois de obtidas as informações, fizeram questionamentos e, ao encerrarem a cena, se perguntaram:

Será que lembraremos disso tudo quando voltarmos para a aldeia?

Os índios receberam seu pagamento pelo trabalho na usina e voltaram à aldeia no mesmo veículo. Lá chegando, encerraram a dramatização, batendo palmas.

No compartilhamento, todos relataram como se sentiram e concluíram que

não adianta haver um médico lá na usina, mas que necessitam de um acompanhamento na aldeia, por pessoas de ambos os sexos que sejam instruídas por “doutores”, que tenham facilidade para falar com todo mundo, que não sejam muito velhos — para que os jovens não tenham vergonha de recorrer a eles — e que tenham jeito para lidar com os jovens.

O grupo das adolescentes mostrou dificuldades em abordar os temas assistidos na peça de teatro. Quando questionadas, algumas afirmaram conhecer como se contrai e se previne a AIDS, mas somente uma delas disse saber como se usa o preservativo. Nas tentativas de aprofundar a discussão dos temas, as meninas não tomavam a iniciativa e ficavam só rindo, retraídas. Ao final, discutiu-se a necessidade de usar a camisinha na relação sexual.

Essa exposição demonstrou que, em matéria de informação, o processo vivenciado através do teatro e dos trabalhos em grupo foi satisfatório, alcançando-se a sensibilização adequada para a implantação de um processo de prevenção de DSTs e AIDS nas aldeias. A mobilização da comunidade revelou-se em sua participação na organização do evento na aldeia Bananal, nas atividades apresentadas pela comunidade que precederam à apresentação de teatro na aldeia Ipegue, e no público que assistiu à peça teatral — cerca de 100 pessoas na aldeia Água Branca, 300 na de Bananal e 300 na de Ipegue.

QUADRO 4.3 — ALDEIA BANANAL — FASE DE SENSIBILIZAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE, 29/5/1999 A 1/10/1999

ATIVIDADES	PRODUTOS: efeitos gerados por atividades	RESULTADOS: efeitos que respondem aos objetivos
<p>Apresentação da equipe para a comunidade e formação de vínculo.</p> <p>Levantamento dos conhecimentos sobre DSTs e AIDS.</p> <p>Divulgação das atividades programadas (torneios, teatro e reuniões, através de cartazes, folhetos e comunicação oral).</p> <p>Reuniões com a comunidade e as lideranças indígenas.</p> <p>Palestra sobre medicina natural e preventiva, enfocando diabetes, hipertensão, saúde das crianças e dos idosos.</p>	<p>Reunião com Conselho Tribal (7 pessoas).</p> <p>Reunião com a comunidade (7 pessoas).</p> <p>Visitas a 40 domicílios, acompanhadas por membros da comunidade.</p> <p>Conversas com pessoas reunidas nas rodas de tereré, cerca de 12 grupos de 5 a 6 pessoas, em geral homens.</p> <p>96 questionários sobre DSTs e AIDS respondidos.</p> <p>Torneio de futebol, reunindo 90 homens adultos e jovens e 10 mulheres.</p> <p>Torneio de futebol das oitavas séries, reunindo cerca de 88 jovens de 13 a 16 anos e suas famílias.</p> <p>Palestra, reunindo 16 pessoas.</p> <p>Reuniões com lideranças religiosas das diversas igrejas existentes na aldeia para informar sobre as atividades do projeto e convidá-las à participação.</p>	<p>Demonstração verbal de receptividade e interesse por parte dos adultos e idosos.</p> <p>As mulheres ouviam e não se expressavam em relação ao assunto quando estavam diante dos homens.</p> <p>Os grupos de jovens mostravam-se indiferentes ao assunto, mas aceitavam responder o questionário; muitos não entendiam as perguntas.</p> <p>Os torneios permitiram reunir os homens e jovens do sexo masculino.</p> <p>As reuniões eram freqüentadas por menos pessoas do que o esperado pela resposta aos contatos.</p> <p>Demonstração de assentimento às atividades de prevenção.</p>
<p>Apresentação do Grupo de Teatro Indígena com peça enfocando situações de risco e vulnerabilidade ao HIV/AIDS.</p>	<p>Participação de cerca de 300 pessoas, incluindo crianças, homens, mulheres, adolescentes femininas e masculinos.</p>	<p>Intensa demonstração de satisfação pelo público, principalmente quando os atores se expressavam no idioma próprio.</p>
<p>Sociodrama com grupos de mulheres, homens, adolescentes femininas e masculinos.</p>	<p>Processamento vivencial das informações contidas na peça, seguido de compartilhamento com a comunidade, reunindo cerca de 200 pessoas.</p>	<p>Demonstraram sinais de conscientização da necessidade de promover a prevenção na comunidade.</p>
<p>Recrutamento de voluntários para a oficina de capacitação.</p>	<p>Os membros da comunidade definiram as pessoas indicadas para o treinamento, com vistas a atingir todos os segmentos da comunidade.</p>	<p>Doze pessoas interessadas na capacitação como agentes multiplicadores.</p>

QUADRO 4.4 — ALDEIA IPEGUE — FASE DE SENSIBILIZAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE, 29/5/1999 A 1/10/1999

ATIVIDADES REALIZADAS	PRODUTOS: efeitos gerados por atividades	RESULTADOS: efeitos que respondem aos objetivos
<p>Apresentação da equipe para a comunidade e formação de vínculo.</p> <p>Levantamento dos conhecimentos sobre DSTs e AIDS.</p> <p>Divulgação das atividades programadas: teatro e reuniões através de cartazes, folhetos e comunicação oral.</p>	<p>Visitas a 40 domicílios, sem necessidade de acompanhamento por membro da comunidade.</p> <p>68 questionários sobre DSTs e AIDS respondidos.</p> <p>Reuniões com parte da comunidade ligada ao cacique (19 pessoas).</p> <p>Reunião com parte da comunidade de oposição ao cacique (28 pessoas).</p> <p>Reunião com professores da escola.</p> <p>Reuniões com lideranças religiosas das diversas igrejas.</p>	<p>Comunidade dividida pelos conflitos políticos, necessitando ser acessada por grupos separados.</p> <p>Participação da comunidades nas reuniões, interesse por parte dos adultos e idosos.</p> <p>Obtenção de informações sobre a comunidade, história, miscigenação, comportamento sexual, representações sobre as DSTs e AIDS .</p> <p>A comunidade demonstrou grande interesse pelas atividades de prevenção.</p> <p>Reduzido contato com adolescentes.</p>
<p>Apresentações organizadas pela comunidade (coral, teatro, violão, discursos).</p>	<p>Cerca de 100 pessoas, pertencentes a grupos religiosos, de idosos, de professores, de crianças, participaram das atividades de apresentação.</p>	<p>Grande motivação para os trabalhos de prevenção. Iniciativas espontâneas e criativas de participação no desenvolvimento do projeto.</p>
<p>Apresentação do Grupo de Teatro Indígena com peça enfocando situações de contágio pelo HIV.</p>	<p>Participação de cerca de 300 pessoas, incluindo crianças, homens, mulheres, adolescentes femininas.</p>	<p>Intensa demonstração de satisfação pelo público, principalmente quando os atores se expressavam no idioma próprio.</p>
<p>Sociodrama com grupos de mulheres, homens, adolescentes femininas e masculinos.</p>	<p>Processamento dos conteúdos transmitidos nos grupos (20 homens, 60 mulheres e 25 adolescentes).</p>	<p>Os homens e as mulheres demonstraram a conscientização da necessidade de promoção da prevenção na comunidade.</p> <p>As adolescentes demonstraram timidez, retraimento e vergonha para expressarem suas opiniões.</p> <p>Não houve participação de adolescentes masculinos.</p>
<p>Recrutamento de voluntários para a oficina de capacitação.</p>	<p>O cacique e os membros da comunidade definiram as pessoas indicadas para serem capacitadas, de modo que pudessem atingir todos os segmentos sociais.</p>	<p>Definição dos participantes da Oficina de Capacitação de Agentes Multiplicadores Indígenas.</p>

QUADRO 4.5 — ALDEIA ÁGUA BRANCA — FASE DE SENSIBILIZAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE, 29/5/1999 A 1/10/1999

ATIVIDADES	PRODUTOS: efeitos gerados por atividades	RESULTADOS: efeitos que respondem aos objetivos
<p>Reuniões com a comunidade.</p> <p>Visitas domiciliares.</p> <p>Levantamento dos conhecimentos sobre DSTs e AIDS.</p> <p>Oficina de sucata e de arte para adolescentes e crianças</p> <p>Divulgação das atividades programadas (torneios, teatro e reuniões através de cartazes, folhetos e comunicação oral).</p>	<p>Reunião com professores da escola que participaram de confecção de cartilha bilíngüe sobre DSTs e AIDS em projeto anterior (1998).</p> <p>Reunião com a comunidade (30 pessoas).</p> <p>Visitas aos domicílios, com acompanhamento por membro da comunidade.</p> <p>68 questionários sobre DSTs e AIDS respondidos.</p> <p>Participação de 60 crianças e adolescentes e 10 pais nas atividades de arte e de sucata..</p> <p>Palestra sobre medicina natural para 9 pessoas.</p> <p>Palestra sobre medicina natural para 34 pessoas.</p> <p>Torneio de futebol feminino (30 jovens e cerca de 70 assistentes).</p>	<p>Falta de interesse demonstrado pelos professores em participar das atividades do projeto.</p> <p>Comunidade pouco receptiva às atividades do projeto ligadas às DSTs e AIDS e a responder o questionário.</p> <p>Participação da comunidades nas reuniões motivadas pelo interesse em medicina natural.</p> <p>Relatados muitos casos de alcoolismo entre jovens e crianças.</p> <p>Relatado caso de usuário de droga na comunidade.</p> <p>Reuniões marcadas não se efetivaram.</p> <p>Apoio direto do cacique na divulgação e incentivo às atividades programadas.</p>
<p>Apresentação do Grupo de Teatro Indígena com peça enfocando situações de risco e vulnerabilidade ao contágio por HIV/AIDS.</p>	<p>Participação de cerca de 200 pessoas, incluindo crianças, homens, mulheres, adolescentes femininas e masculinos.</p>	<p>Intensa demonstração de satisfação pelo público, principalmente quando os atores se expressavam no idioma Terena.</p>
<p>Sociodrama com grupos de mulheres, homens, adolescentes femininas e masculinos.</p>	<p>Processamento das informações obtidas através da apresentação (20 homens, 15 mulheres e 50 adolescentes).</p>	<p>Os grupos de homens e de mulheres demonstraram reconhecer a situação de risco ao contágio das DSTs e da AIDS nos contatos sexuais externos e a necessidade da promoção da prevenção.</p> <p>Os adolescentes demonstraram o uso do preservativo e grande interesse nos temas de sexualidade.</p>
<p>Recrutamento de voluntários para a oficina de capacitação.</p>	<p>Poucos interessados em trabalhar como voluntários do processo de prevenção.</p>	<p>Indefinição quanto aos participantes da oficina, necessitando-se outra visita para articular e buscar interessados.</p>

4.4 FASE DE CAPACITAÇÃO DOS AGENTES MULTIPLICADORES INDÍGENAS

Como seqüência à fase de sensibilização e mobilização, foi realizada uma Oficina de Capacitação de Agentes Multiplicadores Indígenas, durante três dias (1 a 3 de outubro de 1999). Essa oficina fora programada para ser realizada na cidade de Campo Grande, mas os indígenas envolvidos no planejamento das atividades indicaram a importância de sua realização em área indígena, para facilitar a assimilação das práticas de prevenção a serem desenvolvidas.

Assim, o treinamento denominado Oficina Terena sem AIDS foi realizado na escola da aldeia Bananal, capacitando 31 agentes. A comunidade participou da organização do transporte, alimentação, recursos logísticos e da divulgação das atividades. Os participantes foram selecionados a partir das discussões feitas entre os caciques e os membros das comunidades envolvidos com a intervenção, com vistas a atingir os diversos segmentos sociais de acordo com os fatos da realidade local apreendidos nas reuniões e na interação com as comunidades. Da aldeia Água Branca vieram quatro homens e quatro mulheres; da aldeia Bananal, sete mulheres e quatro homens; da aldeia Ipegue, oito homens e duas mulheres. Eram professores, secretária escolar, pastores, vice-cacique, enfermeiro, estudantes (duas adolescentes), donas-de-casa, membros da Pastoral da Saúde e agentes comunitários de saúde, além de pessoas sem função social determinada. A maioria tinha formação escolar de primeiro grau, alguns de segundo grau e duas mulheres eram analfabetas. A faixa etária variou de 15 a 54 anos.

A equipe técnica não se preocupou com o nível de formação escolar nem com a função comunitária exercida, pois, como considera Cohen (1993:114) “A participação tem importantes potencialidades”. O autor citou um estudo realizado em 1975 que demonstrou que o “êxito ou fracasso” das intervenções que contam com a

participação social não dependem das variáveis habitualmente consideradas significativas, como o analfabetismo ou alfabetismo das pessoas envolvidas, ou sua experiência anterior com o tipo de projeto a ser implantado; que tais variáveis são inclusive irrelevantes para o êxito dos projetos.

Em lugar desses critérios, o estudo apontou que a participação da comunidade no planejamento e na execução das atividades de intervenção, “em uma situação tal que nem os organizadores do projeto nem a população-objetivo tivessem toda a capacidade de decisão”, eram “decisivamente importantes” para o projeto (Tobal, *apud* Cohen, 1993:114).

O planejamento da oficina objetivou preparar as indígenas oriundas das três comunidades e dos diversos segmentos sociais para a atuação como agentes multiplicadores visando promover a prevenção de DSTs e AIDS, atingindo todas as pessoas das comunidades. Tendo em mente as noções semióticas implicadas nessa função e as características das comunidades acessadas, foi necessário definir a introdução dos conceitos e conteúdos relacionados às doenças, contextualizados na identidade e história indígenas, como elementos de ligação entre os dois pólos situacionais identificados. Um desses pólos corresponde à estrutura social, política, cultural, de crenças e de simbolismos das comunidades envolvidas, com as oportunidades e restrições que poderiam representar para a promoção da prevenção. O outro pólo eram os indígenas interessados em participar do enfrentamento à epidemia de HIV e às DSTs no contexto indígena, cujas características individuais e grupais poderiam se revelar como “pontos fracos” e “pontos fortes” — estes últimos sendo determinantes para a capacidade dos participantes do treinamento em atingirem os objetivos propostos.

A situação externa, representada pela comunidade a ser atingida, foi exposta em algumas de suas características no capítulo precedente e no presente, de acordo com a limitada experiência em descrição etnográfica desta pesquisadora, discutida com o grupo mediante diversas estratégias didáticas e dinâmicas de grupo.

Por sua vez, a qualificação dos participantes indígenas foi preliminarmente definida levando em conta as seguintes habilidades comunicacionais, relacionadas ao autoconhecimento e ao conhecimento da comunidade:

- a) de tornar-se consciente da real importância do problema, mediante a interação entre suas noções anteriores sobre os conteúdos e conceitos e as transmitidas pelo corpo docente e construídas na reflexão coletiva;
- b) de definir os grupos sociais a serem atingidos a partir da identificação e compreensão das situações específicas de risco e vulnerabilidade;
- c) de planejar estratégias de comunicação e interação adequadas a cada grupo e contexto social;
- d) de comunicar-se com seus compatriotas com a desenvoltura necessária para transmitir os conteúdos sem constranger as pessoas, e responder aos questionamentos;
- e) de desencadear um processo participativo instando as pessoas a se engajarem nas atividades de promoção à prevenção.

Partindo do conjunto global de conhecimentos necessários, o grupo foi estimulado a refletir sobre sua missão e os princípios e diretrizes que deveriam orientar sua execução. Em consequência dessa definição, foi provocada uma reflexão sobre o papel de agente multiplicador indígena na prevenção de DSTs e AIDS.

O grupo foi trabalhado através do treinamento de papel, do “sociodrama construtivista da AIDS” (Zampiére, 1996), de técnicas de desenho, de dramatizações, de jogos e de vivências. O relatório completo do desenvolvimento e das técnicas utilizadas na Oficina Terena sem AIDS, para capacitação de agentes multiplicadores indígenas de prevenção de DSTs e AIDS, encontra-se no Anexo 2.

Durante essa oficina foi possível exercitar a aplicação da ação, do jogo, do contato imediato com a natureza, preparando os participantes mais para a aplicação dos conhecimentos na própria vida do que para a aquisição de novos conhecimentos, de acordo com os preceitos da ação pedagógica desenvolvida por Moreno. Segundo

Puttini e Lima (1997), o professor moreniano auxilia o aluno no resgate do significado das coisas, dos objetos de estudo, inserindo-os no contexto vital, no cotidiano, despertando e treinando a percepção para as atitudes mais costumeiras e inconscientes. Ocorre assim uma sensibilização que permite a interrogação sobre o objeto de conhecimento, contribuindo para a autonomia dos indivíduos.

O ambiente lúdico e descontraído gerado permitiu trabalhar coletivamente os conteúdos relacionados às doenças estudadas, mesmo aqueles que proporcionavam inibição, como os relacionados à sexualidade humana, facilitando a troca e o compartilhamento de experiências e proporcionando liberdade para a expressão das idéias e sentimentos pessoais a respeito dos diferentes temas tratados.

Assim, cada integrante do grupo pôde encontrar a oportunidade de oferecer sua contribuição, expressando-se em relação aos assuntos tratados, contrapondo sua opinião à dos demais, num processo dialético, possibilitando novas organizações do conhecimento anterior e daquele que se estava adquirindo.

As dramatizações realizadas não se restringiram à conhecida prática de um texto pré-estabelecido, mas à recriação da situação vivida na realidade, da experiência no espaço cênico. Dessa forma, os indígenas demonstraram como percebiam os aspectos da realidade, o que garantiu o sentido e o significado dado aos fatos e eventos dramatizados.

Uma vez que o homem moreniano é o “ser em relação”, a construção do conhecimento foi erigida a partir da percepção da situação relacional dos participantes (Puttini e Lima, 1997). Os indígenas foram aquecidos para trazer suas idéias a respeito da situação relacional do índio em suas comunidades, das relações interétnicas e da relação com a sociedade nacional. Assim, partiram da história de interação dos índios com os colonizadores luso-brasileiros e das conseqüências desse contato no passado e na atualidade, tais como as doenças adquiridas, a exploração, a expropriação da forma de viver, dos costumes e da terra. Aproveitando essa retomada, foi inserido o problema da AIDS e avaliadas as possíveis conseqüências da epidemia no contingente

populacional indígena atual. Nessa mesma perspectiva interacional, foi levantada a situação social, geográfica, de deslocamento das aldeias e de relacionamentos entre os segmentos nelas existentes, configurando-se um mapeamento da mobilização social e geográfica das comunidades.

A constituição grupal das atividades foi sendo alterada, provocando a interação entre os participantes de diferentes segmentos sociais, religiões, sexos, idades, graus de formação instrucional e habilidades. Essas relações, construídas a partir dessa experiência, permitiram aos indígenas treinarem-se para os relacionamentos que posteriormente seriam desenvolvidos nas atividades com a comunidade, ultrapassando os limites das rejeições e das escolhas cotidianas e aumentando a comunicação interpessoal.

Através da técnica de desenho do corpo humano, trabalhou-se o reconhecimento da anatomia sexual e reprodutiva e o exercício de investigação e tradução dos termos anatômicos para o idioma Terena. Essa etapa proporcionou o aprendizado e esclarecimento de concepções errôneas, assim como o treinamento de utilizar em público os termos considerados chocantes e vergonhosos. No compartilhamento, revelaram-se as importantes contribuições dessa técnica para o aprendizado dos agentes de prevenção:

Eu não sabia que na mulher tinha dois buracos: um pro xixi e outro para a relação sexual. Pensava que era um só.

Eu não sabia todos esses nomes no idioma.

É bom a gente fazer isso, a gente aprende mais. Nunca ninguém ensinou isso para os patrícios.

Dá vergonha, um pouco, de falar dessas coisas, mas é bom aprender.

Durante a oficina foi construído o *papel de agente multiplicador de prevenção à AIDS*, partindo-se dos valores e costumes revelados nas discussões e nos trabalhos desenvolvidos. Na perspectiva da teoria socionômica, papel é “um específico

conjunto de atos, segundo o modelo prescrito por uma determinada sociedade, na interação entre seres humanos”. Essa definição, formulada por Mehzer e citada por Kaufman (1992:65), esclarece que a construção do papel deriva da atuação na sociedade que é construída na inter-relação e mediada pela formação cultural do grupo social.

Kaufman (1992), na obra *Teatro pedagógico: bastidores da iniciação médica*, analisou o processo de experimentar e desempenhar um novo papel social, trabalhando com estudantes de medicina. O autor descreve e analisa a interveniência de fatores ansiogênicos decorrentes da interação com o professor, com as tecnologias aprendidas, com a população a ser atendida, e o contato com as próprias representações das doenças, aos focalizá-las no paciente. As atividades de prevenção a serem desenvolvidas pelos indígenas também correspondem à adoção de um novo papel, ainda em construção na sociedade indígena, pois tal atividade ainda não fora exercitada pelos atores nem inserida nas comunidades acessadas.

Na verdade, não se pode conceber a construção de um papel como um evento isolado e inédito, pois cada papel está relacionado aos outros adotados ao longo do processo de desenvolvimento do indivíduo na sociedade, ou seja, os papéis cujas dinâmicas são semelhantes formam um grupamento ou “cacho” (como o papel de pai, professor, avô, líder religioso), como formas de atuação identificadas (Kaufman, 1992). Os papéis podem ser adotados de forma consciente ou de modo irreflexivo. Observados durante o desenvolvimento social e apreendidos por imitação, eles tornam-se tão familiares que a pessoa nem os percebe, sendo por isso muitas vezes desconhecidos para o eu e impessoais. Em outros casos, o papel exercido na sociedade corresponde a uma habilidade especial do indivíduo, que lhe confere uma posição de destaque no grupo social.

Nesse sentido, o treinamento orientado pela socionomia proporcionou a conscientização sobre os papéis sociais que estão direta ou indiretamente relacionados ao problema das DSTs e AIDS, como é o caso dos profissionais ligados à saúde, dos

professores, dos líderes religiosos, dos agentes da Pastoral de Saúde e dos agentes indígenas de saúde.

O papel do agente multiplicador de prevenção que estava sendo formado foi pensado como parte do contexto das comunidades. Lembramos como as mulheres indígenas da aldeia Ipegue perceberam, através do sociodrama realizado após a apresentação de teatro, as características do papel de agente de prevenção ao referirem-se à desinibição e à habilidade de conversar sobre os temas ligados à sexualidade das pessoas “sem vergonha”. Naquele momento as mulheres foram induzidas a experimentar as primeiras impressões sobre tal papel e aprimorar sua percepção, conquistando uma visualização mais próxima da realidade, como num “treinamento de papel”.

Da mesma forma, os indígenas participantes do treinamento percorreram as imagens (preparação, informação, transmissão para a comunidade) e as sensações psicossomáticas do exercício de educador leigo em saúde em suas comunidades (insegurança, cansaço, preocupação, preguiça, diversão, ânimo), levando à concepção do papel de agente multiplicador de prevenção.

Isso foi conseguido através da aplicação de jogos dramáticos, das reflexões nos pequenos grupos, do compartilhamento e processamento coletivo. Entre as características de um agente de prevenção de DSTs e AIDS, constaram: a apropriação das informações sobre os temas, a clareza, a desinibição e a segurança na comunicação, o respeito e a seriedade no trabalho, incluindo a proteção e o sigilo sobre as informações advindas da comunidade, e o comprometimento com a tarefa de trabalhar pelo benefício da comunidade.

Segundo Garrido Martín (1996), Moreno estabeleceu alguns parâmetros de classificação do conceito de papel. A classificação do papel em seus diferentes tipos nos oferece uma visão das possibilidades de adoção de uma nova atitude ou função social, que podem ser úteis para nossa análise. Entre os parâmetros definidos por Moreno, referidos por Garrido Martín (1996:222-223), apontaremos: o “conteúdo”, o

“grau de liberdade ou espontaneidade”; a categoria “temporal”, a “consistência”, a “posição”, a “forma”.

Em relação ao “conteúdo”, a adoção de papel apresenta três níveis de profundidade. O primeiro nível, o psicossomático, torna o indivíduo capaz de identificar as angústias, inseguranças, inibições e medo diante do desempenho de um novo papel. Essas reações indicam a adoção do papel ainda em processo de efetivação, faltando a desenvoltura e desinibição necessárias para seu exercício. É o que ocorre, em geral, em treinamentos de novas habilidades. Se as pessoas habilitadas não realizam uma espécie de estágio supervisionado, muitas vezes desistem por não conseguirem ultrapassar as sensações psicossomáticas.

O segundo nível corresponde à capacidade de imaginar como os membros da comunidade vão reagir a suas investidas e, colocando-se no lugar deles, ao modo psicodramático, planejar estratégias para efetivar os contatos e a comunicação. É a aplicação inicial dos novos aprendizados no contexto social.

No terceiro nível, ele se torna capaz de exercer essa função na sociedade constituindo portanto o “papel social”, auto-identificando-se e sendo identificado pela comunidade pela função que exerce. Nessa condição, ele adquire legitimidade para estabelecer parcerias, organizar eventos e adquirir o respeito da comunidade, mesmo para as ações inusuais na comunidade por ele desenvolvidas.

O “grau de liberdade e espontaneidade” na adoção do papel também pode se constituir em um critério de avaliação da adoção do papel, pois se refere à autonomia e criatividade do indivíduo na atuação da nova função. Assim, ele é avaliado em sua capacidade de tomar iniciativas, planejar instrumentos e buscar ou improvisar os recursos necessários, indo além do prescrito e permitido pelo papel, exercitando a liberdade de criar e inovar.

A “forma” como será adotado o papel nos informa sobre a “flexibilidade ou rigidez” em seu desempenho, que pode ser relacionado à atitude criativa e às iniciativas espontâneas de ação social ao utilizar os conteúdos e técnicas apreendidos.

Assim, algumas pessoas exercem um papel exatamente como entenderam ser prescrito, seguindo rigidamente um determinado modelo, enquanto outras atribuem ao papel características de outras atividades ou desenvolvem uma prática que confere novos atributos à função.

O critério da “temporalidade” determina a influência da variável tempo no exercício do papel adotado e deve ser considerada no treinamento de novas habilidades. Algumas ações necessitam de um tempo de aprimoramento do aprendizado para a real assimilação e destreza em seu desempenho. Isso tem sido observado quanto à adoção do uso de preservativos: desde a fase de reconhecimento da necessidade de sua utilização na prática sexual até a destreza para a correta utilização no contexto dos relacionamentos decorre um tempo de aprendizado, durante o qual a habilidade vai ser experimentada em diversas situações, sofrendo interferências das questões subjetivas, dos valores e da assertividade pessoal.

A estabilidade com que alguém percebe o papel nos revela a “consistência” de sua adoção, podendo encontrar-se “débil”, naqueles que desistem de dar continuidade ao movimento proposta, não consolidando sua prática, ou “forte”, quando continuam por longo tempo identificados com a nova função, exercendo-a junto à comunidade, por acreditar na sua importância mesmo quando as iniciativas coletivas já tiverem se desagregado. O meio-termo seria a consistência “equilibrada”.

A esses critérios de avaliação e análise dos papéis, propostos por Moreno, acrescentamos a “identidade”, embasando-nos no conceito de identidade proposto por Oliveira (1976). A identificação com o papel social pode ser tanto uma “auto-identificação” como uma “heteroidentificação”, ou seja, os indivíduos e a sociedade reconhecem o novo papel como legítimo e o aceitam, relacionando-se com as inovações por ele trazidas. A importância dada pelos treinandos à nova função social revela sua intenção de obter o reconhecimento da comunidade, referente ao papel que iriam desempenhar, mas também como um instrumento para a autodeterminação, ou seja, para a conquista de um novo estatuto social.

Esses critérios nos auxiliam a avaliar a atuação dos indígenas frente às novas incumbências, assim como a elaborar indicadores de evolução e de resultados. Tem sido preconizado que os critérios de avaliação de uma intervenção sejam coerentes com a metodologia e/ou teoria orientadora.

De posse dos subsídios teóricos e práticos construídos durante os três dias de oficina, os participantes, treinando o novo papel, planejaram modelos de repasse de informações sobre as DSTs e a AIDS para serem aplicados nos diversos segmentos da comunidade por eles identificados como importantes:

- crianças de oito a onze anos,
- adolescentes de doze a dezesseis anos;
- homens casados na aldeia;
- mulheres casadas na aldeia;
- mulheres feirantes e empregadas domésticas;
- homens cortadores de cana na destilaria.

Refletiram também sobre os recursos necessários para o desenvolvimento de trabalhos, ensaiando a imitação dos recursos utilizados na oficina, como os jogos, os iniciadores físicos e os materiais (vídeo, cartazes, álbum seriado), mas também pensaram em outros mais próximos da realidade das aldeias ou anteriormente utilizados nas atividades educativas em que participaram.

O treinamento desse papel permitiu a visualização dos possíveis problemas na interação com a comunidade, como o descrédito sobre a capacidade desses membros da comunidade de exercerem o papel proposto e a resistência por parte da comunidade em ouvir falar de assuntos relacionados à sexualidade. Como observaremos adiante, a consistência da elaboração coletiva do papel de agente de prevenção realizada pelos indígenas em treinamento confirmou-se posteriormente no exercício das atividades de multiplicação.

4.5 FASE DE MULTIPLICAÇÃO

Na fase de multiplicação, realizada de novembro de 1999 a março de 2000, mediante visitas mensais às comunidades, os indígenas exercitaram o repasse das informações para as comunidades, no papel assumido de agentes multiplicadores de prevenção de DSTs e AIDS. Essa fase foi acompanhada pela equipe de técnicos da ONG Interativa, através das reuniões mensais de supervisão, monitoramento e avaliação participativa das atividades desenvolvidas junto às comunidades.

Entendemos *supervisão* segundo a proposição de Andrade (1976:9): “É um processo pelo qual uma pessoa possuidora de conhecimentos e experiência assume a responsabilidade de fazer com que outras pessoas que possuem menos recursos executem determinado trabalho.” Este é um conceito geral, adaptável a vários campos de atividade. Neste caso, a supervisão foi realizada por técnicos especialistas em psicodrama, visando a obtenção de resultados satisfatórios nas atividades desenvolvidas pelos agentes multiplicadores indígenas.

Esse momento constituiu uma contribuição primordial ao desenvolvimento do projeto, por envolver os grupos formados em um processo voltado a suprir as necessidades e deficiências na atuação como agentes de mobilização e de transmissão de conteúdos para a comunidade.

Garrido Martín (1996:41) afirma, através da revisão dos postulados pedagógicos de Moreno, que a “espontaneidade e a criatividade” não devem ser deixadas à própria sorte no processo educativo, mas o ser em formação necessita de orientação para não cair no exercício da repetição de atitudes enraizadas, condutas costumeiras, provocadas pela “lei da inércia psíquica”.

A cada encontro, os indígenas relatavam as experiências desenvolvidas e a equipe de monitores trabalhava com eles as dificuldades encontradas, revisando os conhecimentos que não tinham sido fixados e que provocavam insegurança, reelaborando-se dialeticamente, em conjunto, as noções e estratégias importantes para

o trabalho comunitário.

A supervisão realizada com o uso da metodologia psicodramática constituiu um recurso fundamental, pois possibilitou a interpretação dos anseios e necessidades do ambiente e dos agentes indígenas. Através das dramatizações os agentes multiplicadores concretizaram as dificuldades encontradas, treinando novas formas de atuação e novas estratégias de comunicação com a comunidade, consolidando o propósito-mestre da aplicação da teoria socionômica: a conquista de uma nova atitude diante de dificuldades conhecidas, ou de atitudes adequadas para situações inusitadas, permitindo a melhoria das relações entre todos os elementos humanos envolvidos no processo de prevenção.

O treinamento de papel de agente multiplicador serviu de estímulo para a busca de soluções a partir de sua própria realidade, sendo que o técnico supervisor representou o apoio e o assessoramento necessários para que os próprios indígenas desvelassem seu saber para si próprios, solucionando cooperativamente as dificuldades oriundas de cada situação específica. A supervisão realizada dessa forma proporcionou a co-participação, e a consciência de uma ação voltada para o benefício da comunidade, visando um objetivo comum.

Esse processo corresponde a uma “avaliação qualitativa”, que para Demo (1995:22) implica necessariamente na participação da comunidade na busca da “qualidade política, ou seja, a arte da comunidade se autogerir” e na “criatividade cultural” dentro dos condicionantes históricos e sociais locais, determinando o reforço da identidade e a autopromoção. Essa avaliação participativa foi facilitada pela metodologia utilizada nas reuniões e revelou-se quando os indígenas relataram as atividades por eles realizadas, seus resultados obtidos, e questionaram a qualidade de sua própria participação como agentes, e a da comunidade, dos materiais elaborados e das estratégias de sensibilização utilizadas para as pessoas da comunidade.

Tendo em mente a contribuição desta pesquisa para as políticas públicas de saúde, os critérios de análise e avaliação aqui apresentados são produtos da

observação, registro e reflexão sobre os dados obtidos nas reuniões de acompanhamento; são *post factum*, com certeza, mas não perdem seu valor ao representarem a tentativa de, através dos dados, articulados com as teorias de suporte, contribuir para a elaboração de indicadores e critérios de avaliação dos projetos de prevenção de DSTs e AIDS nas comunidades.

Faremos uma descrição do processo através de categorias extraídas dos documentos, dos relatórios das reuniões de supervisão, da observação e do diário de campo. Entre os dados apresentados, incluem-se os depoimentos, as opiniões e os relatos de experiências, tanto dos agentes de prevenção como alguns obtidos nas comunidades para permitir uma visão mais clara do processo. Dividimos a exposição da seguinte forma:

- a) *As técnicas:* Trata-se da elaboração dos materiais de apoio e instrucionais, demonstrando o processo de concepção, elaboração, aquisição e utilização das técnicas para o desenvolvimento das atividades.
- b) *As relações:* Descreve-se aqui a forma de organização das equipes, incluindo informações que permitem observar o movimento de construção e interação dos grupos e de relacionamento inter e intragrupal.
- c) *As atividades, os atos e os significados:* Aborda-se aqui a inserção dos agentes de prevenção nas comunidades e das estratégias utilizadas pelos voluntários capacitados para formalizar o papel de agentes multiplicadores na prevenção de DSTs e AIDS junto aos diversos segmentos da comunidade. Saliente-se que os atos correspondem à aplicação das técnicas sociométricas — psicodrama e sociodrama — na supervisão das atividades.

4.5.1 As technicalidades

O conjunto de recursos materiais empregados nas atividades realizadas pelos agentes multiplicadores de prevenção no Projeto Assumindo as Diferenças foi resultado das investigações sobre as experiências desenvolvidas no contexto indígena vinculadas à CN-DST/AIDS, dos projetos comunitários de prevenção divulgados na rede mundial de informações sobre a AIDS (Ação anti-AIDS, 1998a,b)²⁴ e também das reflexões realizadas com os indígenas na oficina de capacitação e durante a fase de multiplicação.

Entre as technicalidades, constam as de caráter de apoio à organização e fortalecimento do papel de agentes de prevenção em cada comunidade, e as instrucionais, que serviram de auxílio para as atividades informativas e de interação com a comunidade realizadas pelos indígenas.

Pensando na identificação dos agentes multiplicadores de prevenção, inicialmente foram providenciados camisetas, pastas e certificados de participação, mas os indígenas posteriormente solicitaram também a confecção crachás²⁵ “com nome, data de nascimento, logomarca do projeto e assinado pela coordenadora”. Esses materiais corresponderam ao “uniforme” dos indígenas envolvidos nas atividades de repasse, recurso que eles consideraram necessário para que fossem identificados como agentes de prevenção, de modo a facilitar a conquista da “confiança e respeito por seu trabalho” por parte da comunidade. Para o registro das atividades nas reuniões internas por eles realizadas, solicitaram um livro de atas.

²⁴ Esse boletim é um veículo para a troca de informações a respeito de assistência e prevenção de AIDS e DSTs elaborado por um conjunto de editores associados localizados em alguns países na Ásia, África e Europa, além do Brasil. Existe também uma edição eletrônica disponível através da rede de computadores da SatelLife, HealthNet. Para contatos: hnet@usa.healthnet.org.

²⁵ Os crachás de identificação foram providenciados através de parceria com Fundação de Cultura do Estado de Mato Grosso do Sul. Foi apresentado aos indígenas um modelo para que eles opinassem a respeito do formato e das ilustrações. Disseram que deveria haver algum símbolo que representasse a etnia, como arco e flecha, por exemplo. No dia da entrega dos crachás a aldeia Ipegue realizou uma cerimônia oficial, convidando pessoas da comunidade para assisti-la, com uma palestra falando da importância do trabalho dos agentes de prevenção nas aldeias. Essa solicitação e o evento demonstram a importância da formalidade nas atividades sociais entre os índios Terena.

À medida que iam trabalhando e percebendo a necessidade de outros recursos, tomaram a iniciativa de providenciá-los: produziram cartazes e convites em mimeógrafo, pediram caixa de som e microfone emprestados e fizeram uma cotização para adquirir prêmios e lanches para motivar a participação da comunidade nas palestras. Mais tarde, os pedidos foram se sofisticando: bonés para se protegerem do sol durante o percurso pelas aldeias para as visitas domiciliares; que a correspondência da ONG Interativa fosse feita em papel timbrado; máquina fotográfica para registro das atividades; papel e álcool para mimeografar folhetos.

Em resposta à necessidade de material informativo, a coordenação obteve cartazes e folhetos instrutivos, produzidos pelo Ministério da Saúde e pela CE-DST/AIDS sobre o modo de transmissão, uso de preservativo, orientação sobre DSTs e AIDS e locais de atendimento e teste sorológico. Segundo os agentes, esses folhetos foram muito úteis nas palestras para os homens trabalhadores nas usinas e para as mulheres das aldeias, pois após um esclarecimento prévio, ficavam com um material que servia de lembrança do que fora transmitido, ou para ser consultado pelas pessoas alfabetizadas. Os indígenas ressaltaram que o material impresso funcionou como um elemento a mais e não como único veículo de uma informação de difícil assimilação por integrantes daquela cultura.

Por ocasião de um concurso de desenhos, o qual será posteriormente comentado, a coordenação providenciou materiais para desenho, prêmios e a produção de cartazes com os desenhos vencedores.

Entre os materiais instrucionais, a coordenação havia planejado a elaboração de uma cartilha, de folhetos e de um vídeo educativo. Todavia, durante a oficina de capacitação, os indígenas advertiram sobre a inadequação de se fazer uma cartilha, orientados por uma experiência anterior em suas comunidades, pois além de muitos serem analfabetos, mesmo para os letrados a cartilha dificilmente transmitiria o modo

de pensar dos indígenas sobre os problema da AIDS e das DSTs²⁶. Optou-se então pela criação de “fantoques” e de apostilas que “ensinassem como conduzir uma reunião com jogos e vivências”, como eles expressaram, em decorrência do gosto dos indígenas pelo teatro e da estratégia de comunicação planejada pelos agentes multiplicadores.

Desse modo, foram providenciados conjuntos de fantoches de feltro que representavam os temas regionais e étnicos: uma família indígena, uma família de não-índios, pescador, médico, enfermeira indígena, fazendeiro e animais existentes nas aldeias. Essa concepção teve o objetivo de proporcionar a abordagem dos temas relativos ao contágio e prevenção das enfermidades, retratando o *modus vivendi* da comunidade indígena, podendo ser utilizado como recurso didático para todas as idades. Além da utilização nas atividades de prevenção, esse material foi usado nos trabalhos direcionados à promoção da saúde infantil realizados pela Pastoral da Saúde, nas aldeias Ipegue e Bananal, por um dos agentes indígenas da aldeia Ipegue.

Na aldeia Água Branca, foi elaborado um roteiro para o teatro de fantoches a ser utilizado com os adolescentes durante a reunião de supervisão, a título de treinamento para seu uso. Esse roteiro também serviu para os indígenas treinarem, em suas próprias reuniões, a comunicação com a comunidade. Uma das agentes, encorajada pelo trabalho, apresentou o texto que preparara para trabalhar com adolescentes²⁷.

²⁶ Foi discutida a cartilha que fora elaborada na aldeia Água Branca em um projeto desenvolvido junto aos professores indígenas em 1998. No treinamento estavam presentes algumas pessoas que haviam participado da confecção desse material. Elas disseram que durante a composição do texto foram cometidos muito erros ortográficos na parte em idioma Terena. Esses erros impossibilitavam a leitura, pois os índios eram levados ao riso e não prestavam atenção ao conteúdo.

A coordenação pensou na possibilidade de aproveitar a grande quantidade das cartilhas impressas, solicitando à CE-DST/AIDS que eliminasse a parte com erros. Essa idéia acabou sendo abandonada, frente à preferência dos indígenas por outros tipos de materiais, mais motivantes à participação.

²⁷ A agente da aldeia Água Branca elaborou o seguinte texto para o teatro de fantoches:

Dias: “Ó, Silva! Você está sabendo que tem um grupo de pessoas indo para a destilaria?”

Silva: “Não, Dias, não estou sabendo.”

Dias: “Então vamos para lá?”

Silva: “Não... Estou trabalhando na roça, estou com uma plantação de arroz.”

Dias: “Que é isso cara? Lá é bom, tem uma vila!”

Silva: “E eu com isso?”

Durante a oficina de capacitação, os indígenas tiveram contato com o álbum seriado elaborado pelo Ministério da Saúde em conjunto com entidades indigenistas: *Conversando sobre nossa saúde: manual de saúde para os povos indígenas* (Brasil, 1999b). Esse material apresenta os temas gerais de saúde, como os sistemas do organismo, o mecanismo de defesa, higiene, doenças infecto-contagiosas, DSTs e AIDS. Foi distribuído um álbum para cada aldeia para que fosse utilizado nos trabalhos com a comunidade. Os agentes fizeram uso deste material em algumas das reuniões acima relatadas, utilizando as partes referentes à noções gerais de saúde, evitando entrar no tema específico antes de sentirem que haviam conquistado a confiança da comunidade.

Em resposta à solicitação de um material que os orientasse na condução das reuniões com as técnicas exercitadas durante a oficina, foi elaborado outro álbum seriado, denominado *Nókone véxea motovâti akoyea namuka arinéti ne Têrenoe: Manual de orientação para agentes indígenas multiplicadores da prevenção em DST e AIDS*, contendo informações sobre os temas ligados a DSTs e AIDS, e sobre os aspectos da tradição cultural, mas caracterizado para a população da etnia Terena

Dias: “Nessa vila tem muita bebida, diversão. Podemos arrumar muitas mulheres para fazer um programa.”

Silva: “Será, cara? É bom assim? Não sei não... Eu tenho medo.”

Dias: “Deixa sua véia! Vamos?”

Silva: “Como vou deixar meus filhos e minha mulher?...”

Dias: “Não é deixar: você pode voltar para casa depois de ficar com outras mulheres.”

Silva: “Eu não tenho risco de pegar doenças desse jeito?”

Dias: “Eu acho que não, cara, nunca ouvi falar disso.”

Silva: “Eu ouvi falar que existem agentes de prevenção aqui. Vamos procurá-los?”

Dias: “Eu, cara? Eu tenho vergonha. Como vou contar para eles que tenho relações sexuais com outras mulheres?”

Silva: “Não precisa contar. Vamos procurá-lo para informação. Para saber das doenças sexualmente transmissíveis.”

No encontro com o agente:

Agente: “Bom dia, senhores!”

Silva e Dias: “Bom dia!”

Silva: “Ficamos sabendo que o senhor é um dos agentes de prevenção de DST-AIDS.”

Agente: “Sim, sou.”

Silva: “Temos dúvidas, mas tenho vergonha de falar.”

Agente: “Não fique com vergonha, nosso trabalho tem o maior sigilo.”

Silva e Dias: “Queremos saber sobre o que é isso: DST, AIDS.”

O agente faz uma explicação e depois:

Silva: “Foi bom ter perguntado, viu? Assim vou prevenido para a vila.”

No final, perguntam para a platéia se têm alguma dúvida.

(NÓKONE..., 1999b). A confecção desse material foi discutida nas reuniões de supervisão, em que os indígenas participaram ativamente propondo os temas, as ilustrações e o formato. A contribuição e interesse do grupo em transmitir os valores e costumes culturais foi digna de observação, pois retratou o fortalecimento da identidade e a crescente auto-estima proporcionada pela autonomia conquistada na participação da intervenção. Assim, eles expressaram os aspectos culturais, que muitos já tinham esquecido, mas que desejavam ver restaurados e evidenciados:

Preservar o meu povo através da cultura, festa, o modo de vestir, o idioma, como os antigos falavam.

Tradições como a festa de São Sebastião, que é comemorada em janeiro.

Danças, comidas como arroz no pilão e bolo de mandioca.

Nossas redes, faixa de boiadeiro, abanico. Temos a matéria-prima.

Temos as raízes, os remédios medicinais.

As imagens foram criadas por um artista plástico de Campo Grande, e os traços foram corrigidos pelos indígenas para retratar os traços étnicos e a realidade da cultura. Alguns agentes contribuíram com seus próprios desenhos, que foram adaptados. Planejou-se uma estrutura prática e resistente para os múltiplos usuários e para as condições da aldeia, visando a sua durabilidade.

Durante as primeiras reuniões de supervisão, foi exibido um vídeo com informações e depoimentos sobre a AIDS em várias etnias brasileiras, elaborado pela CN-DST/AIDS (Vamos evitar a AIDS, 1998). A partir desse vídeo, os agentes de prevenção solicitaram uma cópia para auxiliar no desenvolvimento dos trabalhos com a comunidade e expressaram sua intenção em dispor de material semelhante que representasse seu próprio povo.

Do projeto constava a produção de um vídeo educativo que expressasse o modo de pensar dos Terena, no qual, se possível, eles mesmos participariam com

explicações sobre DSTs e AIDS. Durante a oficina, foram colhidas imagens do treinamento, e foi discutido com os treinandos como tal vídeo deveria ser feito para ser utilizado pelos multiplicadores. Eles sugeriram que em vez de seus patrícios deveria haver um médico a transmitir as informações, acreditando que isso garantiria mais respeito e credibilidade por parte da comunidade. Após a exibição, nos encontros, eles se comunicariam em Terena para garantir a compreensão pela comunidade. Assim, foi editada uma fita de vídeo educativo, intitulada *Nókone véxea motovâti akoyea namuka arinêti ne Têrenoe: Prevenção em saúde da Nação Terena – DST/AIDS*, com 12 minutos de duração (Nókone..., 1999a).

Consideramos pertinente apontar as considerações de Rojas-Bermúdez (1980:93-101) sobre o “objeto intermediário”. O autor indica que, através do recurso técnico que substitui a fonte emissora humana, reduz-se o estado de alerta e de defesa criado pelo limite psicológico e pelas barreiras de comunicação social quanto a uma invasão dos valores pessoais e culturais.

Algumas das tecnicidades apresentadas, tais como os fantoches, o álbum seriado e o teatro na fase de sensibilização da comunidade, constituem elementos que facilitam a atração das pessoas aos eventos, encurtando o processo de aquecimento para os temas e aumentando a receptividade da comunidade para os conteúdos transmitidos pelos agentes multiplicadores. Os objetos construídos funcionam como elementos inócuos para a coletividade, permitindo e facilitando a comunicação intra e intercultural de assuntos delicados como o da sexualidade, que geralmente causam um estado de alerta nos indivíduos. Os objetos intermediários também podem ser utilizados “como estímulo para evidenciar aspectos inconscientes ou condutas conflituais” na adoção de novos papéis sociais ou no relacionamento social (Rojas-Bermúdez, 1980:100).

4.5.2 As relações

Durante a oficina de capacitação, os indígenas decidiram desenvolver as atividades em conjunto, visando o fortalecimento dos grupos das aldeias, considerando ser isso necessário para manter o estímulo adquirido através das vivências. Escolheram um agente da aldeia Bananal para coordenar todo o grupo e vice-coordenadores em cada aldeia.

Tentaram desenvolver as primeiras atividades em conjunto, mas logo foram percebidas as dificuldades causadas pela diversidade cultural entre as aldeias, na forma de organização social, interferências políticas e problemas de locomoção. Essas dificuldades, manifestadas dentro da mesma etnia e entre aldeias muito próximas, demonstraram a importância do desenvolvimento de estratégias que contemplem as particularidades de *cada grupo social, a partir da realidade interna*.

Os registros disponíveis evidenciam o incômodo sentido pelos agentes, principalmente os da aldeia Ipegue, quanto ao desenvolvimento conjunto das atividades, argumentando que as dificuldades de locomoção, língua e ritmo próprio de cada aldeia, assim como as diferentes formas de interação com os caciques, restringiam as atividades em conjunto.

No treinamento, houve uma atividade onde a gente [todos os participantes da oficina] sentou juntos para fazer os projetos com adolescentes, mulheres etc., como sugestão. As outras aldeias pegaram como sendo 'tem que ser assim' e, ao final isso não desmanchou e nós não entendemos. Assim, saímos do trabalho com todos os agentes juntos e sentindo obrigado a fazer o que foi programado ali naquele momento.

Na aldeia Bananal só falam o idioma, enquanto na aldeia Ipegue estão tentando resgatar a língua, mas leva tempo. E tem que respeitar o tempo das pessoas.

No início, os agentes da aldeia Ipegue envolveram-se com as dificuldades dos da aldeia Água Branca, e perceberam que isso prejudicava o desenvolvimento dos trabalhos nas outras aldeias. O anseio de iniciar o processo educativo nas comunidades logo após a oficina suscitou um espírito de competição entre os agentes das três aldeias.

Os agentes da aldeia Bananal sentem-se os coordenadores do projeto porque o treinamento foi realizado lá. Eles acham que os agentes da Água Branca não vão saber cuidar dos materiais.

Na reunião coletiva, essas dificuldades traduziram-se em animosidade entre os participantes, o que precipitou a decisão de trabalhar cada grupo de agentes em sua própria aldeia. Concluíram sobre a necessidade de se respeitarem as diferenças culturais, a forma de expressão de cada aldeia e as políticas internas, e definiram que as reuniões de acompanhamento à equipe de técnicos ocorreria separadamente, em cada comunidade.

Assim, os agentes de cada aldeia definiram seu modo de organização da equipe de agentes. Elegeram um coordenador, um vice-coordenador, um primeiro secretário e um segundo secretário. O local escolhido para os trabalhos, reuniões de planejamento dos agentes e a guarda do material foi a escola, nas aldeias Bananal e Ipegue, e a casa do coordenador de grupo, na aldeia Água Branca, em virtude do não-envolvimento dos professores no processo de sensibilização e mobilização.

Internamente, em cada grupo, também surgiram algumas dificuldades. Os relatos revelaram que o relacionamento entre os agentes do grupo espelhou as opções e vinculações políticas e religiosas dos componentes. Alguns agentes, em Água Branca e Bananal, abandonaram as atividades por quererem ser remunerados pelo trabalho, apesar de saberem desde o início que se tratava de trabalho voluntário. Na aldeia Ipegue, um dos agentes desligou-se sem apresentar o motivo e outros reclamaram da falta de compromisso de outras pessoas. Um dos membros da equipe foi afastado pelo coordenador por ter apresentado comportamento visto por eles inadequado. Segundo relatos, teria assediado algumas meninas após a palestra, o que foi considerado grave no momento em que necessitavam conquistar a confiança da comunidade:

Não podemos ter pessoas no grupo que não respeitem a comunidade, porque precisamos ganhar a confiança dela.

Segundo Moreno, citado por Garrido Martín (1996:223), “o fato de que não fora capaz de manter-se dentro dos papéis representados mostra que as linhas

divisórias entre seus papéis eram tênues”, deixando-se levar pelo “espontaneísmo”, perdendo-se dos limites oferecidos pela estrutura do papel. Como a estrutura do papel é socialmente constituída e normatizada, gera uma “expectação da conduta”, ou seja, o grupo “prevê a conduta que um determinado papel terá em circunstâncias diversas”.

Nessa aldeia, observou-se que dois agentes (um homem e uma mulher), que eram da facção do cacique, tinham dificuldades de interação com a maioria que fazia oposição, incluindo o coordenador de grupo. Essa divisão implicou em dificuldades de interação entre esses indivíduos, sendo que um se afastou. Outra mulher desenvolvia atividades separadamente, embora participasse das reuniões com a equipe de supervisores. Os demais desenvolveram atividades em conjunto, reunindo-se com frequência.

Com o desenvolvimento das atividades, os agentes informaram que estavam providenciando uma sede própria para os trabalhos de prevenção, onde seria possível ficar mais à vontade e facilitar o acesso para obtenção de preservativos e de informações por parte da comunidade.

Os agentes da aldeia Bananal desenvolveram tanto atividades em conjunto, demonstrando habilidade para relacionar-se em grupo, como atividades individuais espontâneas, nos grupos de igrejas, entre as mulheres ou com suas famílias.

Nesse grupo havia três agentes não-índias. Uma era freira e as outras eram esposas de indígenas. As duas últimas revelaram um comportamento diferente dos indígenas, apesar de viverem na aldeia há muito tempo. Uma fazia imposição de ritmo, a que os índios não estavam habituados. A outra não cumpria as incumbências que assumia, atrapalhando as atividades. Ambas acabaram se desligando do grupo.

Alguns jovens, que diziam ter muita dificuldade para desenvolver as atividades por não conseguirem falar em público, colaboraram de outras formas: visitando domicílios, organizando reuniões e auxiliando os demais nas palestras realizadas com a comunidade. Os relatos demonstraram que, posteriormente, eles conquistaram a habilidade de se expressar em público.

A natureza dos trabalhos desenvolvidos pelos indígenas despertava o interesse em algumas pessoas da comunidade em integrar-se ao grupo. Os agentes multiplicadores indígenas de Bananal informaram que cerca de dez pessoas da comunidade que acompanham as atividades querem se integrar ao grupo para desenvolver os trabalhos de prevenção.

Os membros do grupo de Água Branca demoraram para integrar-se entre si. O coordenador de grupo dessa aldeia não conseguiu desenvolver essa coesão, devido a vários fatores: o interesse em ser remunerado pelo trabalho, a falta de iniciativa para desenvolver as atividades e a insegurança pessoal para falar em público e transmitir os conhecimentos. Apesar de seu interesse em ser remunerado, esse coordenador de grupo permaneceu no cargo, dificultando o processo de interação dos agentes multiplicadores indígenas. A estrutura de gênero e o respeito à hierarquia, como observado pelos supervisores, provocavam a imobilização do grupo frente à atitude coordenador.

As demais pessoas do grupo tomavam iniciativas e faziam sugestões, mas o líder não as levava adiante, sempre demonstrando dependência dos supervisores que acompanhavam a aldeia. Em consequência, os outros membros da equipe, que desejavam desenvolver os trabalhos com a comunidade, cogitaram em se integrar às equipes de outras aldeias ou chamar pessoas de fora para auxiliar. Tais dificuldades provocaram o desânimo e a reduzida integração entre os componentes da equipe de Água Branca.

Entretanto, nas reuniões de supervisão, quando as dificuldades foram trabalhadas e os agentes retreinados para abordar assuntos ligados à AIDS, os técnicos observaram uma reversão desse processo, inclusive com a volta de agentes que já não participavam das reuniões.

A presença da liderança significa apoio e ao mesmo tempo reconhecimento pelo trabalho desenvolvido. Na aldeia Água Branca, o cacique acompanhou o processo de multiplicação e as dificuldades de interação dos agentes de prevenção com a

comunidade, propondo-se a auxiliar, dando sugestões e abrindo espaço nas reuniões que organizava para os agentes se apresentarem e falarem de seu trabalho.

Na aldeia Ipegue essa necessidade foi menor: o grupo demonstrou maior autonomia no desenvolvimento das atividades propostas, mesmo porque as relações com o cacique não eram amistosas. Esse fator, de certa forma, contribuiu para estimular os agentes antagônicos ao cacique a desenvolver atividades junto à comunidade. Ainda assim, reclamavam constantemente da ausência do cacique nas atividades comunitárias.

O cacique da aldeia Bananal, que assumiu o cargo durante a fase de multiplicação, logo integrou-se aos trabalhos, auxiliando os agentes na atividade desenvolvida para os homens que vão às destilarias.

Em vários momentos surgiram situações que evidenciaram desconfiança quanto aos interesses da ONG Interativa, levando a solicitações de esclarecimentos, com comentários de que nesse projeto havia muito dinheiro disponível, mas que os agentes das aldeias estavam trabalhando de graça. Esse cacique convocou então uma reunião entre as lideranças, os agentes e a coordenação do projeto para esclarecimentos, após o que as novas lideranças manifestaram seu apoio e colaboração.

A comunicação à distância entre a ONG Interativa, sediada em Campo Grande, e os indígenas foi sempre problemática, devido à carência de meios de comunicação nas aldeias. Os agentes tinham de se deslocar para Bananal quando queriam contatar a equipe da ONG Interativa. As correspondências e materiais eram enviados pela empresa de ônibus que percorria as aldeias, mas não chegavam aos interessados. Assim, as reuniões e visitas tinham de ser programadas com muita antecedência e, às vezes, as decisões não eram repassadas para os demais. Essa dificuldade, na aldeia Água Branca, deveu-se à falta de atuação do coordenador de grupo e, na de Ipegue, ao conflito político entre o cacique e alguns membros da equipe.

4.5.3 A atuação dos agentes multiplicadores indígenas

As informações apresentadas até este momento serviram para contextualizar o processo de prevenção desencadeado pelos agentes multiplicadores indígenas. Faremos agora a exposição das atividades por eles desenvolvidas nas comunidades, circunstanciada pelos atos e significados, pelas facilidades e dificuldades encontradas para o trabalho.

Entre as atividades desenvolvidas pelos agentes indígenas constam as ações visando a inserção dos agentes de prevenção nas comunidades, tratando das medidas para formalizar o papel de agentes multiplicadores na prevenção de DSTs e AIDS junto às comunidades e as atividades desenvolvidas para atingir os diversos segmentos da comunidade.

As atividades de inserção dos agentes nas comunidades foram planejadas durante a oficina de capacitação, quando perceberam a necessidade de legitimar o papel de agentes de prevenção para angariarem respeito e reconhecimento da comunidade com vistas a facilitar o desenvolvimento das atividades. Entre as ações para atingir esse fim, estabeleceram contatos com professores, médicos, líderes religiosos, associações locais, chefes de grupo e segmentos sociais para informar sobre as atividades de prevenção e, assim conquistar seu apoio e parceria.

Aproveitando as festividades do Dia das Crianças, organizaram uma cerimônia oficial de apresentação dos agentes, nos dias 7 e 12 de outubro de 1999, reunindo 80 pessoas na aldeia Ipegue e 700 pessoas na de Bananal. Para conferir a formalidade considerada importante, solicitaram que a ONG Interativa enviasse um documento declarando que eles tinham sido capacitados como agentes de prevenção em DSTs e AIDS, a ser lido pelos caciques diante de toda a comunidade. Segundo os relatos, todos os agentes compareceram uniformizados, portando suas pastas e

certificados de capacitação. Os caciques fizeram leitura pública dessa declaração, citando os nomes dos agentes e ressaltando a disposição dessas pessoas em lutar para o benefício da comunidade para a prevenção da AIDS.

A apresentação para a comunidade apenas deixou de ser realizada na aldeia Água Branca, pois ali não houve festa do Dia das Crianças. Esse fato deve ter contribuído negativamente para a inserção dos agentes de prevenção nessa aldeia, pois tiveram dificuldade para desenvolver as atividades programadas, como relataremos posteriormente.

As atividades desenvolvidas em cada aldeia estão apresentadas nos Anexos 4, 5 e 6.

4.5.3.1 Aldeia Ipegue

Na aldeia Ipegue o processo foi desenvolvido em conjunto pelo grupo de agentes. (Apenas a atividade com as mulheres de uma das igrejas evangélicas foi iniciativa individual de uma das agentes.) Para explicar a intenção de informar os jovens da comunidade, realizou-se uma reunião com 25 pais a fim de obter sua autorização, com esta justificativa:

Os pais precisam saber o que vai acontecer com seus filhos, senão eles proíbem que eles participem das reuniões de prevenção. Aqui, sem autorização dos pais os jovens não participam de nada.

Mesmo assim, notaram a resistência de alguns pais evangélicos em permitir que seus filhos participassem. Eles alegavam que seus filhos não necessitavam aprender sobre AIDS e drogas porque freqüentam a igreja.

Estamos protegidos por Deus e temos atitudes corretas.

Solicitou-se então a interveniência do diretor da escola e de um pastor para que convencessem esses pais da necessidade de informação sobre as DSTs e a AIDS, o

que resultou na concordância dos familiares. Realizou-se um encontro com 60 jovens no mês de dezembro de 1999.

Considerou-se também a necessidade de intensificar as atividades nos meses de dezembro e janeiro, quando aumentava o fluxo de pessoas, tanto conhecidas como estranhas, devido à época de férias, propiciando situações que poderiam requerer prevenção. Os agentes realizaram então uma palestra sobre DSTs e AIDS para mais de 300 pessoas em um grande evento esportivo. Participaram desse evento pessoas da comunidade e parentes que residem em Aquidauana e Campo Grande.

Nessa mesma aldeia funcionou, por cerca de seis meses, uma rádio comunitária construída com esforço conjunto de membros da comunidade — a Rádio Andorinha. Como um dos agentes trabalhava como locutor, passaram a transmitir mensagens e esclarecimentos sobre o problema da AIDS, enfatizando a necessidade de prevenção, durante trinta minutos diários pelo período de dois meses, até que a Rádio fechou por atritos políticos entre os doadores dos equipamentos.

Essa atividade da rádio despertou o interesse de jovens da comunidade, que passaram a fazer do local um ponto de encontro para conversar e aprender sobre sexualidade. Esses jovens ficaram interessados em participar dos trabalhos de prevenção, mantendo-se ligados ao grupo de agentes mesmo após a dissolução da emissora.

Na escola, sob a orientação e colaboração dos professores, treinaram o modo de se comunicar com os adolescentes e as crianças, e fizeram uma palestra. Segundo os depoimentos obtidos na reunião de supervisão, foi a partir dessa experiência que eles criaram coragem para expor os preservativos e falar sobre DSTs.

Perdemos o medo de falar sobre DSTs e AIDS abertamente, após o apoio do diretor da escola e dos pais. Os pais vêm até nós solicitando as explicações para os seus filhos. Percebemos que estamos no caminho certo.

Desenvolveram atividades em parceria com o grupo da Pastoral da Saúde, da igreja católica, contribuindo com o trabalho de vigilância do estado nutricional das

crianças. Apresentaram teatro de fantoches e utilizaram as técnicas assimiladas na oficina. Devido à oportunidade de entrar em contato com grande parte da comunidade através das mulheres, essa parceria revelou-se profícua para falar também das DSTs e da AIDS e ensinar os métodos de prevenção.

A pretexto de ocupar o tempo das mulheres da aldeia e ao mesmo tempo fazer o trabalho de prevenção, foram organizados três times de futebol feminino, que foram treinados por dois agentes, e um torneio, através do contato com a equipe de esportes da aldeia.

A única agente feminina dessa aldeia, aproveitando a reunião das mulheres na igreja, introduziu o tema da AIDS para trinta pessoas.

Na reunião de supervisão, avaliaram que as atividades iniciais representaram uma fase de conquista da confiança da população, e que foram bem aceitos pela comunidade. Seu empenho em aproximar-se das famílias resultou no envolvimento da coletividade e na solicitação de visitas para informar todos os membros das famílias sobre as DSTs e AIDS.

Os agentes da aldeia Ipegue demonstraram bastante entusiasmo com o trabalho. Revelando seus sentimentos em relação à intervenção expressaram:

No início do trabalho, não acreditei muito. Muitos profissionais já tinham vindo e ido embora. Nesse trabalho, temos sido ensinados a cuidar de nós mesmos, a sermos independentes. Chega de ficar esperando o leite, queremos aprender a tirar o leite. Hoje acredito no trabalho e confio no que aprendi. A FUNAI mantém a gente na mão deles, por isso não vai para a frente.

4.5.3.2 Aldeia Água Branca

Na aldeia Água Branca, os agentes iniciaram as atividades estabelecendo contato com as lideranças de quatro igrejas evangélicas e com a Associação dos Pequenos Agricultores. Como não houve uma apresentação oficial dos agentes

multiplicadores, os agentes das outras aldeias se solidarizaram e auxiliaram na programação de uma reunião com as mulheres casadas no mês de outubro de 1999, anunciando uma palestra sobre prevenção de DSTs e AIDS. O evento atraiu 17 crianças, para as quais os agentes ministraram uma palestra sobre higiene.

Os agentes relataram frustração pela não-participação das mulheres. As mulheres da aldeia deixaram de comparecer devido a uma confusão entre prevenção de AIDS e exame preventivo de câncer de colo uterino, conforme assinalou o cacique da aldeia. Este líder sugeriu aos agentes de Água Branca que passassem de casa em casa para prestar maiores esclarecimentos. Assim, em seis dias, os agentes da Água Branca iniciaram as visitas domiciliares, percorrendo 22 domicílios.

Nas reuniões de supervisão, ficou evidente a falta de interesse do coordenador de equipe em conduzir o grupo. Em consonância com alguns indígenas capacitados que se recusavam a desenvolver um trabalho voluntário, esse coordenador resistia ao desenvolvimento das atividades por querer ser remunerado, mas como ele não se desligava do grupo as mulheres sentiam-se inibidas para tomar decisões de maneira independente. Tentaram unir-se aos grupos das outras aldeias ou introduzir novas pessoas na equipe, mas não conseguiram.

Lamentaram profundamente não ter conseguido o resultado esperado no mês de novembro e não terem contado com o apoio da comunidade, mesmo fazendo convites de casa em casa e anunciando um sorteio de refrigerantes.

Muitos dizem que já sabem sobre AIDS e que na aldeia não tem e nem vai chegar, porque é doença de branco.

Algumas nem querem nos ouvir, outras perguntam sobre o que é a AIDS, mas não querem se identificar.

Como forma de estímulo, foi exibido *Vamos evitar a AIDS*, vídeo produzido pela CN-DST/AIDS sobre a AIDS e a prevenção em diversas etnias (*Vamos evitar a AIDS*, 1998), seguido de discussão, nas três aldeias. Na aldeia Água Branca, os agentes comentaram que o evento foi proveitoso e que aprenderam mais sobre AIDS e

sobre como falar de prevenção, sentindo-se motivados a continuar tentando fazer palestras. Ponderaram que, como as mães não têm com quem deixar os filhos, é necessário criar condições para que tragam as crianças para o evento, e que estas devem ser cuidadas por auxiliares. Decidiram também pelo sorteio de brindes, procedimento que dera bom resultado na aldeia Bananal. Não haviam, porém, conseguido reunir as pessoas da comunidade.

Diante da ausência de resultados nesse grupo, foi necessário esclarecer as questões subjetivas que estavam emperrando o processo. Os supervisores foram orientados a diagnosticar e trabalhar as dificuldades e a repensar com os agentes as estratégias de mobilização da comunidade.

Na terceira visita de acompanhamento das atividades, em janeiro de 2000, a coordenação e os supervisores resolveram intervir no contato com a comunidade para auxiliar os agentes da aldeia Água Branca. Em uma reunião organizada pelo cacique para tratar do problema do alcoolismo, fez-se, em preparação para a festa de São Sebastião, a apresentação do problema da AIDS entre indígenas, a importância do trabalho de prevenção e do trabalho dos agentes multiplicadores de prevenção, para as 50 pessoas presentes. Eles demonstraram compreender a importância do problema, e um senhor perguntou:

Essas pessoas foram contratadas e são remuneradas para fazer este trabalho? Eles não passaram de casa em casa para avisar.

Foi explicado que o trabalho era voluntário e que os agentes precisavam do apoio da comunidade. Falou-se também sobre as dificuldades que os agentes capacitados estavam encontrando para desenvolver as atividades, pois marcavam reuniões com a comunidade, mas não havia participação desta.

Um homem sugeriu que o trabalho fosse realizado com os jovens que jogam futebol, quando se reúnem em grande número:

Tem de falar no grupo de esportes. Homem fala para homem e mulher fala para outras mulheres e para as filhas, na igreja e no grupo de jovens.

O presidente de uma das igrejas convidou os agentes para nela falarem naquele mesmo dia, quando estariam reunidos jovens e crianças. Desse evento, realizado na igreja Uniedas, participaram 27 crianças, 25 adolescentes entre 11 e 15 anos e 8 adultos.

A observação do desempenho dos agentes revelou que não possuíam a autoconfiança e desinibição necessárias para desenvolver as atividades, ficando muito dependentes dos monitores, de sorte que se priorizou seu retreinamento. A supervisora faz um aquecimento para que lembrem o que acontecia no desenvolvimento dos trabalhos com a comunidade.

Eu não vou falar nada, não sei pegar no fantoche.

Como é que uma pessoa analfabeta como eu pode falar sobre AIDS? Eu sei que alguns pensam assim.

É uma vergonha, mas alguns patrícios só pensam fazer alguma coisa e ganhar algum dinheiro. Eu quero aprender mais para passar para os filhos e para os vizinhos. Meus filhos vivem na cidade e precisam da informação sobre a prevenção.

Chego nas casas para conversar e eles falam que já sabem que é DST e AIDS, que viram na televisão. A gente encontra muita gente que não quer prestar atenção.

Eles não dão crédito para os próprios patrícios.

Minha mãe não pensa que o tempo já foi. O índio era ingênuo, não tinha doença, que isso era coisa de branco. Hoje, vira e mexe, estou com meus filhos no médico; às vezes faço xarope mas nem sempre resolve. Antes tomava água do poço, hoje a água tem de ser encanada e tem de ser filtrada. A doença já está chegando na aldeia. Nós, mães, temos de saber falar cada vez mais para meus filhos, sobrinhos e filhos das vizinhas.

Encontro dificuldades... O que vou falar quando chegar numa casa? O mais difícil é chegar na casa dos patrícios.

A maior dificuldade que eu encontro é aquele patrício que sabe de tudo e a gente sabe que ele não sabe de nada. Muitos têm a cartilha de AIDS e mesmo que não leram, acham que sabem alguma coisa.

Essas situações foram trabalhadas através de uma dramatização. A cena

montada revelava um agente chegando à casa de um patrício. Ele bate palmas e se apresenta, sendo convidado para entrar e sentar. Desenvolve-se o diálogo, como se fosse uma visita de esclarecimento sobre as doenças, em que a pessoa contatada oferece resistência às informações²⁸. Nessa dramatização, os indígenas demonstram habilidade em utilizar técnicas psicodramáticas, como a inversão de papéis e o solilóquio.

No compartilhamento, o coordenador de grupo admitiu:

Eu ainda acho difícil chegar nas casas, principalmente para os mais antigos.

Diante dessa dificuldade de confrontar os idosos, e instigados pela supervisora, montam a cena imaginada de contato com estes. Um faz o papel de um patrício que não sabe nada, ao qual um agente está tentando ensinar. Mais desinibidos com a técnica, expressam-se em Terena. Espontaneamente, quando o agente que estava explicando confundiu-se, o outro pediu para inverter os papéis e explicar de outra forma. Invertem e retomam o diálogo no próprio idioma, enquanto alguns se preocupam em traduzir para a supervisora.

E aquele que não deixa a gente falar com a esposa?

A supervisora devolve as indagações para o grupo buscar as soluções.

²⁸ “Eu sou agente de prevenção em DSTs e AIDS. O senhor já ouviu falar nisso?”

“Já sei o que é.”

“O que o senhor já sabe?”

“Essa AIDS, já expliquei para os meus filhos.”

“O senhor sabe como se previne?”

“Dou umas pílula e sara.”

Entra um duplo:

“O que o senhor sabe sobre AIDS?”

“Conheço muita coisa.”

“O senhor não quer trabalhar com a gente?”

“Não posso. Sou aposentado. Tenho de ir receber meu dinheiro, voltar e ficar aqui sentado.”

Nesse momento, a história fica repetitiva. Uma agente se levanta e troca de lugar com a que estava atuando e continua o diálogo:

“O senhor disse que AIDS se cura com pílulas, mas não cura não.”

“Mas aqui não tem isso.”

Ela sorri, fica quieta olhando para ele. É solicitada a inversão de papéis.

“O senhor pode nos ajudar.”

Repete tudo o que a outra agente dissera, complementa contando a origem da AIDS e encerra.

Convidaria os dois para ir na minha casa. Eu acho que um homem e uma mulher seria melhor.

Então montam uma cena de um casal de agentes visitando uma família. Dramatizam, expressando-se novamente no idioma. Todos ficavam atentos ao diálogo, esquecendo-se de traduzir para a supervisora. Concluíram que têm de aprender mais, falar para os filhos, vizinhos e as demais pessoas da comunidade.

Temos de fazer mais visitas e pedir ajuda ao pessoal do Bananal, podemos?

Acredito que deu uma clareada.

Em seguida a supervisora trabalha com o grupo a metodologia das palestras. As quatro mulheres e os quatro homens esquematizaram suas propostas de estratégia, apresentando-a para o grupo para discussão.

O plano de trabalho organizado pelos homens foi: convidar os homens na roda de tereré; convidar as mulheres através da visita domiciliar, portando os crachás de identificação de agente de prevenção; ir em pares, um homem e uma mulher; na palestra esclarecer sobre o papel de agente de prevenção, fazer um resumo do surgimento da doença, do mecanismo de transmissão e de como se previne, explicar o uso do preservativo e orientar quanto ao uso de seringas.

As mulheres planejaram uma reunião na igreja Uniedas, onde seria feita a apresentação dos agentes; falar da relação entre os brancos e os índios, discutindo que antigamente existiam mais indígenas que atualmente; em seguida falar sobre sexo e o risco que a população indígena está correndo com a chegada da AIDS e ir se aprofundando cada vez mais, explicando como se adquire a doença e como prevenir-se.

A supervisora avaliou que, apesar de várias dificuldades encontradas no desenvolvimento das atividades, percebeu-se um grande interesse em desenvolver atividades de prevenção e em criar novas estratégias para atrair a população para as reuniões. Suas perguntas evidenciaram que eles haviam se esforçado para realizar o trabalho. A última atividade desenvolvida durante o período da intervenção foi o

concurso de desenhos, sugerido pela coordenação para criar um evento significativo e a oportunidade de exercício dos agentes da aldeia Água Branca. Todas as aldeias envolveram-se nesse projeto.

Durante os preparativos, na reunião de supervisão, foi discutido o problema da comunicação sobre DSTs e AIDS com as crianças, por não se haver ainda abordado o tema com esse segmento da população.

Como nós vamos falar com as crianças sobre sexo? Não é proibido? E se os pais não gostarem?

Essa questão foi discutida por eles no idioma Terena, longamente. Ocorre que alguns dias antes houvera uma polêmica em torno de uma cartilha sobre o tema, produzida por uma ONG de Campo Grande, a qual fora criticada pela Câmara de Vereadores e apreendida pelo Ministério Público, sob a alegação de ser “pornográfica” — fato que teve intensa repercussão nos meios de comunicação. O evento teve início porque a cartilha chegara às mãos de uma criança de doze anos em uma escola e a mãe encontrou a publicação em casa.

Essa polêmica foi acompanhada pelos agentes multiplicadores indígenas na televisão, gerando preocupação no coordenador de grupo. A monitora ofereceu orientação sobre o modo adequado de falar com as crianças, de acordo com seu nível de desenvolvimento, o que poderia ser auxiliado pelos professores. Então realizaram palestras na escola para cerca de 80 alunos, com a colaboração dos professores.

Combinaram que as agentes fariam uma palestra para as mulheres casadas e os agentes masculinos a fariam para os homens, mas esta última não foi realizada.

4.5.3.3 Aldeia Bananal

Os agentes multiplicadores indígenas da aldeia Bananal estabeleceram contato em busca de parcerias com a equipe médica que visitava a aldeia

semanalmente, com os professores das escolas da aldeia e do distrito de Taunay, onde estudam muitos jovens. Nesta escola, a professora de matemática cedeu o espaço de sua aula para a divulgação da prevenção entre os alunos.

Os agentes organizaram uma grande reunião na escola da aldeia, preparando-se com bastante antecipação. Cotizaram-se para comprar prêmios, pipoca e refrigerantes. Imprimiram cartazes e convites em mimeógrafo. Cada agente ficou responsável pela divulgação em uma área da aldeia e encarregado de convidar no mínimo 50 pessoas. Ao fazer o convite, entregavam uma ficha numerada que permitia concorrer aos prêmios. O pastor de uma das igrejas suspendeu o culto no horário da reunião para que os fiéis comparecessem. Combinaram que enquanto um grupo faria palestras para os adultos, outros entreteriam as crianças no pátio, com atividades educativas e lúdicas.

A coordenadora da equipe da aldeia Bananal fez a abertura dos trabalhos. O cacique Wilson foi convidado a falar, e exaltou a importância do trabalho voluntário para a comunidade. Segundo os relatos, a sala de aula ficou superlotada, com pessoas em pé nos corredores, assistindo pelas janelas. As mães estavam com seus bebês no colo, e as crianças maiores permaneceram na área externa. Os temas escolhidos para esse primeiro contato foram noções gerais de sistema imunológico, defesa contra doenças e doenças transmissíveis, utilizando o álbum de imagens editado pelo Ministério da Saúde para trabalhos com saúde indígena. Os agentes evitaram entrar na discussão sobre as DSTs e AIDS, com receio de espantarem o público. Preferiram primeiro conquistar sua confiança antes de abordar um assunto que requereria maior tato.

As crianças foram entretidas por cinco agentes, que desenvolveram esclarecimentos sobre prevenção de enfermidades, enfocando a higiene pessoal e dos alimentos, ressaltando os cuidados de manter as mãos sempre limpas; prevenção de acidentes domésticos e os cuidados que se deve ter em casa com fogo e com água fervente, principalmente quando os irmãos mais velhos é que ficam em casa cuidando

dos menores. Depois das falas, as crianças foram reunidas em uma grande roda, sendo desenvolvidas diversas atividades lúdicas, de modo bastante divertido. Por fim, todos foram convidados a comer pipoca com refrigerante.

Quanto aos agentes, as informações recebidas antes da visita da supervisão em 11/12/1999 evidenciaram a necessidade de reforçar-lhes os conhecimentos sobre DSTs e AIDS, pois sentiam-se inseguros. Foi planejada a exibição do vídeo sobre essas enfermidades, elaborado pelo Ministério da Saúde, seguida de discussão pelo grupo, com o objetivo de reforçar a assimilação de conteúdos. Todos os agentes treinados participaram. Assistir o vídeo sobre a prevenção feita em outras etnias indígenas foi considerado positivo pelos agentes multiplicadores, por lhes mostrar o problema vivido por essas populações, reforçando-lhes a percepção da importância de seu trabalho na aldeia.

Na aldeia Bananal os agentes iniciaram atividades de modo isolado, mas sempre comunicando-as ao coordenador de grupo. As atividades individuais foram as seguintes:

- O agente multiplicador indígena 1, líder do grupo jovem de sua igreja, falou sobre AIDS para 20 jovens na faixa etária entre 12 e 18 anos. Relatou que inicialmente sentiu vergonha de falar, mas aos poucos foi ganhando confiança.
- A agente 2 entrou em contato com os professores para inserir o assunto no conteúdo programático, e convidou outros agentes que tinham maior domínio do assunto para falar aos alunos e professores.
- A agente 3 falou sobre a AIDS em sua sala de aula para trinta alunos, na escola em Taunay. Ela comentou ter encontrado dificuldades de manter a atenção dos colegas e alguns chegaram a achá-la “metida, querendo aparecer, ser melhor que os outros”, mas disse que superou essa dificuldade refletindo:

Fiquei sem jeito, mas daí vi que o que eu estava fazendo era muito importante para aquelas

pessoas e resolvi continuar falando.

- A agente 4 disse ter muita vergonha de se expor no grupo, e que antes de se comunicar em público conversa no idioma Terena com uma amiga. Depois relatou ter falado com as amigas nos aniversários e encontros. Comentou que a maior curiosidade das meninas é em relação ao preservativo: “Elas querem saber como coloca, como usa.” Ao ser questionada se informava às colegas como obter os preservativos, disse que não, encabulada.
- A agente 5, esposa de um pastor de igreja evangélica, informou que falou para mulheres acima de 30 anos, na igreja, sobre o trabalho de prevenção à AIDS que vem realizando.
- A agente 6 informou que tem conversado sobre AIDS com as pessoas que a procuram para tratamento de doenças. Percebe uma grande dificuldade dos homens em procurá-la para falar sobre o assunto. As mulheres falam mais livremente. Relatou que fez palestras na aldeia Ipegue para 45 mulheres, entre 13 e 60 anos, e na aldeia Imbirussu para 15 mulheres com mais de 20 anos, na reunião da Pastoral, além de abordar o assunto nas visitas domiciliares que realiza. Ao ser inquirida sobre a distribuição de preservativos, comentou:

O índio Terena é muito desconfiado. A gente precisa ir devagar para não assustá-lo. Falar em camisinha ainda é muito cedo.

- A agente 6, como agente de saúde da FUNASA, realiza visitas domiciliares, quando tem falado sobre AIDS e as demais DSTs. Relata que durante uma reunião da Pastoral da Criança para pesagem, realizou uma palestra sobre essas doenças para 40 mulheres com mais de 16 anos. Enquanto as cerca de 80 crianças eram entretidas por duas outras agentes, ela abordou o assunto da sexualidade e das DSTs. Essa agente relatou os casos de DSTs que estão sendo evidenciados pelo trabalho

dos agentes de prevenção, e da resistência dos índios Terena ao tratamento, e acrescentou:

Os homens têm muita dificuldade para procurar ajuda médica e permanecem com idéias erradas.

Essa agente ensina a utilizar remédios caseiros e pretende buscar ajuda dos homens da equipe para lidar com esses casos. Para ilustrar as dificuldades com que lida, relata o caso de uma mulher idosa com câncer, que, mesmo com uma ambulância a buscá-la em casa, recusou-se a ir para o hospital porque seu filho não poderia acompanhá-la. Posteriormente, foi relatado que essa senhora faleceu aos 62 anos, com diagnóstico de gonorréia. Ela era benzedeira e só foi ao médico duas semanas antes de morrer, embora fosse a Aquidauana freqüentemente.

- A agente 7 informou ter auxiliado as colegas nas palestras. Ela relatou ter muita facilidade para se expressar tanto em português como no idioma nativo, mesmo nos assuntos mais delicados e nos cuidados com a saúde. Comentou ter pedido ajuda a seu marido para aprender novas formas de se comunicar com os homens sobre o assunto e se dispôs a falar em público com eles, mostrando bastante desenvoltura.
- A agente 8 atuou junto com a agente 5 na igreja católica, mesmo sendo de outra igreja, e apoiou as colegas nas palestras coletivas.

Na aldeia Bananal, até o mês de janeiro, não haviam iniciado a distribuição de preservativos. A supervisora reforçou aos membros do grupo a importância e necessidade de introduzir a distribuição de preservativo na prática dos agentes de prevenção. Percebendo as dificuldades de abordar o preservativo, realizou um sociodrama com a equipe para trabalhar os sentimentos e valores que impediam lidar com o assunto.

Após essa atividade de orientação, no mesmo dia, os agentes multiplicadores indígenas realizaram uma palestra para 47 mulheres, oito jovens e três homens,

fazendo demonstração do uso do preservativo tornando-os disponíveis para quem os quisesse. Na avaliação dos agentes, o resultado positivo de reforçar o assunto do preservativo e abordar mais diretamente a questão do comportamento e do compromisso prático com a prevenção evidenciou-se através do entusiasmo da equipe em desenvolver novas atividades.

Uma agente falou com satisfação da recuperação nutricional das crianças que estão atendendo com o trabalho da Pastoral, de enriquecimento alimentar com a “multimistura”. Relatou o caso de uma criança muito fraca que voltou a andar com a recuperação e ganho de peso. Elas sentem que esse trabalho com as crianças, regular e eficaz, traz maior respeito da comunidade e permite que possam abordar as DSTs com mais facilidade nos grupos de mulheres.

Segundo as agentes envolvidas com a Pastoral, as reuniões mensais propiciam um espaço adequado para o trabalho de prevenção. Elas negociaram a data mais adequada para as mulheres disporem de tempo livre para as palestras, e combinaram que a pesagem iria ser feita nos domingos, quando as mulheres estão menos atarefadas.

Abordando mais diretamente o assunto da sexualidade com as mulheres, uma das agentes relatou que as viúvas contestavam, dizendo que não precisavam dessa orientação. As agentes de prevenção insistiram na importância de seu aprendizado, justificando que seria útil para ensinar aos filhos, sobrinhos, netos, e que todos juntos, trabalhando no repasse de informação, poderiam evitar que alguém viesse a se infectar. Algumas mães acharam muito oportuno esse trabalho, e comentaram:

Hoje o tempo é diferente. As moças são mais liberais.

As agentes multiplicadoras indígenas contaram haver distribuído folhetos e preservativos, fazendo brincadeiras para que as mulheres se descontraíssem. Afirmaram com convicção que as mulheres iriam ler os folhetos e refletir sobre o assunto.

Os agentes dessa aldeia, de ambos os sexos, organizaram-se para falar aos 40 homens que estavam prestes a sair para trabalhar no corte de cana na destilaria. No ônibus, após serem apresentados pelo cacique, falaram do problema das DSTs e da AIDS, e da importância de usar preservativos nas relações sexuais, demonstrando como se os utiliza e distribuindo-os para quem os quisesse. As agentes mulheres comentaram:

A gente é mulher e mesmo assim eles respeitam.

No mesmo mês, repetiram o evento em três outros ônibus, para um total de 142 homens, com participação de cinco agentes e do cacique.

4.5.3.4 Concurso de desenhos sobre a prevenção de DSTs e AIDS

Nas reuniões, quando se discutiam as estratégias de mobilização das comunidades e o final do período de desenvolvimento dos projetos, surgiu a idéia de um concurso de desenhos sobre os temas relacionados à prevenção de DSTs e AIDS nas comunidades indígenas, a ser realizado como uma atividade de encerramento. Com a aprovação dessa estratégia pelos três grupos, foi discutida a forma de organização em cada aldeia, ficando para eles a incumbência de decidirem sobre as formas de mobilização, participação, julgamento e premiação, de acordo com a realidade de cada localidade. A coordenação se encarregou de angariar fundos para aquisição dos materiais necessários.

Nas três aldeias, os agentes multiplicadores planejaram estratégias semelhantes de mobilização para o concurso. Elaboraram um regulamento para o concurso e definiram as categorias de participação por faixas etárias:

- infanto-juvenil (de 7 a 12 anos);
- adolescentes (de 13 a 18 anos, ambos os sexos);
- adultos (acima de 19 anos).

Foi montada uma comissão de avaliação composta pelo cacique, um ou dois agentes, um membro da ONG Interativa e o diretor da escola. Os critérios de avaliação foram: pertinência ao tema proposto, criatividade e originalidade, aos quais seriam dadas notas de zero a dez. Decidiram que fariam palestras nas escolas e em alguns grupos da comunidade, após o que os participantes fariam suas inscrições, entregando os desenhos aos responsáveis. A condição para se inscreverem foi haverem participado da palestra proferida pelos agentes multiplicadores indígenas. Estes conversaram com os diretores e professores para obterem apoio e definirem a data. Cada coordenador de grupo recebeu o material de apoio necessário (giz de cera, tinta para pintura a dedo, lápis de cor, pincéis, lápis pretos, borrachas).

Na aldeia Ipegue, as palestras realizadas em sala de aula, com apoio da direção da escola e dos professores, atingiram um total de 270 alunos. Decidiram pela realização de palestras em outros setores da aldeia, com o objetivo de aumentar o número de participantes e tornar o processo de prevenção mais abrangente. Os desenhos apresentados foram selecionados pelos professores da escola em conjunto com os agentes, que atribuíram notas, numa primeira triagem. Uma comissão julgadora composta por dois agentes, dois monitores da ONG Interativa e o diretor da escola elegeu o melhor desenho por faixa etária.

Na aldeia Bananal ocorreu uma greve na escola, impedindo a realização das palestras para os alunos. Para cumprir o combinado, duas agentes adolescentes visitaram as casas e reuniram os jovens, realizando assim as palestras. Como consequência, recolheram 32 trabalhos.

Na aldeia Água Branca, os agentes fizeram uma palestra na escola para 60 crianças, sendo acompanhados por quatro professores.

A coordenação organizou a confecção de cartazes com os desenhos vencedores e adquiriu prêmios, mediante parceria com o DETRAN-MS. A premiação ocorreu na visita de encerramento da intervenção, em abril de 2000. Os resultados do

concurso de desenhos, assim como de todas atividades realizadas pelos agentes multiplicadores indígenas, estão apresentados nos Anexos 4, 5 e 6.

4.6 ALGUNS INDICADORES DE RESULTADOS OBSERVADOS A PARTIR DA ATUAÇÃO DOS AGENTES MULTIPLICADORES INDÍGENAS NAS COMUNIDADES

Entre os dados quantitativos, mais evidentes, a detecção de casos suspeitos pela comunidade e o nível de distribuição de preservativos podem ser considerados indicativos da resposta da comunidade ao processo de sensibilização, de mobilização e de informação desencadeado, e por consequência podem apontar alguns dos resultados da intervenção.

Os dados qualitativos foram aqueles registrados mediante os depoimentos, opiniões e relatos dos agentes multiplicadores indígenas durante as reuniões de supervisão realizadas com os técnicos da intervenção. Esses dados representam, se mirados no contexto em que foram coletados, indicadores de desenvolvimento e de resultados.

4.6.1 Distribuição de preservativos nas aldeias

Foram enviados cerca de 700 preservativos por mês para cada aldeia, num período de seis meses. Nos dois primeiros meses de seu trabalho, os agentes se mostraram reservados quanto à distribuição de preservativos, o que justificaram como não tentar forçar o limite de compreensão e aceitação da comunidade. Esse mesmo motivo justificou a demora para focar diretamente os temas relacionados DSTs e AIDS.

Segundo as evidências, três fatores interferiram na distribuição e instrução

do uso dos preservativos: (1) a insegurança sobre a maneira mais adequada de abordar o assunto com os diversos grupos — adolescentes, crianças, mulheres casadas, pessoas das igrejas —; (2) o sentimento de cautela e respeito ao tempo necessário para assimilação do programa de prevenção em saúde sexual pela comunidade; (3) a necessidade de perceber a confiança da comunidade quanto ao papel do trabalhador voluntário na prevenção de DSTs e AIDS.

Esta fala do coordenador de grupo da aldeia Ipegue expressa essas dificuldades:

Não queremos ser rejeitados pela idéia de estarmos incentivando o sexo. Queremos que a comunidade veja que estamos cuidando do sexo.

Eles concluíram que os preservativos não poderiam ser distribuídos sem uma prévia orientação a todos na aldeia. Mesmo com essa conduta cautelosa, eles relataram a existência de comentários de que estavam incentivando o sexo nas aldeias.

A igreja católica participou da distribuição na aldeia Bananal, mesmo em meio à polêmica postura do Vaticano contra seu uso, que estava sendo divulgada no momento da intervenção. Os agentes protestantes também integraram-se à distribuição, sem sinal de advertência dos pastores. Posteriormente, cada aldeia teve seu ritmo próprio de distribuição.

Na aldeia Bananal, até o mês de janeiro, a distribuição não havia se iniciado. Na supervisão, através de sociodrama, os receios, as inibições e a insegurança foram explicitadas e o treinamento de papel propiciou a transformação daqueles sentimentos. Como resultado, observou-se que no mesmo dia os agentes sentiram-se aptos e realizaram uma palestra para cerca de 60 pessoas, fazendo a demonstração do uso do preservativo e tornando-os disponíveis aos interessados.

A partir da supervisão, os agentes passaram a incluir regularmente a instrução do uso de preservativos e sua distribuição nos trabalhos desenvolvidos, fossem os realizados nos ônibus, nas escolas ou nas igrejas, gerando assim condições de serem solicitados pela comunidade. Os depoimentos dos agentes revelavam sua

satisfação com a reação da comunidade:

Ouviram com bastante atenção e fizeram perguntas. Não sabiam que tinha que dobrar a camisinha na ponta para que não rompesse durante o uso. Alguns homens demonstraram estar envergonhados. Muitos queriam saber mais. A maior dúvida era o uso da camisinha. Gostaram tanto que até pediram uma palestra para quando retornarem. As informações que eles tinham eram só da televisão; não sabem sobre gonorréia e sífilis. Foram solicitados preservativos e o cabeçante pediu uma cota para levar para a destilaria.

Os registros indicam que cerca de 600 preservativos foram distribuídos no mês de janeiro na aldeia Bananal.

Na aldeia Água Branca, a distribuição não aconteceu até o final da intervenção, exceto entre as famílias dos agentes de prevenção, que na falta de atividades com a comunidade procuravam orientar seus parentes e distribuía os preservativos a quem os solicitasse. Fora do círculo familiar, os agentes não conseguiram abordar o assunto por vergonha e receio de serem mal interpretados.

A partir de fevereiro de 2000, com o início das atividades da FUNASA, os agentes deixaram o material com a enfermeira do posto de saúde para que fosse distribuído a quem o pedisse. Embora se preocupassem com a proximidade do carnaval, não demonstraram grande expectativa de resultados, pois perceberam que a enfermeira não acreditava que os indígenas viessem a utilizar preservativos.

Posteriormente, foi informado que com o funcionamento regular do posto de saúde as pessoas passaram a buscar preservativos, indicando que, apesar das dificuldades encontradas pelos agentes, houve alguma conscientização da comunidade para a aquisição de medidas preventivas.

Na aldeia Ipegue, a distribuição de preservativos teve início em dezembro de 1999. As parcerias conquistadas e as atividades realizadas com grande parte da comunidades criaram as condições para que as pessoas fossem em busca dessa forma de proteção. O fato de a distribuição ser feita sob solicitação permitiu que a demanda fosse registrada pelos agentes, anotando-se sexo e idade do solicitante (Tabela 4.1).

TABELA 4.1 — EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE PRESERVATIVOS NA ALDEIA IPEGUE, NO PERÍODO DE NOVEMBRO DE 1999 A MARÇO DE 2000, SEGUNDO SEXO, COM ESPECIFICAÇÃO DE FAIXA ETÁRIA

SOLICITANTES	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Homens	65	67	239	239	269
Mulheres	-	-	-	40	45
Faixa etária	17-25 anos	17-25 anos	17-37 anos	17-38 anos	17-49 anos

O número de mulheres que solicitaram preservativos, embora menor que o de homens, impressionou os agentes multiplicadores, trazendo-lhes satisfação e evidenciando o impacto positivo de seus trabalhos na comunidade.

4.6.2 Detecção de casos suspeitos de DSTs

As atividades desenvolvidas pelos agentes indígenas despertaram sua atenção para os casos suspeitos e de doença. Relataram que em uma vila da aldeia Bananal havia dois casos de gonorréia e que os infectados só tomavam remédio caseiro. Como já referido, uma senhora de 62 anos falecera por essa doença, por recusar atendimento médico. O cacique disse que em função do trabalho dos agentes de prevenção seis homens haviam pedido informações para tratamento de DSTs.

Isso é resultado do trabalho dos agentes de prevenção e que comunidade está confiando no seu trabalho.

À medida que surgiam casos suspeitos, os agentes retomavam o material instrucional para estudar e tentar fazer o diagnóstico — isso no período em que não havia atendimento médico nas aldeias. Diante disso, retomaram-se as informações sobre o encaminhamento ao serviço de atendimento especializado na cidade mais próxima.

As notícias sobre os trabalhos levaram um professor indígena da aldeia de Miranda a procurar a equipe de monitores para informar que nove moças Terena

havam tido relações com um rapaz não-índio que morrera de AIDS; segundo o médico da localidade, elas estavam infectadas. O professor pedia então que a intervenção fosse realizada nas aldeias daquela região.

A extensão dos efeitos provocados pela ação dos agentes multiplicadores indígenas revelou-se também quando a coordenadora de grupo da aldeia Bananal relatou que dois índios com opção homossexual vieram a seu encontro, sigilosamente, para obter esclarecimentos sobre a AIDS.

4.6.3 Indicadores qualitativos de resultados da intervenção

Como o contato da ONG Interativa, na fase de multiplicação, se deu com os agentes e não com a comunidade, a avaliação participativa foi realizada considerando-se o desempenho do papel de agente de prevenção, pois ele opera como um instrumento para atingir a população e estabelecer a transmissão, percebido mediante as informações trazidas pelos próprios indígenas e nas atividades de supervisão.

Embora tenhamos identificado nesses indicadores padrões e tendências de comportamento, a análise dos casos menos responsivos à estratégia metodológica utilizada na intervenção (como um dos agentes da aldeia Água Branca) merece uma reflexão mais aprofundada, pela possibilidade de trazer esclarecimentos relevantes (como são os casos da cartilha sobre DSTs e AIDS e da resistência e dificuldades para se desenvolverem as atividades de multiplicação na aldeia Água Branca).

A importância dada pelos indígenas à paramentação identificadora (crachás, diploma) revela não só sua intenção de fortalecer a identificação, por parte da comunidade, do papel que iriam desempenhar, mas também seu desejo de utilizá-la como um instrumento para a autodeterminação.

Na aldeia Água Branca, os agentes se ativeram ao nível psicossomático em termos de conteúdos da adoção de papel. Eles identificaram suas angústias,

inseguranças e inibições, demonstrando a necessidade de serem retreinados. Suas reações indicam que eles adotaram o papel, mas de alguma forma se sentiram impedidos de exercê-lo com desenvoltura e desinibição, o que os tornava dependentes da equipe de monitores ou das iniciativas dos agentes das outras aldeias. Os agentes das outras aldeias também expressaram as sensações psicossomáticas correspondentes a esse nível, mas à medida que foram desenvolvendo suas atividades conseguiram ultrapassá-las.

Os agentes das aldeias Bananal e Ipegue mostraram-se capazes de se colocar no lugar da comunidade, em seus vários segmentos, e de imaginar sua reação ao modo de focar os temas relacionados à AIDS, ao relacionamento sexual e ao uso do preservativo. Isso tornou possível planejar estratégias para efetivar os contatos e a comunicação com seus patrícios, demonstrando estarem com o papel plenamente assumido. Dessa forma, eles se identificaram e foram identificados como agentes de prevenção, passando inclusive a ter seu trabalho solicitado pelas comunidades. Essa condição facilitou o enfrentamento das diversas dificuldades que se apresentaram durante o desenvolvimento das atividades de multiplicação, o estabelecimento de parcerias e o interesse de participação nos trabalhos de outros membros da comunidade.

Seu “grau de liberdade e espontaneidade” revelou-se na autonomia e na criatividade no desempenho das tarefas. Eles tomaram iniciativas individuais e coletivas, planejaram instrumentos e buscaram ou improvisaram recursos necessários, indo além do prescrito e permitido, exercitando sua liberdade de criar.

Observamos que nas aldeias Ipegue e Bananal as iniciativas individuais e coletivas revelaram alto grau de espontaneidade e liberdade, de acordo com cada contexto comunitário. Já na aldeia Água Branca, isso não foi observado, exceto pela iniciativa da agente que produziu um roteiro para o teatro de fantoches.

Os agentes da aldeia Ipegue, ao utilizarem fantoches nos trabalhos desenvolvidos com a Pastoral de Saúde, nas orientações sobre nutrição infantil,

demonstraram a flexibilidade do papel adotado. Esse critério nos informa sobre a habilidade da comunidade em, a partir dos aprendizados obtidos durante a intervenção, fazer extrapolações para outras atividades relacionadas às necessidades sociais, visando a melhoria de suas condições de vida.

O critério da temporalidade também pode ser importante para avaliar a atuação dos agentes, como se evidenciou na distribuição de preservativos: a aldeia Ipegue iniciou essa distribuição em novembro de 1999, ou seja, no primeiro mês de atividades dos agentes, e a aldeia Bananal a iniciou em janeiro de 2000, ao passo que na aldeia Água Branca os preservativos não chegaram a ser distribuídos pelos agentes, a não ser entre seus familiares.

A preocupação em ser remunerado pelo trabalho, assim como os casos de indígenas que se desligaram das atividades em função dos conflitos políticos ou de outras funções sociais, revelam as categorias de “recessividade” ou “dominância” do papel, no critério de classificação “posição” da adoção de papel.

A estabilidade com que alguém percebe o papel nos revela a “consistência” de sua adoção, que pode se encontrar “débil”, como naqueles que não foram até o fim da intervenção, por diversas razões, ou “forte”, naqueles que mesmo após a intervenção continuaram a desenvolver a comunicação sobre a prevenção de DSTs e de AIDS quando surgiu oportunidade. Alguns só trabalharam durante a permanência da equipe nas aldeias.

Assim, a partir dos dados obtidos, elencamos os seguintes elementos, advindos do desempenho do papel de agente multiplicador de prevenção e dos resultados da intervenção, passíveis de serem assumidos como indicadores de resultados e serem testados em futuros projetos de intervenção comunitária:

- participação em reuniões de supervisão, monitoramento e avaliação;
- agentes comunitários atuantes até o final do processo;
- iniciativas espontâneas de atividades com a comunidade;
- pessoas com desinibição para falar público sobre DSTs e AIDS;

- desenvolvimento coletivo de atividades;
- desenvolvimento individual de atividades;
- utilização dos materiais de apoio, instrucionais e informativos fornecidos pela coordenação do projeto (como foi o caso do álbum seriado, fantoches, vídeo, folhetos);
- iniciativa em providenciar os materiais de apoio, instrucionais e informativos, independentemente da coordenação do projeto (como ocorreu com os fantoches com meias, roteiro para o teatro, cartazes e convites em mimeógrafo, cartilha própria);
- participação e aplicação de estratégias de mobilização sugeridas nas reuniões de acompanhamento (como o processo de criação do concurso de desenhos);
- planejamento e aplicação espontâneos de estratégias de mobilização da comunidade (como lanches, sorteios, torneios de futebol, programa de rádio, reuniões nos ônibus, reuniões da Pastoral de Saúde).

Assim concluímos esse estudo de caso realizado através da etnografia.

CONCLUSÃO

Retomando os objetivos de nossa pesquisa — contribuir para os programas de prevenção de DSTs e AIDS através de subsídios teóricos e metodológicos para a intervenção em populações indígenas —, queremos apontar algumas considerações que julgamos necessárias para orientar novas investigações que focalizem intervenções e programas de saúde em comunidades étnicas diferenciadas.

Como em geral ocorre nos programas de prevenção de HIV/AIDS, os objetivos do Projeto Assumindo as Diferenças — a redução da incidência de infecções por HIV/AIDS — foram ambiciosos e genéricos, pois ainda que a tecnologia da intervenção tenha sido bem definida, sua implantação, seu poder de persuasão, de conscientização e seu impacto nas sociedades acessadas estiveram intimamente vinculados às variáveis de contexto mais amplo, de contexto local e de processo apresentadas nos capítulos iniciais, especialmente nos referentes aos contatos com as populações indígenas, tanto urbanas como aldeadas.

Apresentamos dados qualitativos e quantitativos obtidos no contato com os indígenas. No entanto, as características de envolvimento, motivação e participação comunitária no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS e das DSTs, bem como os conhecimentos desenvolvidos pelos indígenas sobre DSTs e AIDS, configuram critérios difíceis de avaliar e analisar nos projetos desenvolvidos.

Um aspecto central inerente aos estudos qualitativos, sobretudo no campo da saúde, diz respeito a questões morais, que impediram que um estudo como este se valesse do recurso a um grupo-controle, no qual se utilizaria outra metodologia, ainda mais tendo-se em mente que o psicodrama tem mostrado, em contextos e períodos diversos, resultados rápidos e efetivos, reduzindo danos e prejuízos às populações. Além disso, a imputabilidade de alguns resultados a certos cuidados ou à metodologia orientadora da intervenção, mesmo quando se obtêm resultados bem definidos, é especialmente difícil de explicitar e praticamente inoperável, uma vez que os

resultados sofrem interferência de uma série de outras variáveis que não são atribuíveis à metodologia ou aos cuidados empreendidos. Como foi explicitado nesta investigação, tais resultados estão na dependência de condicionantes do meio, da cultura, da organização social de cada realidade acessada, e das relações estabelecidas entre técnicos e a comunidade, agindo como variáveis de contexto e de comunicação.

Partindo-se do princípio orientador da intervenção — tornar os indivíduos e a comunidade sujeitos do processo de implantação de uma determinada ação social —, teremos como invariante a metodologia educativa construtiva desenvolvida nas comunidades. Assim sendo, é possível aquilatar, através dos depoimentos — que constituem dados qualitativos —, o grau de envolvimento e mobilização da comunidade. No presente caso, a própria comunidade atuou como avaliadora de sua participação, analisando internamente aquilo que trouxe ou não resultados e as estratégias mais adequadas para conquistar a participação social. Vemos essa participação avaliadora e estratégica da comunidade como fundamental para poder perceber o sucesso das intervenções participativas.

Embora tenhamos identificado, nos indicadores levantados, padrões e tendências de comportamento, a análise dos casos menos responsivos à estratégia metodológica utilizada na intervenção merece uma reflexão mais aprofundada, por permitir trazer esclarecimentos singulares. Alguns deles foram comentados durante as análises, ao longo de nosso relato (como o caso da cartilha sobre DSTs e AIDS, os diferentes interesses manifestos por membros da comunidade, as resistências e dificuldades para desenvolver atividades de multiplicação na aldeia Água Branca), evidenciando obstáculos, tanto simultâneos quanto sucessivos, a superar.

A análise dos dados relativos à credibilidade, transferibilidade e consistência, em estudos qualitativos, é vinculada a tempo e contexto específicos, o que dificulta a generalização dos resultados. Consideramos, porém, que a transferibilidade necessária para que o objetivo dessa investigação possa ser alcançado foi possibilitada pela “descrição densa” do contexto, das características dos sujeitos e das atividades na

análise do Projeto Assumindo as Diferenças, permitindo a liberdade de, através de comparações e aproximações, aplicar o formato da intervenção a outras populações.

Assim, os indicadores de resultados que emergem da análise desta intervenção podem ser adotados, através de uma generalização naturalística, para intervenções em outros contextos e grupos sociais, as quais contenham em sua essência o processo participativo da comunidade, a formação de agentes comunitários multiplicadores e a promoção da capacidade e do protagonismo social, com vistas à busca de soluções para problemas enfrentados em seu transcurso.

Ao tomarmos o papel como unidade da cultura e como instrumento para estabelecer a comunicação entre as pessoas, por seu caráter relacional e social, confirmamos a pertinência da formação de agentes multiplicadores da própria comunidade como os verdadeiros agentes da transformação social, permitindo, de acordo com a compatibilidade com os elementos semióticos existentes no contexto acessado, facilitar a compreensão interindividual e intercultural. Portanto, o papel de agente de prevenção se constituiu, de certa maneira, num instrumento para atingir a população considerada e estabelecer a transmissão de novos conhecimentos, aqui devidamente adaptados para o contexto da etnia Terena segundo o discernimento e determinação dos próprios atores sociais indígenas. É nas características de desempenho e adoção desse papel que encontraremos subsídios para elaborar indicadores de participação em projetos sociais.

Como já exposto no capítulo precedente, vemos os seguintes elementos, advindos tanto do desempenho do papel de agente multiplicador de prevenção quanto dos resultados da intervenção, como adotáveis na função de indicadores de resultados, e consideramos oportunos os futuros projetos de intervenção comunitária que se proponham a testá-los em novos contextos culturais diferenciados. São eles:

- participação ativa em reuniões de supervisão, monitoramento e avaliação;
- participação de pessoas com desinibição para falar público sobre DSTs e AIDS;

- desenvolvimento coletivo de atividades;
- desenvolvimento individual de atividades;
- utilização dos materiais de apoio, instrucionais e informativos fornecidos pela coordenação do projeto;
- iniciativa em providenciar materiais de apoio, instrucionais e informativos, independentemente da coordenação do projeto;
- participação e aplicação de estratégias de mobilização sugeridas nas reuniões de monitoramento;
- iniciativas espontâneas dos agentes comunitários para desenvolver atividades com a comunidade;
- planejamento e aplicação de estratégias de mobilização da comunidade espontaneamente determinados; e
- número de agentes comunitários atuantes até o final do processo de intervenção.

A proposição de critérios para analisar a contribuição dos agentes multiplicadores de prevenção necessita ser mais detidamente analisada para poder ser aplicada, e deixamos esse espaço aberto para futuras investigações, considerando não ser este o objeto central deste estudo.

Entre as contribuições que podemos considerar imanentes a esta investigação para os programas de HIV/AIDS em contexto étnicos peculiares, temos a análise da aplicação de uma teoria articulando coerentemente as finalidades com as ações propostas e desenvolvidas. Entretanto, as contribuições do psicodrama permanecem difíceis de ser afirmadas para aqueles a quem não tenha sido possível acompanhar o processo desde dentro, uma vez que o “encontro” e a “relação EU–TU” buberianos não podem ser facilmente descritos e retratados.

A partir da experiência realizada, podemos dizer que, tanto para os técnicos da intervenção quanto para os indígenas, houve um processo de auto-identificação, estabelecido pelo reconhecimento do EU e do OUTRO e de vivência da multiplicidade

— ou seja, do NÓS.

Essa auto-identificação decorreu inicialmente da percepção do OUTRO, de que existe alguém ou algo com quem me relaciono. Esse ente é constituído nas figuras de pessoas, do vírus, da outra etnia, da outra forma de se comunicar, da forma com que o outro se organiza ou se relaciona socialmente.

Assim, consideramos como atributos do EU, constituídos no presente trabalho: minha etnia, o que eu penso sobre a AIDS, o que sinto, como ajo, meus valores. Esses atributos, tanto por parte dos técnicos como dos indígenas, atuaram durante todo o processo relatado, configurando-se em confrontos, ora manifestos ora velados, em cada ato, atividade ou relação vividos.

O OUTRO, para os indígenas, pode ser localizado no vírus HIV, na doença AIDS ou no conjunto das DSTs, na intervenção, no próprio parceiro, nos membros da comunidade, nos membros da outra etnia, nos outros costumes e modos de comunicação, nos outros valores e comportamentos. Para os técnicos da intervenção, o OUTRO se localiza no indígena e sua vida, que tomam sentido e significado especiais ao serem identificados enquanto OUTRO, em vez de serem submetidos à nossa forma de vê-los.

Foi através da tomada de consciência desse OUTRO que os limites da própria corporalidade, da própria forma de se relacionar e de se comunicar adquiriram consistência, tornando-se um ente perceptível. Então podemos dizer que *através do outro é que eu me conheço*. É a “identidade contrastiva”, mencionada por Oliveira. Assim, OUTRO e EU alternam-se na percepção do ser percipiente, levando a uma construção dialética do EU e do OUTRO, de tal modo que em cada relação sempre teremos novos EUS e novos OUTROS, surgidos no encontro e no diálogo reflexivo. Esse construto herda o legado dos construtores em termos de ação e relação, resultando em acréscimos culturais bilaterais. É a transculturação.

Esses OUTROS descobertos adquirem então uma transcendência quando os tomo como entes com significado, especiais e viventes, e não como coisas. Para isso,

necessito entronizá-los em mim e, de dentro de mim relacionar-me com eles. Só assim esse OUTRO deixará de ser coisa, tornando-se um TU.

Do encontro EU–TU surge o NÓS. Esse NÓS revela-se também para os indígenas e os técnicos. Para os primeiros, ocorre o fortalecimento da identidade étnica, da noção de risco e perigo: surge a necessidade de união para a luta, da experimentação da possibilidade de atuar juntos, surge a troca de olhares e do encontro dos diferentes — a intersubjetividade. É o NÓS, a multiplicidade, que é descoberta. Assim, assumem-se as diferenças mesmo entre os agora iguais, respeitando-se a individualidade e as manifestações de cada um. O NÓS revela-se e se operacionaliza no trabalho conjunto, no repasse das informações culturalmente assimiladas para os membros da mesma etnia, compartilhando um conhecimento. É essa a multiplicação: o encontro de diferentes semelhantes.

O NÓS é conhecido nas relações: a AIDS e EU, a AIDS e a Comunidade, EU e MEU Parceiro negociando o sexo seguro, EU e o Preservativo. A tomada de consciência do NÓS é, por si só, uma conquista. Dela decorrem uma responsabilidade e um novo ponto de partida: Como vou me relacionar comigo, com o outro, com o preservativo, com a AIDS? O que quero para mim?

O NÓS é o trabalho construído: a partida, a ponte e a chegada. É o processo, o encontro. É o exercício do ASSUMIR AS DIFERENÇAS.

Por fim, respondendo às indagações apresentadas no início deste estudo, consideramos que, sim, foi possível fazer dos indígenas sujeitos do processo, uma vez que sempre o foram, embora nem sempre tenham sido ouvidos e estimulados. O respeito à diversidade é o bem mais precioso para a conquista da democracia e do protagonismo social.

Vimos que a abordagem psicodramática favorece a intervenção, mas se ela for utilizada apenas como uma técnica, prescindindo-se do encontro, repetiremos a imposição e o condutivismo tradicionais na educação — sobretudo na educação em saúde. Aqueles responsáveis por permitir a expressão e o exercício da lógica própria

dos diferentes estão sujeitos à incerteza, mas saberão que se trata de uma experiência altamente produtiva e curativa para os conflitos entre diferentes segmentos sociais e diferentes saberes.

Assim, esperamos ter conseguido, através da descrição e análise de uma intervenção, e da identificação de seus componentes e fases, demonstrar a associação dos resultados dessa intervenção com a teoria psicodramática, pois para nós, executores, ela se constituiu num instrumento relevante e profundamente transformador de nossa forma de atuar nas práticas sociais, no sentido de permitir atingir resultados satisfatórios na interação com a comunidade, possibilitando acessar as instâncias subjacentes ao contato intercultural — as crenças, os valores, os símbolos, as relações de gênero, a estrutura e organização sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AÇÃO anti-AIDS – Boletim internacional sobre prevenção e assistência à AIDS. Publicado por Healthlink Worldwide e ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, Rio de Janeiro, n.41, jul.-set. 1998a.
- AÇÃO anti-AIDS – Boletim internacional sobre prevenção e assistência à AIDS. Publicado por Healthlink Worldwide e ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, Rio de Janeiro, n.42, out.-dez. 1998b.
- ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. *Sociologia da doença e da medicina*. Tradução de Laureano Pelegrin. Bauru: EDUSC, 2001.
- AIDS avança rapidamente e já é ameaça para os índios. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 jun. 1999, p.1. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/cgi-bin/titulo1.idc?teste1=2556>>.
- ALBÓ, Xavier (Org.). *Raíces de América: El mundo Aymara*. Madrid: Sociedad Quinto Centenario / UNESCO / Alianza Editorial, 1988.
- ALONSO, George. Desinformação faz as tribos discriminarem índios com AIDS. *O Globo*, Rio de Janeiro, 7 jun. 1999. Caderno: O País, p. 8. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/cgi-bin/titulo1.idc?teste1=2613>>.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira, 1998.
- ANDRADE, Narcisa Veloso de. *Supervisão em educação*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1976. 120p.
- BASTOS, F.I.; COUTINHO, K. Tão longe, tão perto...pesquisas sobre HIV/AIDS no Brasil. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo Secron (Orgs.). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 1999. p.339-395.
- BASTOS, F.I.; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Sobre a epidemia de AIDS no Brasil: distintas abordagens*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p.7-19.
- BERER, Marge; RAY, Sunanda. *Mulheres e HIV/AIDS: um livro sobre recursos internacionais: informações, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/AIDS, saúde reprodutiva e relações sexuais*. Tradução de Anita G. Natividade e Miriam Botassi. Prefácio de Wilza Villela. São Paulo: Brasiliense, 1997.
- BLACK, Francis L. Infecção, mortalidade e populações indígenas: homogeneidade biológica como possível razão para tantas mortes. In: SANTOS, Ricardo V. (Org.). *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.63-87
- BOCCIA, Sandra. Massacre dos índios continua através das doenças. *O Globo*, Rio de Janeiro, 11 dez. 1997. Caderno: O país, p.11.
- BOURDIEU, Pierre. Esboço de uma teoria da prática. Tradução de Paula Monteiro e Alícia Auzmendi. In: ORTIZ, Renato (Org.). *Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. (Coleção Grandes Cientistas Sociais, 39.)

_____. *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Tradução de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. *A economia das trocas simbólicas*. 5.ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico da AIDS*, Brasília, v.12, n.3, 1999a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DSTs e AIDS. CIMI-Norte. *Conversando sobre nossa saúde: manual de saúde para os povos indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico da AIDS*, Brasília, v. 13, n.1, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DSTs e AIDS. *Povos indígenas e a prevenção às DST, HIV, AIDS: manual de diretrizes técnicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS: Relatório final*. Estudo realizado por Berquó E. et al. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/cebrap/relatorio_pesquisa_cebrap.htm>.

BUBER, Martin. *Eu e Tu*. Tradução do alemão, introdução e notas de Newton Aquiles Von Zuben. 2.ed. rev. São Paulo: Moraes, 1974.

CAMARGO, Ana Maria Faccioli de. *A AIDS e a sociedade contemporânea: estudos e histórias de vida*. São Paulo: Letras & Letras; Campinas: FUNCAMP, 1994.

CAMERON, Charles; SHEPARD, Julia. Assistência. In: MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J.M.; NETTER, Thomas W. (Orgs). *A AIDS no mundo*. Tradução: Outras Palavras. Rio de Janeiro: Relume Dumará / ABIA / IMS, UERJ, 1993 (História Social da AIDS, 1.)

CHIARAVALLOTI NETO, Francisco; MORAES, Maria Sílvia; FERNANDES, Maria Aparecida. Avaliação dos resultados de atividades de incentivo à participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico do município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimentos e práticas desta população. *Cadernos de Saude Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.101-109, 1998.

COHEN, Ernesto. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes, 1993.

DEMO, Pedro. *Avaliação qualitativa*. 5.ed. Campinas: Autores Associados, 1995. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo.)

DENIS, Jean-Louis; CHAMPAGNE, François. Análise da implantação. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DHALIA, Carmem; BARREIRA, Draurio; CASTILHO, Euclides A. A AIDS no Brasil: situação atual e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico da AIDS*. v.12, n.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

DUESBERG, Peter H. *Inventing the AIDS virus*. [s.l., USA]: Regnery USA, 1996.

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. Tradução de Edmundo Cordeiro e António Bento. Disponível em: <<http://www.foucault.hpg.ig.com.br/ordem.html>>. Acessado em: 25

jan. 2002. Título original: L'ordre du discours: Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970. Paris: Gallimard, 1971.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Distrito Sanitário Especial Indígena, MS. *Relatório anual 2000*. Campo Grande: FUNASA, 2000.

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

GARRIDO MARTÍN, Eugenio. *Psicologia do encontro*: J.L. Moreno. Tradução de Maria de Jesus Albuquerque. São Paulo: Ágora, 1996.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

_____. *Nova luz sobre a antropologia*. Tradução de Vera Ribeiro. Revisão técnica de Maria Cláudia Pereira Coelho. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

HAHNEMANN, Samuel F. *Exposição da doutrina homeopática: organon da arte de curar*. Tradução da 6.ed. alemã: Grupo Benoit Mure. 2ª reimpressão brasileira. São Paulo: Grupo de Estudos Homeopáticos Benoit Mure, 1984.

HIV/AIDS: perguntas e respostas. São Paulo: Atheneu, 1996.

HOLANDA, Sérgio Buarque. *O extremo oeste*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

JANSEN, Roberta. Falta de informação dissemina AIDS entre índios. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 28 mar. 1999, p.A-18. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/cgi-bin/titulo1.idc?teste1=2395>>.

KAUFMAN, Arthur. *Teatro pedagógico: bastidores da iniciação médica*. São Paulo: Ágora, 1992.

LALONDE, Marc. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud: una antología*. Washington: OPAS, 1996. 404 p. (Publicación científica n.557.)

LANGDON, Esther Jean. Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento. *Saúde em Debate*: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Curitiba, jan. 1988, p.12-16. Edição Especial. Editado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESCO.

LEFÈVRE, Fernando. Educação, promoção e tomada de decisão em saúde. *Jornal da USP*, São Paulo, v.14, n.492, 25-31 out. 1999. Disponível em: <http://www.usp.br/jorusp/jusp492/manchet/rep_res/opinioao.html>. Acessado em: 25 jan. 2002.

LOBO, Luiz Felipe Bruno. *Direito indigenista brasileiro: subsídios à sua doutrina*. São Paulo: LTr, 1996.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

MANGOLIN, Olívio. *Da escola que o branco faz à escola que o índio necessita e quer: uma educação indígena de qualidade*. 1999. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J.M.; NETTER, Thomas W. (Orgs). *A AIDS no mundo*. Tradução: Outras Palavras. Rio de Janeiro: Relume Dumará / ABIA / IMS, UERJ, 1993 (História social da AIDS, 1.)

MASSARO, Geraldo. *Esboço para uma teoria da cena: propostas de ação para diferentes dinâmicas*. São Paulo: Ágora, 1996.

MEINHOF, U. Semiótica. In: OUTHWAITE, Tom Bottomore et al. *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996, p.684.

MEMMI, Albert. *Retrato do colonizado precedido pelo retrato do colonizador*. Tradução de Roland Corbisier e Mariza Pinto Coelho. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Merleau-Ponty na Sorbonne: resumo de cursos: 1949-1952: filosofia e linguagem*. Tradução: Constança Marcondes Cesar. Campinas: Papirus, 1990.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Construção da identidade da antropologia na área da saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, P.C.; RABELO, M.C. (Orgs). *Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 1998.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 269p.

MONTEIRO, André e BRITO, Valéria. Método, metodologia e pesquisa qualitativa em psicodrama. *Leituras*, São Paulo: Companhia do Teatro Espontâneo, supl.25, ago. 1998.

MORENO, J.L. *Quem sobreviverá?: fundamentos da sociometria, psicoterapia de grupo e sociodrama*. v.1. Goiânia: Dimensão, 1992.

_____. *Psicoterapia de grupo e psicodrama*. Tradução de Antônio C. Mazzaroto Caesarino Filho. 2.ed. Campinas: Psy, 1993.

_____. *Psicodrama*. 12. ed. São Paulo: Cultrix, 1997.

MORTON, Oliver. O avanço nas pesquisas. In: MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J.M.; NETTER, Thomas W. (Orgs). *A AIDS no mundo*. Tradução: Outras Palavras. Rio de Janeiro: Relume Dumará / ABIA / IMS, UERJ, 1993 (História social da AIDS, 1.)

NEMES, Maria Ines Baptistella. *Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil. Fundamentos de Avaliação*, n.1. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. (Coleção ABIA.)

NEPAIDS. Mobilização Comunitária e AIDS. [s.l.]: NEPAIDS/USP, 1997. Disponível em: <<http://www.usp.br/nepaids/resenha.htm>>. (Título original: Community mobilization and AIDS: UNAIDS technical update, Apr. 1997. (UNAIDS Best Practice Collection.)

NÓKONE véxea motovâti akoyea namuka arinéti ne Têrenoe: Prevenção em saúde da Nação Terena – DST/AIDS. Direção: Nazira Scaffi. Produção e edição: Gilson Barbosa. Campo Grande: Interativa – Projetos e Intervenção, 1999a. 1 videocassete (12 min.): VHS. Projeto Assumindo as Diferenças – Prevenção às DSTs e AIDS entre índios Terena de Mato Grosso do Sul. Produzido com recursos da UNESCO e Coordenação Nacional de DSTs e AIDS.

NÓKONE véxea motovâti akoyea namuka arinéti ne Têrenoe: Manual de orientação para agentes indígenas multiplicadores da prevenção em DST e AIDS. Campo Grande: Interativa – Projetos e Intervenção, 1999b. Álbum seriado. 30 cm x 45 cm, 11 f. impressas frente e verso e capa dura plastificadas. Projeto Assumindo as Diferenças – Prevenção às DSTs e AIDS entre

índios Terena de Mato Grosso do Sul. Produzido com recursos do projeto 914BRA59 MS / CN-DST/AIDS / UNESCO.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso. O processo de assimilação dos Terena. Rio de Janeiro: Museu Nacional, 1960.

_____. *Urbanização e tribalismo: a integração dos índios Terêna numa sociedade de classes*. Rio de Janeiro: Zahar, 1968. (Coleção de Etnologia Brasileira)

_____. *Identidade, etnia e estrutura social*. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1976.

ONUSIDA. *La epidemia de SIDA: situación em diciembre de 2000*. [s.l.]: OMS, 2000.

Disponível em:

<http://www.unaids.org/wac/2000/wadoo/file...rt_spn/css/WAD_Epidemic_report_spn_4.htm>.

OSÓRIO, A.C.N. Ciência, ideologia, socialização, medialização: em pauta a pesquisa. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PESQUISA QUALITATIVA, 1., 2001, Bauru. *Anais...* Bauru: Ed. SCJ, 2001.

PARKER, Richard, Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16 (Supl.1), p.89-102, 2000a.

_____. *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000b.

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

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Relatório do desenvolvimento humano*. [s.l.]: RDH Síntese, jun. 2000. Disponível em:

<[http://dlis.undp.org.br/pnud.nsf/db0dc52ee6b6cf708325681100537910/c692ea247f4447e583256981004299c0/\\$FILE/Sintese+RDH.pdf](http://dlis.undp.org.br/pnud.nsf/db0dc52ee6b6cf708325681100537910/c692ea247f4447e583256981004299c0/$FILE/Sintese+RDH.pdf)>. Acessado em: 12 dez. 2001.

POMPÍLIO, Maurício Antônio; PANIAGO, Ana Maria; DAL FABRO, Márcia Maria Ferrairo; LIMA, Aparecida Andrade; REIS, Marli Pimenta dos. HIV / AIDS na população indígena do Mato Grosso do Sul, no período de 1984 a 2000. In: FÓRUM DE COOPERAÇÃO TÉCNICA HORIZONTAL DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE EM HIV/AIDS E DST, 1.; CONFERÊNCIA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA HORIZONTAL DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE EM HIV/AIDS E DST, 2., 2000, Rio de Janeiro. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2000. v.1, p.315.

PUTTINI, Escolástica Fornari; LIMA, Luzia Mara Silva. *Ações educativas: vivências com psicodrama na prática pedagógica*. São Paulo: Ágora, 1997.

RIBEIRO, Darcy. *O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

RINALDI, Doris. *A ética da diferença: um debate entre psicanálise e antropologia*. Rio de Janeiro: EdUERJ / Jorge Zahar, 1996. (Transmissão da Psicanálise, 48.)

RIZZINI, Irma, CASTRO, Mônica Rabello de, SARTOR, Carla Daniel. *Pesquisando...Guia de metodologias de Pesquisa para programas sociais*. Rio de Janeiro: USU Ed. Universitária, 1999.

ROJAS-BERMÚDEZ, Jaime G. *Introdução ao psicodrama*. Tradução de José Manoel D'Alessandro. 3.ed. São Paulo: Mestre Jou, 1980.

SANTOS, N.J.S. *As mulheres e a AIDS*. 1994. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo.

SANTOS, R. da C. Reflexões sobre as organizações da sociedade civil. In: *Treinamento em sustentabilidade das Organizações da Sociedade Civil – OSC – Região Centro Oeste*. [s.l.]: SCDH-Unidade de Articulação com a Sociedade Civil e Direitos Humanos – CN-DST/AIDS, nov. 2000. Mimeografado. SARDENBERG, Cecília M.B. De sangrias, tabus e poderes: a menstruação numa perspectiva sócio-antropológica. *Revista estudos feministas*. v.2, n.2, 1994, p. 314-344.

SARTRE, Jean Paul. *O ser e o nada: ensaio de uma ontologia fenomenológica*. Tradução de Paulo Perdigo. Petrópolis: Vozes, 1997.

SATO, Sandra. Índios terão programa de prevenção à AIDS. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 15 jun. 1997. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/cgi-bin/veículo1.idc?teste1=278>>.

SCAFFI, Nazira. *Socionomia na prevenção à AIDS com indígenas*. Trabalho premiado como 3º lugar no concurso II Prêmio FEBRAP de Melhor Escrito Psicodramático. Congresso Brasileiro de Psicodrama, 12. Águas de São Pedro, 2000.

SZWARCWALD, C.L. Comportamento de risco dos conscritos do exército brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais econômicos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Sobre a epidemia da AIDS no Brasil: distintas abordagens*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p.121-140.

TAVARES, Carlos; ROMERO, Simone. Riqueza devastada. *Gazeta Mercantil*, São Paulo, 5 mai. 2000. Caderno: Fim de Semana, p.5. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/cgi-bin/veículo1.idc?teste1=3113>>.

TRAD, Leny A.B.; BASTOS, Ana Caecília de S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.429-435, 1998.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VAMOS evitar a AIDS. Produção: Ministério da Saúde, CTI. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

WORLD BANK. Brazil Country Management Unit. *Project appraisal document on a proposed loan in the amount of US\$ 165 million equivalent to the Federative Republic of Brazil for a second AIDS and STD control project*. (Report no. 18.338-BR). Washington: [s.n.], 1998.

ZAMPIÈRE, Ana Maria Fonseca. *Sociodrama construtivista da AIDS: método de construção grupal na educação preventiva da síndrome de imunodeficiência adquirida*. Campinas: Psy, 1996.

ANEXOS

ANEXO 1 — PROJETO DE INTERVENÇÃO APRESENTADO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM DEZEMBRO DE 1998

I. OBJETIVO GERAL DO PROJETO PROPOSTO

Reduzir a incidência da infecção por HIV/AIDS e de outras DSTs entre os índios Terena de Mato Grosso do Sul.

II. SUMÁRIO EXECUTIVO

Inicialmente será estabelecido o contato com as lideranças indígenas em Campo Grande e nas aldeias escolhidas, para a criação de vínculo de confiança e expectativa para implantação das atividades. O grupo de teatro, criado por ocasião do Projeto Assumindo as Diferenças pelas adolescentes desaldeadas, será utilizado como agente motivador de comunicação, seguido de atividades grupais, jogos e técnicas de Psicodrama. Serão encaminhadas para treinamento em Campo Grande as mulheres e jovens que se destacarem como lideranças, as quais, posteriormente, repassarão, nas aldeias, os conteúdos e as dinâmicas de conscientização assimilados no treinamento, sob supervisão e monitoramento.

O trabalho será registrado através de fotografias, vídeo, relatórios, cartazes, cartilha, folders e panfletos.

Como resultado, esperamos uma comunicação mais aberta a respeito do assunto sexualidade e prevenção de DSTs e AIDS dentro das aldeias e a geração de um núcleo de referência do tema inserido na população.

O objetivo é trabalhar com 3 aldeias, no período de 10 meses, atingindo 2.700 pessoas direta e indiretamente.

O valor total do projeto é de R\$ 59.000,00, sendo R\$ 49.000,00 repassados pelo Ministério da Saúde e R\$ 10.000,00 como contrapartida da instituição.

III. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO, DO PROBLEMA E DA POPULAÇÃO-ALVO

Mato Grosso do Sul é o segundo Estado de maior população indígena do Brasil, abrangendo diversas nações como Guarani, Kadwéo, Guató e Terena. Entre estas nações indígenas, os Terena são a grande expressão e quantidade populacional, sendo em média 21.000, distribuídos em 27 aldeias, na região do Pantanal, entre Aquidauana, Miranda e Nioaque, a 150 Km da cidade de Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul.

Diante da proximidade das aldeias Terena das cidades e por estarem localizadas na região Pantaneira do Estado, a visitação turística tem se tornado freqüente e intensa, tanto nas aldeias como nas cidades circunvizinhas, gerando com isto um contato maior das meninas

índias com este visitante, que vem com expectativa de sexo fácil e do exótico. Esta proximidade facilita o contato entre índios e não-índios também através do comércio ou da visita às casas de prostituição.

Uma outra situação que vem se agravando nas aldeias indígenas nos últimos tempos é o deslocamento dos homens Terena, na sua maioria de adolescentes e jovens, para o trabalho nas destilarias da região, o que traz como consequência não só o desequilíbrio do convívio social e familiar, o aumento do alcoolismo, como também a introdução de doenças sexualmente transmissíveis. O fato de os Terena terem a reputação de possuírem "índole pacífica" e facilidade de assimilar a cultura "branca" tem levado muitas famílias a buscar nas aldeias deste povo meninas para trabalhar como empregadas domésticas, principalmente como babás, pois são conhecidas por serem "dóceis, bem-humoradas, calmas", o perfil ideal para cuidar das crianças.

A partir do Projeto Assumindo as Diferenças, realizado com a população de meninas índias desaldeadas de Campo Grande, registramos a particular dificuldade em desenvolver trabalhos visando a prevenção de DSTs e AIDS nesta população, em relação aos demais grupos trabalhados, confirmando a grande dificuldade técnica e metodológica demonstrada anteriormente para a intervenção. Observamos a resistência de admitir que "o sexo seja um veículo de doença, quando ter filhos é tão maravilhoso"; um problema, para eles, "criado pelos brancos que não os atingirá". Esta realidade desencadeou a utilização do Psicodrama como técnica de abordagem que prima pela preservação das diferenças culturais na obtenção de mudança comportamental, visando o exercício da sexualidade prazerosa e segura.

A continuação deste projeto estenderá as ações na intersecção entre a cultura indígena e não-indígena até a população de índios *aldeados*, na busca de diminuir a susceptibilidade à contaminação e disseminação do HIV.

Este projeto pretende aproveitar o contato já desenvolvido com os índios e suas lideranças, a metodologia experimentada, a experiência de trabalho e o grupo de teatro criado na fase anterior deste Projeto Assumindo as Diferenças, realizado entre a população de adolescentes e mulheres desaldeadas. Entendemos a necessidade da formação de agentes multiplicadores entre as adolescentes e mulheres jovens das aldeias, utilizando a metodologia desenvolvida, na busca de acelerar o processo de conscientização da necessidade de prevenção, particularmente quanto ao uso de preservativo, criando-se núcleos de discussão e referência permanente dentro das aldeias.

Acreditamos que a metodologia utilizada permite a obtenção de resultados melhores, uma vez que proporciona um resgate da identidade, de suas crenças, e do desejo de proteger-se e crescer como nação.

IV. ANTECEDENTES DO PROJETO

O Projeto Assumindo as Diferenças, realizado com a população de meninas índias desaldeadas de Campo Grande, proporcionou adentrar uma área fascinante, pelo inusitado, em termos de comunicação com a população. Apesar de aculturadas e em franca convivência com os brancos, as índias revelam um modo muito próprio de concepção da sexualidade e aquisição de conhecimento. Essa peculiaridade mostrou necessitar de uma abordagem que acesse o imaginário e a criatividade, tal como o Psicodrama, levando a conscientização, uma vez que a abordagem utilizada nos grupos de adolescentes não-índios, tradicionalmente, não mostrou o resultado esperado para atingir os objetivos traçados na prevenção de AIDS e DSTs.

Contudo, na luta contra a disseminação da epidemia de AIDS e DSTs nestas populações desprotegidas é mister o deslocamento para as aldeias, com um trabalho não-etnocêntrico, resgatando os valores culturais, que ao mesmo tempo promova a conquista e consolidação da cidadania, concomitante ao poder proporcionar o desempenho prazeroso e seguro da sexualidade. Por isso, vimos solicitar a continuidade deste vínculo com Mato Grosso do Sul e a confiança neste trabalho, hoje com muito mais experiência, e com muito a ser feito.

V. INTEGRAÇÃO COM O SUS

A integração com o SUS encontra-se implícita em todo o processo como referência de pesquisa, atendimento e orientação, e em alguns momentos sistematicamente organizada:

- Coleta de Dados Epidemiológicos (buscar incluir, no sistema de coleta de dados epidemiológicos existentes, dados sobre a população indígena).
- Postos de Saúde dos Municípios na cidade de Campo Grande ou nas demais cidades.
- COAS - Centro de Orientação e Assistência a Saúde. Realização de testes HIV.
- Posto de Saúde localizados nas aldeias.
- S.A.E. HIV/AIDS/DST nas cidades de Aquidauana e Miranda.
- Integração com as S.M.S. no desenvolvimento das atividades.

VI. DESCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO (ONG)

O Programa será realizado utilizando a base institucional de uma ONG - Associação Mulher Informação/ SIM - Serviço de Informação Mulher, criado em 1986. O SIM atuou na última década como uma entidade que introduziu no Estado do Mato Grosso do Sul a questão da mulher e de gênero, atuando em diversas áreas como saúde, sexualidade, trabalho, direitos através de pesquisas, articulação, assessoria.

Atualmente, como Interativa - Projetos & Intervenção, tem como objetivo atuar na área de Saúde, Sexualidade, Educação Ambiental e Desenvolvimento Comunitário, tendo como princípio fundante a promoção da igualdade das relações de gênero nos seus projetos e intervenção, considerando as diferenças de raça, etnia e classe social.

Estamos atuando nos seguintes projetos: PRODEC - Programa de Desenvolvimento Comunitário, da Caixa Econômica Federal, em Campo Grande e Cuiabá (coordenação); Projeto de Combate à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes no Mato Grosso do Sul (relatório de pesquisa); Projeto de Orientação Sexual para Grupos de Adolescentes Institucionalizados (monitoria); Curso de Capacitação (Gênero / Análise e Intervenção Social) para agentes políticos do interior; Programa Assumindo as Diferenças.

VII. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

N.	Objetivo Específico	Resultado Esperado
1.	Mobilizar a população indígena de 3 aldeias Terena para prevenção de DSTs e AIDS.	Cerca de 2.000 pessoas sensibilizadas e motivadas para implantação do programa de prevenção de DSTs e AIDS. Lideranças identificadas para capacitação (5 a 10 por aldeia).
2.	Formar agentes multiplicadores, desenvolvendo técnicas e instrumentos de intervenção estimulando a prevenção da contaminação e disseminação de AIDS e DSTs, a partir do aporte cultural próprio da comunidade indígena, valorizando as diferenças culturais.	Mecanismo multiplicador desenvolvido para a conscientização da necessidade de prevenção, permanente nas aldeias através da capacitação de 60 índias, adolescentes e mulheres jovens
3.	Orientar os índios, homens e mulheres em relação ao contato sexual externo e prevenção de AIDS e DSTs (destilarias, casas de prostituição, turismo sexual etc.).	Aumento do nível de informação a respeito das doenças sexualmente transmissíveis e conscientização para o uso de preservativo. Oferecido material educativo, visando conscientizar para o risco da contaminação da população aldeada.
4.	Avaliar qualitativa e quantitativamente o impacto do trabalho na mudança de comportamento em relação à prevenção e ao uso do preservativo.	Obter pelo menos 10% de mudanças positivas em relação ao comportamento sexual nos contatos com não-índios.

VIII. PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO

Obj. número	Atividades	Período
1.		
1.1.	- Contactar lideranças locais (mercado, feira, Associação, FUNAI, CIMI) e nas aldeias (postos, agentes de saúde, professores, caciques, chefes de grandes famílias) para sensibilizar para a proposta de trabalho.	Mês 1, 2, 3
1.2.	- Elaborar material de divulgação: cartazes e panfletos.	Mês 1,2
1.3.	- Treinamento de equipe para pesquisa e abordagem.	Mês 1,2
1.4.	- Visitas às aldeias para programação do Dia das Atividades de Mobilização.	Mês 3
1.5.	- Realizar pesquisa para avaliar conhecimentos no tema AIDS/DSTs e sua prevenção, bem como mapeamento do trânsito dos Terena (aldeia/cidade/destilarias/etc).	Mês 1, 2, 3
1.6.	- Preparar o Grupo de Teatro criado no programa Assumindo as Diferenças com Meninas Índias Desaldeadas para se apresentar nas aldeias.	Mês 1, 2, 3
1.7.	- Nas aldeias, realizar Oficina de Mobilização: apresentar grupo de teatro, desenvolver atividades de grupo utilizando Psicodrama e jogos, grupos de discussão sobre AIDS/DSTs.	Mês 4, 5
1.8.	- Registrar atividade através de trabalhos artísticos (desenhos).	Mês 4,5
1.9.	- Realizar registro vídeo e fotográfico das atividades desenvolvidas.	Mês 1, 2, 3, 4, 5
2.		Mês 5,6
2.1.	- Organizar transporte, alojamento e alimentação para Oficina de Capacitação.	Mês 5,6
2.2.	- Reunir para discutir metodologia do trabalho com especialistas de áreas afins: gênero, etnia, saúde...	Mês 6
2.3.	- Realizar Oficina de Capacitação e Treinamento, com duração de 3 dias em Campo Grande, para organizarem grupos de discussão sobre prevenção de AIDS e DSTs.	Mês 6,7
2.4.	- Elaborar cartilha para conscientização dos cuidados nos contatos sexuais fora e dentro das aldeias, com a participação das mulheres em treinamento.	Mês 6

2.5.	- Programar e preparar o repasse nas aldeias, pelos agentes multiplicadores capacitados, dos conteúdos assimilados.	Mês 6,7
2.6.	- Registro foto e videográfico das atividades da Oficina de Capacitação.	Mês 7
2.7.	- Elaborar relatório das atividades da oficina.	Mês 8,9
2.8.	- Acompanhar o planejamento e organização do repasse, realizando visitas às aldeias	Mês 8,9
2.9.	- Realizar a Oficina de Repasse com atividades treinadas.	Mês 8,9
2.10.	- Enviar técnicos para supervisionar o repasse.	Mês 8,9
2.11.	- Registros fotográficos das atividades.	Mês 8,9
2.12.	- Elaborar relatórios das atividades de repasse.	Mês 8,9
3.		Mês 8,9,10,11
3.1.	- Distribuir cartilhas educativas, folders e panfletos	Mês 8,9
3.2.	- Distribuir preservativos e informar locais de distribuição.	Mês 8,9,10,11
3.3.	- Formar opinião para que se mobilizem na conquista da distribuição efetiva de preservativos no locais de trabalho e trânsito.	Mês 8,9
3.4.	- Informar os locais para realização de testes sorológicos e exames preventivos.	Mês 10,11
4.		Mês 10,11
4.1.	- Realizar visita posterior para avaliar o impacto social provocado pelo Projeto.	Mês 10,11
4.2.	- Realizar pesquisa de testagem ao término de trabalho.	Mês 11,12
4.3.	- Elaborar relatório.	Mês 1 a 12
5.	- Administrar o Projeto.	

IX. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

N.º (objetivos)	ATIVIDADES			MEIOS DE VERIFICAÇÃO
	INDICADORES			
	N.º	DE PROCESSO	DE INTERVENÇÃO	
1.		Adesão dos índios à campanha de sensibilização.	Participação dos índios nas ações do projeto.	Registros
		Realização da pesquisa de testagem.	N.º de questionários respondidos.	Questionários
		Apresentação do grupo de teatro, seguido de grupos de discussão.	Participação e motivação dos grupos de discussão.	Relatórios
2.		N.º de representantes por aldeia.	5 a 10 representantes por aldeia.	Registros
		Participação nas atividades da oficina de treinamento.	Avaliação dos trabalhos da oficina pelas índias.	Entrevistas, relatórios.
		Planejamento do repasse.	Avaliação em campo pelos supervisores.	Relatórios
3.		Impacto social causado pelo material produzido.	Mudança no comportamento na procura de preservativos.	Procura pelo material produzido e pelos preservativos.
4.		Realizar pesquisa de testagem.	Mudança de respostas no sentido de conhecimento do tema DSTs/AIDS e preocupação com prevenção.	Pesquisa

ANEXO 2 — OFICINA TERENA SEM AIDS — OFICINA DE CAPACITAÇÃO DOS AGENTES MULTIPLICADORES INDÍGENAS EM PREVENÇÃO DE DSTs E AIDS

RELATÓRIO DA OFICINA TERENA SEM AIDS

A programação do projeto determinara a realização da Oficina de capacitação dos agentes multiplicadores em Campo Grande. Entretanto, preocupados com a possibilidade de baixa participação em função da distância, decidiu-se realizá-la nas aldeias. Na opinião dos indígenas, essa mudança propiciaria além da maior participação, um trabalho de afirmação do interesse da população na necessidade de um trabalho de prevenção em DSTs e AIDS..

A equipe reuniu-se com os caciques, as lideranças religiosas, presidentes dos conselhos tribais, professores das três aldeias. Após a discussão com as lideranças, foi combinada a realização da Oficina na escola da aldeia Bananal, ponto central entre as três aldeias. Foram observadas as condições do local e os materiais e recursos disponíveis.

A equipe realizou cinco reuniões para discutir e preparar a oficina, planejando os passos a serem percorridos, a metodologia, as técnicas e o material a ser utilizado. Os materiais confeccionados para a oficina foram pastas de plástico resistente, com um adesivo copiado do cartaz, contendo bloco, caneta e apostila com um resumo sobre as principais DSTs e AIDS, como material inicial.

As refeições foram realizadas no refeitório da escola e cozinheiras da aldeia contratadas para preparar os alimentos e os lanches. A secretária da escola, e a esposa do Chefe do Posto Indígena, ficaram como nossos contatos para providenciar as necessidades de última hora e passar as informações aos participantes.

Os participantes receberam pastas, crachás, caderno para anotações e canetas. Foram confeccionadas faixas para serem colocadas em cada aldeia, anunciando o evento e parabenizando a comunidade. Ao final cada participante recebeu um certificado de participação, uma camiseta e uma carta da Interativa informando que eles estavam capacitados para trabalharem na prevenção de DSTs e AIDS, a fim de apresentarem à comunidade.

A oficina Terena sem AIDS, foi realizada entre os dias 1 e 3 de outubro de 1999, com objetivo central de formar agentes de prevenção de DSTs e AIDS para trabalharem na comunidade. A metodologia que orientou o processo de formação foi o Psicodrama.

Da descrição abaixo constam as atividades realizadas, descrição das técnicas e registro dos depoimentos dos participantes do treinamento.

1 Recepção dos participantes, abertura e apresentação da equipe

O início dos trabalhos foi marcado pela fala da coordenadora do projeto, do cacique e do vice-cacique da aldeia Bananal. Estes deram boas-vindas a todos e agradeceram à equipe do projeto, enfatizando a importância daquela atividade para as comunidades indígenas.

2 Contrato

Com objetivo de organizar, bem como aquecer o grupo para os trabalhos, foram apresentados, discutidos e acordados, com o grupo, questões práticas referentes ao funcionamento da oficina:

- Explicação do processo de sensibilização da comunidade para a prevenção de DSTs e AIDS realizado até então, tarefas cumpridas pela equipe da Interativa, dentro do projeto.
- Apresentação da equipe de trabalho para esta capacitação.

- Horários e cronograma das atividades.
- Importância da participação de todos nas atividades.
- Importância de sair com o mínimo de dúvidas possíveis.
- Esclarecimento gerais sobre a metodologia a ser usada: psicodrama e aulas expositivas.
- A necessidade de respeito e sigilo quanto aos depoimentos, às opiniões, aos comentários e dúvidas emitidos pelos participantes durante as atividades.

3 Trabalhando as expectativas

Objetivo: Levantamento de expectativas e identificação dos aspectos subjetivos presentes na motivação para participar deste trabalho.

Aquecimento Inespecífico: a diretora convidou os participantes a ficarem em pé e caminharem pela sala. À princípio, poucos levantaram. Após a segunda solicitação do diretor e, desta vez estimulados pela participação dos demais, pouco a pouco foram se encaminhando para o centro da sala. A medida que foram se descontraindo, começaram a conversar entre si, uns no idioma terena, outros em português; suas falas eram entremeadas por risadas. A diretora permitiu esse movimento do grupo por alguns minutos, dando continuidade ao trabalho através da solicitação de algumas tarefas, tais como : caminhar batendo palmas, arrastando os pés no chão, olhando para o colega, mais depressa, mais devagar. Todos participaram .

Aquecimento Específico: continuaram caminhando, e receberam a solicitação de lembrarem o que vieram pensando enquanto se dirigiam para o local da oficina, o que esperavam aprender com a oficina e como estavam se sentindo naquele momento. Solicitou-se que encontrassem um sentimento que representasse a experiência de estar na oficina. Foram orientados para que se assentassem à medida que tivessem identificado tais sentimentos. Após alguns minutos, todos procuraram seus lugares; alguns ficaram em pé, um pouco mais afastados do centro.

Dramatização: Foram orientados para montar uma estátua que representasse os sentimentos que estavam vivendo naquele momento. Após essa orientação, um dos participantes dirigiu-se vagarosamente ao centro e ficando ali parado, com as duas mãos tapando os ouvidos. O seguinte dirigiu-se a ele e descobriu uma de suas orelhas. Um terceiro, ajoelhando-se sobre um dos joelhos, adotou uma postura de oração, situando-se em frente aos dois. Uma mulher segurou na mão daquele que destampara o ouvido do primeiro. Assim, foi sendo construída uma imagem com várias partes complementares entre si. Cerca de 20 pessoas participaram da construção da imagem. Com a imagem pronta, foi perguntado aos que ficaram na platéia que nome dariam a essa estátua e a chamaram de: "Futuro"; "Fé"; "União"; "Esperança"; "Amizade"; "Companheirismo".

Em seguida, perguntou-se aos que compuseram a estátua qual foi o sentimento que os motivou a adotarem a postura tomada, ao que eles responderam: "De não estar bem informado"; "Preocupação"; "Meio informado"; "Dar informação"; "Buscar experiência"; "Buscar conhecimento para evitar a AIDS"; "União"; "Mãos dadas"; "Preocupação com a saúde"; "Amor aos patricios"; "Buscar força em Deus"; "Alegria"; "Preocupação com os jovens e mais velhos".

Compartilhamento: os comentários evidenciaram a afinidade dos participantes com a proposta da oficina - informar, orientar e treinar agentes.

4 Identidade e vulnerabilidade da nação Terena

Procurando fazer com o grupo uma revisão dos elementos relacionados à sua identidade étnica e cultural da importância dos mesmos para a construção de um programa de prevenção, iniciou-se um trabalho de reflexão histórica e pessoal.

Aquecimento inespecífico: foi apresentado ao grupo três grandes cartazes:

a) com número 1500 com muitas ocas; b) com número 1999 com menos ocas; c) com 3 pontos de interrogação.

Aquecimento Específico: pediu-se então ao grupo que prestassem atenção nos cartazes e que falassem o que estes lhes sugeriam.

Comentários: ao ver os cartazes logo surgiram falas como: "Quantidade dos índios"; "Comemoração dos 500 anos do Descobrimento do Brasil"; "Importância de prevenir"; "O que são estas casinhas?"; "O massacre que os índios sofreram e que os levaram a diminuir"; "A morte dos índios através dos anos"; "Nós índios fomos quase que exterminados, agora somos poucos, é preciso se prevenir para gente não desaparecer. A AIDS pode fazer a gente sumir"; "Aquele cartaz fala do futuro que a gente precisa cuidar".

Em seguida foi pedido ao grupo que identificassem as causas que levaram a diminuição do número de índios desde o ano de 1500 à 1999: "Massacre pelos brancos"; "Escravidão"; "Matança"; "Civilização"; "Diminuição da caça e pesca"; "Falta de atenção do governo"; "Doenças como: sarampo, gripe, febre amarela, paralisia infantil, tuberculose, câncer, diabetes, varíola, cigarro, álcool".

Após este momento, foi pedido ao grupo pensasse em como se poderia construir um futuro melhor para os índios e como fazer o número de índios aumentar no cartaz dos pontos de interrogação: "Não sair dos costumes"; "Reclamar os direitos"; "Prevenir as doenças"; "Conscientização"; "Conhecimento"; "Participação"; "Interesse dos indígenas"; "Divulgação das informações".

5 Uma nova doença entre os indígenas

A discussão sobre a vulnerabilidade dos indígenas no momento anterior e as suas conseqüências sobre o povo Terena, serviu como introdução à discussão sobre a AIDS. A curiosidade sobre o tema foi expressada através das seguintes falas: "O que significa a sigla da AIDS?"; "Como se pega AIDS?"; "Como se não se pega?"; "O que é um vírus?".

Foi explicado que o tema seria amplamente discutido em seguida. Solicitou-

se então ao grupo que falasse o que vinha à cabeça quando pensavam em AIDS. Esta atividade tinha como objetivo atender ao pedido deles e diminuir a ansiedade acerca do tema. Surgiram as seguintes palavras: "Doença"; "Agonia"; "Sangue"; "Tristeza"; "Solidão"; "Insegurança"; "Relação sexual"; "Seringa"; "Não tem cura"; "Camisinha"; "Prevenção"; "Vírus".

6 Conhecimento do corpo

De posse dessas informações, foi possível observar o nível de conhecimento e sensibilização já existentes, bem como preparar o grupo para a introdução dos conhecimentos sobre a anatomia e fisiologia do aparelho sexual masculino e feminino. Os participantes foram convidados a pensar nos corpos masculino e feminino, fazer desenhos, observar as diferenças e identificar cada parte dos mesmos, usando as palavras no idioma terena.

Aquecimento Inespecífico: a diretora apresentou ao grupo a importância do conhecimento do corpo humano para entender as doenças e trabalhar com prevenção informando as pessoas.

Aquecimento específico: solicitou-se aos participantes que formassem subgrupos compostos igualmente por homens e mulheres. Cada grupo acomodou-se em um canto da sala e recebeu o material para a atividade. Em seguida cada subgrupo recebeu duas tarefas: 1°) escolher um nome para o grupo, 2°) desenhar um corpo de homem ou mulher, usando para isso o próprio corpo.

Usando pincéis, tesoura e lã, com muito riso e barulho, foram sendo construídos quatro corpos, dois de homens e dois de mulheres. Dois grupos desenharam corpos sem roupas e sem genitais. Os outros dois grupos desenharam corpos com roupas. A diretora desafiou os grupos a identificar, nos desenhos quem era homem e quem era mulher. O grupo, então, inicia uma discussão chegando à conclusão da importância de desenhar, também, os órgãos genitais.

Após essa complementação, pediu-se aos grupos que identificassem os órgão genitais de cada corpo usando para isso os nomes no próprio idioma. Essa atividade transformou-se em um momento lúdico, que serviu também para "quebrar o gelo" do grupo lidando com os sentimentos de vergonha e inibição de falar de assuntos relacionados a sexo. Este momento mostrou-se ímpar, pois o grupo sentiu-se mais à vontade, as pessoas sentaram-se no chão e iniciaram nos seus grupos uma discussão animada sobre as expressões usuais para falar dos órgãos sexuais.

Cada grupo, em seguida, recebeu a tarefa de apresentar aos demais suas conclusões. Observou-se existir diferenças na forma de denominar a anatomia e funções sexuais e reprodutivas na cultura indígena e que a mera tradução de um idioma para o outro não permite o entendimento e compreensão dos conteúdos relacionados à anatomia e fisiologia reprodutiva. Essa atividade ajudou muito na familiarização com o tema e com o próprio corpo; os índios diminuíram a timidez em relação ao tema e à equipe de técnicos, gerando um clima de tranquilidade e intimidade com o assunto. Este exercício representou, além de aumentar o nível de informação sobre o corpo humano, um treinamento do falar em público, abordando assuntos sexuais, papéis importantes para a agente de prevenção de DSTs e AIDS.

As expressões e nomes no idioma Terena foram sendo registrados e sempre que possível eram usados pela equipe nas discussões e apresentações posteriores, o que gerou uma maior proximidade e interatividade.

Compartilhamento: Ao final da atividade realizou-se um compartilhamento, onde algumas falas sobre como foi realizar o trabalho chamaram atenção e foram discutidas:

- "Eu não sabia que na mulher havia dois buracos um pro xixi e outro para a relação sexual; pensava que era um só";
- "Eu gostei de falar dessas coisas, a gente aprende mais";
- "Eu não sabia todos esses nomes em terena.";

- "É bom a gente fazer isso, a gente aprende mais, nunca ninguém ensinou isso para índios";
- "Dá vergonha, um pouco, falar dessas coisas".

7 Jogo do João-bobo

O trabalho com o grupo levou a uma troca de experiências e de informações que antes não eram feitas. Além dos assuntos explorados, dedicou-se a atenção para a formação do grupo em si, cuidar dele, de sua organização e laços de afinidades, pois se não houver interação e rede que os permita expressar-se espontaneamente, as informações geradas correr-se-ia o risco de encontrar um terreno pouco propício para a assimilação de informações, as discussões se tornariam estéreis, inúteis e podendo consistir em apenas mais uma informação recebida, sem o grau de conscientização necessário para o trabalho a ser realizado e para a mudança de atitudes. A metodologia utilizada valorizou os movimentos e as fases por que passa um grupo em formação, relacionando isso ao seu nível de desenvolvimento e aprendizagem.

Aquecimento Inespecífico: o diretor fez uma retrospectiva do caminho percorrido até então, e propôs um jogo dramático.

Aquecimento Específico: em pé, espreguiçaram-se e, andando pela sala, pediu-se ao grupo que formasse subgrupos compostos por três elementos. Em seguida, explicou-se o jogo: um elemento de cada grupo iria ficar no meio experimentando soltar seu corpo enquanto que os outros iriam segurá-lo. Todos deveriam passar pela experiência. Após cada trio passar pela experiência, formaram-se grupos de cinco pessoas com o mesmo objetivo e tarefa. Ao final, pediu-se que todos se sentassem e falassem sobre como se sentiram: "Senti um peso muito grande"; "É difícil de segurar as pessoas"; "É melhor a gente se jogar o outro que se vira"; "João-bobo é quem fica fora que tem que segurar os outros"; "A brincadeira me despertou"; "É muito bom brincar"; "Eu gostei mais de jogar o outro, é mais fácil"; "Quem está no meio tá

tranquilo"; "É muita responsabilidade segurar."; "A gente fica pensando em como cuidar do outro".

Perguntou-se, então, ao grupo que relação que eles faziam daquele jogo com o trabalho que se realizava:

- "Para fazer prevenção tem que ter segurança".
- "Nós vamos ter que segurar os outros, e onde nós vamos segurar?"
- "O difícil é controlar o peso das perguntas das pessoas".
- "O treinamento vai segurar a gente..."
- "É preciso ficar esperto e se preparar..."
- "Não vai ser fácil fazer esse trabalho".

Com essas falas discutiu-se sobre a importância de se estar ali e de aproveitar bem o treinamento. Sem dúvida, esta atividade também possibilitou a explicitação dos temores e anseios de se tratar do assunto DSTs/AIDS. Foi possível assim trazer à tona esses temores e partilhar com os demais.

Chamou atenção, nesse momento, o surgimento de uma preocupação mais centrada na pessoa do agente de prevenção e com o desenvolvimento do seu papel. As preocupações e os olhares incidiram então, no papel de cada um como agente e na importância de cada indivíduo, e do grupo como um todo, estar bem preparado para o trabalho.

8 Mapeamento da comunidade das aldeias

Nesta fase do trabalho, o grupo foi dividido em dois subgrupos por aldeia. Foram orientados para construir um mapa da comunidade, situando os segmentos sociais existentes e sua mobilização intra e interétnica: associações, igrejas, grupos esportivos, de trabalho e produção etc, identificando também os homens, as mulheres e as crianças. Eles elaboraram cartazes com os mapas das comunidades, e ao

apresentarem, discutiram coletivamente os aspectos sociais e culturais envolvidos na organização e estrutura das suas comunidades.

9 Sociodrama construtivista da AIDS

O objetivo deste procedimento foi ampliar as possibilidades de conscientização, apreensão correta dos conceitos e adequadamente proporcional à realidade dos sinais objetivos e subjetivos, dos meios de transmissão e prevenção, considerando o contexto onde o grupo aprendiz está inserido, para que surja um novo modo de ver e pensar as relações humanas em que a análise individual e subjetiva é superada pela análise grupal, psicossociológica (Zampiéri, 1996). O sociodrama construtivista da AIDS é uma técnica que necessita de um diretor e uma equipe de egos-auxiliares (psicodramatistas que desempenharam o papel de atores terapêuticos e de agentes sociais do grupo)

Aquecimento Inespecífico: o grupo foi avisado que seria apresentado vírus da AIDS, e que poderiam conversar com ele, e aproveitar a oportunidade para interrogá-lo, tirando todas as dúvidas que existem.

Aquecimento Específico: O personagem vírus da AIDS foi apresentado para o grupo. Tratava-se de um dos componentes da equipe fantasiado com uma capa vermelha.

Dramatização (1ª parte) : A diretora levanta algumas questões relacionadas a AIDS e o vírus da AIDS começa a falar do seu funcionamento, dando a possibilidade da atuação dos egos-auxiliares como o homem casado que não usava camisinha e se relacionava fora do casamento, e a mulher apaixonada que não usava camisinha por confiar no seu marido. Motivados pelos diálogos estabelecidos entre os atores, surgiram alguns personagens da platéia, a mulher desconfiada, o homem que não penetrava as mulheres que só faziam "chupetinha" nele e, por isso, não corria o risco de contrair o vírus, e o pênis. Orientado pelo diretor do sociodrama as cenas foram

sendo criadas de modo a realizar os componentes das situações criadas.

Questionamentos feitos pela platéia ao vírus e respondidos:

- "De onde vem o vírus?"
- "Quais os sintomas de quem foi infectado pelo vírus da AIDS?"
- "Como se pega AIDS?"
- "Como não se pega AIDS? "
- "O que quer dizer a sigla AIDS?"
- Sobre o tratamento de quem está infectado.
- "Como se usa camisinha?"
- "Como se consegue as camisinhas?"
- "O que é comportamento de risco?"

Esses temas e situações criados foram trabalhados através de técnicas psicodramáticas como espelho, duplo, solilóquio, entre outras, respondendo às perguntas e sanando as dúvidas, à medida que iam surgindo, integrando todos os participantes do treinamento.

Dramatização (2ª parte) : Após o término da discussão dos temas surgidos foi solicitado para que os personagens (egos-auxiliares do grupo e os que surgiram na platéia) ficassem em círculo. O pessoal da platéia foi convidado a escolher o personagem com quem ele tivesse se identificado ou que mais o mobilizou positiva ou negativamente durante o sociodrama. Os personagens eram: o homem casado que percebeu a necessidade de se prevenir mesmo com as amigas, a mulher que aprendeu que não deve confiar tanto no marido, o homem da "chupetinha", a mulher desconfiada e o vírus. Ninguém escolheu ficar atrás do homem da "chupetinha" nem do vírus. Estes foram incluídos nos outros grupo após discussão sobre onde poderiam ficar. Com isso, surgiram três grupos que se reuniram para conversar sobre os motivos destas escolhas. A diretora, então, orientou para que os grupos discutissem os motivos e o significado do papel escolhido, e que definissem uma palavra representativa das conclusões do grupo. As expressões escolhidas foram: “conscientização”, do grupo do

homem casado; “sábio” ,do grupo da mulher desconfiada; “prevenção”, do grupo da mulher casada.

Compartilhamento: Após o término da dramatização formou-se um grande círculo para que os participantes pudessem expor como havia sido a experiência. Um índio pediu licença e foi até o centro do círculo e disse:

- “Da mesma forma que o Brasil está recrutando soldados para mandar a batalha do Timor Leste, nós precisamos nos unir contra a batalha ao vírus da AIDS, somos soldados que precisamos nos armar com informações corretas para podermos salvar o nosso povo”.
- "Precisamos ter muito cuidado com esse vírus, pois nossa comunidade está muito desinformada e pensa que nada vai acontecer, que isso é doença só dos brancos".

SEGUNDO DIA

10 Dança da dobradiça

Esta atividade foi utilizada como aquecimento e formação do contexto grupal, no início do segundo dia de atividades.

Foi solicitado que cada um começasse a movimentar as suas articulações em ordem descendente pelo corpo, conforme a indicação do diretor e explorasse todos os movimentos possíveis de cada parte. Em seguida, foi orientado que as pessoas deveriam movimentar todas as articulações ao mesmo tempo, brincadeira intitulada de "dança da dobradiça". Os participantes fizeram toda a atividade de modo lúdico e descontraído.

11 Aula de DSTs/AIDS

A partir dos conhecimentos e informações obtidos na atividade com o vírus

da AIDS e os personagens criados, revisados por um dos participantes, foi ministrada uma aula expositiva sobre sistema imunológico, as várias DSTs e a AIDS, abordando seu mecanismo de contágio, tempo de incubação, sinais e sintomas, conseqüências do não tratamento e transmissão vertical, bem como aspectos sociológicos ligados às enfermidades. Utilizou-se o método de analogias e o álbum seriado elaborado pela CN-DST/AIDS para trabalhos com populações indígenas para mostrar imagens sobre a doenças e formas de transmissão. Foi informado sobre os lugares para realização do exame bem como do exame preventivo de câncer de colo uterino, mais próximo de sua localidade e os procedimentos adotados na ocasião do exame.

Os meios de prevenção às enfermidade e uso do preservativo e os erros mais comumente praticados na sua utilização. Após esta informação, foi solicitado que os participantes explicassem à sua maneira, em português e no idioma terena, como utilizar o preservativo.

12 Travessia do rio

Considerando que a atividade planejada seria trabalhar os conceitos de prevenção e de agentes de prevenção, foi escolhido um jogo que explora questões relativas ao trabalho em equipe e a solidariedade.

Aquecimento Específico: foram convidados a se colocar em um dos extremos da sala, que fora dividida ao meio por uma área delimitada com fita crepe no chão. A consigna foi a de que ele deveriam atravessar aquele "rio", seguindo as seguintes regras: a) não poderia usar os próprios pés e b) não poderia repetir a maneira do outro atravessar.

Após ser dada essa orientação, o grupo que permaneceu pensando na maneira de atravessar o rio por, mais ou menos, 10 minutos. Aos poucos foram descobrindo formas de atravessar o rio. Um deles convidou o colega e pediu que subisse em seus pés para atravessá-lo. Após essa descoberta emergiu a criatividade e

alguns passaram individualmente. Depois, esgotadas as alternativas possíveis percebidas foi necessário que se unissem em esforços para atravessar o rio e não queriam deixar ninguém do outro lado. Os modelos de travessia foram das mais variadas formas: cadeirinha, carrinho de mão, no colo, puxando pelos pés, rolando etc.

Compartilhamento: No compartilhamento expressaram sua percepção sobre a organização necessária para executar uma tarefa em comum. Precisaram ter criatividade, apesar de em alguns momentos sentirem-se cansados, inseguros e com medo, algumas vezes, mas os problemas, os obstáculos, os riscos e as dificuldades que encontrassem teriam que ser resolvidas com inteligência, algumas vezes com rapidez e esperteza. Foi perguntado se poderiam estabelecer uma relação da vivência com o papel do agente de prevenção. Enquanto falavam foram percebendo que no papel de agente de prevenção teriam que agir em alguns momentos, como experimentaram no jogo dramático, e como tal terão que descobrir alternativas para conseguir atingir o objetivo proposto.

14 Construção do papel de agente de prevenção de AIDS e DSTs

Objetivo: Fazer com que os próprios índios em conjunto realizassem a construção do papel de agente de prevenção.

Foi solicitado a formação de subgrupos para a discussão do tema: Construção do papel de agente de prevenção de AIDS e DSTs. A equipe elaborou perguntas para orientar as discussões. Estas foram respondidas nos grupos e depois apresentadas à platéia:

- a) Como um agente de prevenção deve agir?
 - Ter educação; ter segurança; conscientizar; ser claro; cauteloso; ter interesse e informação adequada, ter responsabilidade, ter sigilo com as informações que obter na comunidade; e tratar a todos sem preconceito.
- b) Quais os conhecimentos ele deve ter?

- Conhecer a si próprio, as partes do corpo humano e assuntos de prevenção; conhecer sobre as doenças, explicar como se pega, Informar sobre DSTs e AIDS e encaminhar para tratamento.

c) Que métodos ele pode usar?

- Palestras, teatro, desenhos, cartazes ilustrativos, vídeo e instruções do uso da camisinha; pode falar em jogos esportivos, fazer visitas domiciliares, organizar reuniões.

d) O que significa ser agente de prevenção entre os índios Terena?

- Ponto de apoio na comunidade; no começo a comunidade pode ficar desconfiada, mas a atuação mostrará o contrário. Pode surgir desconfiança daquela pessoa que nunca fez nada pela comunidade e agora se torna um agente de prevenção.

e) O que pode ajudar e o que pode atrapalhar neste trabalho?

- Ajudar: União de todos, apoio das lideranças; confiança, interesse e informação
- Atrapalhar: Imprudência, desinformação, desavença, desinteresse, desconfiança

f) Quais estratégias podem ser usadas?

- Reuniões mensais para planejamento do trabalho; criatividade para chamar atenção da comunidade.

g) Como abordar a questão da sexualidade?

- Expressar abertamente, sem timidez citar todos os nomes sexuais, sem constrangimento, falar com naturalidade, clareza e respeito, com sigilo.

h) Quais as características de um agente de prevenção?

- Bem humorado, ágil, paciente, transparente, educado, sigiloso, hospitaleiro, responsável, ter prontidão, ter respeito.

Compartilhamento: após todos os grupos terem apresentado as suas conclusões abriu-se para comentários sobre o processo desenvolvido até o momento as

atividades que serão por eles realizadas. Surgiram comentários que invalidavam a presença de um dos participantes, com fama de só querer jogar futebol. O diretor ressaltou a importância de se ter representantes de todos os segmentos da comunidade para que o processo atinja a todas as pessoas. E os jovens que jogam futebol precisam ter alguém que seja do meio deles e fale a sua linguagem. O grupo concluiu demonstrando a preocupação em atingir toda a comunidade e necessidade de organização do grupo de agentes de prevenção.

14 Treinamento em grupos para explicar como usar a camisinha

O grupo foi convidado a se dividir em grupos de quatro pessoas, composto por dois homens e duas mulheres. Formaram-se 7 grupos. Estes receberam cenouras e preservativos. Foi combinado que eles deveriam fazer de conta que estavam explicando para um grupo como usar o preservativo e os motivos de sua necessidade. Além disso, deveriam imaginar para que tipo de pessoas estariam falando, por exemplo, grupo de homens que estão nas destilarias, mulheres casadas, adolescentes e adequar a linguagem das informações para cada um desses grupos. Cada um dos quatro componentes deveria fazer a sua explicação, de modo que as mulheres falassem para grupos de homens e os homens, para mulheres. E, enquanto um deles explicasse os demais fariam de conta que são os ouvintes, inquirindo quando a explicação não ficasse clara o suficiente.

Os grupos animadamente desenvolveram a atividade proposta enquanto a equipe assistia ao processo fazendo as correções necessárias, mas procurando intervir o menos possível. Muitos se expressavam no idioma Terena.

Observaram que tratar deste assunto provoca uma excitação sexual o que foi discutido no grupo. Concluíram que um agente de prevenção deve estar preparado para reconhecer este sentimento e outros que podem surgir quando se trabalha com um assunto que se relaciona aos temas de sexualidade e não deixar que interfira

negativamente no processo educativo.

A diretora convidou-os a formarem um círculo com todos os participantes de mãos dadas. Pediu que procurassem uma palavra que expressasse o sentimento provocado por este trabalho. Alguém protagonizando o que for observado pela equipe expressou a palavra "sensação", que provocou uma agitação no grupo. Uma senhora usou a palavra "missão" e um terceiro, prevenção. O grupo optou por "sensação". Assim, o grupo foi convidado a expressar a palavra escolhida, ao mesmo tempo bater os pés no chão, bem forte. E os trabalhos do dia foram encerrados com: "SEN - SA - ÇÃO", acompanhado três vezes pelo ritmo dos pés.

TERCEIRO DIA

No terceiro e último dia do treinamento, o tempo foi reservado para a construção de programas de prevenção. Para iniciar as atividades, o grupo foi convidado para um jogo dramático.

15 Jogo da resistência

Aquecimento Inespecífico: o diretor convidou o grupo para sair da sala e se reunir debaixo de uma árvore.

Aquecimento Específico: o diretor pediu ao grupo que espreguiçasse fazendo movimentos corporais no intuito de alongamento e como despertador. Em seguida, propôs um jogo dramático e pediu ajuda de 4 voluntários. Esses foram retirados do grupo, auxiliados por um ego-auxiliar que lhes explicou sua tarefa: entrar no meio do grupo que estaria em círculo. Ao grupo maior que permaneceu, o diretor apresentou a tarefa que consistiria em não permitir que aqueles elementos entrem no círculo.

Dramatização: Na primeira tentativa, rapidamente os 4 elementos conseguiram penetrar no círculo. Sob protestos o grupo solicitou mais uma chance, explicando que agora iriam modificar a ação e redobrar a atenção.

Mais algumas tentativas foram realizadas e o grupo sempre acabava permitindo a entrada dos outros. Algumas falas durante o jogo chamaram atenção:

- "Vamos ter que mudar o jeito de nos organizar".
- "É preciso pensar em como fazer essa barreira melhor."
- "Tem que pensar em uma estratégia."
- "Vamos mudar de lugar e colocar um mais forte com um mais fraco."
- "Vamos fazer duas fileiras se passar por uma não passa pela outra."
- "Tem que cuidar de todos os lados."

Foi então perguntado ao grupo que relação havia entre o jogo e o trabalho de prevenção nas aldeias. Rapidamente surgiram várias opiniões:

- "Os quatro são o vírus e os outros os agentes de prevenção, não se pode deixar o vírus entrar.."
- "Esses vírus são muito fortes a gente precisa ter cuidado dobrado."
- "Temos que pensar na prevenção, por todos os lados, se não o vírus entra; qualquer brecha ele já tá dentro."

16 Construção de um programa de prevenção

Retornando à sala de trabalhos e iniciou-se uma atividade de construção de programas de prevenção. O grupo fez um levantamento dos segmentos da comunidade que precisavam ser atingidos - crianças, adolescentes, mulheres casadas que ficam na aldeia, mulheres que vão vender seus produtos fora da aldeia e domésticas, mulheres que trabalham na aldeia, homens que trabalham na destilaria e homens casados que moram e trabalham na aldeia. Os participantes escolheram com que segmento social gostariam de trabalhar e foram instados a construir um plano de ação. Formaram-se 06 grupos. Nesses grupos apoiados por um roteiro de planejamento elaborado pela equipe, foi sendo construído e discutido cada um desses programas. Apresentação dos programas de ação no Quadro abaixo:

OFICINA TERENA SEM AIDS – TREINAMENTO DE AGENTES MULTIPLICADORES INDÍGENAS PARA A PREVENÇÃO DE DSTs E AIDS
 ATIVIDADES PLANEJADAS PELOS AGENTES MULTIPLICADORES DURANTE O TREINAMENTO

GRUPO	OBJETIVO	TEMA	DIVULGAÇÃO	MÉTODO	DIFICULDADE ESPERADA	SOLUÇÕES PROPOSTAS	REGISTRO
Crianças de 08 à 11 anos	Informar sobre doenças e cuidados de higiene e importância da alimentação	Boa alimentação	Convite em igrejas e escolas Visitas domiciliares	Trabalhos em grupo, jogos, fantoches, teatro, desenho	Não permissão dos pais Morar longe da reunião	Visitas domiciliares	Ata Fotografia
Adolescentes de 12 à 16 anos	Que os adolescentes não contraíam o vírus	O que é AIDS	Folhetos, rádio, cartazes	Trabalhos em grupo, jogos, teatro, vídeo	Pais não permitirem falar de sexo; Política interna da aldeia	Visitas domiciliares para conscientizar os pais sobre as DSTs e AIDS	Ata Fotografia
Homens casados das aldeias	Prevenir todos os homens casados sobre as DSTs	O que é AIDS	Convite nas associações, igrejas e escolas; faixas, rádio; cartazes	Pequenos grupos para falar sobre si e as doenças; Discussão	Desinteresse Distância entre as comunidades Falta de materiais	Reunião em cada aldeia Improvisar materiais	Ata; Filme; Fotografia Fazer um cadastramento
Mulheres casadas das aldeias	Prevenção sobre as DSTs; Conscientizar	Doenças sexualmente transmissíveis	Presidente das senhoras das Igrejas; Alunos levam convite para as mães; Visitas domiciliares	Trabalhos em grupo; Vídeo, televisão de gravuras; cartazes; rifas para cartilha	Pouca participação; Falta de atenção; Marido ciumento; Chuva; Não ter com quem deixar as crianças	Motivar, não desistir; Brincadeiras e descanso; Orientar maridos; Desenvolver atividades com as crianças	Ata Secretária Filmar tudo
Homens que vão para as destilarias	Prevenir as DSTs e AIDS	AIDS e uso da camisinha	Comunicação por escrito através dos cabeçantes, com respaldo dos chefes de posto e caciques	Palestras, vídeo Álbum seriado	Transporte até a destilaria	Apoio dos chefes de PIN, caciques e empresas	Ata Secretária filmagem
Mulheres domésticas e feirantes	Falar das DSTs e AIDS	AIDS e DSTs	Convite nas igrejas e escolas	Trabalho em grupo, cartilhas e cartazes	Ausência das mulheres que estão trabalhando fora	Trabalhar com quem está Planejar outros encontros	Ata Secretária Fotografia

Através deste trabalho, os indígenas puderam perceber que é possível organizar uma ou várias formas de trabalhar com a prevenção. Ao pensar em cada um dos tópicos foi possível reportarem-se as suas realidades e, em planejando os materiais instrucionais, perceber as dificuldades na comunicação, exercitando a busca de soluções. Demonstram estar bem conscientes das dificuldades a que estariam expostos ao desenvolverem os trabalhos, embora solicitassem materiais de apoio não disponíveis nas comunidades.

17 Jogo das bexigas

Cada participante recebeu uma bexiga para ser inflada. Foram orientados para jogar as bexigas para o alto sem deixar cair nenhuma. O jogo teve início e após um tempo, algumas pessoas iam sendo retiradas do grupo e orientadas para observar o que estava acontecendo. Assim, iam aumentando o número de bexigas para as pessoas que continuavam jogando.

O objetivo deste jogo foi fazer com que os índios experimentassem ludicamente como é ser responsável por um trabalho a ser desenvolvido em equipe. Indagados pela diretora sobre o que este jogo informava do trabalho a ser desenvolvido, responderam: "Com a atuação do agente de prevenção"; "Com a seriedade que tem que ser desempenhado o papel"; "A grande responsabilidade do trabalho".

Indagados sobre os sentimentos surgidos durante o jogo, as respostas foram as seguintes: "Cansaço"; "Divertido"; "Animado"; "Perda do controle"; "Cuidar do seu e do outro"; "Preocupação"; "Agilidade"; "Alívio quando não tinha mais que cuidar da bexiga"; "Raiva de ser tirado"; "Sentido de sair"; "Triste de não poder ajudar"; "Descansado quando saiu"; "Espantar a preguiça"; "Quanto mais gente mais eficiente o trabalho."

Fechamento: A diretora terminou o trabalho ressaltando os sentimentos

ambíguos que ser agente de prevenção desperta, e a necessidade de saber lidar com eles sem desistir do trabalho.

18 Organização dos agentes de prevenção

Objetivo: possibilitar que eles construíssem a forma de organização dos agentes de prevenção como achassem adequado.

Ponderaram que deveria haver um representante por aldeia, que seria o coordenador e manteria a comunicação com a Interativa. Foi solicitado que os participantes da mesma aldeia se agrupassem para a escolha do representante ou coordenador e que definissem seu papel e atribuições.

Cada grupo conversou durante 30' e realizaram as escolhas de seus representantes como coordenadores de grupo por aldeia. Depois das escolhas todos formaram um grande círculo para a discussão do papel do representante, surgindo as seguintes falas:

- "Elo de ligação entre as aldeias";
- "Repasse para o grupo as informações vindas da Interativa";
- "Coordenar os grupos da própria aldeias";
- "Estimulador do grupo";
- "Organização para aquisição de camisinhas a partir do abril do ano 2000";
- "Receptor dos materiais";
- "Responsável pela distribuição dos materiais."

A diretora encerrou reforçando a importância da atuação correta dos representantes que foram escolhidos, e a necessidade da ajuda do restante do grupo.

19 Programação das atividades de continuação dos trabalhos

Neste momento, como consequência de todo o processo desenvolvido, os

participantes começaram a planejar as primeiras atividades.

Consideraram importante serem apresentados para a comunidade das três aldeias, oficialmente. Solicitaram que a Inter Ativa envie um documento coma relação dos agentes de prevenção, para ser lido nas reuniões com a comunidade. Estava programada uma grande festa para o dia 12 de outubro, que reuniria grande parte da comunidade, nas três aldeias, e esta seria a ocasião propícia para apresentação dos agentes de prevenção. Combinaram que todos iriam portando seus certificados, pastas, camisetas e crachás para serem devidamente identificados.

Ao final dos trabalhos, eles resolveram formar uma equipe de trabalho coesa que iria desenvolver atividades de repasse em conjunto nas três aldeias. Construíram uma programação onde seriam desenvolvidas reuniões com mulheres, homens casados, homens que vão para as destilarias, jovens e crianças. Montaram os passos prevendo inclusive o material necessário para a realização dos trabalhos.

Solicitaram o envio de papel para mimeógrafo e livro ata para registro das atividades. Foi discutido a confecção de um vídeo e de um álbum seriado adaptado à cultura Terena. Decidiram pela não confecção de cartilhas, mas de outro recurso que lhes fosse mais útil para as atividades. A Diretora sugeriu fantoches ao que concordaram.

A equipe da Interativa informou que iria acompanhar o desenvolvimento dos trabalhos mensalmente, ajudando a resolver os problemas que surgissem e dando o apoio necessário à equipe de prevenção. A visita da equipe de monitores foi programada para o mês de novembro de 1999

20 Encerramento

A coordenação do projeto solicitou uma avaliação oral dos trabalhos desenvolvidos e dos sentimentos provocados por todo o processo. Eles mostraram-se muito satisfeitos. Algumas falas registram esse sentimento:

- "Quando vocês chegaram nas aldeias, eu não acreditei muito na sua proposta. O tempo foi passando e vocês sempre voltavam. Então eu comecei a confiar e gora vejo que está sendo bom. Espero que continuem nos ajudando a desenvolver o trabalho."
- "Em vez de ficar fazendo palestras, vocês ensinaram a gente a fazer."

Ao encerrar as atividades foram distribuídos os certificados e as camisetas que servirão como uniformes dos agentes, sob aplausos.

21 Avaliação da Oficina pela equipe de monitores

O trabalho desenvolvido durante a oficina surpreendeu os membros da equipe e a coordenação. Um dos participantes retirou-se após o primeiro dia. Posteriormente a equipe foi informada que ele achou que se falava muita besteira no treinamento. Os treinandos mostraram-se muito participativos e animados. Participaram de todas as atividades realizadas, bastante interessados em aprender e repassar os conteúdos, a fim de prevenir que a epidemia da AIDS atinja a sua comunidade.

ANEXO 2

OFICINA TERENA SEM AIDS – TREINAMENTO DE AGENTES MULTIPLICADORES INDÍGENAS PARA A PREVENÇÃO DE DSTs E AIDS:

PLANO DE TRABALHO

Data	ATIVIDADES	TÉCNICA	INSUMOS
1/10/99	Recepção e distribuição de materiais Apresentação da equipe pelas lideranças Contrato Trabalhando as expectativas Identidade e vulnerabilidade da nação Terena Uma nova doença entre os indígenas Conhecimento do corpo Construindo a equipe Mapeamento da comunidade das aldeias Conhecendo a AIDS	- Conversa em grupo - Montar uma imagem Motivar com imagens que representem aldeias indígenas e população em 1500, 1999 e futuro - Desenhos em grupo Jogo do João-bobo Grupos focais Sociodrama Construtivista da AIDS	Pastas, crachás, blocos, canetas - - - Cartazes - Papel pardo, lona, lã, tesoura, pincéis - Papel pardo, pincéis Fantasia para o vírus
2/10/99	Atividade de descontração DSTs e AIDS, aspectos biológicos e sociais Construindo a solidariedade na equipe Construção do papel de agente de prevenção Uso do preservativo	Dança da dobradiça Aula expositiva Travessia do rio Grupo focal, apresentação discussão coletiva Treinamento de papel	- Álbum seriado, lousa, giz Fita crepe Perguntas-guia, papel pardo Cenoura, preservativos
3/10/99	Construindo o grupo Construção do programa de prevenção nas aldeias Construindo o grupo Organização dos agentes de prevenção Programação das atividades de multiplicação Encerramento	Jogo da resistência, compartilhamento Grupos focais, Apresentação e discussão coletiva Jogo da bexigas Grupos de discussão Discussão coletiva -	- Perguntas-guia Bexigas - Certificados Camisetas

ANEXO 3 — FORMULÁRIO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

PROJETO ASSUMINDO AS DIFERENÇAS

Realização: Interativa – Projetos e Intervenção

Apoio: CN-DST/AIDS – UNESCO

DATA:ENTREVISTA Nº.:
 ALDEIA:
 ENTREVISTADOR:.....

IDENTIFICAÇÃO:

Nome:Idade:
 Sexo:Estado Civil:Nº de união:
 Nº de filhos:Escolaridade:
 Ocupação:Local de trabalho:
 Endereço:.....

QUESTIONÁRIO – perguntas-guia:

1. Já ouviu falar em AIDS/DST? Sim Não
2. Já teve alguma orientação sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis? Sim Não
 Onde?Com quem?.....
3. Acredita que pode pegar alguma doença na relação sexual? Sim Não
4. Como se pega AIDS/DST?
5. Como se previne AIDS/DST?
6. Já fez sexo com alguém que não fosse índio? Sim Não
7. Você já ouviu falar em “camisinha”? Sim Não
8. Você ou seu parceiro (a) costuma usar “camisinha”? Sim Não
 Em que situação?.....Com quem?.....
9. Evita filhos de alguma forma? Sim Não
 Como?.....
10. Quais as Doenças Sexualmente Transmissíveis que você conhece?.....
11. Quais as drogas que você conhece?
12. Acha possível a transmissão de alguma doença pelo uso de drogas?.....
13. Objetos cortantes ou perfurantes: como faca, agulha, espinho, alicate, tesoura , podem transmitir alguma doença? Sim Não Como?.....

ANEXO 4 – ALDEIA BANANAL – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS AGENTES MULTIPLICADORES INDÍGENAS NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1999 A MARÇO DE 2000.

ATIVIDADES DE SUPERVISÃO E MONITORAMENTO	PRODUTOS E RESULTADOS (Atividades realizadas pelos agentes multiplicadores indígenas – AMIs)
<p>Reunião com agentes de prevenção para monitoramento, avaliação das atividades desenvolvidas e supervisão técnica dos agentes de prevenção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos agentes de prevenção na festa do Dia das Crianças, com cerca de 700 pessoas. - Os agentes apresentaram-se à médica, aos professores de duas escolas e aos líderes religiosos. - AMI 1 falou sobre AIDS na Igreja Uniedas, para 20 jovens de 12 a 18 anos. - AMI 2 falou sobre AIDS em sala de aula, para 30 pessoas, de 14 a 20 anos. - AMI 3 reuniu as amigas para conversar sobre AIDS, reunindo 10 jovens de 12 a 20 anos. - AMI 4 falou sobre AIDS na Igreja Evangélica Independente, para 30 mulheres com mais de 30 anos. - Palestra na casa da AMI 5, para 40 mulheres, durante o trabalho da Pastoral da Saúde. - AMI 6 fez palestra para 45 mulheres de 13 a 60 anos na igreja católica. - Grupo de AMIs fez palestra no ônibus para os homens que iam às destilarias, e distribuíram folhetos e 150 preservativos, conforme solicitado pelos ouvintes. O cabeçante solicitou 100 preservativos para distribuir aos demais homens na destilaria. - Nove pessoas interessaram-se em aderir ao grupo de agentes de prevenção. - Grupo de AMIs fez palestra para 47 mulheres, sete adolescentes e três homens durante os trabalhos da Pastoral da Saúde. - Colheram 32 trabalhos feitos pelas crianças e adolescentes para o concurso de desenhos sobre a prevenção a DSTs e AIDS. - Premiação do concurso de desenhos, com 25 pessoas presentes.

ANEXO 5 – ALDEIA IPEGUE – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS AGENTES MULTIPLICADORES INDÍGENAS NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1999 A MARÇO DE 2000.

ATIVIDADES DE SUPERVISÃO E MONITORAMENTO	PRODUTOS RESULTADOS (Atividades realizadas pelos agentes multiplicadores indígenas — AMIs)
<p>Reunião com agentes de prevenção para monitoramento, avaliação das atividades desenvolvidas e supervisão técnica dos agentes de prevenção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do grupo de AMIs para a comunidade, pelo cacique, para 80 pessoas. - Apresentação da equipe de AMIs à FUNAI. - Palestra sobre DSTs e AIDS para 300 pessoas, no campeonato indígena local. - Programa na Rádio Comunitária, durante trinta minutos diários, por dois meses. - Palestra na escola, para 240 crianças e 12 professores. - Reunião com a Associação de Pais e Mestres, com participação de 25 pais. - Reuniões periódicas com jovens da aldeia na faixa etária de 11 a 18 anos. - Futebol de mulheres. organização de times de futebol feminino com mulheres casadas e adolescentes. - Reunião com mulheres na igreja, com 30 participantes. - Colhidos 150 desenhos feitos pelas crianças da escola para o concurso de desenhos sobre a prevenção de DSTs e AIDS. - Premiação do concurso de desenhos e palestra sobre a prevenção para 270 pessoas. - Distribuição de preservativos desde o mês de dezembro, com registro da demanda. - Integração de pessoas da comunidade no trabalho de prevenção. - Iniciativa de elaborar cartilha em mimeógrafo e fantoches com meias. - Parcerias efetivadas com a Pastoral da Saúde, com os membros das igrejas, os professores e a equipe de esportes.

ANEXO 6 — ALDEIA ÁGUA BRANCA – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS AGENTES MULTIPLICADORES INDÍGENAS NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1999 A MARÇO DE 2000.

ATIVIDADES DE SUPERVISÃO E MONITORAMENTO	PRODUTOS RESULTADOS (Atividades realizadas pelos Agentes Multiplicadores Indígenas — AMIs)
<p>Reunião com agentes de prevenção para monitoramento, avaliação das atividades desenvolvidas e supervisão técnica dos agentes de prevenção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos agentes de prevenção na aldeia Bananal, durante a festa do Dia das Crianças. - Apresentaram-se aos chefes de quatro igrejas e ao presidente da Associação dos Pequenos Agricultores da aldeia. - Visitas a 22 domicílios. - Palestra sobre higiene para 17 crianças. - Três tentativas frustradas de reunião com comunidade. - Uma AMI elaborou roteiro para o teatro de fantoches, tendo em vista o trabalho com adolescentes. - Três agentes falaram sobre AIDS com seus familiares e relataram o uso do preservativo. - Palestra na escola para o concurso de desenhos, para 7 crianças e 4 professores. - Reunião para premiação do concurso de desenhos com 7 adultos, 40 crianças e 20 adolescentes. - Exibição de filme educativo para 7 adultos, 40 crianças e 20 adolescentes. - Distribuição de preservativos: não ocorreu até o início das atividades da FUNASA, em março de 2000.