



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

RAFAELA GERBASI NÓBREGA

**DO MUNDO PARA A TRIBO: A AIDS SOB O OLHAR DE MULHERES DA ETNIA
POTIGUARA**

JOÃO PESSOA

2016

RAFAELA GERBASI NÓBREGA

**DO MUNDO PARA A TRIBO: A AIDS SOB O OLHAR DE MULHERES DA ETNIA
POTIGUARA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso

Projeto de pesquisa vinculado: Contextos de vulnerabilidade ao HIV/Aids: dialogando com peculiaridades do universo feminino.

Orientadora: Profa. Dra. Jordana de Almeida Nogueira

JOÃO PESSOA

2016

N754d Nóbrega, Rafaela Gerbasi.
Do mundo para a tribo: a Aids sob o olhar de mulheres da
etnia potiguara / Rafaela Gerbasi Nóbrega.- João Pessoa,
2016.
146f. : il.
Orientadora: Jordana de Almeida Nogueira
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS
1. Enfermagem. 2. Síndrome de Imunodeficiência
Adquirida. 3. Saúde da mulher. 4. Saúde de populações
indígenas.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

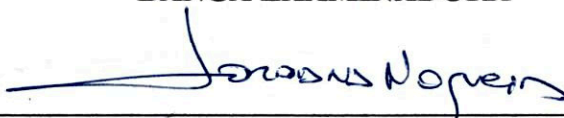
RAFAELA GERBASI NÓBREGA

**DO MUNDO PARA A TRIBO: A AIDS SOB O OLHAR DE MULHERES DA ETNIA
POTIGUARA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
do Centro de Ciências, da Saúde da Universidade Federal da
Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor
em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e
Saúde.

Aprovada em: 22 / 08 / 16

BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Jordana de Almeida Nogueira (UFPB)

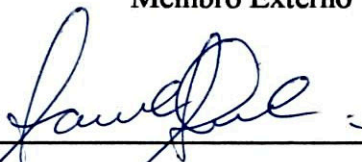
Orientadora



Prof. Dr. Risomar da Silva Vieira (UEPB)
Membro Externo



Profª. Dra. Gilka Paiva de Oliveira Costa (UFPB)
Membro Externo



Profª. Dra. Sandra Aparecida de Almeida (UFPB)
Membro Interno



Profª. Dra. Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt (UFPB)
Membro Interno

Aos meus pais, **Tarcísio e Fátima**,
razões do meu existir e de todas as
vitórias alcançadas em minha vida.

Às **mulheres Potiguara**,
expressões de coragem à nova
geração de mulheres do Brasil.

AGRADEÇO...

A Deus, meu guardião! Não seria possível chegar até aqui sem o amparo e a proteção do meu bom Deus. Estava sempre ali, a uma oração de distância... Obrigada, meu Deus, pela graça de viver esse momento tão esperado. Sinto-me vitoriosa por tudo o que vivi, pelas dificuldades que enfrentei e pelas lições que aprendi. Mais do que nunca, hoje eu sei que *“Tudo posso, naquele que me fortalece!”*.

Aos meus pais, Tarcísio e Fátima, melhor parte de mim! Eu jamais teria aspirado a virar doutora nem persistido na escrita desta tese sem o exemplo e o incentivo de vocês. Sei da alegria que estão sentindo nesse momento. A minha alegria, tenham certeza, é muito maior, pois foi pensando em vocês que, muitas vezes, busquei motivação para chegar até aqui. Obrigada pelo amor e aconchego de cada dia e pelo apoio incondicional nessa caminhada. Amo vocês!

À minha vovó Julinha, amor maior! Presença doce, refúgio de todos os dias, barco ancorado, descanso sem fim. Quantas vezes o seu amor me acolheu, o seu exemplo me ergueu. Sempre estive nos bastidores da minha história, torcendo, rezando por mim e quantas portas foram abertas... Obrigada, vovó, por estar sempre presente em minha vida, pelos ensinamentos de fé e mansidão. Agradeço a Deus por permitir brindarmos mais essa vitória. A você o meu título, a minha eterna gratidão e todo o meu amor.

Ao meu irmão, Thiago, meu exemplo! Às vezes, precisamos passar por dificuldades na vida para extrair o melhor que há em nós. Pois é, meu irmão, só nós sabemos o valor de cada conquista em nossas vidas. Aprendemos com as dificuldades a lutar e não desistir. E hoje, com muita alegria e gratidão a Deus, estamos colhendo os frutos. Obrigada por ser o meu exemplo!

Ao meu namorado, André, amor imensurável! Esteve presente ao longo de toda essa trajetória. Talvez ele não saiba o quanto foi importante, pois alimentou meus dias de sorrisos e esperanças quando ouvia minhas queixas, entendia minha impaciência e me proporcionava momentos felizes. Cada ponte aérea proporcionava uma alegria revitalizante e, assim, tantas vezes renovada, pude seguir e chegar até aqui. Obrigada, meu amor!

À minha família (cunhadas, madrinha, tios, primos), pelas palavras de incentivo e crença durante o doutoramento. Agradeço, em especial, aos meus sobrinhos, Rafael e Beatriz, pelo amor e inspiração de cada dia.

À minha orientadora, Profa. Dra. Jordana Nogueira, minha bússola. Com ela, tive o prazer de trabalhar desde o mestrado. Lembro-me, com gratidão, da gentileza incansável com que supervisionou minhas primeiras notas, ainda como mestranda. Soube me guiar com zelo e bom humor ao longo desses anos de orientação, dispensando sempre palavras de encorajamento e crença que apuraram o meu olhar e me instigaram a ir além. Mais do que uma orientadora, foi de uma generosidade rara ao compartilhar comigo sua experiência e conhecimento ao longo desta parceria. Sem a sua orientação e amizade, este estudo não existiria. Obrigada, minha querida Jo.

À Profa. Dra. Sandra Almeida, minha grande colaboradora, pela infindável paciência, acolhimento e orientações que me ajudaram a discutir minhas ideias e contribuíram significativamente para o aperfeiçoamento deste trabalho e para o meu desenvolvimento acadêmico.

À Profa. Dra. Gilka Paiva, pelas correções e sugestões que engrandeceram esta versão que agora apresento.

Ao Prof. Dr. Risomar Vieira, por me fornecer valiosas referências e pela contribuição enriquecedora na elaboração deste trabalho.

À profa. Dra. Greicy Bittencourt, por aceitar o convite de participar da banca examinadora e pelas contribuições na versão final desta tese. Lembro-me, com gratidão, dos conhecimentos compartilhados na elaboração de mapas conceituais que integram esta investigação.

A todos os docentes do PPGENF, pela oportunidade de crescimento proporcionado ao longo das aulas e das experiências compartilhadas, com menção especial à profa. Dra. Lenilde Duarte de Sá, pelo apoio e incentivo iniciais ao ingressar neste programa, ainda como mestranda, e à profa. Adelaide Moreira, pelo apoio dado ao projeto inicial desta tese.

A todas as colegas da turma do doutorado 2012, pelos momentos de aprendizado e realizações compartilhadas, em especial: Débora, Rita, Aline, Ana Cláudia, Francileide e Olívia.

Ao Núcleo de Estudos em HIV, Aids e Sexualidade (NEHAS), por todos o apoio, parceria e troca de experiências, nas pessoas de Alinne, Débora, Daiane e Oriana. Neste agradecimento, faço uma menção especial àquelas que colaboraram durante a coleta e análise dos dados deste estudo: Joseane, Cleane, Daiane e as minhas orientandas Luanna Pinho e Luana Alzira.

Aos funcionários do PPGENF, pelo convívio alegre e por toda a colaboração durante essa vivência, em especial Nathali e Sr. Ivan.

Às mulheres indígenas Potiguara. Sem vocês, este trabalho não seria possível.

Aos caciques, pelas autorizações concedidas de ingresso às terras indígenas e pela confiança na proposta desta pesquisa. Sou profundamente grata à cacique da aldeia Monte Mór, Claudécir Bráz, pelo interesse e apoio a esta tese. Sinto-me honrada em poder colaborar com a saúde da população Potiguara, a quem tenho profundo apreço.

Ao DSEI Potiguara, FUNAI e CONDISI, nas pessoas de Adriano Andrade, pela atenção e pronto atendimento às solicitações oficiais para a realização desta pesquisa.

Aos profissionais das equipes de saúde das aldeias Monte-Mór, Jaraguá e Silva de Belém, por todo o acolhimento e apoio durante o período de coleta de dados. Ainda me sinto parte integrante desta equipe! Foi muito bom revê-los e desfrutar da amizade e carinho de vocês. Obrigada por tudo!

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, por viabilizar o custeio das despesas de desenvolvimento do estudo.

Aos meus amigos, pela ajuda, paciência e escuta diante das minhas ansiedades, temores e cansaço. Em especial, agradeço à Rosa Camila, Mariana e Tatiana, pelas orações e palavras de fé.

Aos meus alunos, pelo estímulo intelectual e benevolente torcida.

A Felipe, Simone, Jânia, Wilne e Roberta, que me ajudaram de inúmeras maneiras.

Finalmente, a todos que torceram por mim ao longo desta caminhada. Acredito que minha imensa gratidão e apreço a este trabalho fiquem evidentes nas notas.

***“Não temas, porque eu sou
contigo; não te assombres,
porque eu sou teu Deus; eu te
fortaleço, e te ajudo, e te sustento
com a destra da minha justiça.”***

Isaías 41.10

RESUMO

NÓBREGA, Rafaela Gerbasi. **Do mundo para a tribo:** a Aids sob o olhar de mulheres da etnia Potiguara. 2016. 146 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introdução: A expansão da Aids para as tribos indígenas inclui a mulher entre as prioridades de enfrentamento da epidemia, tornando esta discussão pertinente para a construção de novas abordagens no campo da saúde indígena. **Objetivo:** Analisar o modo como a Aids se configura sob o olhar de mulheres Potiguara. **Percurso Metodológico:** Estudo de campo, exploratório e descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, subsidiada nas aproximações teóricas em torno da cultura, etnia e mulher. Participaram da pesquisa 164 mulheres indígenas das aldeias Monte-Mór, Jaraguá e Silva de Belém, situadas no município de Rio Tinto – Paraíba. O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada e o corpus gerado foi processado pelo software de análise textual IRAMUTEQ e analisado por meio da análise de conteúdo temática. **Resultados:** A partir da Classificação Hierárquica Descendente, foram encontradas nove subcategorias de conteúdos relacionados à Aids veiculadas pelas participantes. As subcategorias foram conformadas entre uma categoria de caráter prioritariamente informativo, com elementos vinculados ao contexto de risco, transmissibilidade e proteção da doença e outra categoria com conteúdos que se concentraram em vivências e enfrentamentos, retratando a imagem do doente, manejos de tratamento e cuidado, a atmosfera excludente vivida pelos indivíduos com HIV e os sentimentos que emergem das pessoas que vivem a doença nos seus pares. **Conclusões:** A Aids é configurada pelas mulheres Potiguara dentro de um imbricado de valores culturais e sociais presentes no seu contexto particular. Esta fusão de elementos culturais, econômicos, políticos, geográficos confere sentido às experiências relativas à Aids e exerce importante influência sobre o comportamento do grupo diante da doença. Tais considerações podem contribuir para a renovação das práticas e direcionamento de políticas estratégicas de controle de HIV/Aids com foco na mulher indígena.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Saúde da mulher. Saúde de populações indígenas.

ABSTRACT

NÓBREGA, Rafaela Gerbasi. **From the world to the tribe:** Aids under the glance of Potiguara ethnicity. 2016. 146 s. Thesis (PHD in Nursing) – Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa.

Introduction: The spread of Aids, for indian tribes, includes women between priorities of facing the epidemic, makin this discussion relevant for the construction of new considerations in the field of indigenous health. **Objective:** To analyze how Aids is configured according to the glance of Potiguara women. **Methodological Approach:** Exploratory, descriptive and quanti-qualitative field study, supported on theoretical views around the concepts of culture, ethnicity and woman. 164 women from the villages of Monte-Mór, Jaraguá and Silva de Belém, located in the municipality of Rio Tinto – Paraíba, participated in the survey. The instrument used for data collect was the semi structured interview. The corpus generated was processed by the text analysis software IRAMUTEQ, through thematic content analysis method. **Results:** Departing from Hierarchical Descending Classification, nine subcategories of contents related to Aids aired by the participants were found. Such subcategories were included between a cathegory of prior informative character, with elements bound to the context of risk, transmissibility and protection of the disease and other cathegory with contents concentrated in experiences and confrontations, picturing the patient's image, managements of treatment and care, the excluding atmosphere experienced by individuals affected by HIV and the feelings that emerge in people who live with the pathology in their peers. **Conclusions:** Aids is configured by Potiguara women through an imbricated of social and cultural values present in their particular context. This fusion of cultural, economic, politic and geographic elements provides meaning to Aids related experiences and exercises an important influence over the group behavior on the disease. Such considerations can contribute for the renewal of practices and direction of strategic control policies for HIV/Aids focusing on indigenous woman.

KEYWORDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome. Woman's health. Indigenous populations health.

RESUMEN

NÓBREGA, Rafaela Gerbasi. **Del mundo para la tribu: el sida bajo la mirada de mujeres de etnia Potiguara**. 2016. 146 f. Tesis (Doctorado). Centro de Ciencias de Salud, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introducción: La expansión del sida para las tribus indígenas, incluye la mujer entre las prioridades de enfrentamiento de epidemia, tornando esta discusión pertinente para la construcción de nuevos abordajes en el campo de la salud indígena. **Objetivo:** Analizar el modo como el sida se configura para mujeres Potiguara. **Trayecto Metodológico:** Estudio de campo, exploratorio y descriptivo, con abordaje cuanti-cualitativa, subsidiada en las aproximaciones teóricas al respecto de la cultura, etnia y la mujer. Participaron de la investigación 164 mujeres indígenas de aldeas Monte-Mór, Jaraguá y Silva de Belém, municipio de Rio Tinto-Paraíba. El instrumento de colecta de datos fue la entrevista semiestructurada y el corpus generado fue procesado por el software de análisis textual IRAMUTEQ y analizado por medio del análisis del contenido temático. **Resultados:** De la Clasificación Jerárquica Descendiente, fueron encontradas nueve subcategorías de contenidos relacionados al sida vehiculadas por las participantes. Fueron conformadas entre categoría de carácter prioritariamente informativo, con elementos vinculados al contexto de riesgo, transmisibilidad y protección de enfermedad y otra categoría con contenidos sobre vivencias y enfrentamientos, retratando la imagen del enfermo, administración de tratamiento y cuidado, la atmosfera excluyente vivida por los individuos con HIV y los sentimientos que emergen de las personas que viven la enfermedad en sus pares. **Conclusión:** El sida es visto por las mujeres Potiguara dentro de un imbricado de valores culturales y sociales presentes en su contexto particular. Esta fusión de elementos culturales, económicos, políticos, geográficos confiere sentido a las experiencias relativas al sida y ejerce importante influencia sobre el comportamiento del grupo delante de la enfermedad. Las consideraciones pueden contribuir para renovación de prácticas y direccionamiento de políticas estratégicas de control del HIV/sida con foco en la mujer indígena.

PALABRAS-CLAVE: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Salud de la Mujer. Salud de Poblaciones Indígenas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

FIGURA 1	Fluxograma explicativo da seleção das publicações. João Pessoa, 2014 ..	30
FIGURA 2	Mapa de localização dos DSEIs no Brasil	58
FIGURA 3	Histórico da assistência à saúde dos povos indígenas	59
FIGURA 4	Estrutura organizacional do DSEI e do modelo assistencial	60
FIGURA 5	Trâmites éticos da pesquisa	66

QUADRO

QUADRO 1	Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa	32
-----------------	--	-----------

TABELAS

TABELA 1	Caracterização sociodemográfica de mulheres indígenas. Rio Tinto, 2015 (n = 164)	69
-----------------	--	-----------

DENDOGRAMA

DENDOGRAMA 1	A Aids na cotidianidade das mulheres Potiguara	73
---------------------	--	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIS – Agente Indígena de Saúde

ART – Terapia antirretroviral

ARV – Anti-retrovirais

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CHD – Classificação hierárquica descendente

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

CHCF – Complexo Hospitalar Clementino Fraga

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

IRAMUTEQ – *Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

IBAMA – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Renováveis

ISA – Instituto Socioambiental

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde

MCTI – Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação

MT – Mato Grosso

NEHAS – Núcleo de estudos em HIV/Aids, Saúde e Sexualidade

PB – Paraíba

PBTUR – Empresa Paraibana de Turismo

PPGENF – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

PUBMED – *National Library of Medicine*

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SPI – Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSA – Serviços de Unidades Aéreas Sanitárias

TB – Tuberculose

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

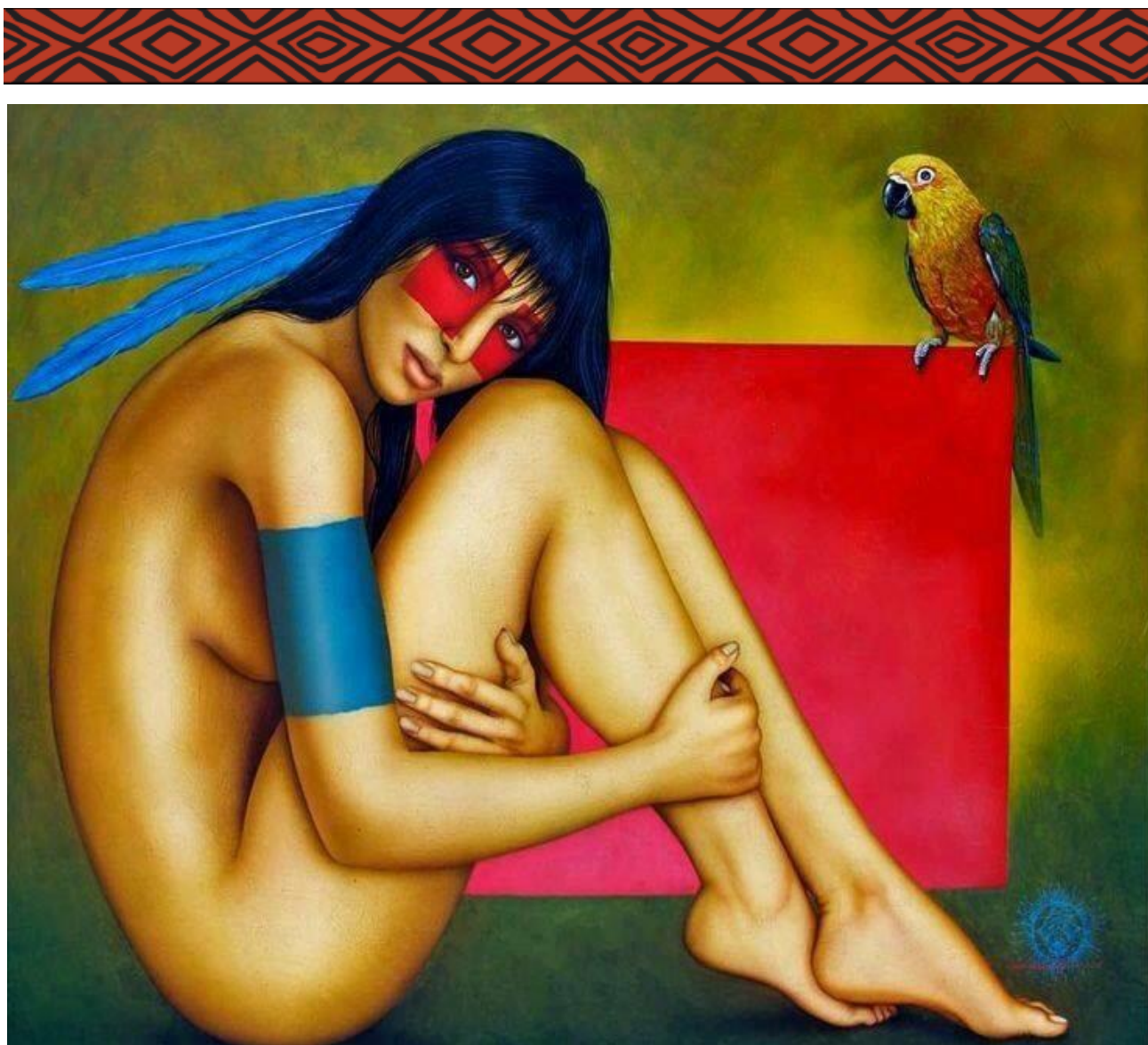
UFPB – Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1. TECENDO OS FIOS DA PESQUISA	16
1.1 Apresentação	17
1.2 Conformação do trabalho	18
2. PONTO DE PARTIDA	20
2.1 A tessitura da pesquisa	21
3. AIDS NA POPULAÇÃO INDÍGENA: ESTADO DA ARTE	28
3.1 Eixo Temático I – Aids na população indígena: contexto de vulnerabilidade e risco	34
3.2 Eixo Temático II – Enfrentamento da Aids e os desafios da saúde indígena	37
4. CONCEITUANDO A PESQUISA	40
4.1 Aids: Fenômeno biológico e social	41
<i>4.1.1 Raça versus etnia</i>	<i>42</i>
<i>4.1.2 O contexto cultural</i>	<i>44</i>
<i>4.1.3 Mudança do papel social da mulher Potiguara</i>	<i>51</i>
5. CAMINHOS TRAÇADOS	56
5.1 Desenho do estudo	57
5.2 Cenário do estudo	57
5.3 Universo empírico do estudo	61
<i>5.3.1 Participantes do estudo</i>	<i>61</i>
<i>5.3.2 Instrumento para a coleta de dados</i>	<i>62</i>
<i>5.3.3 Trabalho de campo</i>	<i>62</i>
<i>5.3.4 Tratamento e análise do material empírico</i>	<i>64</i>
<i>5.3.5 Aspectos éticos</i>	<i>65</i>
6. AIDS POR ELAS	67
6.1 Caracterização sociodemográfica dos sujeitos da pesquisa	69
6.2 Aids na cotidianidade das mulheres Potiguara	71
<i>6.2.1 Transmissão e suas interfaces</i>	<i>75</i>
<i>6.2.2 Vivências e enfrentamentos</i>	<i>90</i>
7. DITO ISTO ...	107
REFERÊNCIAS	111

APÊNDICES.....	123
ANEXOS.....	129

1 TECENDO OS FIOS DA PESQUISA



*Sou Potiguara nessa terra de Tupã
Tenho uma arara, akarauna, tem xexeu,
Todos pássaros do céu, quem me deu foi tupã,
Foi Tupã, foi Tupã, sou Potiguara.*

(Trecho do Toré indígena)

1.1 Apresentação

A presente pesquisa é, assumidamente, uma conquista. Mais uma vez, tenho essa sensação, pois a decisão de trabalhar com populações indígenas traz em seu bojo uma série de dificuldades que só uma escolha pautada na identificação com esse grupo é capaz de mediar soluções nesse longo e árduo processo.

São dez anos de pesquisas com a referida população. Teve início ainda no mestrado, a partir da dissertação que abordou a tuberculose na população indígena Potiguara e, por ocasião do doutorado, continuei a investigar este grupo a partir de um novo objeto para a tese: a Aids. Nesse sentido, o contraponto à experiência anterior relativa à tuberculose – não sendo incluída nas análises deste trabalho – foi importante nesta construção, pois, de forma semelhante, ambas as doenças se mostram tolhidas pelos ornamentos do estigma.

Esta escolha levou, portanto, a construção do projeto que daria origem a esta pesquisa. Inserida no Núcleo de Estudo em HIV/Aids, Saúde e Sexualidade (NEHAS), a pesquisa passou a integrar o Projeto Edital Universal MCTI/CNPq n. 14/2013 - Contextos de vulnerabilidade ao HIV/Aids: dialogando com peculiaridades do universo feminino (CNPq – processo n. 480129/20134).

O desafio de trabalhar com uma população culturalmente diferenciada permitiu um crescimento intelectual e pessoal, além de uma maior aproximação com a população que representa a história do nosso estado e do município de Rio Tinto, com a qual tenho estreita relação por ser a cidade natal da minha família e onde residi durante 16 anos. Mais que uma realização pessoal, é um compromisso social poder colaborar, através deste estudo, com a saúde da população local.

Nesta apresentação, faz-se necessária uma menção especial: como fisioterapeuta, tive a oportunidade de trabalhar por cinco anos no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Potiguara, atuando nas aldeias indígenas do município de Rio Tinto, o que permitiu uma maior aproximação com a realidade de saúde indígena local, principalmente no que tange aos casos de Aids nas aldeias e os desafios para as ações de enfrentamento dessa doença pelas equipes de saúde indígena locais. As vivências como fisioterapeuta nesta população tiveram um papel fundamental porque possibilitaram uma sólida aproximação com o cotidiano dessas mulheres, constituindo um dos pontos fortes de conexão entre a cultura indígena local e suas impressões no desvelar da pesquisa.

Os estudos com populações indígenas não escapam da ênfase aos aspectos culturais de suas análises. Porém, existem lacunas quanto à sua aplicação aos estudos sobre Aids na população indígena. Esse desafio foi prevalente ao longo da pesquisa, sendo superado em doses homeopáticas a partir de uma exploração mais integral de minhas experiências vivenciadas no exercício da profissão e da pesquisa que serviram como reveladoras de elementos fundamentais da vivência do cotidiano cultural nas aldeias Potiguara.

A decisão de desenvolver um estudo com foco nas mulheres Potiguara partiu também dessa conjuntura cultural: um traço característico desse grupo é o papel de destaque ocupado pelas mulheres. Tal posição faz valer a personificação de “mulher guerreira” atribuída à índia Potiguara, diferentemente da realidade de outras etnias, que destaca a passividade e submissão das mulheres. Nesse contexto, vi-me instigada a identificar os valores e práticas que orientam condutas desse grupo diante da Aids e de sua prevenção. Tal busca termina por refletir-se numa farta veiculação da Aids no cotidiano das mulheres Potiguara. É o que veremos a seguir.

1.2 A conformação do trabalho

Ao longo da tese, há um total de sete capítulos.

No **capítulo I**, são delineados o objeto de estudo e os objetivos da investigação. Nele, buscamos apresentar o contexto no qual esta pesquisa se insere, algumas de suas motivações e a maneira pela qual se buscou responder às questões subjacentes da pesquisa. Seguimos abordando as situações e os contextos de vulnerabilidade em que a epidemia HIV/Aids emerge no cenário indígena, na perspectiva de clarificar os pontos nos quais os argumentos construídos nesta tese se assentarão.

No **capítulo II**, é apresentado o estado da arte. Nesta secção, sumarizamos a produção científica sobre a Aids no cenário indígena como tela de fundo à observação e à análise dos dados que esta pesquisa pretende explicar. Os capítulos dois e três formam um conjunto a partir do qual essas questões se tangenciam.

No **capítulo III**, abordamos o complexo integral que inclui cultura, etnia, mulher e Aids como possibilidades para acessar os sentidos atribuídos e a experiência das mulheres indígenas no que concerne ao manejo desta doença no cotidiano Potiguara, reconhecendo – como diz Helman (2009) – que o universo sociocultural é tomado como referência para a

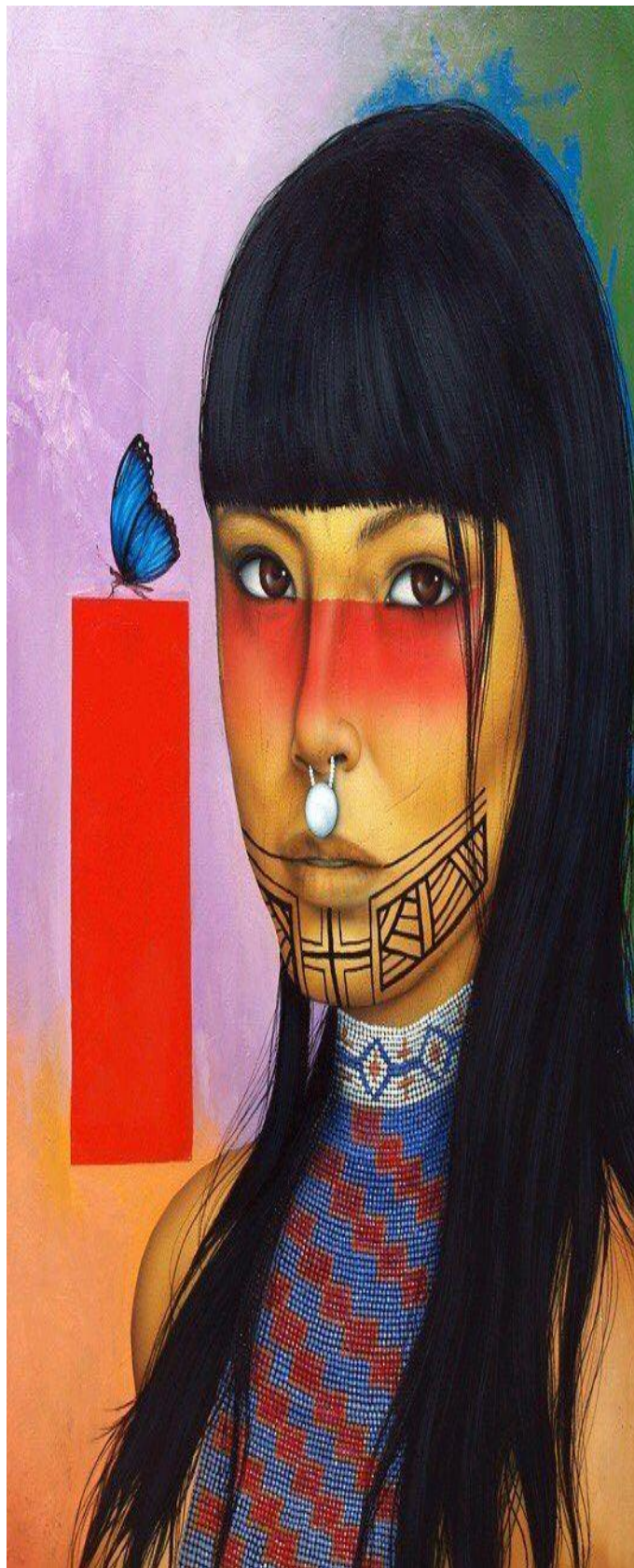
compreensão do significado do processo saúde–doença, do modo como as experiências humanas subjetivas são compartilhadas e de como são organizados os comportamentos.

Os pressupostos teórico-metodológicos estão contemplados no **capítulo IV**, sendo abordados, inicialmente, os antecedentes históricos da saúde indígena e sua conformação atual. Nesse capítulo, ressaltamos ainda a organização do subsistema de atenção à saúde indígena em forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e suas atribuições quanto às ações de controle da Aids. O cenário da pesquisa e a técnica utilizada nos processos de coleta e análise do material também estão expostos neste capítulo.

O **capítulo V** retoma as discussões do capítulo IV a partir de um eixo interpretativo mediado pelas falas das participantes. O que se pretende aqui é a elucidação do cotidiano da Aids na etnia Potiguara. Ao invés de responder “por que na aldeia é assim?”, motivação inicial da pesquisa, optei por buscar reconhecer as construções sobre Aids a partir da vigência cultural desse processo. Tal pensamento se consolida a partir dos enquadramentos apresentados no capítulo IV.

Por fim, no **capítulo VI**, buscaremos amarrar as ideias levantadas na tese. O cotidiano da Aids apresentado pelas mulheres Potiguara pode nos servir tanto para subsidiar uma reflexão sobre as políticas de saúde que norteiam os programas de controle da Aids na população indígena, quanto pode nos lançar luz sobre os aspectos culturais que dimensionam comportamentos e práticas das mulheres indígenas em face da doença. Esperamos que esta pesquisa abra caminhos interessantes nesse sentido, oferecendo recursos que nos permitam não apenas ampliar nosso quadro de referências sobre Aids na população indígena, mas, ao mesmo tempo, repensá-lo, permitindo novas formas de convívio e reflexões no campo da saúde indígena.

2 PONTO DE PARTIDA



*“Ser mulher Potiguara é ter a
delicadeza e a força em
equilíbrio, é viver para sua gente.
É ser mãe, parteira, agricultora,
marisqueira, conselheira tutelar,
vereadora, artesã, cacique,
liderança e acima de tudo uma
guerreira”.*

(Maria Soares Gomes – Cacique
da aldeia Lagoa do Mato)

2.1 A tessitura da pesquisa

Por que pensar a Aids a partir de um contexto cultural diferenciado? Investigá-la na perspectiva da população indígena pode iluminar aspectos das relações sociais e culturais nas tribos? As reflexões sobre essas questões vieram de diferentes contextos indígenas analisados ao longo da pesquisa. A princípio, desde 2012, venho realizando levantamentos bibliográficos sobre Aids na população indígena. Embora as pesquisas não tenham se debruçado especificamente sobre a subjetividade cultural dessa população, vimos como constantes suas referências aos ideais de prevenção, contaminação e tratamento da doença, cujas bases constituem o projeto de prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Aids destinado aos povos indígenas.

As perspectivas em torno desses questionamentos põem em relevo a diversidade cultural dessas etnias e problematizam a padronização de condutas a que estão submetidas. Ao discorrer sobre o cenário Potiguara e as fortes influências da cultura regional do seu entorno (MOTA, 2013), proponho-me a pensar justamente os processos implicados nas relações cotidianas desse grupo que levam a uma construção da Aids neste cenário. Entendo, por exemplo, que a Aids chega às aldeias Potiguara não apenas por meio da influência de valores da sociedade ocidental, mas incidem diretamente enquanto comportamentos dimensionados pelos costumes, crenças e práticas que ainda traçam a identidade deste grupo, como espero deixar claro ao longo do trabalho.

Temos, assim, uma discussão mais do que pertinente, produtiva para a construção de novas abordagens no campo da saúde indígena. Desse modo, temáticas relativas à Aids, feminização da epidemia, vulnerabilidade da mulher índia e o contexto atual da epidemia na população Potiguara tornam-se elementos indispensáveis para compreender o conjunto das questões levantadas até aqui.

Desde seu surgimento, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) configura-se como um problema de saúde pública de grande relevância. Durante a primeira década da epidemia (1980 – 1990), a doença esteve restrita a grupos específicos, classificados segundo sua orientação sexual ou envolvimento com uso de drogas. Na década seguinte (1990 a 2000), observam-se novas tendências epidêmicas: interiorização, feminização, heterossexualização, pauperização, juvenização e envelhecimento (SANTOS et al., 2002; CAMARGO; BERTOLDO, 2006; PINTO et al., 2007; POTTES et al., 2007; SOUZA; LEITE, 2008).

Nesse novo panorama, os índices de infecção pelo HIV na mulher têm sido motivo de preocupação devido à sua magnitude. O que antes chegou a ser considerado e denominado como “*peste gay*” transformou-se rapidamente num pesadelo muito presente no imaginário feminino. Se em 1985 a proporção era de 15 casos em homens para cada caso notificado em mulheres, em 2005 esses números alcançaram algo em torno de 10 mulheres para cada 15 homens com Aids (BRASIL, 2011).

A vulnerabilidade feminina é complexa e envolve diversos aspectos que se conjugam para a contaminação feminina pelo HIV. Além da vulnerabilidade biológica (na mulher, a mucosa genital é menos espessa, a superfície de mucosa é maior e ainda há o dado de que o sêmen contaminado pelo HIV tem maior concentração de vírus do que a secreção vaginal), a mulher é historicamente oprimida, subjugada, e tem poder bastante limitado nas relações afetivo-sexuais (LISBOA, 2010).

Buchala e Paiva (2002) complementam que as abordagens de gênero constituem referenciais importantes para subsidiar a compreensão entre relações conjugais, afeto e HIV/Aids. As relações de poder constituídas entre homens e mulheres são marcadas por um aumento da violência contra a mulher, além de um desequilíbrio de gênero nas decisões e cuidados sobre a saúde sexual e reprodutiva.

Diante do exposto, as mulheres se encontram em desvantagem no enfrentamento da epidemia, à medida que se confrontam com aspectos socioculturais relacionados às desigualdades de gênero. Ressalta-se, ainda, o estigma e o preconceito que permeiam o universo feminino, especialmente quando se trata de mulheres discriminadas pela sua condição étnico-racial, a exemplo das mulheres indígenas que, nesse contexto, merecem atenção diferenciada (BRASIL, 2007a).

As mulheres indígenas, recenseadas em 2010, representam menos de 1% da população feminina brasileira. Em geral, são muito pobres, com graus avançados de vulnerabilidade e, na maioria dos casos, expostas à discriminação que ocorre intra e extra-grupos (por gênero). No contato com a sociedade externa, são ainda marginalizadas (por sua condição étnica) (BRASIL, 2015).

Como ocorre no conjunto do país, a principal forma de transmissão do HIV nesta população é por via sexual. Vale ressaltar que 61% dos casos notificados estão atribuídos a pessoas que se declaram heterossexuais; 21% dos casos estão atribuídos a pessoas que se declaram como homo e bissexuais e 6,7% estão atribuídos a usuários de drogas injetáveis.

Esta epidemia atinge mais os homens, com 62% dos casos notificados, seguidos por 38% de mulheres. Em consonância com a tendência nacional, para cada caso em homem, há 1,6 casos em mulheres (SANTOS et al., 2010).

Para enfrentar a feminização da epidemia de Aids no cenário indígena, é preciso compreender que as desigualdades sócio-raciais e étnicas e suas interações com outros fatores socioculturais, econômicos, ambientais e políticos podem produzir efeitos negativos na condição de saúde da mulher índia e aumentar a sua vulnerabilidade aos agravos diversos, incluindo o HIV/Aids (HERNANDEZ-ROSETE, 2012).

Para que se possa caminhar nessa direção, um dos aspectos importantes é compreender as situações e os contextos de vulnerabilidade em que a epidemia HIV/Aids emerge no cenário indígena e o conteúdo atribuído a tal condição. Parte-se do pressuposto de que a exposição a ser evitada ou levada em conta pelas mulheres indígenas não se produz ao acaso ou de modo individual, mas é compartilhada na coletividade através dos valores culturais que contribuem para a formulação social da problemática relativa à Aids a ser enfrentada por esse grupo específico (BRASIL, 2009).

As mulheres indígenas apresentam diferentes situações sociais, causadas principalmente por seus usos e costumes, assim como pela influência da sociedade externa, existindo uma tripla discriminação causada pela condição social de serem mulheres, de etnias minoritárias e enredadas numa condição geral de pobreza (PINTO, 2010a).

Um estudo realizado por Pinto (2010b) apontou que a discriminação étnica esteve relacionada a diversas opressões sofridas por mulheres indígenas. Na Namíbia, está generalizada a crença de que mulheres indígenas são promíscuas. Elas não se sentem violadas quando são agredidas, tratando-se de uma condição de vulnerabilidade, segundo o mesmo autor, que salienta outra experiência de racismo e preconceito vivenciada por essas mulheres nos serviços de saúde e tratamento preventivos dos Estados Unidos.

Ademais, as mulheres indígenas enfrentam problemas próprios baseados em algumas tradições ou costumes, como o patriarcado, o machismo, alguns rituais religiosos que denigrem a mulher, além da supremacia do sexo masculino sobre o feminino. O padre Anchieta mencionou em um dos seus escritos que a mulher indígena via com passividade a poligamia de seus parceiros, sendo a permissibilidade da poligamia uma condição frequente também entre mulheres não índias. Consoante tal realidade, a associação entre múltiplos

relacionamentos e propagação do HIV tem sido mencionada na literatura (ÍNDIOS NO PERÍODO COLONIAL, 2005; BRASIL, 2009).

A partir do encontro com a sociedade ocidental, as mulheres indígenas passaram a sofrer também as condições sociais hegemônicas ocidentais, as quais têm particularidades muito próprias (coisificação da mulher, pornografia, prostituição etc.) (PINTO, 2010b).

Estudos destacam características próprias que tornam esse grupo vulnerável, as quais são relacionadas às piores condições socioeconômicas, a maiores dificuldades de acesso às ações, serviços de saúde e insumos, aos menores índices de conhecimento adequado sobre as vias de transmissão do HIV e aos mais baixos percentuais de uso referido do preservativo (BRASIL, 2007a; SANTOS et al., 2010).

Sobre o perfil da saúde sexual e aspectos socioculturais de mulheres indígenas, um estudo realizado por Pereira et al. (2014) apontou um padrão sexual caracterizado por condições de vulnerabilidade devido ao início precoce da vida sexual, bem como à pouca adesão ao uso de preservativo nas relações sexuais. Acrescem-se a esses achados as restrições do poder de participação nas decisões que envolvem a vida sexual e reprodutiva e as coerções emocionais de caráter culturalmente determinado, que interferem diretamente na prevenção do HIV nessas mulheres (PINTO, 2010b).

Muito poderia ser dito aqui sobre a vulnerabilidade da mulher índia ao HIV (e voltaremos a este tema mais adiante), mas interessa-nos agora adentrar no universo Potiguar, cenário da referida pesquisa, no qual se desenrolam diversos fluxos culturais e vivências cotidianas em face da Aids.

Com esse intuito, tomaremos como ponto de partida o cenário epidemiológico da Aids na população indígena. Nele, perceberemos que a situação epidemiológica entre as comunidades indígenas é apresentada de maneira superficial, em virtude da escassez de dados disponíveis diante dos órgãos oficiais de notificação e controle da doença. A questão levantada foi apontada em outro estudo (LACERDA, 2004), que faz menção à não inclusão desses dados nos Boletins Epidemiológicos atendendo à restrição imposta pela Fundação Nacional do Índio. A FUNAI não autorizou a inclusão desta população nos Boletins Epidemiológicos, alegando que poderia provocar nessas comunidades “sentimentos de desespero e pânico”. Contudo, a restrição foi superada nos últimos anos.

Ainda que de forma pontual, esses dados figuraram no último Boletim Epidemiológico - apresentando dados referentes aos casos de infecção pelo HIV notificados no Sinan de 2002

até 30/06/2015. Foi apontado que o número de casos de HIV/Aids em indígenas concentra cerca de 0,2% dos casos encontrados na população geral, sendo considerada uma epidemia estável para esse grupo. Na conjuntura atual, outras populações-chave respondem pela maioria de casos novos de HIV em todo o país, como *gays* e homens que fazem sexo com homens, travestis e transexuais, pessoas que usam drogas e profissionais do sexo (BRASIL, 2015). Não obstante, há uma grande preocupação de que a Aids se torne uma epidemia que ameace a sobrevivência dos povos indígenas nos próximos anos (GARNELO; LANGDON, 2005).

Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre 1998 e 2008, foram registrados 32 casos de Aids na população Potiguara, sendo 17 do sexo masculino e 15 do feminino. No período de 2004 a 2010, foram confirmados 18 casos de tuberculose e 10 casos de coinfeção TB/HIV (NÓBREGA et al., 2010).

Para situar a chegada da Aids no cenário Potiguara, é importante contextualizar a extensa área de ocupação dessa etnia. As terras indígenas Potiguara localizam-se em zona litorânea, região onde o turismo ocorre de modo acentuado e desordenado. Ocorre a presença de não indígenas residindo nas aldeias e uma pluralidade de atores, agências e fluxos econômicos, culturais e sociais presentes em seu cotidiano (ISA, 2007). Várias agências de contato estão presentes na área, como a FUNAI, o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), prefeituras, universidades, escolas, igrejas, todas atraídas pelos índios, pela riqueza do meio ambiente ou pela história da região (NÓBREGA, 2007). Tal situação contribui para as mudanças de hábitos e costumes dessa população em seu próprio território, associadas ao surgimento de doenças como a Aids (OLIVEIRA, 2009).

As diversas situações em jogo - presença de núcleos pesqueiros nos municípios próximos; migração dos indígenas para centros urbanos; ocorrência frequente de alcoolismo; não uso de preservativos (masculino e feminino); influência da mídia introduzindo valores relacionados à sexualidade e relações pessoais – são produtos híbridos do campo de ação indigenista Potiguara, frutos de interações com a sociedade não indígena sinalizados como situações determinantes para a presença da Aids nesta etnia (OLIVEIRA et al., 2012).

No referido estudo, os Potiguara verbalizam suas crenças para explicar a presença da Aids na aldeia a partir do **“envolvimento com pessoas de fora da aldeia, principalmente por parte das índias”**. O fluxo de turistas também é considerado: **“com a vinda destas pessoas (turistas) para a aldeia, frequentam os bares na aldeia, começando assim a**

disseminação não só do vírus HIV como outras ISTs” (OLIVEIRA et al., 2014, p. 2740. Grifos meus).

Para enfrentar esse conjunto de situações de vulnerabilidade, o Ministério da Saúde, em Parceria com a FUNASA, implantou em 2004 o Programa de DST/Aids nos Distritos e Polos-Base, tendo como objetivo ações básicas de prevenção, assistência, vigilância e monitoramento. Em 2005, a operacionalização desse controle ficou mais evidente com a realização de cursos de vigilância epidemiológica, aconselhamento e abordagem sindrômica sobre as DST/Aids para a Equipe Multidisciplinar que atua nas terras indígenas, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde/SES/PB (BRASIL, 2005). Em 2007, foi implantado o exame Teste Rápido para Diagnóstico do HIV nos três Polos-Base, além de uma Capacitação de 103 horas para os 37 AISs sobre DST/Aids e hepatites virais (NÓBREGA et al., 2010)

Na comunidade Potiguara, as ações de controle da doença são evidenciadas pelos atendimentos prestados às mulheres indígenas que procuram os serviços para a consulta médica e de enfermagem no pré-natal, como também para a coleta do exame Papanicolau (OLIVEIRA et al., 2012). Destaca-se uma maior dificuldade de acesso aos homens durante essa abordagem, ao considerar que a maioria não procura os serviços de saúde.

É relevante, para os fins desse estudo, apontar visões diversas entre os Potiguara quanto às práticas de prevenção e cura que eram utilizadas pelos seus antepassados - o uso das ervas, lambedores, as rezadeiras e as curas espirituais - constituindo traços fortes de sua cultura. Em relação às curas espirituais, algumas delas são realizadas por meio da pajelança. Ressalta-se que o Brasil tem apenas cinco pajés do sexo feminino; entre elas, a pajé desta etnia (MOONEN, 2008). Tais expressões merecem destaque nesta contextualização, pois dão sentidos e orientações às práticas, capazes de guiar os comportamentos intra e intergrupais (BRASIL, 2007).

O dinamismo desse grupo e o constante processo de mudanças favorecem a agregação de novos conhecimentos individuais e sociais com a adoção de novas práticas. Um exemplo é a procura dos serviços de saúde como alternativa para substituir as práticas de cura dos antepassados. Acredita-se que isto aconteça porque, ao longo de mais de cinco séculos de presença e intervenção de não índios, os Potiguara passaram também a valorizar e a utilizar a medicina do homem branco, centrada no uso abusivo de medicamentos e utilização de recursos tecnológicos (LACERDA, 2004).

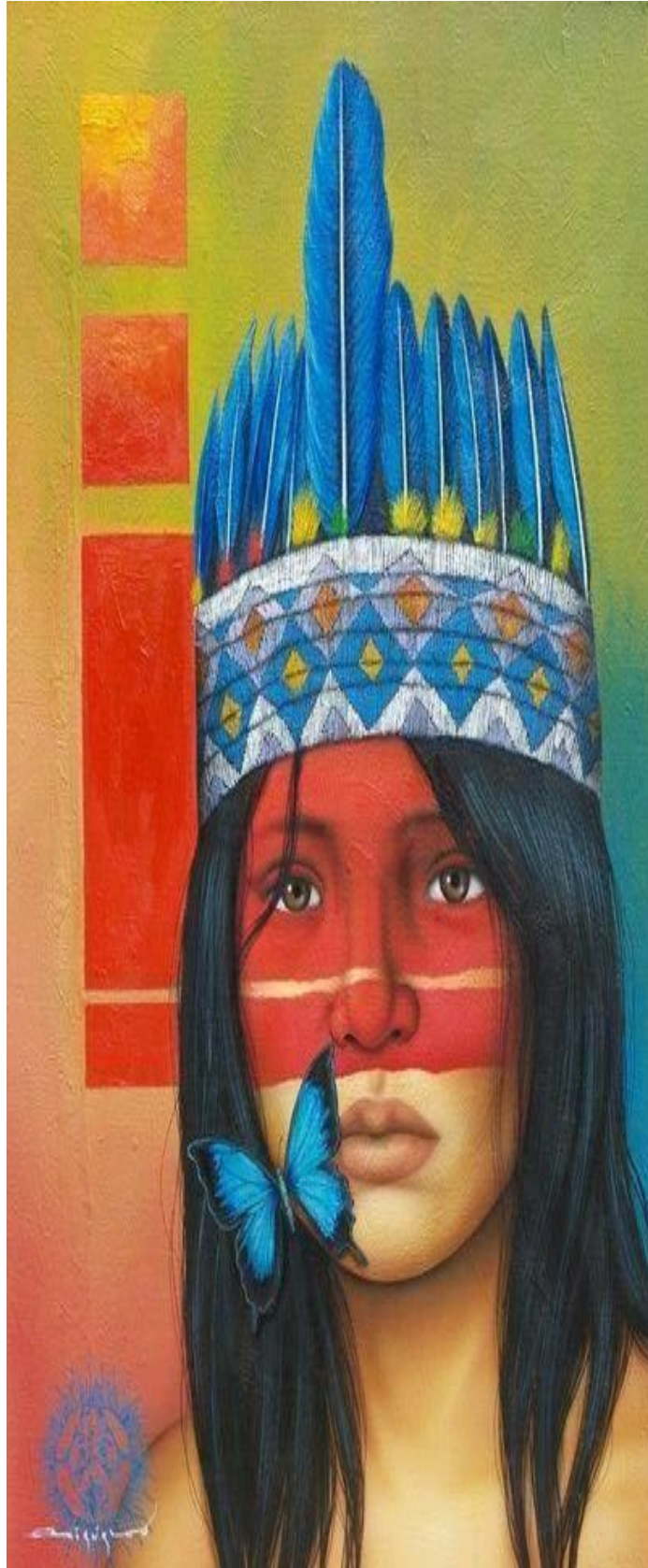
Estamos diante de um vasto repertório de percepções e atitudes frente à Aids potencializadas pelo contexto cultural que envolve o cotidiano das mulheres Potiguara. Diante do exposto, de que modo essas informações se entrecruzam? Este será o desafio a ser trilhado ao longo dos próximos capítulos. Portanto, o presente estudo propõe como contribuição ao campo acadêmico a produção do conhecimento sobre o cotidiano da Aids na visão das mulheres Potiguara.

Estes apontamentos iniciais nos fizeram debruçar sobre os seguintes questionamentos: Como a Aids é compreendida pelas mulheres indígenas? Quais as situações e os contextos de risco em que a epidemia HIV/Aids emerge no cenário indígena Potiguara? A percepção da doença é influenciada pela condição de ser mulher índia?

Para responder a tais questionamentos, este estudo tem os **objetivos de:**

- ✓ Analisar o modo como a Aids se configura sob o olhar de mulheres índias;
- ✓ Conhecer aspectos valorativos, atitudes, crenças, modos de ver e sentir a realidade da Aids nas aldeias;
- ✓ Compreender as situações e os contextos de risco em que a epidemia do HIV/Aids emerge no cenário indígena.

3 AIDS NA POPULAÇÃO INDÍGENA: ESTADO DA ARTE



*A mulher Truká vive sempre em
movimento
E participa de tudo bem junto de sua
gente
Cuida dos filhos e da casa, conversa,
aconselha e educa
Prepara-os para seguir nesta sociedade
injusta
Ainda trabalha fora, vive sempre em
correria
Trabalha na agricultura e no rio faz
pescaria
Também dança o Toré com muita
dedicação
Fortalecendo a cultura dos índios da
Assunção
A relação entre homem e mulher também
tem suas diferenças
Mesmo contribuindo nas lutas com os
homens
Sentimos que há resistência
Desvalorizam a mulher com desrespeito
inconsequente
Mas as mulheres estão lutando contra a
desigualdade
Para acabar com o machismo que está
impregnado
E assumir o seu papel de cidadã com
igualdade.*

(POEMA DA MULHER TRUKÁ)

Considerando a relevância de discutir a problemática da Aids em uma população culturalmente diferenciada e os desafios impostos à abordagem desta temática no cenário em questão, fez-se necessário sumarizar a produção científica relacionada ao HIV/Aids em populações indígenas¹.

Nessa perspectiva, tal investigação foi executada a partir das seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos resultados incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. Considerou-se a seguinte questão norteadora para a condução deste estudo: quais as evidências científicas da literatura sobre a Aids na população indígena?

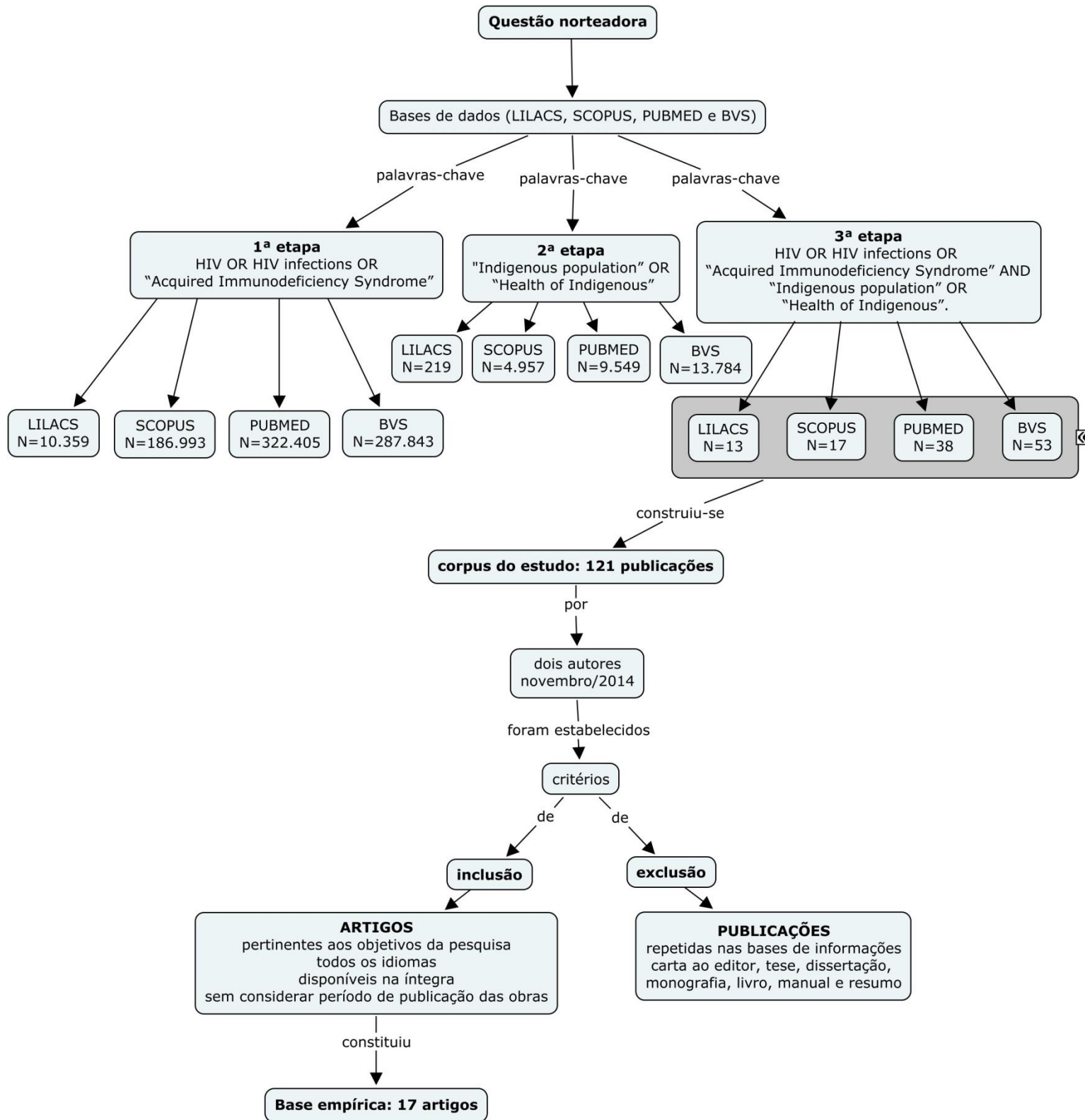
A amostra foi composta por artigos científicos publicados nas bibliotecas virtuais Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde (LILACS), SCOPUS, *National Library of Medicine* (PUBMED) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo o acesso realizado no âmbito da Universidade Federal da Paraíba.

A busca nas bases de informação ocorreu em novembro de 2014, enquanto as referências que preencheram o critério de inclusão foram avaliadas sem considerar o período de publicação das obras. Os critérios de inclusão estabelecidos para orientar a busca e seleção dos artigos foram: artigos que abordassem a temática da Aids na população indígena, indexados em bibliotecas virtuais e publicados em inglês, português ou espanhol. Foram excluídas as publicações referentes a resumos de congressos, anais, editoriais, dissertações e teses, além de artigos com impossibilidade de acesso à publicação impressa ou *online*.

Os descritores escolhidos para selecionar a coleta de dados foram HIV, HIV *infections*, “*Acquired Immunodeficiency Syndrome*”, “*Indigenous population*” e “*Health of Indigenous*”. A estratégia de busca foi realizada em três etapas, conforme descrição abaixo (FIGURA 1):

¹ Artigo publicado na Online Brazilian Journal of Nursing: NÓBREGA, Rafaela Gerbasi et al. Saúde indígena em tempos de AIDS: revisão integrativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 205-16, June 2015. ISSN 1676-4285. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5217>>. Acesso em: July 06th, 2016. DOI: <<http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20155217>>.

Figura 1– Fluxograma explicativo da seleção das publicações. João Pessoa, 2014.



Fonte: Elaboração própria, 2014.

A construção do *corpus* foi realizada por dois autores, de forma independente, visando garantir a legitimidade do conteúdo da análise. O universo inicial para análise foi de 121 publicações, sendo excluídas 76 publicações cujos textos completos não se encontravam disponíveis gratuitamente, 12 artigos que não se referiam ao objeto de estudo, 04 estudos duplicados, 02 cartas ao editor, 02 teses, 01 dissertação, 02 monografias, 02 livros, 02 manuais e 01 resumo, resultando numa base empírica de 17 artigos para análise.

Na perspectiva de organizar os dados avaliados nos artigos, foi construído um instrumento de coleta de dados contemplando os seguintes aspectos: título, autores, periódico, ano de publicação, tipo de artigo, local do estudo e temáticas abordadas. Em seguida, através da leitura na íntegra dos artigos desta revisão, por similaridade de conteúdos, sumarizados e comparados entre si, definiu-se dois eixos temáticos: “Aids na população indígena: contextos de vulnerabilidade e risco” e “Enfrentamento da Aids e os desafios da saúde indígena”.

Em relação ao ano de publicação dos artigos integrantes do estudo, apresentados no Quadro 1, verificou-se maior produção em 2008, com um quantitativo de cinco artigos publicados. Nos anos de 2007 e 2013 houve três publicações em cada ano. Entre 2003 e 2005, não foram identificados estudos relacionados à temática.

Quanto à caracterização dos 17 artigos que compuseram a amostra, destaca-se que as publicações estão distribuídas em 16 periódicos. A Revista Saúde Pública destacou-se como editora de dois artigos, sendo um, de autoria brasileira.

Dentre as localidades onde as investigações foram realizadas, destacam-se o Peru, Estados Unidos, Canadá e África do Sul com duas pesquisas cada. Indonésia, Brasil, México, Austrália, Holanda, Itália participaram com uma pesquisa. Dois estudos foram revisão integrativa, sendo um na América Latina, e um estudo abrangeu países do continente asiático e africano.

Quadro 1 - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa. João Pessoa, 2014.

Eixo temático I: Aids na população indígena: contextos de vulnerabilidade e risco		
Título	Autores	Periódico (ano, vol., nº, pág.)
Structural Factors That Increase HIV/STI Vulnerability Among Indigenous People in the Peruvian Amazon	Orellana, E.R.; Alva, I.E.; Cárcamo, C.P.; García, P.J.	Qualitative Health Research 2013; 23(9):1240-1250.
Decolonizing Strategies for Mentoring American Indians and Alaska Natives in HIV and Mental Health Research	Karina, L.; Walters, K.L.; Simoni, J.M.	American Journal of Public Health 2009; 99 (suppl. 1): S71-S76.
The Cedar Project: Historical trauma, sexual abuse and HIV risk among young Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities	Pearce, M.E.; Christian, W.M.; Patterson, K.; Norris, K.; Moniruzzaman, A.; Craib, K.J.P.; Schechter, M.T.; Spittal, P.M.	Social Science & Medicine 2008; 66:2185–2194.
Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México	Hernández-Rosete, D.; García, O.M.; Bernal, E.; Castañeda, X.; Lemp, G.	Rev. Saúde Pública 2008; 42(1):131-138.
AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response	Bastos, F.I.; Cáceres, C.; Galvão, J.; Veras, M.A.; Castilho, E.A.	International Journal of Epidemiology 2008; 37:729–737.
Confronting HIV/AIDS in a South African village: The impact of health-seeking behaviour	Golooba-Mutebi, F.; Tollman, S.M.	Scand J Public Health 2007; 69 (Suppl 1): S175–S180.
The Culture of Condoms: Culturally Grounded Variables and Their Association With Attitudes to Condoms	Liddell, C.; Giles, M.; Rae, G.	Psychosomatic Medicine 2008; 70(4):496-504.
The burden and treatment of HIV in tuberculosis patients in Papua Province, Indonesia: a prospective observational study	Pontororing, G.J.; Kenangalem, E.; Lolong, D.B.; Waramori, G.; Sandjaja, Tjitra E.; Price, R.N.; Kelly, P.M.; Anstey, N.M.; Ralph, A.P.	BMC Infectious Diseases 2010; 10:362
High prevalence of hiv and syphilis in a remote native community of the peruvian	Zavaleta, C.; Fernández, C.; Konda, K.; Valderrama, Y.; Vermund, S.H.; Gotuzzo, E.	Am J Trop Med Hyg 2007; 76(4):703–705.

amazon		
Eixo temático II: Enfrentamento da Aids e os desafios da saúde indígena		
Anonymous HIV testing in the Canadian aboriginal population	Tseng, A.L.	Canadian Family Physician 1996; 42: 1734-1740.
Barriers and incentives to HIV treatment uptake among Aboriginal people in Western Australia	Newman, C.E.; Bonar, M.; Greville, H.S.; Thompson, S.C.; Bessarab, D.; Kippax, S.C.	AIDS 2007; 21 (suppl. 1): S13–S17.
HIV Stigma and Depressive Symptoms are Related to Adherence and Virological Response to Antiretroviral Treatment Among Immigrant and Indigenous HIV Infected Patients	Sumari-de Boer, I.M.; Sprangers, M.A.G.; Prins, J.M.; Nieuwkerk, P.T.	AIDS Behav 2012; 16:1681–1689.
Prevention of HIV/AIDS in Native American Communities: Promising Interventions	Vernon, I.S.; Jumper-Thurman, P.	Public Health Reports 2002; 117(suppl. 1): S96-S103.
Alternative medicines for AIDS in resource-poor settings: Insights from exploratory anthropological studies in Asia and Africa	Hardon, A.; Desclaux, A.; Egrot, M.; Simon, E.; Micollier, E.; Kyakuwa, M.	J Ethnobiol Ethnomed. 2008; 4:16.
Tuberculosis in indigenous children in the Brazilian Amazon	Gava, C.; Malacarne, J.; Rios, D.P.G.; Sant'Anna, C.C.; Camacho, L.A.B.; Basta, P.C.	Rev. Saúde Pública 2013; 47(1):77-85.
Risk factors for tuberculosis	Narasimhan, P.; Wood, J.; MacIntyre, C.R.; Mathai, D.	Pulmonary Medicine 2013;
Impact of immigration and HIV infection on tuberculosis incidence in an area of low tuberculosis prevalence	Baussano I, Bugiani M, Gregori D, Pasqualini C, Demicheli V, Merletti F.	Epidemiol Infect 2006; 134 (6):1353–1359.

Fonte: Elaboração dos autores, 2014.

3.1 Eixo Temático I - Aids na população indígena: contextos de vulnerabilidade e risco

Embora nos últimos anos terem havido avanços da medicina no tocante à Aids, muitas populações marginalizadas, a exemplo das indígenas, continuam a ter limitado ou nenhum acesso a eles. O fato da maioria das aldeias indígenas estarem localizadas em áreas rurais isoladas dificulta a implementação de ações preventivas para o HIV, a exemplo de campanhas para divulgação em massa de informações sobre a doença. No cenário brasileiro, essa urgência de comunicação, iria encontrar, ainda, uma série de obstáculos, relacionados ao quadro linguístico dos nativos, caracterizado por uma diversidade de famílias linguísticas, a exemplo do Tupi, Aruak, Karib, Tukano, Pano, Gê, que continuaram representadas pelos índios da Amazônia (KARINA; WALTERS; SIMONI, 2009; ORELLANA et al., 2013):

Desse modo, é difícil esperar que os indígenas estejam familiarizados com a etiologia, as formas de transmissão e prevenção do HIV. A pobreza e a baixa escolaridade dos indígenas também refletem negativamente no processo de conhecimento da doença e consequente redução dos comportamentos de risco (BASTOS et al., 2008).

A pobreza vivenciada pela população indígena acarreta na busca por meios de sobrevivência, levando as mulheres indígenas a viverem como profissionais do sexo. O sexo comercial foi abordado como um veículo de vulnerabilidade para o HIV nas comunidades indígenas do Canadá e da Amazônia peruana. Nesse caso, os portos fluviais, docas dos rios, locais de mineração e outros campos de extração de recursos constituíram ambientes propícios para a prática sexual desprotegida, envolvendo em alguns casos, um quantitativo superior a 20 parceiros sexuais ao longo da vida (HERNÁNDEZ-ROSETE et al., 2008; ORELLANA et al., 2013; PEARCE et al., 2008).

O papel do rio Amazonas e seus afluentes na transmissão do HIV tem sido prontamente investigado, apontando a existência de verdadeiros bordéis flutuantes que operam dia e noite e vulnerabilizam principalmente os homens indígenas que trabalham nos portos e a partir de um consumo abusivo de álcool mantém relações sexuais desprotegidas com profissionais do sexo. Além disso, constatou-se a prática regular de sexo desprotegido entre passageiros das embarcações e respectivos tripulantes (ORELLANA et al., 2013).

A associação entre HIV e trabalhadores migrantes, especialmente trabalhadores de minas e uma próspera indústria do sexo comercial, tem sido bem estabelecida em outros cenários (BASTOS et al., 2009; PONTORORING et al., 2010). A migração dos indígenas

para fora de suas aldeias deixando suas esposas e famílias, é uma realidade comumente associada com a propagação do HIV em algumas comunidades, à medida que os próprios indígenas relatam sexo extraconjugal e baixos níveis de uso do preservativo (ORELLANA et al., 2013).

Estudo realizado em comunidades indígenas do México com elevada incidência de HIV investigou a vulnerabilidade de mulheres que vivem em concubinato com migrantes. Observou-se que esses homens na condição de migrantes se reconhecem como ausentes e, preocupados com a possibilidade de adultério feminino, acreditam na gravidez como um recurso de controle das esposas que são obrigadas a terem relações sexuais sem proteção quando os mesmos regressam de viagem. A falta de autonomia e o medo de gerar um conflito conjugal levam as mulheres a aceitarem tal situação, embora reconheçam que estão expostas a contaminação (HERNÁNDEZ-ROSETE et al., 2008). Já outra investigação apontou que as mulheres indígenas da Amazonia Peruana são obrigadas a terem relações sexuais forçadas com seus esposos e namorados e em alguns casos são obrigadas a manterem a relação sexual com estranhos para contribuir com a economia familiar (ZAVALETA et al., 2007).

O casamento na aldeia não implica necessariamente em monogamia. A prática de ter mais de um parceiro ao mesmo tempo ocorre desde o namoro, sendo mais frequente nos homens do que nas mulheres, podendo ocorrer na própria comunidade ou fora dela. Contudo, a prática do homem ter várias famílias tem sido restrita devido a situação econômica (KUYARINAKUI, 2003):

Estudo realizado nas aldeias Shawi, na Amazônia Peruana, incluiu as relações sexuais entre homens como um dos fatores socioculturais que moldam a sexualidade e favorecem o risco de contaminação pelo HIV. Foi relatado que, em algumas comunidades, era comum para os meninos iniciar a vida sexual com outro homem. Muitas vezes, esse *debut* sexual com mesmo sexo foi com um homem de uma comunidade diferente, que passava a ser chamado de *mapero* ou *maparete*, uma gíria local para se referir aos meninos que tiveram relações sexuais com outros homens. Ressalta-se que eles não consideravam seu comportamento homossexual, mas um comportamento de macho que gosta de fazer sexo com homem e mulher. Desse modo, existia uma aparente aceitação desse comportamento em algumas aldeias, em detrimento a outras mais distantes. Nas aldeias próximas aos portos fluviais, os índios declarados *gays* sofriam discriminação e diante das poucas oportunidades de emprego, eram contratados para trabalhar, na maioria das vezes, como ajudantes de cozinha e esperados para

proporcionar favores sexuais, sendo forçados a fazer sexo de qualquer maneira (ORELLANA et al., 2013).

Uma outra problemática envolvendo a Aids no cenário indígena diz respeito à iniciação sexual. Estudo realizado na comunidade de Puerto Belén, no Peru apontou que o início da vida sexual se processa entre 12 e 15 anos e em alguns casos pode ocorrer um pouco antes (11 anos), sendo mais precoce nas mulheres. Nesse caso, o início da vida sexual ocorre imediatamente após a menarca por se tratar de um momento muito importante para os povos amazônicos a partir do qual as jovens se preparam para assumir o papel de esposa e mãe. Ter relações sexuais mais cedo tem sido associado a um maior número de parceiros sexuais e aumento do risco de DSTs (ORELLANA et al., 2013; PEARCE et al., 2008).

A iniciação sexual precoce em indígenas também esteve relacionada com históricos de abuso sexual na infância. Estudo realizado com jovens indígenas em duas cidades do Canadá mostrou que a idade média para o primeiro incidente de abuso sexual foi de 06 anos, grande parte dos abusos ocorriam em mulheres, existindo forte relação entre trauma sexual anterior e vulnerabilidade ao HIV. Verificou-se que os jovens indígenas abusados sexualmente eram duas vezes mais propensos a ter mais de vinte parceiros sexuais ao longo da vida, além de relatarem algum tipo de doença sexualmente transmissível e uso irregular do preservativo nas relações sexuais (PEARCE et al., 2008).

Esses dados são consistentes com estudos que apontam vulnerabilidade sexual dos indígenas ao HIV relacionada ao não uso do preservativo. Em pesquisa realizada na comunidade Chayahuita, na região da Amazônia Peruana, evidenciou-se que o uso do preservativo não faz parte da cultura desse grupo (ZAVALETA et al., 2007). A baixa intenção do uso de preservativo foi igualmente observada em outras comunidades indígenas em virtude das crenças de tais povos sobre doença e proteção ancestral, identificando a Aids como “doença do outro” (GOLOOBA-MUTEBI; TOLLMAN, 2007; LIDDELL; GILES; RAE, 2008).

Nas comunidades indígenas do Peru muitos acreditam que a única opção para a cura da doença é o tratamento com plantas medicinais como a unha de gato e o óleo de copaíba, sendo efetivo no início da doença e o avanço do tratamento sendo controlado pelo sistema de saúde. A ênfase dada nas campanhas educativas diz respeito ao caráter incurável desta síndrome, reforçando a cultura do medo. Apesar de saberem que a principal via de transmissão é a sexual, eles consideram outras formas de contágio como o compartilhamento de utensílios como vasos sanitários, xícaras, picada de mosquitos e banhar-se no mesmo rio.

Desse modo, em algumas comunidades surgem atitudes estigmatizantes diante da doença (LIDDELL; GILES; RAE, 2008; HARDON et al., 2008).

As variáveis culturalmente arraigadas contradizem os modelos biomédicos de prevenção do HIV. Conhecer as crenças indígenas acerca da proteção ancestral e Aids, pode auxiliar nos esclarecimentos sobre como as crenças tradicionais e as construções culturais do HIV/Aids podem ser usadas mais eficazmente em programas de educação voltadas à população indígena. Tal desafio constitui-se em importante atribuição das equipes de saúde indígena para o enfrentamento dessa epidemia, especialmente para a prática dos enfermeiros que integram as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. No desenvolvimento de suas atribuições e competências deve inserir elementos que considere as especificidades culturais como efetivamente capaz de direcionar a promoção de cuidados (SAMPAIO FILHO et al., 2013).

3.2 Eixo Temático II - Enfrentamento da Aids e os desafios da saúde indígena

As ações de controle da Aids dentro das aldeias, tem se direcionado à combinação de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, otimizando as ferramentas disponíveis para responder às necessidades culturais dessa população. Contudo, observa-se que o que é proposto, em sua maior parte não se cumpre impedindo, assim, o adequado controle da transmissão do HIV neste cenário (BRASIL, 2012).

No intuito de conhecer os possíveis fatores de risco e vulnerabilidades que as populações indígenas estão sujeitas, são criadas estratégias envolvendo a identificação das redes sociais que permeiam estas comunidades assim como seus interlocutores-chave, a fim de caracterizá-las em suas dimensões antropológicas e políticas. No tocante à execução dessas ações no cenário indígena, estudo aponta dificuldades na implantação de ações de controle e prevenção da Aids, considerando as diferenças culturais das diversas etnias. Os resultados comprovam que cada etnia tem sua cultura e somente respeitando a cultura e conhecendo a população se obtêm resultados efetivos (VERNON; JUMPER-THURMAN, 2002).

Outras pesquisas relatam críticas quanto ao acompanhamento de casos e às ações de prevenção dentro das aldeias, em virtude de as mesmas exibirem um caráter pontual e muitas vezes desconsiderarem os sistemas indígenas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e seus sistemas tradicionais de cura (ZAVALETA et al., 2007; GAVA et al., 2013).

Nesse aspecto, as relações interétnicas e a compreensão das redes de transmissão nas aldeias a partir dos determinantes sociais e culturais originados do contato com a sociedade, são elementos norteadores para a adoção de medidas mais adequadas de prevenção e controle da epidemia da Aids nessa população. No que tange a casos de co-infecção TB/HIV intervenções como o aconselhamento precoce do HIV, diagnóstico precoce e o início da terapia antirretroviral (ART) para indivíduos co-infectados têm sido relatadas como estratégias eficazes (NARASIMHAN et al., 2013).

A testagem anônima para o HIV foi citada em estudo realizado no Canadá como uma estratégia adequada para a população indígena local porque garante confidencialidade, incentivando-o individualmente a se submeter ao teste (TSENG, 1996). O medo da divulgação da doença tem sido identificado como uma das principais barreiras para abordagem diagnóstica e terapêutica da Aids na Austrália e Holanda. A possibilidade de exposição do caso na tribo pode gerar atitudes estigmatizantes que irão diminuir a adesão desses indivíduos às estratégias de enfrentamento da doença (NEWMAN et al., 2007; SUMARI-DE BOER et al., 2012).

Dentre as experiências bem-sucedidas citadas quanto à adesão diagnóstica e terapêutica para o HIV nas tribos indígenas estão a condição de gravidez, o apoio psicossocial ofertado e o cuidado à saúde prestado aos indivíduos no contexto de suas vidas, a partir de uma abordagem holística (NEWMAN et al., 2007). Resultado similar foi identificado em estudo realizado com nativos americanos (VERNON; JUMPER-THURMAN, 2002), sendo discutida a experiência de prevenção eficaz para o HIV/Aids a partir da aplicação de um modelo de intervenção holístico baseado em conceitos dos nativos. Na Holanda, a abordagem psicossocial também foi alvo para intervenções que visam melhorar a adesão dos pacientes indígenas ao HIV (SUMARI-DE BOER et al., 2012).

A partir de estratégias coerentes com as características específicas da comunidade, é possível superar o desafio de abordar a Aids em um cenário culturalmente diferenciado. Esse desafio perpassa também pelas disparidades em saúde a que populações indígenas estão sujeitas, sendo necessário o aprimoramento da investigação diagnóstica. Nesse aspecto, estudo destaca a importância dessa abordagem em crianças indígenas em virtude dos casos observados de co-infecção TB/HIV em uma tribo brasileira (GAVA et al., 2013). O HIV é um fator de risco endógeno bem estabelecido para a progressão da tuberculose ativa e grupos específicos como as populações indígenas são apontados como aqueles mais comumente acometidos por essa infecção (KARINA; WALTERS; SIMONI, 2009; GAVA et al., 2013; NARASIMHAN et al., 2013).

Intervenções como o aconselhamento precoce do HIV, triagem de pacientes com tuberculose (TB), diagnóstico precoce e o início da ART para indivíduos co-infectados têm sido relatadas como estratégias eficazes na prevenção da TB nos cenários indígenas. Contudo, a gestão de co-infecção TB/HIV representa um enorme desafio em cenários de recursos limitados, a exemplo das tribos indígenas da Indonésia (PONTORORING et al., 2010). No caso específico das comunidades indígenas de Piemont, na Itália, estudo apontou que esse desafio pode tornar-se mais relevante no futuro, haja visto o baixo número de casos de pacientes co-infectados nessa região atualmente (BAUSSANO et al., 2006).

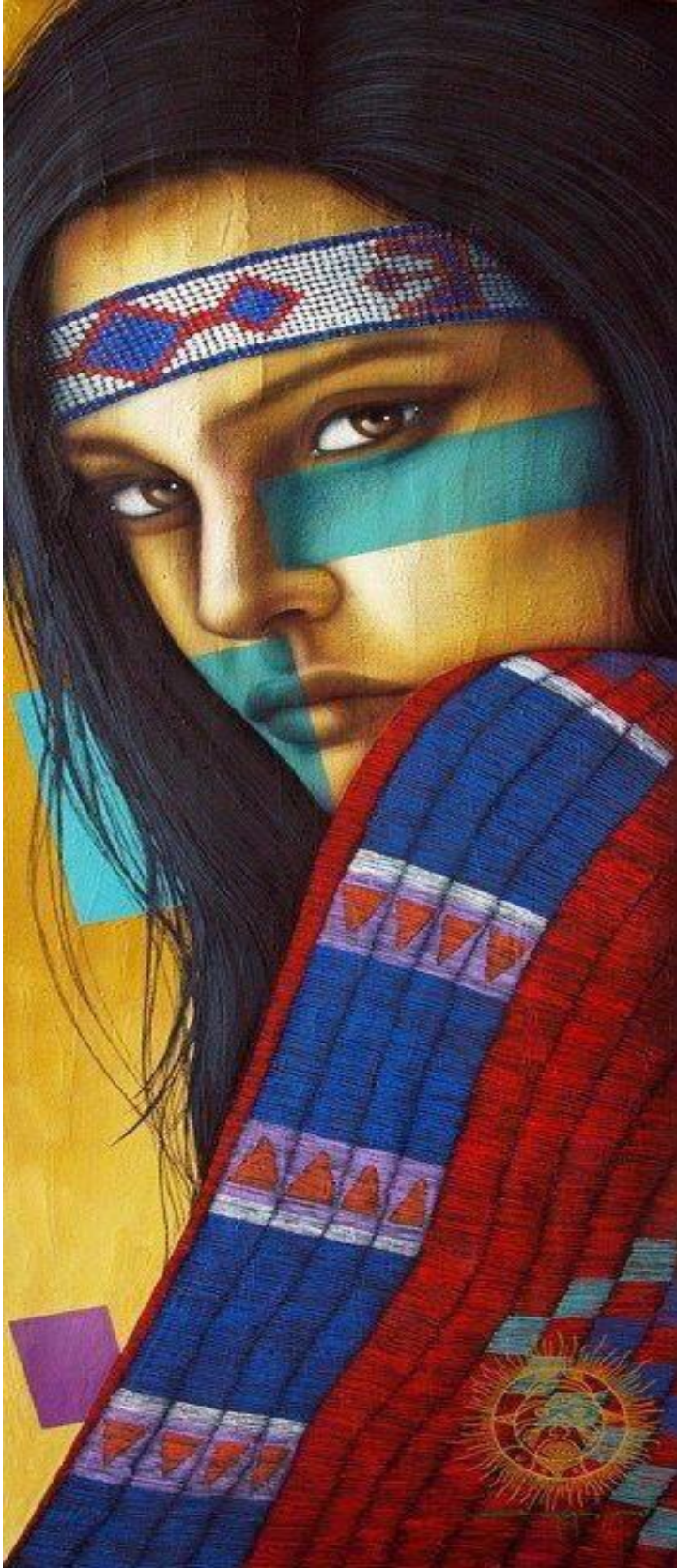
Este estudo permitiu uma maior aproximação ao conhecimento desenvolvido sobre o universo da Aids na população indígena. A questão da sexualidade, demonstrada em todos os textos pesquisados, comprova a influência sociocultural como fator que leva os indígenas a vivenciar experiências que podem aumentar a vulnerabilidade frente ao HIV.

Algumas situações de risco não são exclusivas para os indígenas, mas podem ser vivenciadas mais frequentemente por eles, a exemplo do uso infrequente do preservativo, levando esses nativos a tornarem-se mais expostos ao HIV. Outro ponto a ser destacado é a noção de relacionamento estável, emergindo na ideia de fidelidade como proteção. Assim, associado a um método contraceptivo, o preservativo é desconsiderado como importante durante as relações sexuais.

Os resultados das publicações analisadas dão subsídio para caracterizar as principais situações de risco para contaminação do HIV às quais os indígenas estão expostos. Devido à escassez de estudos envolvendo essa temática no Brasil, a maioria das publicações analisadas abrangeu experiências relativas aos cenários internacionais. O desenvolvimento de estudos direcionados para os aspectos culturais da população indígena e sua sexualidade ainda são incipientes apesar das ações desenvolvidas no tocante a prevenção da doença nessa população serem promissoras. Sugere-se o desenvolvimento de mais pesquisas na perspectiva de preencher essa importante lacuna do conhecimento.

Ante ao exposto, pode-se dizer que este estudo se mostra relevante para subsidiar o conhecimento no campo da enfermagem, sobretudo no que concerne às ações de prevenção dos comportamentos de risco da população indígena, adesão à terapia farmacológica, assistência dos pacientes enfermos, entre outros. Para o profissional da enfermagem, que atua diretamente com essas questões, conhecer as peculiaridades que norteiam o cenário indígena sobre a Aids, clarifica sobre como as crenças indígenas e as construções culturais do HIV/Aids podem ser usadas mais eficazmente em programas de educação, com vistas a minimizar os riscos da população indígena ao HIV/Aids.

4 CONCEITUANDO A PESQUISA



*“Sem os homens certamente
não haveria cultura,
mas, de forma semelhante,
sem cultura não haveria
homens”.*

(GEERTZ, 1980, p. 37)

4.1 Aids: fenômeno biológico e sociocultural

A Aids representa uma grande ameaça à saúde global e os desafios inerentes ao manejo desta pandemia não se restringem ao ponto de vista biológico. Como a sua disseminação está ligada a certos padrões de comportamento humano, sobretudo o comportamento sexual, ela é um fenômeno biológico e sociocultural (AYRES et al., 1999; RIBEIRO et al., 2006). Logo, as ações voltadas ao controle da sua propagação não podem concentrar-se apenas na busca de uma vacina ou cura farmacológica, mas devem considerar os ambientes sociais e culturais em que a doença está inserida e que podem facilitar ou dificultar a sua disseminação (HELMAN, 2009). Assim, entendo que a conceituação desta pesquisa equivale, necessariamente, à criação de um embasamento teórico para discutir a Aids partindo dos enfoques sobre cultura, etnia e mulher. Nessa construção, é importante deixar claro que meu objetivo não foi realizar um levantamento das práticas indígenas diante desta enfermidade nesta ou naquela etnia, mas pensar respostas dadas à doença a partir de sistemas culturais consoantes com os grupos e realidades sociais que os produzem.

Esta visão se consolida a partir da diversidade de grupos étnicos existentes no Brasil e no mundo onde são encontradas diferenças culturais internas com variações intergrupais. Esses grupos detêm diferentes visões de mundo e percebem a realidade de maneira peculiar, sendo esta complexidade o pano de fundo do contexto que articula a Aids e a mulher indígena nesta tese. Tal consideração pode nos servir tanto para uma reflexão em torno das políticas que norteiam as ações voltadas ao controle da Aids na população indígena, como também lançar alguma luz sobre a cultura indígena e os padrões sociais sobre o que é esta enfermidade, além da adoção ou não de comportamentos preventivos por este grupo. Penso esta tese como um estudo a ser lido por uma mulher Potiguara que quisesse aprender mais sobre nós e sobre a nossa visão de seu olhar diante da doença.

É interessante mencionar desde já que o relato acima vai ao encontro de um depoimento ouvido por mim durante a apresentação de práticas bem-sucedidas de HIV/Aids para populações indígenas durante o 10º Congresso de HIV/Aids, ocorrido em novembro de 2015. Na ocasião, uma agente indígena de saúde do Alto Rio Negro mencionou a postura subjetiva do pesquisador e o seu distanciamento do universo sociocultural do grupo.

A passagem acima reflete a preocupação desta pesquisadora em compreender a configuração deste ou daquele traço cultural dos Potiguara e interpretar a maneira pela qual eles tomam lugar no cotidiano desta etnia em tempos de propagação da doença.

Neste preâmbulo, faz-se necessário enfatizar a escassez de publicações que promovam um diálogo entre a cultura indígena, a mulher e a Aids. Destarte, e considerando que há muita incorporação da vida não indígena no cotidiano das mulheres Potiguara, a construção deste referencial teórico servirá de subsídio para avaliar, ao longo da pesquisa, o que foi incorporado ao mundo delas.

4.1.1 Raça versus etnia

O conceito de etnia surgiu, entre outros fatores, para substituir o conceito de raça aplicado aos seres humanos. A ideia de raça humana foi muito difundida até o início do século XX (PEREIRA, 2010). Muito utilizada pelo senso comum, o termo raça tem uma variedade de definições geralmente utilizadas para descrever um grupo de pessoas que compartilham certas características morfológicas (ARAÚJO, 2012).

Acreditava-se que as raças se desenvolveram isoladamente, não havendo espaço para a miscigenação, e que esse desenvolvimento teria ocorrido de modo desigual, causando uma hierarquia entre as raças a partir de ideias etnocêntricas que privilegiavam algumas raças em detrimento de outras. Tais crenças contêm o germe do racismo e da intolerância, restando a algumas raças serem escravizadas ou dizimadas em determinadas áreas em benefício daquela tida como superior. Assim, a ideia de raça ajudou a conformar o pensamento de dominação econômica, social, cultural e política que alguns povos desenvolveram em todos os continentes do mundo (SANTOS et al., 2010b).

Atualmente, a ciência biológica já tem evidências de que raça é um termo não científico que somente pode ter significado biológico quando o ser se apresenta homogêneo, estritamente puro, como em algumas espécies de animais domésticos, porém nunca encontrada em seres humanos (WITZIG, 1996).

Segundo Silva (2016), historicamente o conceito de raça aparece de múltiplas formas para identificar categorias humanas socialmente definidas, a exemplo da cor de pele, tipo de cabelo, conformação facial e cranial, ancestralidade etc. Portanto, a cor da pele, amplamente utilizada como característica racial, constitui apenas uma das características que compõem uma raça. Contudo, um conceito crescente trazido por Santos et al. (2010b) advoga que a cor

da pele não determina a ancestralidade, principalmente nas populações brasileiras, altamente miscigenadas.

A etnia, em substituição à ideia de raça, tem como base as diferenças culturais de um grupo ou sociedade. É um conceito polivalente, que constrói a identidade de um indivíduo resumida em parentesco, religião, língua, território compartilhado e nacionalidade, além da aparência física. Desse modo, não tem base nas questões fenotípicas, mas identificatórias (DEIN, 2006; METEOS, 2007).

Outra menção, trazida por Silva (2016), é aquela descrita por Fredrik Barth sobre identidade étnica, conceito amplo que abrange vários princípios indispensáveis para que haja a atração e a separação das populações. Diante desses princípios (conhecidos e compartilhados pela maioria do grupo), os indivíduos se identificam como iguais, pertencentes ao mesmo grupo, aliados nos momentos de conflito externo, portadores de um mesmo discurso a respeito de temas pertinentes para o grupo e acreditam possuir vários elementos em comum. Ao mesmo tempo, os integrantes do grupo procuram diferenciar-se daqueles que julgam diferentes e marcam a linha divisória entre o “nós” e os “outros”. Tal separação pode ser simbólica, mas definirá até onde é possível avançar sem perder a identidade (ou igualdade) com o grupo.

No Brasil, os povos indígenas constituem uma identidade racial (SANTOS et al., 2010b). Entretanto, em razão das diferentes características socioculturais, os grupos são definidos por etnia. No estado do Amazonas, onde vivem mais de 80.000 índios, existem 65 etnias indígenas (BRASIL, 2009). Apesar do conceito de raça estar muitas vezes associado ao de etnia, os termos não são sinônimos. Enquanto raça engloba características fenotípicas, como a cor da pele, a etnia também compreende fatores culturais, como a nacionalidade, afiliação tribal, religião, língua e as tradições de um determinado grupo (KABAD; BASTOS; SANTOS, 2012).

No caso da população Potiguara, estudos realizados por Moonen (2008) e Simões (2013) apontam que a etnicidade é percebida e internalizada por este grupo a partir de constructos em cuja dinâmica operam impressões dos seus antepassados e adoção de novos papéis que consolidam a identidade coletiva do grupo. Ao entoarem o canto “*sou Potiguara desta terra de Tupã*”, esses indígenas se autodefinem, demarcando uma linha divisória entre eles e os outros, cujos marcadores da diferença simbólica relacionam propriedades invisíveis e características visíveis (HELMAN, 2009). Assim, fazem parte do seu grupo os índios, moradores das aldeias, envolvidos na luta de retomada de suas terras, com dificuldades

semelhantes (pobreza), hábitos parecidos (benzeção, garrafadas, dança do Toré) e fortes laços de convívio (parentes).

Contudo, outros elementos que não fazem referência à sua indianidade também conferem alteridade ao grupo, por exemplo, o acesso à língua portuguesa, à religião católica, à alimentação, ao vestuário, à habitação, à política e a outros setores da cultura regional. Nota-se nesta conjuntura como a ideia de etnia denota atributos do território compartilhado. Então, cabe a pergunta: de que forma o contexto cultural colabora para a consolidação da identidade étnica dos Potiguara? Tal perspectiva vai ao encontro da nossa próxima discussão.

4.1.2 O contexto cultural

Na perspectiva de fomentar as discussões sobre Aids no contexto cultural, buscamos apresentar sinteticamente apontamentos sobre cultura como conceito basilar da Antropologia. Esse conceito foi clarificado pela primeira vez por Edward Tylor, constituindo o maior avanço da Antropologia na primeira metade do século XX. Nos escritos de Helman (2009), Tylor (1871) define a cultura como um complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, leis, costumes ou qualquer hábito adquirido pelo homem como membro de uma sociedade. Isto converge com outras definições trazidas por Langdon e Wiik (2010), ao afirmarem que cultura pode ser definida como um conjunto de elementos que mediam qualquer atividade física ou mental compartilhada por diferentes atores sociais, incluindo valores, símbolos, normas e práticas sociais vigentes.

Para Helman (2009), a cultura pode ser compreendida como uma “lente” herdada através da qual o indivíduo percebe e interpreta o mundo em que habita e aprende a viver dentro dele. Esta analogia também se verifica no texto de Laraya (2009), sobretudo quando reitera que indivíduos de culturas diferentes usam lentes diversas e desenvolvem visões desconstruídas dos fenômenos. Crescer dentro de uma sociedade é uma forma de *enculturação* ou *endoculturação*, na qual gradativamente o indivíduo adquire a sua “lente”. Segundo Laraya (2009), *endoculturação* significa interiorização, assimilação, apropriação, absorção, aprendizagem. Assis e Nepomuceno (2008) fazem referência a este termo como um processo por meio do qual os indivíduos aprendem o modo de vida da sociedade em que nascem, adquirem e internalizam um sistema de valores, normas, símbolos, crenças e

conhecimentos. Após terem internalizado seu padrão cultural, os indivíduos continuam em processo de transformação, não apenas porque a sociedade e o homem são dinâmicos, mas também porque existe o contato entre as culturas, que trocam ou fundem seus modos de vida, configurando um processo denominado *aculturação*.

A partir da premissa de que qualquer sistema cultural está num contínuo processo de modificação, a mudança cultural pode partir do próprio sistema cultural (mudança interna) ou do contato de um sistema cultural com outro (mudança proveniente de causas externas). Por ser este processo mais impactante nas sociedades humanas, merece atenção por parte dos antropólogos. Como aponta Laraya (2009), o conceito de *aculturação* atinge o meio acadêmico desde o início do século XX, mas passa a ser amplamente difundido nos anos 1950. Ele cita como marco teórico o *Estudo de aculturação dos grupos indígenas brasileiros*, apresentado por Eduardo Galvão na I Reunião Brasileira de Antropologia, em 1953.

O processo de *aculturação* pode ocorrer em todas as suas formas de representação, sendo mais comumente visto quando se trata do plano material da cultura. De fato, não é tão fácil mudar o gosto alimentar, a religião, trocar os valores ou os mitos. Porém, na era digital instrumentalizada pela informática e pela internet, não há tantos problemas em aceitar com facilidade o computador de última geração ou o modelo recém-lançado de aparelho celular, embora o relacionamento previamente íntimo de sua cultura torne-se mais fraco à medida que são assimiladas outras ideias e costumes (COELHO, 2004). Neste caso específico, valho-me aqui de um registro trazido por Gerlic e Zoetl (2011) quanto ao uso de internet nas aldeias Potiguara:

Muitos podem pensar que o contato com as novas tecnologias, entre elas a internet, nos torne “menos índios”, e também nos distancie da nossa cultura, mas a meu ver isso não ocorre. Esse pensamento existe porque as pessoas ainda têm em mente um estereótipo de índio do passado, aquele que andava nu e vivia no mato, e nos ver hoje, com as mudanças pelas quais passamos, incomoda. Como seria se ficássemos alheios a tudo, o mundo evoluísse e nós permanecêssemos intactos? Resposta simples: seríamos engolidos por essa onda chamada globalização. O intuito de estarmos cada vez mais buscando saber e nos apropriar das tecnologias da “sociedade globalizada” é de conseguir mecanismos para lutar pelos nossos direitos, conhecer tudo o que nos cerca e dessa forma preservar o nosso modo de vida e o nosso território (GERLIC; ZOETTL, 2011, p. 17).

Segundo os autores, a internet permite que os Potiguara estejam mais conectados com a sociedade ao seu redor, tomando conhecimento de tudo o que acontece fora das aldeias,

além de estabelecer uma relação mais próxima com outros povos indígenas. Esse meio interativo também é um instrumento de divulgação da história e cultura Potiguara e de denúncias das situações de descaso dos poderes públicos contra esse grupo. Assim, conforme assinala Pfeffer (2013), a internet permite uma aproximação inequívoca e global de diferentes culturas. Por conviver em um mundo sem fronteiras físicas e de comunicação, as culturas devem aprender a dialogar, cada qual com seu aporte específico.

Culturas interagem, convivem e se fundem livremente a partir do que chamamos de *sincretismo*. Contudo, na maioria das vezes, o diálogo intercultural tem variado do *etnocentrismo*, gerador de numerosos conflitos sociais, até o *relativismo cultural*, com sua maneira demasiadamente ampla através da qual a sociedade moderna define suas ideias (CARDEL, 2013).

Ver o mundo através do prisma de sua própria cultura leva o indivíduo a considerar o seu modo de vida como o mais correto, a sua única expressão legítima. Tal comportamento etnocêntrico resulta em apreciações negativas dos padrões culturais de povos diferentes (PFEFFER, 2013). Ao tomar como exemplo a mestiçagem cultural brasileira, historicamente esse processo não foi democrático e os brancos tentaram eliminar a cultura negra e indígena. Em uma das reflexões recentes sobre a noção de interculturalidade, Candau (2012) evoca que os povos tidos como mais primitivos têm uma forte rejeição etnocentrista dos povos circunvizinhos. O hibridismo cultural resultante dessa relação foi a maneira pela qual as culturas dominadas sobreviveram.

As releituras de Cardel (2013) vêm afirmar a positividade das diversas culturas e dissipar o preconceito etnocentrista, a partir do *relativismo cultural*. Tal tendência é uma posição muito difundida no mundo moderno, trazendo à tona discursos em torno do "pluralismo", "tolerância" e "aceitação" que passaram a assumir novos significados à medida que os limites da cultura têm se expandido.

Assis e Nepomuceno (2016) descrevem que, sem a cultura, possuímos apenas a nossa primeira natureza: a biológica – somos “homens”, considerando a classificação das espécies animais. Aos olhos desses autores, a natureza humana resulta do aprendizado cultural e, por conseguinte, é responsável pela diversidade humana. Logo, nós nascemos homens, mas o que nos torna humanos é a cultura.

O que confere unidade ao homem é a sua aptidão à variação cultural. Aquilo que os seres humanos têm em comum é a sua capacidade para se diferenciar uns dos outros, elaborar

costumes, línguas, modos de conhecimento e comportamento profundamente diversos. Portanto, ser capaz de se diferenciar é o que é natural no homem (LAPLANTINE, 2003).

Dessa maneira, abre-se aqui um parêntese, a fim de registrar a diferença entre o orgânico e o cultural trazida pelo autor supracitado. É notório que o homem depende do seu equipamento biológico para se manter vivo, tendo de satisfazer as suas funções vitais (alimentação, sono, atividade sexual etc.), independentemente do sistema cultural a que pertença. Tais funções são inerentes a toda a humanidade, embora a maneira de satisfazê-las possa variar de uma cultura para outra. Logo, o fator biológico é importante, mas não determinante. A herança genética não produz ações e pensamentos, pois os atos dependem de um processo de aprendizado.

Desde o Iluminismo que se difundiu a ideia de *endoculturação* ou socialização na produção do comportamento humano e a consequente anulação dos instintos. Se não fosse assim, toda a humanidade agiria igualmente nas mesmas situações. Exemplo disto é pensar o instinto materno diante de casos de infanticídio praticado por mulheres da etnia Tapiraté, tribo Tupi do Norte de Minas Gerais. Por desconhecer quaisquer técnicas abortivas ou anticoncepcionais, essas mulheres são obrigadas, por suas crenças, a matar todos os filhos após o terceiro, sendo a prática considerada normal entre elas. A partir desse exemplo, o instinto materno foi ofuscado pelos padrões culturais do grupo, pois, em razão deles, as mulheres indígenas passam a pensar e se comportar (LARAYA, 2009).

Isto fica evidente se considerarmos o texto de Geertz (1989) a partir de Langdon e Wiik (2010). Para os autores, a cultura é aprendida, compartilhada e padronizada. O homem é herdeiro de um processo acumulativo de conhecimento e experiência adquirido no meio cultural em que foi socializado. Os conteúdos e atribuições simbólicas são padronizados a partir de interações sociais concretas dos indivíduos que compartilham, comunicam e replicam seus princípios e valores culturais.

Em uma perspectiva histórica, pode-se dizer que o desenvolvimento da cultura ocorre em paralelo com o desenvolvimento do próprio equipamento biológico. Tal explanação foi formulada por Laraya (2009), a partir de diversas explicações de natureza física e social sobre a origem da cultura. Diante das explicações de natureza física, o homem adquiriu cultura a partir do momento em que o seu cérebro desenvolveu a inteligência humana, como nível máximo de complexidade em resposta a estímulos neuroevolutivos, a exemplo das habilidades manuais e do bipedismo. Do ponto de vista social, Lévi-Strauss considera que a cultura apareceu no momento em que o homem convencionou a primeira regra, a proibição do

incesto, comportamento comum a todas as sociedades humanas proibindo a relação sexual de um homem com categoria de mulheres como mãe, filha e irmã (PONTES, 2004).

Nessas teorias, a cultura apareceu de repente, como um salto da natureza para a humanidade, também chamada de ponto crítico. Nessa linha de pensamento, seguiram também alguns pensadores católicos que atribuíam a aquisição da cultura no momento em que o homem recebeu do Criador uma alma imortal (LARAYA, 2009).

Em seu artigo *Transição para a humanidade*, Geertz (1980) contradiz essas afirmações, mostrando que o salto da natureza para a cultura foi contínuo e lento, além do fato de que ambos ocorreram simultaneamente, sendo o homem não apenas o produtor da cultura, mas também o seu produto.

Uma das tarefas da Antropologia moderna é reconstruir o conceito de cultura. Com base no texto de Laraya (2009), foi extraído o conceito de cultura de vários antropólogos: Leslie White, W. Goodenough, Claude Lévi-Strauss, Clifford Geertz e David Schneider, a partir de suas respectivas teorias. A teoria do sistema adaptativo reforça a ideia de que o homem deve manter uma relação adaptativa com o meio circundante para sobreviver. Logo, o processo de mudança cultural equivale à seleção natural.

Temos, ainda, as teorias idealistas de cultura, englobando três abordagens: cultura como sistema cognitivo, como sistemas estruturais e como sistemas simbólicos. Na primeira abordagem, a cultura é concebida como tudo aquilo que alguém precisa conhecer e aceitar para operar de maneira aceitável dentro de sua sociedade. Na segunda abordagem, a cultura é uma criação acumulativa da mente humana. Na última abordagem, os símbolos e significados são partilhados pelos membros de um sistema cultural entre eles, mas não dentro deles. As pessoas sabem o que fazer em determinadas situações, mas nem todos sabem prever o que fariam nessas situações. Existe, portanto, uma diversidade e unidade englobadas pelo fenômeno cultural (LARAYA, 2009).

Estudar a cultura é, portanto, investigar um código de símbolos, cuja interpretação será sempre complexa e contínua, exigindo de nós uma incansável reflexão, pois a compreensão exata do conceito de cultura significa a compreensão da própria natureza humana (ASSIS; NEPOMUCENO, 2016).

Nas palavras de Langdon e Wiik (2010), o ser humano está apto a se socializar em qualquer cultura existente. Esta amplitude de possibilidades será limitada pelo contexto real e específico onde ele vive, aprende e replica padrões ideais de comportamento e, a partir dessa

interação social cotidiana, as ações ganham sentido e são valoradas pela cultura, reforçando o porquê fazer. Tal esclarecimento tem especial importância, pois os comportamentos são tão variados quanto a multiplicidade de culturas humanas encontradas no mundo. Para Pfeffer (2013), ao se deparar com os costumes presentes em outras culturas, deve-se tentar entender sua motivação e se desvencilhar da compreensão etnocêntrica, que tende a considerar nossos próprios valores e visões de mundo, e não os do outro.

As teorias interculturais do antropólogo norte-americano Edward T. Hall, citadas por Helman (2009), propuseram a existência de três níveis diferentes de cultura. Os níveis primário e secundário são aqueles mais profundos e difíceis de observar, cujas regras são implícitas e inconscientes, obedecidas pelos indivíduos e raramente mencionadas. Envolvem crenças e padrões que constituem a “gramática cultural” daquele grupo, conhecida somente por eles. O nível terciário de cultura é a “fachada” apresentada ao mundo, a cultura manifesta pelos rituais, trajes, culinária etc. O nível manifesto é o mais fácil de observar e manipular, comparados aos mais profundos, que se mostram mais estáveis e resistentes às mudanças.

A visão moderna da cultura destaca a importância de considerá-la inserida em seu contexto particular. Para Helman (2009), esse contexto é composto por uma série de fatores econômicos, sociais, políticos e geográficos que também exercem importante influência sobre crenças e comportamentos. Logo, a cultura de origem, ou na qual o homem vive, nunca é a única influência. De fato, elementos de ordem individual (gênero, personalidade), educacional (educação formal ou informal), econômica (pobreza, desemprego, discriminação) e ambiental (moradia, serviços de saúde) também influenciam a cultura de um grupo, sendo impossível isolar as crenças e os comportamentos culturais “puros” do contexto social e econômico em que eles ocorrem. Por exemplo, as pessoas podem agir de modo particular (não ir ao médico quando adoecem) não porque seja parte de sua cultura, mas porque simplesmente são pobres demais para agir de outra forma. Portanto, pensar a saúde e a doença em um contexto culturalmente diferenciado é considerar todo esse conjunto, e não apenas interpretar as más condições de saúde como resultado exclusivo de sua cultura.

Outro ponto crucial nessa discussão é que as culturas não são homogêneas, nem tampouco estáticas (LARAYA, 2009). Elas são influenciadas por outros grupos humanos em torno delas e estão em processo de adaptação e mudança. Na etnia Potiguar, tal realidade se mostra corriqueiramente. Embora a população Potiguar possua suas próprias tradições culturais exclusivas, elas também incluem, dentro de suas fronteiras, turistas, minorias religiosas e populações não indígenas, cada um portador de sua própria cultura e visão de

mundo. Assim, grande parte desse grupo vive o processo de *aculturação* enquanto incorporam alguns dos atributos culturais da sociedade não índia.

Os índios Potiguara têm contato intenso com a sociedade no seu entorno. Suas vidas cotidianas manifestam a apropriação de objetos, valores e práticas da cultura popular, incluindo as de alimentação, saúde e religião (BARCELLOS, PAIVA, 2002). Diante disso, a identidade étnica deste grupo transcende seus aspectos culturais, não envolvendo somente aspectos internos dessa cultura. Ao contrário, é particularmente envolvida pelas interações do grupo com o mundo ao seu redor.

O índice de parentesco entre os Potiguara é grande, bem como a semelhança nas trajetórias de vida. A grande maioria da população nativa nasceu, viveu, casou e criou seus filhos na comunidade, exercendo ali atividades profissionais como pescadores ou pequenos agricultores (MOONEN, 2008). Essas condições que historicamente compartilham, aliadas à própria localização geográfica das aldeias, possivelmente influenciam suas relações sociais e o modo como percebem a saúde, a doença, a morte, as práticas de prevenção e cura.

No cuidado com o bem-estar físico, os Potiguara adotam quase sempre, num primeiro momento, recursos que lhes são mais próximos e mais congruentes com suas representações de saúde-doença, os produtos que encontram na natureza, através da fitoterapia indígena. A essas práticas, podem ou não associar recursos da medicina ocidental (MACIEL; OLIVEIRA; MELO, 2012). Este conhecimento de usar plantas e ervas como remédio é um traço da identidade cultural deste grupo, passado de pai para filho ao longo dos anos (GERLIC, ZOETTL, 2011).

Tanto a fitoterapia Potiguara como a figura do pajé e das benzedeiras, contraparte simbólica dos Potiguara, representam o que Langdon e Wiik (2010) chamam de *sistemas culturais de saúde*. Escrevem os autores que os sistemas de atenção à saúde são culturais, consonantes com os grupos e realidades sociais, políticas e econômicas que os produzem e replicam. Não existe uma oposição a priori entre os *sistemas culturais* e a biomedicina. Um estudo realizado por Langdon e Diehl (2007) tem demonstrado exatamente o contrário, ou seja, que os índios reinterpretam, ressignificam e se apropriam de elementos e práticas da medicina ocidental.

Destarte, o sistema de atenção à saúde biomédico deve também ser considerado como um sistema cultural. Logo, as interpretações e intervenções sobre os fenômenos mórbidos – operados tanto por parte dos indivíduos/pacientes quanto os observados e tratados pelos

profissionais de saúde, formados no sistema biomédico – devem ser analisadas e balizadas pelo conceito de *relativismo cultural*, evitando, assim, a tomada de posturas e análises etnocêntricas por parte desses profissionais e teóricos (LANGDON, WIIK, 2010).

A experiência da doença é moldada culturalmente, o que determina a maneira como o indivíduo a percebe e busca superá-la (COSTA; GUALDA, 2010; GARNELO, WRIGHT, 2001). Ancorados nesses autores, podemos dizer que aprendemos a ficar doentes de acordo com o nosso meio social, que influencia diretamente a forma como sentimos as doenças, expressamos seus sintomas e utilizamos os recursos de prevenção e cura à nossa disposição.

Ao longo desses apontamentos, vimos articuladas algumas aproximações sobre cultura de caráter geral, implicando a compreensão e análise crítica das dimensões da vida social dos Potiguara permeadas pela cultura, que confere sentido a essas experiências no tocante à Aids. Nessa perspectiva, traçaremos, a seguir, algumas considerações sobre o universo feminino desse grupo.

4.1.3 Mudança do papel social da mulher Potiguara

Com participação ativa em sua comunidade, a mulher Potiguara oferece grandes possibilidades de estudo para a compreensão do universo desta etnia no contexto da Aids. Conforme exposto, a mulher Potiguara é fortemente envolvida nas questões da comunidade, como escola, educação e saúde, além de ser também provedora do sustento da família (OLIVEIRA et al., 2014). Segundo Gerlic e Zoettl (2011), as índias Potiguara se enxergam como responsáveis pela continuidade do seu povo. Começaram a sair das cozinhas de suas casas e a trabalhar juntamente com as lideranças. Elas não escondem as cicatrizes da opressão e do preconceito por parte dessas lideranças, representadas por homens que não viam com bons olhos a entrada delas no movimento indígena. Insistentes no objetivo de ajudar sua comunidade, elas passaram a frequentar as reuniões, participar mais do Toré, envolver-se na política partidária e representar suas aldeias.

Esse quadro de “visibilidade” da mulher Potiguara surgiu no momento em que valores ocidentais de igualdade e individualidade foram desejados e conquistados a partir de consensos internos do grupo. Isto alterou o modo de constituição da relação familiar, da relação homem-mulher e da maneira pela qual as mulheres indígenas se percebem como

sujeitos sociais, políticos, e não apenas como instrumento de uso (BARCELLOS; PAIVA, 2002). A força da mulher Potiguara é vista de diversas formas. Na biografia Potiguara, figuras como Claudécir Braz, Itajaciana e Maria Soares Gomes (comadre) são exemplos de representações legais da etnia no campo das lideranças locais, políticas e sociais (GERLIC; ZOETTL, 2011).

Pensar a mulher Potiguara e o seu papel social nos remete à assertiva “Não se nasce mulher, torna-se mulher”. Com esta frase, Simone de Beauvoir constrói um marco para se pensar os impactos do feminismo na sociedade e na releitura dos estigmas culturais a partir de sua obra mais famosa, intitulada: *O segundo sexo*. (SANTOS et al., 2010b). Esta assertiva possivelmente é a maior de todas as provocações que o feminismo pode trazer à revolução do pensamento social e político do último século.

Em outros cenários indígenas trazidos por Verdum (2008), o papel da mulher é, em grande medida, secundário e desvalorizado. Ela ocupa um espaço “acanhado”, enquanto o homem toma um lugar de prestígio, poder e maior conhecimento sobre as questões materiais e espirituais. Desta relação desigual, resulta a violência de gênero como um fenômeno aceito socialmente, sendo inclusive um dos elementos da reafirmação e da manutenção da supremacia masculina.

Junqueira (2002) relata uma situação muito específica em que a violência do marido contra a esposa é quase uma praxe social: quando este a flagra em adultério. Apesar de a punição ser extremamente severa em muitos casos para a mulher, isto não a impede de praticá-lo, em grande medida por conta dos mesmos motivos pelos quais Simone de Beauvoir mostra que a mulher o praticava e pratica: por ser uma das únicas formas de resistência, libertação e até mesmo vingança do gênero feminino em sua situação de subordinação em diversas situações sociais e históricas (BEAUVOIR, 1970).

Embora a situação de subalternização do gênero feminino nestas sociedades indígenas seja retratada pelos relatos de Verdum (2008), seus escritos não desconsideram as diferentes formas de resistência da mulher frente à superioridade masculina, bem como seu importante papel desempenhado na sociedade. Dentre elas, destaco a grande autonomia da mulher índia em relação ao controle não só reprodutivo como social, principalmente na educação dos filhos, desempenhando papel fundamental **“de garantir a existência e a continuidade dos potiguara”** (GERLIC; ZOETTL, 2011, p. 06. Grifo meu).

Na leitura do sociólogo Gilberto Freyre, as mulheres indígenas contribuíram também com sua cultura e desejos sexuais na formação da sociedade e da cultura do Brasil. Nesta interpretação, as mulheres indígenas foram ditas pelo olhar colonizador e patriarcal, que as nega enquanto sujeitos e generaliza as experiências e os diferentes papéis das mulheres nas sociedades nativas (FERNANDES, 2015). No campo da sexualidade, instituiu-se entre os indígenas a moral e os costumes dos brancos colonizadores no âmbito das práticas sexuais, buscando a todo custo introduzir a tradição da monogamia e a heteronormatividade como padrão.

Do ponto de vista do comportamento sexual, espera-se que as mulheres sejam castas, fiéis e puras no casamento. Porém, elas podem ser colocadas em risco pelo comportamento dos maridos (DABHOIWALA, 2013). Nesses papéis de gênero estritamente definidos, o machismo se mostra em certas atitudes culturais que encorajam os homens a ter múltiplos contatos sexuais. Em oposição, as mulheres seguem o rito da subordinação e obediência aos maridos. Na etnia guarani, a mulher virtuosa não peca, é imaculada, não tem desejos sexuais e foge das tentações (ROZIN et al., 2009). Esses autores salientam também que a mulher com iniciativa sexual é considerada armadilha do demônio, tendo em vista que são em seus corpos que se reproduzem e se representam os deuses e a sociedade.

A condição feminina como via de atrair desgraças para a comunidade foi mencionada no estudo de Garnelo e Whright (2001). No Alto Rio Negro, atribui-se exclusivamente às mulheres a veiculação de Infecções Sexualmente Transmissíveis para dentro das áreas indígenas, em virtude do contato mais frequente dessas mulheres com parceiros não índios. A circulação de homens também se dá em diversos níveis, mas não é vivenciada como ameaça à coesão grupal, tal como é vista a movimentação feminina. Trata-se de um discurso subordinado pelo sentimento de ameaça à integridade grupal pela usurpação da mulher, matriz da vida humana, pelo branco. Outras reflexões sobre gênero enaltecem o papel da mulher indígena, especialmente no campo do trabalho, poder e participação política, e não é raro encontrar esse tipo de perspectiva nos relatos etnográficos dos Potiguara (SIMÕES, 2013).

A identidade de grupo se constrói através de diferentes elementos que dão significado à vida e determinam como o indivíduo se envolve socialmente. Aspectos como gênero, etnia, religião, sexualidade se entrelaçam e influenciam na forma como o indivíduo se identifica e se reconhece. A identidade da mulher indígena se constrói, desta forma, segundo estes diferentes elementos e a etnia, sem dúvida a mais determinante, pode, por vezes, entrar em conflito com

a dimensão de gênero, bem como com as transformações desencadeadas pelo contato da sociedade indígena com agentes externos (SILVA, 2005).

Pensemos, como exemplo, na mulher Potiguara e nos novos papéis sociais que esse grupo tem conquistado dentro e fora das aldeias, assumindo funções como vereadora e cacique, papéis historicamente representados pela figura masculina. Ainda que esta condição aflore conflitos dentro do seu próprio grupo, as mulheres desta etnia têm galgado caminhos emancipatórios a partir do momento que passam a interagir com outros contextos e adquirir novos valores e conhecimentos (SIMÕES, 2013). O ponto chave aqui é compreender que foram essas as condições que tornaram possível a (re)invenção de uma identidade da mulher Potiguara, afirmando-se, ao mesmo tempo, para além de categorias como *mulher* e *indía*, e superando dicotomias como masculino x feminino.

O fato de existir um papel social que se espera da mulher índia, consolidado historicamente, leva-me a indagar se os novos papéis assumidos pelas mulheres Potiguara não contradizem a própria identidade étnica desse grupo. Em alguma medida, o olhar reflexivo de Helman (2009) sobre os contextos culturais me instigou também a outro questionamento que merece ser enfrentado de forma mais crítica. Vejamos: o referido autor retrata o cenário indígena como um espaço no qual as mulheres alcançam status social e recursos mediante o casamento e a geração de filhos, sendo evidente a pressão social para que as mulheres indígenas demonstrem a sua fertilidade. Diante disso, fico a me indagar se o uso do preservativo não seria um risco alto para essas mulheres, mesmo em tempos de Aids. Seguiremos em busca de respostas.

Para tanto, além dos apontamentos e interrogações apresentadas, menciono outros estudos que descrevem as atitudes em relação ao uso do preservativo nas comunidades indígenas (NÓBREGA et al., 2015; GARNELO; WRIGHT, 2001). Os homens, em sua maioria, rejeitam o uso do preservativo em virtude da crença sobre o seu efeito de reduzir a sensação sexual, levando-os a assumir o risco de contaminação como mais um comportamento de risco adotado por eles. As mulheres, por sua vez, relutam em requerer o uso do preservativo, pois tal comportamento pode ser visto como muito ousado para elas no quesito da sexualidade. O uso do preservativo também pode ameaçar a sobrevivência da relação, principalmente por sugerir que elas não confiam no parceiro sexual. Um outro aspecto importante é o diferencial de poder – físico, social e econômico – entre as mulheres e os homens. As mulheres mais jovens e mais pobres não se sentem capazes de resistir à pressão dos homens para não usar preservativo. Os aspectos citados são reveladores de uma

concepção ocidental que foi incorporada pelas mulheres indígenas, sendo particularmente verdadeira no cenário potiguara (PINHO, 2015; RIBEIRO, 2016).

Assim, percebemos que a pronta disponibilidade de preservativos aliada a um conhecimento maior sobre Aids não resulta na diminuição do comportamento sexualmente arriscado. Faz-se necessário compreender que simplesmente visar grupos de pessoas com maiores chances de praticar comportamentos de alto risco sem mudar o ambiente social no qual elas vivem provavelmente não será efetivo. Isto inclui a pobreza e a desigualdade sexual (HELMAN, 2009).

Mediante o exposto, por se tratar de um grupo populacional vulnerável e devido à sua condição histórica e social, as mulheres indígenas merecem uma atenção especial no enfrentamento da Aids, com vistas a ações de saúde preventivas, respeitando e reestabelecendo principalmente seus valores culturais. Desde a implantação do Programa de Controle e Prevenção da Aids na Saúde Indígena, no final dos anos 1980, são poucas as reflexões sobre os conceitos-chave e sua práxis em contextos interculturais: atenção diferenciada, participação e controle social, além da adoção de abordagens que considerem a mulher em sua dimensão sociocultural. Este último, mais precisamente, daria um salto qualitativo em direção à formulação de propostas de novas políticas públicas que tenham como foco a mulher indígena para um efetivo controle da doença.

5 CAMINHOS TRAÇADOS



“Tudo que fere a terra, fere também os filhos da terra. O índio é filho da terra. A terra é a nossa vida e a nossa liberdade. Os grandes senhores da terra não compreendem o povo índio, porque os grandes senhores da terra escravizam a terra”.

(CARVALHO, 1980, p. 89)

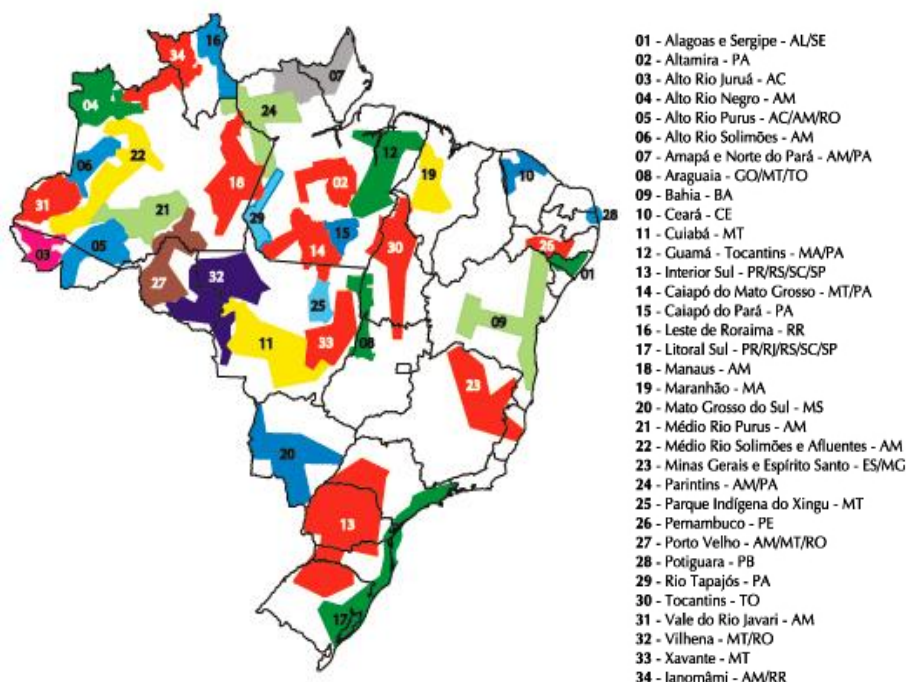
5.1 Desenho do estudo

Com vistas a uma apreensão mais abrangente do objeto de estudo, optei pela pesquisa mista, a partir de uma abordagem quanti-qualitativa. No referido estudo, sobretudo quando se trata de analisar a Aids sob o olhar de mulheres Potiguara, a noção de uso das duas abordagens em conjunto permite o encontro com as caracterizações, simultaneidades, conflitos e consonâncias expressas no cotidiano desta etnia. A justaposição dos conceitos lhes confere ainda contornos de uma pesquisa de campo, exploratória e descritiva, subsidiada nas aproximações teóricas sobre cultura, etnia e mulher.

5.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada em três aldeias indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Potiguara, localizadas no município de Rio Tinto-PB, a saber: aldeia Mont-Mór, aldeia Jaraguá e aldeia Silva de Belém. Dentre elas, apenas esta última se encontra em área rural e apresenta maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, além de uma pobreza mais prevalente. A escolha das referidas aldeias se deveu ao fato de elas constituírem cenários de práticas vivenciados pela pesquisadora ao longo de cinco anos de trabalho como fisioterapeuta na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). O DSEI Potiguara é um dos 34 DSEIS distribuídos pelo Brasil, constituindo o chamado DSEI 28 (FIGURA 1), que integra o atual modelo de assistência à saúde voltado a essa população.

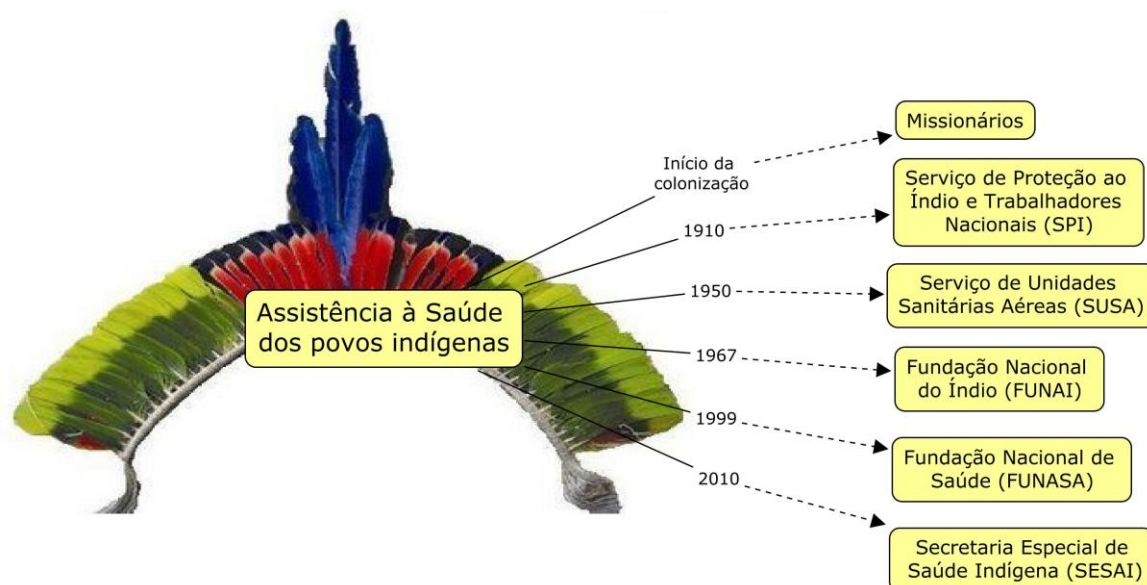
Figura 2 – Mapa de localização dos DSEIs no Brasil.



Fonte: BRASIL (2003).

Integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde indígena vem conquistando visibilidade social e política nas esferas públicas brasileiras, diferentemente da realidade de outrora. A assistência à saúde dos povos indígenas é historicamente conflituosa e caracterizada por debilidades operacionais. Contudo, perspectivas de avanço nesse processo surgiram a partir do espaço para novas configurações demandadas pela população indígena de modo a criar uma estrutura diferenciada da rede de serviços de saúde. O registro desse processo histórico é elucidado a seguir (FIGURA 2), na perspectiva de auxiliar o entendimento dos avanços referentes ao desafio de se estabelecer um sistema de saúde pautado na equidade e justiça para os povos indígenas, com a concretização de direitos conquistados na Constituição de 1988.

Figura 3 – Histórico da assistência à saúde dos povos indígenas.



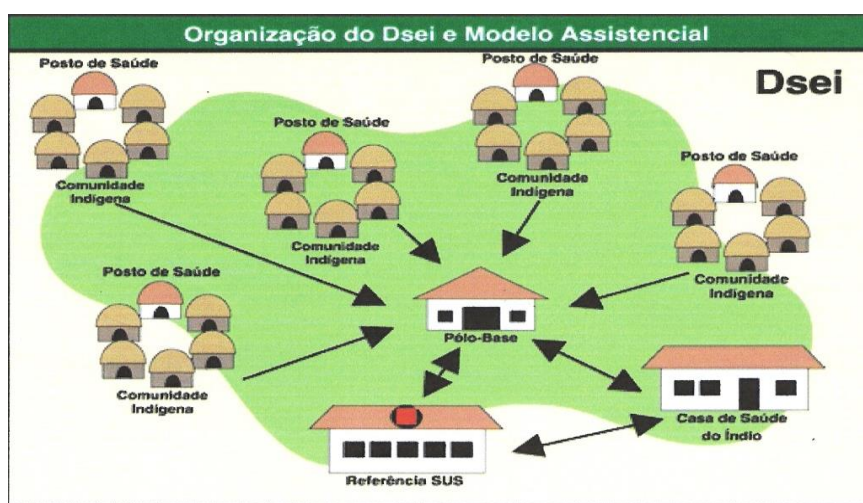
Fonte: Nóbrega (2007).

O processo de implantação do subsistema de saúde indígena foi um marco na conjuntura histórica dessa população e resultou em um plano de organização de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas para atendimento de toda a população indígena brasileira. Os DSEIs caracterizaram-se como unidades organizacionais estabelecidas a partir de uma população e território definidos por critérios socioculturais, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços, contando com uma rede de assistência própria nas terras indígenas, capacitada para as ações de atenção básica à saúde e articulada com a rede regional para procedimentos de média e alta complexidade (BRASIL, 2015b).

A rede de serviços tem como base de organização serviços de saúde nas aldeias. Cada aldeia/comunidade conta com a atuação do Agente Indígena de Saúde (AIS), cujas atividades estão vinculadas a um posto de saúde. Seguindo o fluxo de organização dos serviços de saúde, essas comunidades contarão com outras instâncias de atendimento, os polos-base (FIGURA 3). Estes se constituem na primeira referência para os AIS que atuam nas aldeias. Cada polo-base cobre um conjunto de aldeias e sua equipe. Além de prestar assistência à saúde, realiza a capacitação e supervisão dos AIS. Os polos-base estão estruturados como Unidades Básicas de Saúde (UBS), com atuação de equipe multidisciplinar (BRASIL, 2003).

Além das unidades de referência do SUS, existem ainda as Casas de Saúde do Índio, localizadas em municípios de referência. Trata-se de locais de recepção e apoio ao índio, que vêm referenciados da aldeia/polo-base, cuja função é agendar os serviços especializados requeridos, continuar o tratamento após alta hospitalar até que o índio tenha condições de voltar para a aldeia, dar suporte a exames e tratamento especializado, em articulação contínua com o DSEI (BRASIL, 2003).

Figura 4 – Estrutura organizacional do DSEI e do modelo assistencial.



Fonte: BRASIL (2003).

A rede de serviços básicos de saúde no DSEI Potiguar é articulada com o SUS e com os municípios de Rio Tinto, Marcação e Baía da Traição, reunindo seis Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), atuando a partir dos três polos-base. Essas equipes são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de consultório dentário, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, AIS, entre outros (NÓBREGA et al., 2010).

Os pacientes soropositivos são acompanhados pelas EMSI e contam com a assistência do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), além do Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF), que constitui a unidade de referência estadual. Nesses locais, realiza-se diagnóstico sorológico. O acompanhamento dos casos confirmados como soropositivos é realizado no CHCF e SAE materno-infantil do Hospital Universitário Lauro Wanderley, no caso específico de gestantes soropositivas.

Atualmente, existe um amplo acesso aos testes rápidos que são realizados nos postos de saúde, obrigatório para as gestantes. As equipes são orientadas a incluir na programação mensal do posto de saúde um dia voltado para a realização do teste rápido para diagnóstico do HIV, que são divulgados previamente na comunidade, sendo observada grande demanda de usuários para este fim. No entanto, a coordenação local refere dificuldades na abordagem e acompanhamento dos pacientes soropositivos, em virtude da discriminação sofrida diante do diagnóstico da doença. Foi citado que os pacientes se negam a serem abordados em seu domicílio, pois a visita da equipe já é um sinal de que existe alguém com alguma patologia, e em se tratando da pessoa específica da área para abordar o HIV, seria uma divulgação explícita para a comunidade de que alguém daquele domicílio se encontra infectado.

5.3 Universo empírico do estudo

5.3.1 Participantes do estudo

A população estudada foi composta por mulheres indígenas de 18 a 65 anos. O cálculo amostral baseou-se na totalidade de mulheres nessa faixa-etária residentes nas aldeias do município de Rio Tinto-PB, cenário da referida pesquisa (N=739), o qual admitiu um nível de significância de 5%, sob nível de confiança de 95% e um valor antecipado de (p) igual a 15,2%, baseado na proporção de casos de Aids detectados na região Nordeste do Brasil (BRASIL, 2015a). Chegou-se ao valor de 157 observações, cuja correção para uma perda potencial de 5% determinou que o tamanho da amostra seria de 164 mulheres.

O processo de amostragem foi realizado por partilha proporcional, considerando a população de mulheres das aldeias. Na aldeia Monte-Mór, foram investigadas 66 mulheres, 64 na aldeia Jaraguá e 34 na aldeia Silva de Belém.

A seleção das participantes foi não probabilística, por conveniência (participação voluntária), adotando-se como critério de inclusão ser mulher da etnia Potiguara, de 18 a 65 anos, residente nas aldeias Monte-Mór, Jaraguá e Silva de Belém, e aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Constou no referido termo a assinatura da testemunha e a utilização de quadrículo para impressão datiloscópica, tendo em vista que as participantes poderão ser ou não alfabetizadas. Os critérios de exclusão se referiram àquelas mulheres acometidas por problemas de saúde que impossibilitaram a comunicação.

5.3.2 Instrumento para coleta de dados

Na coleta de dados, utilizou-se a entrevista, que, segundo Gil (2010), consiste na técnica mais pertinente quando o pesquisador pretende realizar uma análise aprofundada do objeto de estudo, para além das descrições, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que valida os objetivos da pesquisa.

Desse modo, adotou-se a entrevista semiestruturada desenvolvida a partir da temática “Aids”, sobre o qual foi confeccionado um roteiro com perguntas principais, a serem complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para Minayo (2008), esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

De maneira geral, a entrevista abordou questões relacionadas à percepção da doença, modo de ver e sentir a Aids na aldeia. Outra fonte utilizada foram as anotações com impressões do campo pesquisado.

5.3.3 Trabalho de campo

Vivenciamos duas etapas no trabalho de campo:

- a) Previamente à execução da coleta de dados, foram realizadas várias etapas de *preparação*, a começar pelos contatos com a coordenação do polo indígena do município de Rio Tinto, para agendamento do período de coleta de dados em cada aldeia. Ressalta-se que as autorizações oficiais por parte dos caciques locais foram

obtidas antecipadamente, durante contato anterior para a obtenção da anuência deles para a realização desta pesquisa. Nesse interim, houve a composição da equipe de pesquisa - duas graduandas em Fisioterapia em fase de construção do trabalho de conclusão de curso e duas integrantes do NEHAS - todas devidamente treinadas pela pesquisadora responsável para a realização de uma adequada abordagem às mulheres indígenas durante as entrevistas.

- b) Após o agendamento, iniciamos as entrevistas nos serviços de saúde das respectivas aldeias e também em outros recursos sociais, a exemplo de escolas e ocas indígenas onde se realizam reuniões grupais. As residências também foram locais elegíveis para a realização das entrevistas. A coleta de dados foi realizada durante os meses de março a setembro de 2015. As pesquisadoras se dirigiram às mulheres individualmente, convidando-as para participar de um estudo sobre Aids na aldeia Potiguara e buscando conhecer as ideias das mulheres indígenas sobre a doença. Nesse momento, elas foram informadas sobre os objetivos do estudo, mediante leitura do TCLE, ressaltando que seria resguardada a privacidade das participantes. Caso aceitassem participar da pesquisa, assinariam o TCLE e responderiam às perguntas. Durante a abordagem, as pesquisadoras se utilizaram de uma linguagem clara e simples, respeitando as peculiaridades culturais e linguísticas desta população. Sobre este aspecto, pode-se afirmar que essa população vive hoje dentro dos padrões culturais da sociedade não indígena, tendo em vista que suas terras estão localizadas em áreas urbanas dos municípios de Rio Tinto, Marcação e Baía da Traição, na Paraíba. Quanto à linguagem oficial, o tupi-guarani foi extinto em resposta às transformações decorrentes do contato interétnico, dando lugar ao português (NÓBREGA et al., 2010).

Dificuldades encontradas para o trabalho de campo:

- ✓ Deslocamento para as aldeias, não só pela distância percorrida, mas também pela dificuldade de acesso a algumas delas, em virtude das más condições das estradas;
- ✓ Para atingir o quantitativo de 164 entrevistas, tivemos de nos deslocar por 12 vezes, percorrendo uma média de 850 km;
- ✓ Disponibilidade de horários das colaboradoras da pesquisa para conciliar as viagens;

- ✓ Dificuldades no momento da gravação de algumas entrevistas e da sua transcrição, em virtude da poluição sonora local;
- ✓ Chuvas e protestos nas estradas impediram o acesso em um dos dias de coleta.

Facilidades encontradas para o trabalho de campo:

- ✓ Operacionalização das entrevistas por parte do grupo;
- ✓ Receptividade das equipes de saúde das aldeias e das mulheres Potiguara em participar da pesquisa;
- ✓ Colaboração da cacique da aldeia Monte-Mór e dos profissionais das equipes de saúde das aldeias, que mobilizaram as mulheres para participar da pesquisa.

5.3.4 Tratamento e análise do material empírico

Referente ao perfil sociodemográfico das mulheres, utilizou-se o software Excel 2010 para a construção de um banco de dados, cujas informações foram transferidas para a Tabela de Entrada de Dados do software *Statistic 9.0* da *Statsoft* e analisadas por estatística descritiva.

As 164 entrevistas foram transcritas no programa *Word* e codificadas segundo o número da entrevista, aldeia, idade e conjugalidade, produzindo um *corpus* no qual foi realizada uma limpeza pela pesquisadora responsável para normalização semântica, retirando todas as palavras repetidas e configurando-o para importação e processamento pelo software IRAMUTEQ (*Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Essa ferramenta informática é disponibilizada gratuitamente (www.iramuteq.org) e segue a perspectiva de fonte aberta. Utiliza como base a estrutura do software R (www.r-project.org) para a realização dos cálculos e linguagem *Python* (www.python.org). Realiza processamento quantitativo de dados textuais por meio do método de Classificação Hierárquica Descendente - CHD baseado no algoritmo proposto para o

software Alceste por Reiner, além de análise léxica, fornecendo contextos e classes caracterizadas por seus vocabulários (CAMARGO; JUSTO; IRAMUTEQ, 2013).

A partir do processamento do material empírico pelo software IRAMUTEQ, verificou-se que o corpus constituído pelas 164 entrevistas, foi dividido em 458 Unidades de Contexto Elementar (UCEs) que corresponde a segmentos de texto em função do tamanho do corpus. A Classificação Hierárquica Descendente (CHD), reteve 457 UCEs das 458 presentes no corpus, com um aproveitamento de 99,78%, originando classes de respostas sobre Aids a partir do vocabulário e pelas variáveis que contribuíram na formação de cada classe, selecionadas de acordo com os valores do (X^2).

As classes geradas representaram o ambiente de sentido das palavras, indicando 9 subcategorias referentes ao objeto de estudo. As subcategorias reuniram-se em 2 grandes categorias alusivas à temática central “*A Aids na cotidianidade das mulheres Potiguara*”. A análise qualitativa foi subsidiada pela análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2009).

5.3.5 Aspectos éticos

No que tange às questões éticas, foram consideradas nessa investigação, além das exigências éticas e científicas indicadas na Resolução 466/12, que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, as determinações da Resolução 304/2000, no que diz respeito à temática especial “populações indígenas” (MELO; LIMA, 2004; CNS, 2012).

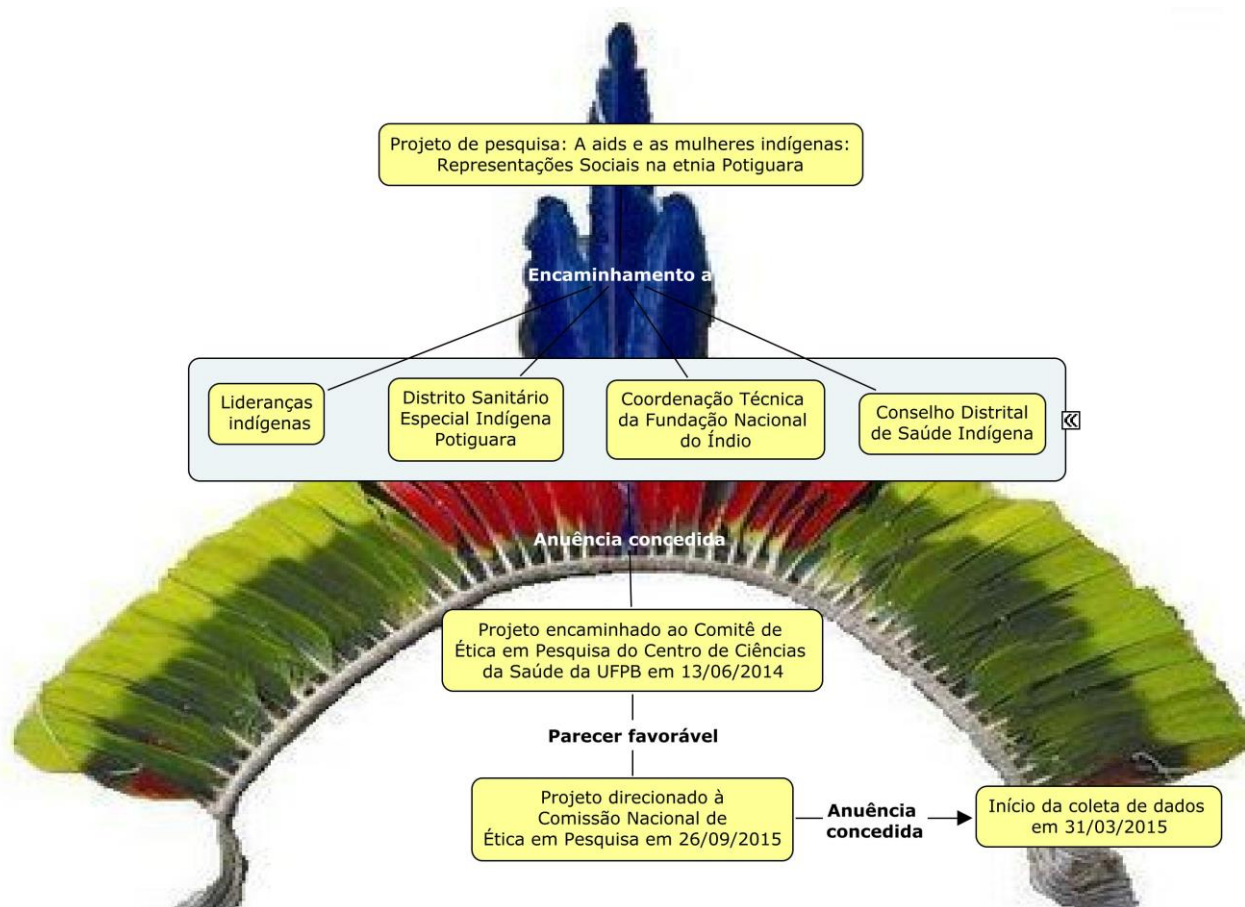
Para tanto, inicialmente foram feitos contatos prévios com os caciques das aldeias Monte-Mór, Jaraguá e Silva de Belém, além de outras instâncias relativas à pessoa indígena, a exemplo do DSEI Potiguara, Coordenação Técnica Local da FUNAI e Conselho de Saúde Indígena local (CONDISI), para a obtenção da anuência para a realização de pesquisa em área indígena.

Após reunir todas as orientações oficiais supracitadas, o projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Por se tratar de área temática “estudos com populações indígenas”, foi finalmente direcionado para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

(CONEP). Todo esse trâmite durou cerca de nove meses até a liberação do parecer consubstanciado de número 975.370, autorizando a realização da pesquisa.

O encaminhamento de todos os trâmites éticos da pesquisa está detalhado no fluxograma a seguir (FIGURA 4):

Figura 5 – Trâmites éticos da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa (2015).

6 A AIDS POR ELAS



*As mulheres Atikum se encontram no
dia a dia
Debatendo assuntos para sua
melhoria.
No povo Atikum há muita
organização
Mas há também violência e muita
discriminação
A saúde do nosso povo precisa
melhorar
Para termos um bom atendimento
Precisamos batalhar
Nós mulheres de Pernambuco
aprendemos a lutar
Aprendemos a se organizar para
juntas podermos
trabalhar
As mulheres se reúnem para tomarem
decisões
Para lutar por políticas públicas que
respeite nossas
opiniões
Terminamos essa poesia com muita
satisfação
Pra dizer que somos guerreiras, e
força como a nossa
não há não!*

(POEMA DA MULHER ATIKUM)

Ao iniciar este capítulo, julgo haver vários pontos discutidos sobre a Aids na população indígena pelos autores mencionados neste trabalho que nos permitiram avançar em várias direções. Desde a descoberta dos primeiros casos da doença na população indígena, na década de 1980, as interpretações sobre o modo de transmissão do vírus nesse grupo foram pautadas em diversas situações de vulnerabilidade e/ou comportamentos de risco que devem ser consideradas de acordo com os contextos epidemiológicos, culturais e sociais de cada povo.

Em relação à vulnerabilidade, é relevante considerar as seguintes situações: populações indígenas assentadas em áreas urbanas, terras indígenas situadas em regiões de fronteira, presença de organizações religiosas e militares em terras indígenas, construção de barragens, estradas e projetos agropecuários e de turismo em terras indígenas, dentre outros. No tocante ao risco, são consideradas diversas conjunturas: iniciação sexual, frequência e posição social dos homens e/ou mulheres que saem das aldeias; interação entre grupos étnicos distintos, práticas sexuais de poligamia, poliandria e poliginia, bem como rituais ou eventos que envolvam manuseio de objetos cortantes compartilhados sem adequada desinfecção, tais como escarificações, tatuagens etc. (BRASIL, 2000).

Nesse sentido, minhas preocupações analíticas partiam, em um primeiro momento, da pergunta “quais dessas situações apresentadas podem ser identificadas no contexto de vida dos Potiguara?”. Tais pontos de partida apresentaram algumas problematizações. Isto significaria, por exemplo, definir uma completa interação da população Potiguara com a população não indígena, reforçando relações de cunho ocidental que, uma vez construídas, orientam suas práticas. Este fator não impede, evidentemente, que sejam preservadas práticas culturais dessa população; porém, remete a um questionamento feito recorrentemente ao longo da pesquisa: A subjetividade cultural desta etnia dimensiona comportamentos e práticas das mulheres perante a Aids? De que modo? Esta foi uma inquietação inicial, embora constante. Para além dessas indagações, o questionamento subjacente à tessitura da pesquisa foi: Como se configura a Aids sob o olhar de mulheres indígenas Potiguara? De que modo essas mulheres veem e sentem a doença na realidade da aldeia?

Tal perspectiva, programaticamente, pode ser sintetizada nas análises exibidas neste capítulo, cujo ponto de partida é a caracterização dos sujeitos da pesquisa e, em sequência, as versões apresentadas sobre a doença, transmissibilidade e enfrentamentos na cotidianidade dessas mulheres, que se constituem as dimensões categóricas de análise.

6.1 Caracterização sociodemográfica dos sujeitos da pesquisa

Verificou-se na amostra pesquisada (n=164) predominância de 36,6% na faixa etária entre 30-45 anos, casadas/união estável (75,6%), católicas (64,0%), com oito anos ou mais de estudos (37,1%), menos de cinco anos de estudo (24,4%), heterossexual (99,6%), com filhos (89,6%), idade do primeiro filho entre 16 e 19 anos (47,6%).

Quanto à ocupação, a maioria das mulheres era dona de casa (50%), agricultora (12,8%) ou aposentada (9,8%). Observaram-se também outras categorias (6,09%) envolvendo ocupações como pescadora, merendeira, auxiliar de serviços gerais, comerciária etc., além de professora (5,5%) e estudante (4,9%), com renda referida de 1 a 2 salários mínimos (65,9%) e um total de dependentes de até quatro pessoas (65,2%) (TABELA 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de mulheres indígenas. Rio Tinto, 2015 (n=164).

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
Idade			Filhos		
18-29 anos	50	30,5	Sim	147	89,6
30-45 anos	60	36,6	Não	17	10,4
46-59 anos	38	23,2	Idade do 1º filho * (n=147)		
60 ou mais	16	9,8	< de 16 anos	31	21,1
Conjugalidade			16 a 19 anos	70	47,6
Casada/União estável	124	75,6	> de 19 anos	46	31,3
Solteira	22	13,4	Ocupação		
Viúva	13	7,9	Dona de casa	82	50,0
Separada/Divorciada	5	3,0	Agricultora	21	12,8
Crença ou Religião			Aposentada	16	9,80
Católica	105	64,0	Outras	10	6,09
Evangélica	33	20,1	Professora	9	5,50
Sem religião	16	9,8	Estudante	8	4,90
Espírita	4	2,4	Profissionais da Saúde	6	3,65
Outra	5	3,0	Indígena		
Escolaridade			Comerciária	4	2,43
Sem escolaridade	15	9,1	Merendeira	4	2,43
< 4 anos de estudo	40	24,4	Pescadora	4	2,43
4 anos de estudo	18	11,0	Renda familiar		
< 8 anos de estudo	30	18,3	< de 1 SM	43	26,2
8 anos ou mais de estudo	61	37,1	1 a 2 SM	108	65,9
			> que 2 SM	11	6,7
			Não respondeu	2	1,2

Orientação sexual			Nº de dependentes		
Heterossexual	163	99,4	1 a 4	107	65,2
Homossexual	1	0,6	5 a 8	51	31,1
			10 e mais	6	3,66

***Mulheres entrevistadas que já tinham filhos**

SM= Salário mínimo

Fonte: elaboração própria.

Algumas das variáveis apresentadas denotam relevância para a análise dos resultados, a exemplo da conjugalidade, escolaridade, renda familiar, número de dependentes da renda e idade do primeiro filho. Pensar a Aids nesse contexto é considerar o reflexo de tais enquadramentos na costura do trabalho, à medida que esses dados deixam de ser uma mera caracterização das entrevistadas para se tornar a lente capaz de inter cruzar olhares. Desse modo, a afirmação aqui apresentada permite tecer algumas considerações exploratórias.

A primeira diz respeito à aproximação do perfil das mulheres Potiguara às aquelas de outras etnias. Um caso ilustrativo é o das mulheres Xavante, cuja fase reprodutiva ocorre logo no começo da segunda década de vida, por volta dos 13-14 anos e no final da terceira década de vida, aos 29 anos de idade, grande parte delas já se encontram casadas, confirmando a caracterização das mulheres Potiguara aludida acima (COIMBRA JÚNIOR; GARNELO, 2003).

Sobre a escolaridade, constatou-se que um percentual significativo das mulheres frequentou a escola, cursando até a 1ª fase do fundamental incompleto. Dados mostram que os indígenas do Brasil apresentam nível educacional inferior ao da população não indígena. Nas terras indígenas, o acesso à educação formal é sensivelmente reduzido em função de vários fatores, dentre os quais o geográfico (BRASIL, 2012). Além da baixa escolaridade, a condição de baixa renda também foi identificada entre as participantes, visto que a maioria referiu uma renda familiar de 1 a 2 salários mínimos e pelo menos quatro dependentes dessa renda. A pobreza se apresenta como uma das características marcantes do universo indígena (BASTOS et al., 2008) e, como era de se esperar, estende-se à população Potiguara. Contudo, a situação econômica dessa etnia ainda é considerada razoável quando comparada às aquelas do Norte do país, onde grande parte da população indígena recebe até 1 salário mínimo ou não possui rendimentos (BRASIL, 2012).

A segunda consideração refere-se às conexões existentes entre o perfil das entrevistadas e o objeto de estudo deste trabalho. Se minha perspectiva é compreender como a

Aids é compreendida pelas mulheres Potiguara, entendo que, no referido contexto de conjugalidade, iniciação precoce da fase reprodutiva, baixa escolaridade, baixa renda e número considerável de dependentes, produzam-se formas de convívio e relações no cotidiano desta etnia que nos permitem ampliar nosso quadro de referências sobre a doença nesse cenário e, ao mesmo tempo, repensá-lo, a partir de fenômenos tomados em conjunto. Possivelmente, essa seja a melhor síntese do que se buscará neste estudo.

6.2 A Aids na cotidianidade das mulheres Potiguara

Conforme apresentado no dendograma (FIGURA 1), houve a primeira partição do *corpus* em duas categorias de análise, uma delas resultando nas subcategorias 1, 2 e 3. A segunda partição, foi composta pelas outras 6 subcategorias.

A primeira categoria de análise, denominada “*Transmissão e suas interfaces*”, é composta pela **subcategoria 1**, alusiva às **subcategorias 2 e 3**. A subcategoria 1 apresenta as formas não-tradicionais de transmissão da Aids, a partir de contato interpessoal não-sexual, fontes ambientais e objetos inanimados. A hipotética transmissão horizontal do HIV, não comprovada cientificamente, encontra-se entrelaçada a conceitos arraigados da doença construídos a partir de diferentes concepções em torno dela no decorrer da história.

Correlacionado, à **subcategoria 2**, que aborda os contextos de risco, aponta aspectos que vulnerabilizam a população Potiguara à infecção pelo HIV. De modo complementar, surge a **subcategoria 3**, que veicula o caráter transmissível da Aids e as medidas de prevenção cientificamente comprovadas.

A segunda categoria de análise, “*vivências e enfrentamentos*”, é formada pela **subcategoria 4**, em conexão às **subcategorias 5, 6, 7, 8 e 9**. Na primeira, impera a experiência da doença no que tange à imagem do doente, tratamento e seus efeitos. Em seguida, estão temas que refletem a atmosfera excludente vivida pelos indivíduos soropositivos para o HIV, representados pela **subcategoria 5**, e o cuidado como aliado à manutenção da vida, apresentado na **subcategoria 6**. Associada, está a **subcategoria 7**, que veicula a doença no dia a dia da tribo, ressaltando pretensa iniciativa das mulheres indígenas em colaborar com essa difícil realidade. O software ainda dividiu essa **subcategoria** novamente, relacionando a **subcategoria 8** à **9**. Na **subcategoria 8**, desvela-se a Aids como uma doença capaz de provocar sentimentos de culpabilidade e vergonha por parte das pessoas

acometidas, diferenciando-se do tema abordado na **subcategoria 9**, que se concentra em temores e sentimentos correlacionados que emergem das pessoas que vivem a experiência da doença nos seus pares.

O Dendograma 1 apresenta o produto da CHD e as palavras com o $\chi^2 \geq 4,01$, frequência ≥ 3 . O destaque da variável de maior contribuição para a formação das classes será abordado no desenrolar da discussão.

DENDOGRAMA 1 - A Aids na cotidianidade das mulheres Potiguaras.

73

Transmissão e suas interfaces

Vivências e enfrentamentos

Subcategoria 3: Transmissibilidade e proteção

	f	X ²
preservativo	27	106,42
usar	25	97,98
relação sexual	21	71,15
sexualmente	10	56,41
transmitir	21	53,10
alicate	6	38,02
transmissível	13	26,74
unha	6	25,67
prevenir	4	25,24
manicure	4	25,24
vírus	10	25,17
seringa	6	21,60
beijo	4	18,65
contagioso	4	14,30
transusão	3	12,72
contaminar	10	7,55
exame	3	6,71

(13,8%)

Subcategoria 1: Contaminação por meios externos

	f	X ²
copo	5	324,98
água	4	241,58
talher	2	119,99
prato	2	89,19
mão	2	58,40
transmitir	3	16,12

(1,09%)

Subcategoria 4: Experiência da doença

	f	X ²
remédio	20	64,80
tomar	23	57,33
cair	12	47,30
cabelo	10	38,34
irmão	9	29,28
rapaz	9	29,28
magro	15	21,95
filho	6	13,76
pai	3	13,03
bactéria	3	13,03
esposo	7	12,60
feio	7	12,60
mãe	4	12,39
medicamento	4	12,39
beber	7	10,75
coquetel	6	9,42
morrer	19	7,46
aparência	4	6,83
primo	4	5,18
sobrinho	2	4,53
médico	2	4,53

(18,82%)

Subcategoria 5: Consequências sociais

	f	X ²
rejeitar	7	31,63
amigo	9	25,16
força	5	24,74
tuberculose	4	18,65
carinho	4	18,65
conversar	7	18,07
ajudar	7	15,94
afastar	8	14,82
criticar	6	13,60
distante	3	12,72
respeitar	3	12,72
sozinho	2	7,11
apoio	2	4,45
excluir	3	3,85

(13,9%)

Subcategoria 6: Viver e conviver com HIV/aids

	f	X ²
vida	17	45,74
acabar	9	36,36
cuidar	13	34,36
adoecer	6	27,83
conviver	7	26,94
hospital	5	17,77
tratamento	7	9,58
difícil	4	8,31

(11,38%)

Subcategoria 7: Aids no dia-a-dia da tribo

	f	X ²
nenhum	4	69,07
família	5	58,72
comunidade	4	38,86
diferença	3	42,69
caso	3	29,67
problema	3	15,11
aproximar	2	9,59
mudar	2	6,58

(2,41%)

Subcategoria 8: Culpabilização e estereótipos da doença

	f	X ²
inválido	3	37,57
diferente	6	36,32
vergonha	5	35,85
doente	12	33,70
depressão	4	21,42
comentar	6	18,24
chegar perto	7	15,20
sofrer	5	7,19

(7,44%)

Subcategoria 9: Temor e sentimentos correlacionados

	f	X ²
sentir	22	24,66
doença	75	24,11
medo	32	23,57
preconceito	41	22,42
cura	28	17,97
ruim	13	15,31
morrer	23	12,50
piedade	8	11,37
normal	27	6,51
infeliz	3	4,63
grave	4	4,12

(21,01%)

Fonte: Elaboração própria.

A seguir, a descrição das subcategorias é realizada, levando-se em consideração a relação entre elas, como pode ser visto no Fluxograma 1.

6.2.1 Transmissão e suas interfaces

A **subcategoria 1 – Contaminação por meios externos** – esteve associada às mulheres da aldeia Monte-Mór, nas faixas-etárias de 18 a 29 anos e 46 a 59 anos, casadas. Representou 1,09% das Unidades de Contexto Elementar (UCEs). Verifica-se uma predominância de textos que lançam luz aos aspectos de contaminação do HIV associada às situações externas do cotidiano, tratando-se de um falso entendimento sobre a doença, como pode ser exemplificado:

[...] tem muita gente que pensa que a Aids é transmitida no copo, no prato, nos talheres, aperto de mão, mas não pega em nada disso. [...]. Se é uma doença transmitida pelo sexo, não tem o porquê elas não quererem tomar água no mesmo copo, não querer comer no mesmo prato, dividir os mesmos talheres, enxugar as mãos com a mesma toalha. [...] não é uma doença que pega no tato, não é uma doença que pega no aperto de mão. [...] ^{(n_111, aldeia Monte-Mor, 18 a 29 anos, solteira; n_129, aldeia Monte-Mór, 46 a 59 anos, casada).}

Em se tratando do conhecimento das mulheres indígenas relacionados à Aids, nota-se uma predominância do saber cientificamente disseminado sobre a doença e seus meios de transmissão. Para elas, a doença acompanha um forte preconceito em virtude de equívocos ou crenças arraigadas do início da epidemia, quando se especulava a aproximação física ou o compartilhamento de objetos de uso pessoal como vias de contaminação.

Uma pesquisa apontou conhecimento equivocado quanto a determinadas formas de transmissão da doença, como o uso de assento sanitário, o beijo na boca e o uso de copo previamente utilizado por um portador da doença (LIMA et al., 2008). A supervalorização de separação dos utensílios domésticos (talheres, copos, pratos) por parte de familiares e cuidadores de pessoas com Aids também foi mencionada em outro estudo (REIS; GIR, 2001).

Na década de 1980, muitas informações contraditórias foram vinculadas em relação à transmissão do vírus através do beijo na boca e outros meios externos de contaminação, sendo hodiernamente incorporadas pelas pessoas pesquisadas, algumas das mulheres mostraram

conhecimento sobre as principais formas de transmissão da doença supracitadas, mas referem que a população Potiguara não se encontra bem esclarecida quanto a situações do cotidiano que não oferecem risco. De fato, uma parcela das entrevistadas parte da premissa básica de que evitar o compartilhamento de objetos pessoais é uma forma de preservar as pessoas da comunidade de uma possível contaminação:

[...] Conheço dois casos de Aids. Elas se cuidam. Se você for na casa delas, elas mandam você se prevenir e não pegar nas coisas. Se você for almoçar lá, colocam um prato reservado para você. Elas não colocam os objetos que usam, tudo é separado (n_159, aldeia Monte-Mór, 18 a 29 anos, casada).

Essas informações equivocadas encontram-se, na maioria das vezes, fundamentadas em elementos culturais, tais como crenças, mitos e tabus, que as pessoas adquirem e perpetuam ao longo dos anos.

Os relatos das mulheres não escapam desta predominância do senso comum, referindo a Aids como um contágio invisível, cuja transmissão poderia ocorrer por qualquer contato com a pessoa infectada, seja através do compartilhamento de utensílios domésticos, a superfície corporal ou mesmo com o ar respirado:

[...] não se deve ter medo de usar talher, de enxugar na mesma toalha, de vestir a mesma roupa. O povo vê a Aids como uma doença que pega no ar. [...] tem muita gente que não bebe água no copo de outra. Isso não transmite. [...] se pede água, o povo esconde o copo para jogar fora [...] se queimar o resto de remédio ou de roupa dele, o povo tem medo da fumaça (n_112, aldeia Monte-Mór, 30 a 45 anos, viúva; n_052, Aldeia Jaraguá, 30 a 45 anos, casada; n_147, aldeia Monte-Mór, 60 anos ou mais, viúva).

A incerteza e o medo da contaminação fazem a comunidade temer o compartilhamento de utensílios domésticos ou outros objetos de uso pessoal e tomar atitudes discriminatórias contra as pessoas vivendo com HIV/Aids. Essas são as maiores barreiras no combate à epidemia, ao adequado apoio, à assistência e ao tratamento da doença e ao seu diagnóstico. O referido fragmento foi extraído da cartilha da campanha do Dia Mundial de Luta contra a Aids, do Governo Federal, e aponta para o problema da falta de informação da população em geral (BRASIL, 2009).

Em algumas comunidades, surgem atitudes estigmatizantes como essas diante da enfermidade em virtude de crenças errôneas quanto aos seus modos de transmissão. Pesquisas

envolvendo indígenas de países asiáticos e africanos mostram que ainda há equívocos quanto à etiologia da doença, ao assinalar em seus resultados o compartilhamento de utensílios, como vasos sanitários, xícaras, além da picada de mosquitos e banhos de rio (LIDDELL; GILES; RAE, 2008; HARDON et al. 2008).

Além do uso de privada e partilha de objetos pessoais, outra inquietação observada nos fragmentos de fala das mulheres Potiguara foi o “dente estragado” como via de transmissão da Aids:

[...] Tem gente que diz para não usar o vaso sanitário, mas não tem nada a ver, sei algumas coisas que pega e que não pega. [...] usar o sanitário não pega, pode contrair o vírus com o dente estragado, uma seringa. [...] (n_135, aldeia Monte-Mor, 46 a 59 anos, casada).

Historicamente, o imaginário do risco da Aids relaciona-se à ideia de contágio, à necessidade de limites corporais e à simbologia do sangue e saliva (JEOLÁS, 2003). Este imaginário e simbolismo geram, em muitos casos, a falta de informação da população, que associa a possibilidade de contaminação a diversas situações do cotidiano que não oferecem risco. Diante disso, urge a necessidade de esclarecimentos à população Potiguara quanto a situações que não oferecem risco, pois as mensagens educativas comumente relacionadas à doença são fortemente voltadas para as formas de transmissão da doença, dando menor enfoque às formas de não transmissão. O contexto mencionado também é discutido nos capítulos de Helman (2009), ao aludir que o conhecimento popular da Aids está permeado por informações desencontradas que podem gerar um nível maior de temor e preconceito.

Neste estudo, por diversas vezes, chego a me questionar se o medo e o preconceito arraigados em alguns depoimentos promovem a ignorância ou se a ignorância aumenta o medo e o preconceito diante da Aids. Em todo o caso, o conhecimento manifesto pelas mulheres Potiguara não é suficiente. Esta condição, aliada a medos irracionais e preconceitos, devem ser consideradas na determinação da mudança de comportamento ou não por parte dessas mulheres. Constatamos, ainda, que, embora o perfil de mulheres que formaram essa classe seja de uma faixa etária jovem (geralmente, mais informada) e residente na aldeia, cujo fluxo de pessoas e acesso às informações e serviços de saúde são mais evidentes, isto não se traduziu nos resultados.

A **subcategoria 2 – contextos de risco** - foi responsável por 10,28% das UCEs, sendo constituída principalmente por mulheres das aldeias Monte-Mór e Silva de Belém, na faixa

etária de 30 a 45 anos e casadas. A referida classe trata principalmente dos meios favoráveis à contaminação pelo HIV, ressaltando o conteúdo informativo como aliado à prevenção e à atitude, além da vulnerabilidade sexual dos indígenas ao HIV relacionada ao não uso do preservativo. Outras configurações, a exemplo da poligamia, prostituição, confiança no parceiro, uso de drogas e etilismo, também foram associadas a esse contexto, como veremos nos depoimentos a seguir:

[...] a maioria dos homens aqui não respeita as mulheres. Tem sua mulher, mas tem outra coisa por fora. A outra a gente não sabe o que faz, a gente sabe da gente. Então, eles têm que ter mais orientação. Se não querem usar preservativo com a esposa, que se previnam por fora. Nenhum vai dizer que vai trair. É por isso que o índice está cada vez maior aqui na aldeia [...]. Tenho uma amiga que tem HIV. Ela pegou do marido. (n_122, aldeia Monte-Mór, 30 a 45 anos, casada).

Embora o relato faça alusão à “falta de respeito” e “traição” dos maridos, emerge a discussão da poligamia como uma prática comumente vista nas aldeias indígenas. A transparência e aceitação dessa condição por parte das mulheres têm raízes na cultura de algumas etnias e, em certas situações, devem ser aceitas como culturalmente relevantes, como observado no caso dos Waiãpi, visto que a aceitação é crucial para o estabelecimento de ações preventivas (BRASIL, 2009). A prática de poliandria (uma mulher casada com vários homens) também é citada como padrão cultural de algumas etnias (BRASIL, 2005). No caso dos Potiguara, a poligamia não é determinante da cultura local, mas a sua anuência por parte das mulheres está associada a situações de dependência financeira. A presente convicção se baseia em estudos que discutem a posição social dos homens nas aldeias indígenas. Em muitas etnias, o homem ocupa a posição de provedor da família, existindo uma tradição quanto à obediência e respeito ao marido por parte das suas mulheres, que reproduzem esse comportamento às demais gerações (COIMBRA JUNIOR; GARNELO, 2003).

Ao explorar alguns dos significados mais gerais da noção de negociação sexual, visualizamos com frequência nas aldeias a submissão da figura feminina. Contudo, cabe aqui uma discussão sobre práticas que ultrapassam esse entendimento, a exemplo do *Jamuikumalu*. Trata-se de um ritual diferente, feito pelas mulheres da aldeia Kuikuro, localizado no Alto Xingu (MT). O ritual consiste, entre outras coisas, em invadir as cabanas dos homens durante a noite e forçá-los a praticar sexo. Esse costume foi retratado no filme *As hiper mulheres* (2011) e traz novos olhares sobre as relações de poder no momento da negociação sexual.

Mesmo diante desse relato, observam-se contornos pouco claros quanto à autonomia da mulher índia nas decisões sexuais. Uma pesquisa realizada em comunidades indígenas do México com elevadas taxas de HIV revelou que as mulheres indígenas têm menor poder de tomar decisões sobre os métodos de prevenção do HIV, pois, na maioria dos casos, são os homens que decidem sobre o uso de preservativos (HERNÁNDEZ-ROSETE et al., 2008). A falta de autonomia e o medo de gerar um conflito conjugal levam as mulheres indígenas a aceitar tal situação, embora reconheçam que estão expostas à contaminação.

Na etnia Potiguara, a preocupação com a prevenção da doença é uma constante entre elas. Tal postura se deve à consciência da possibilidade de o marido ter relações sexuais fora do casamento:

[...] as mulheres deveriam se prevenir, não ter muitos parceiros, ter o seu par fixo, conversar com ele e procurar saber se ele fez sexo sem preservativo. [...] meu marido tem 64 anos, ele pode sair e encontrar uma pessoa com Aids e trazer a doença para mim. (n.º 105, aldeia Monte-Mor, 60 anos ou mais, casada).

Como explicar tal aceitação? Os fundamentos essenciais da diferença de gênero na esfera das relações sexuais foram buscados em teorias antropológicas e históricas (DABHOIWALA, 2013). Algumas teorias enfatizavam que a fidelidade era desejável em ambos os sexos. Por outro lado, elas também aceitavam que os homens tendiam a ser mais promíscuos e quase sempre concluíam que o estado natural da mulher era ser casta, moldando de forma poderosa os modelos subsequentes de comportamento feminino apropriado.

Desse contexto decorria que as causas e efeitos físicos e psicológicos da incastidade diferiam profundamente entre ambos os sexos:

As consequências resultantes da infidelidade de um marido e da de uma esposa são muito diferentes. É da natureza do homem que ele tenha uma ligação com outras mulheres além de sua esposa e, no entanto, tenha um afeto sincero por ela: mas uma mulher casada jamais fez sacrifício da virtude sem, ao mesmo tempo, fazer sacrifício de todos os sentimentos de honra, decência e decoro, que são os guardiões da bem-aventurança conjugal e da felicidade doméstica (DABHOIWALA, 2013, p. 348).

A perspectiva de conformidade da participante quanto ao padrão normativo de comportamento sexual se fundamenta num modelo ocidental hegemônico – o casamento monogâmico, amor romântico, fidelidade conjugal, constituição de família. Neste caso

específico, as consonâncias estão isoladas do contexto cultural desse grupo. Posteriormente, daremos maior ênfase a temas como fidelidade, monogamia e sexo protegido colocados em pauta neste momento.

A busca incessante por informações sobre os mecanismos de prevenção da Aids também ecoa dos depoimentos. É uma necessidade premente, considerando que são escassas tais iniciativas nas aldeias. É forçosa a realização de ações educativas no tocante à doença nesta população, porquanto uma parcela do público feminino adolescente está vivenciando o sexo comercial, cuja preocupação foi expressa no relato a seguir.

[...] A prevenção ajuda. Se tivessem mais ações de prevenção, para informar, palestras na comunidade, seria bom. Sinto falta. [...] aqui na aldeia tem muitas garotas jovens que se envolvem com vários parceiros, mas ninguém sabe se alguma delas tem Aids, porque o que falta aqui são os testes de HIV. Não vai dizer que vai fazer o teste para não assustar elas. Meninas de 11 anos, 12 anos, 13 anos, estão soltas e são vulneráveis para se contaminar com a aids ^{(n_071, aldeia Silva de Belém, 30 a 45 anos, casada).}

Os estudos indígenas não escapam desta predominância de prostituição ou trabalho sexual como prática de risco para a infecção pelo HIV. Em algumas comunidades indígenas, a condição de pobreza favorece a troca de serviços sexuais por dinheiro, estando relacionada também à prática sexual desprotegida (HERNÁNDEZ-ROSETE et al., 2008; ORELLANA et al., 2013; PONTORORING et al., 2010).

As releituras desses autores frequentemente deram mais ênfase às condutas preventivas da Aids para essa população, para a qual os polos indígenas e escolas constituem cenários elegíveis. As próprias pessoas da comunidade, uma vez orientadas, podem servir de multiplicadores de informações, segundo delineiam os fragmentos das falas das mulheres indígenas.

A gente deve se prevenir com preservativo, escolher o parceiro que vai se relacionar e buscar informações nos postos de saúde, gente próxima que pode informar melhor e nas escolas [...] ^{(n_069, aldeia Silva de Belém, 18 a 29 anos, casada).}

Embora surjam depoimentos cautelosos quanto à escolha do parceiro, num plano mais geral do discurso feminino, prolifera o mito do amor romântico. Desse modo, o ato de se relacionar com alguém traz à tona expectativas e sentimentos que podem ultrapassar o senso

crítico, capaz de promover uma escolha racional nesse sentido. Essa problemática foi colocada por uma das mulheres Potiguara:

Sobre a Aids, é preciso muito cuidado, principalmente na relação com o parceiro. [...] saber qual o tipo de pessoa que você está se relacionando. Muitos parceiros prometem amor, romance, mas por trás pode está a doença. Quando ele transmite, o parceiro não quer mais saber de você ^{(n_70, aldeia Silva de Belém, 30 a 45 anos, casada).}

Antes de abordar o impacto do romantismo sobre a vulnerabilidade da mulher ao HIV, permitam-me tecer algumas considerações exploratórias: O que seria escolher um bom parceiro? Conhecer a sua história de vida? Ouvir dele que sempre usou preservativo? Ao considerar, na maioria dos casos, a invisibilidade dos sintomas da Aids, tais respostas poderiam blindar a decisão de se relacionar sexualmente com alguém? Sabemos que não. Mesmo conscientes dessa resposta, a decisão mais comum é confiar no parceiro, lançando luz ao desconhecido:

Aids é uma doença que está matando muito, principalmente as mulheres que na relação sexual não pensam em se prevenir. Ninguém se importa com isso, importa o amor, a felicidade. [...] a maioria pega a doença sem saber, são vítimas, confiaram no parceiro ^{(n_016, aldeia Jaraguá, 30 a 45 anos, casada).}

Pensar as relações afetivas por meio das sonoridades da sociedade permite identificar o amor como fonte inesgotável da felicidade. Até Tom Jobim profetizou: “é impossível ser feliz sozinho²”. Em tempos de Aids, viver de amor é um agravante e as relações cotidianas têm ali um papel fundamental porque a escolha do parceiro é um dos pontos fortes de conexão entre práticas que vulnerabilizam a mulher à contaminação pelo HIV. Nesta conjuntura, é importante considerar que o contexto sociocultural influencia a maneira como os indivíduos produzem os sentidos e o modo como irão se apropriar do conhecimento e expressá-lo na cotidianidade (PATRÃO; MCINTYRE; COSTA, 2015).

Ao refletir sobre esta afirmação, continuo a me questionar sobre como os meios interacionais nas aldeias Potiguara favorecem ou não a manutenção de posicionamentos das mulheres indígenas quanto às práticas preventivas para o HIV. O direcionamento, nesse sentido, permite chamar a atenção não para a adoção dessas práticas em si, mas para os

² TOM JOBIM (Compositor, intérprete). Wave. In: **Wave**. Produção de Creed Taylor. Nova York: A&M Records, 1967. 1 LP. 30min57seg.

sistemas culturais nos quais a sua adesão se torna significativa (PARKER, AGGLETON, 2001).

Em um esforço mais recente de sistematização dessa literatura, Heilborn (2006) aponta que o comportamento sexual é visto como intencional. Contudo, sua intencionalidade é sempre moldada dentro do contexto de interações social e cultural estruturadas. É nesse contexto das interações que os indivíduos aprendem os desejos, sentimentos, papéis e práticas sexuais permeadas de significados internalizados que motivam seu comportamento. Esse modo particular que se conforma à trajetória sexual/afetiva nas aldeias é o que John Gangnon e William Simon descreveram como “roteiros” (ou *scripts*) sexuais, nos quais há uma sequência a ser cumprida pelos indivíduos em meios sociais diferentes. Portanto, segundo Heilborn (2006), os atos sexuais não são necessariamente unívocos.

Tais desdobramentos, bem como outros entendimentos desencadeados por fatores culturais, podem estender-se à condição de saúde, como a crença da Aids como doença do outro e a condição de proteção ancestral por ser indígena (GOLOOBA-MUTEBI; TOLLMAN, 2007; LIDDELL; GILES; RAE, 2008): “[...] *Ele foi contaminado e a esposa dele pegou também. Sobre sexo, nós dizíamos para a esposa dele ter cuidado e ela dizia que não pegava Aids porque era índia* ” (n_017, aldeia Jaraguá, 30 a 45 anos, casada).

Alguns posicionamentos permeados por crenças indígenas podem se constituir obstáculos, impedindo ou dificultando o acesso aos cuidados de saúde desse grupo, que passa a não procurar testagem, prevenção ou serviço de tratamento para a doença (NÓBREGA et al., 2015).

Podemos aproveitar essa discussão acerca da dimensão cultural dos indígenas vista sob um prisma maior no tocante à Aids para repensar o acompanhamento de casos e as ações de prevenção dentro das aldeias para além de práticas biomédicas. Pesquisas corroboram tais dados, ao sugerir que os esforços para combater a epidemia de HIV/Aids nas comunidades indígenas não podem ter êxito sem considerar os sistemas indígenas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e seus sistemas tradicionais de cura (ZAVALETA et al., 2010; GAVA et al., 2013). Logo, a atenção volta-se ao sujeito e seus comportamentos individuais que o expõem ao risco.

Comportamentos desviantes dos indígenas, como uso de drogas e alcoolismo, têm sido fonte fracamente elaborada nas pesquisas e na reflexão teórica envolvendo a Aids nessa população, pelo primado do olhar sobre as práticas sexuais. Contudo, tais condições não

escapam à visão das mulheres Potiguara: “[...] *Tem gente que procura se contaminar por vontade própria, usando droga, álcool*” (n_123, aldeia Monte-Mór, 30 a 45 anos, casada).

Na sociedade indígena, além do uso de drogas estar relacionado a fenômenos como a violência e a criminalidade, a epidemia da doença veio somar-se à atual configuração em que se encontram as substâncias psicoativas como problema social.

Existe uma extensa literatura que investiga o uso de drogas injetáveis como fator de risco para a infecção pelo HIV. Essa relação é facilmente compreendida, visto que o contato sanguíneo com uma agulha infectada tem uma relação direta na sua disseminação. No entanto, quando se pretende associar o uso de álcool como um fator de risco para o HIV/Aids, a literatura encontrada é restrita (CARDOSO; MALBERGIER; FIGUEIREDO, 2008).

Todavia, a intoxicação pelo álcool no contexto supracitado favorece uma diminuição na capacidade de discernir os riscos associados à infecção pelo HIV, o que dificulta a negociação e, conseqüentemente, o uso do preservativo, facilitando, assim, a disseminação do vírus HIV e de outras ISTs (KALICHMAN et al., 2007; STONER et al., 2007).

No tocante às populações indígenas, o alcoolismo aparece como um dos problemas prevalentes que vêm causando grandes transtornos. Dada a sua magnitude, muitas comunidades indígenas têm se mobilizado com relação ao problema colocado por meio de organizações juridicamente constituídas, originando processos locais e regionais de capacitação, a exemplo de seminários e oficinas, com a participação das diversas instituições envolvidas com a assistência à saúde indígena (BRASIL, 2001).

O Seminário sobre alcoolismo e IST/Aids entre povos indígenas, realizado em 1997, vem a confirmar as assertivas do parágrafo acima. Foi um marco na discussão sobre alcoolismo e vulnerabilidade às IST/Aids nessa população. O alcoolismo também é um dos fatores que têm provocado tensão dentro das comunidades, além de estimular a sexualidade fora das regras do grupo, assim como abuso sexual e prostituição nos centros urbanos e em rodovias. Dessa forma, ficou patente a uniformidade de opiniões de que o alcoolismo não deve ser visto de forma isolada, sobretudo em tempos de Aids.

Em uma pesquisa realizada com profissionais do DSEI Potiguara sobre a questão da saúde, Conceição (2007) destaca dois aspectos que fazem com que a prática do uso do álcool seja preocupante. O primeiro é devido ao alto índice de consumo, que vem crescendo assustadoramente, principalmente entre os jovens. O segundo diz respeito aos efeitos

provocados pela bebida, tais como: problemas de saúde, inclusive ISTs/HIV, e comportamentos desviantes.

Outra pesquisa envolvendo essa etnia indicou que 41,8% dos Potiguara afirmaram ter pelo menos um membro da família que fazia uso de bebida alcoólica (OLIVEIRA et al., 2014). Um estudo realizado com profissionais de saúde do DSEI Potiguara apontou a cachaça (95,2%) como a bebida alcoólica mais consumida na comunidade, ficando em segundo lugar a cerveja (9,5%) (MACIEL; OLIVEIRA; MELO, 2012).

Em uma perspectiva histórica, os Potiguara incorporaram muitos elementos em contato com a cultura dos colonizadores. O alcoolismo parece ter sido incorporado fortemente às tradições e, desta forma, representa um grande problema social para as aldeias locais. (MELO et al., 2011)

Correlacionando os contextos de pesquisa mencionados com o perfil das mulheres representativo para esta classe, identificamos depoimentos de mulheres em uma faixa etária plena de atividade sexual, casadas e residentes em aldeias, cujos cenários são distintos: rural e urbano. Aquelas do primeiro grupo se mostraram mais preocupadas com a desinformação e a promiscuidade das jovens de sua aldeia, além de reivindicarem mais informações sobre a doença nos serviços de saúde local. Este posicionamento é consoante com a situação de pobreza da aldeia e as dificuldades de oferta de serviços que elas vivenciam. Ademais, foram enfatizados nos relatos o caráter letal da Aids e a importância de usar preservativo, ser monogâmica e conhecer a história do parceiro antes de se relacionar. Chama a atenção que, diante de todos esses aspectos e do reconhecimento delas da possibilidade de serem traídas por seus maridos e se contaminarem, elas ainda preferem confiar no parceiro e não usar preservativo. É a máxima do “faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço”. Nesse caso, o conhecimento do risco, em si, não resultou em uma mudança de comportamento.

A **subcategoria 3 - transmissibilidade e proteção** - concentra 13,97% das UCEs e reuniu, em sua maioria, as mulheres da aldeia Jaraguá, na faixa-etária de 18 a 29 anos, casadas, apresentando conteúdos característicos do contexto informativo sobre a transmissão da doença. Os conteúdos abordados pelas protagonistas do estudo apontam a Aids como doença contagiosa e revelam conhecimentos quanto aos mecanismos de contaminação pelo HIV e formas de prevenção. Ao fazer alusão ao perfil das mulheres desta categoria, a familiarização delas com a transmissibilidade da doença, apresentada nos depoimentos a seguir, reflete o contexto em que esse grupo se insere: clientela jovem e principal público-alvo das ações educativas em saúde realizadas tanto nos polos indígenas como nas escolas da

comunidade. A aldeia residente se apresenta, do ponto de vista geográfico, igualmente favorável para o fluxo de pessoas e informações.

Algumas mulheres podem não compreender se a Aids é causada por vírus ou bactéria, mas sempre a associam ao sexo. Embora nem todas estejam cientes do que exatamente significa um “vírus” e de como esta minúscula entidade pode fazê-las adoecer, as falas apresentadas contribuem para a consolidação de um paradigma “biológico” de abordagem da doença (HELMAN, 2009). Depoimentos que exemplificam esse contexto são:

Aids é uma doença transmitida por uma bactéria[...]. Aids é um vírus que se transmite sexualmente [...] está contaminando mais os adolescentes por não pensarem em usar preservativo [...] Aids é uma doença sexualmente transmissível. A maioria não tem consciência disso e faz sexo sem preservativo, com vários parceiros sem se conscientizar do risco do vírus e de outras doenças [...] pega quando não se previne, quando não usa preservativo. [...] Pensam que vai ter relação sexual e não vai pegar. ^{(n_115, aldeia Monte-Mór, 60 anos ou mais, casada; n_112, aldeia Monte-Mór, 30 a 45 anos, viúva; n_025, aldeia Jaraguá, 18 a 29 anos, casada; n_027, aldeia Jaraguá, 18 a 29 anos, casada; n_132, aldeia Monte-Mór, 30 a 45 anos, casada).}

O discurso oficial sobre a Aids invariavelmente adverte a infecção pelo ato sexual, remetendo à sua facilidade de transmissão. A virulência do HIV é apontada como instrumento de sinalização dos fatores de risco existentes e, diante disso, as mulheres Potiguara expressam a necessidade de cuidado frente ao sexo nas aldeias, que requer especialmente ações de prevenção, com enfoque para o uso de preservativo. É assim que as mulheres indígenas vão referi-la:

Aids é uma doença que vem crescendo, através do contato na relação sexual e no uso de seringas, alicates de unha, violência sexual, abusos constantes das crianças e adolescentes, a gente presencia muito, os jovens estão desenvolvendo mais cedo e não estão tendo acompanhamento, orientações para combater essa doença. [...] ^{(n_044, aldeia Jaraguá, 30 a 45 anos, casada).}

Aids é uma doença sexualmente transmissível. É fácil você ficar sujeito a ela. Desde criança, muitas são ativas sexualmente, não conhecem seu parceiro, não conhecem o que ele tem, não sabem qual a situação dele, mesmo assim, estão sujeitas a ter relações com ele sem ao menos ter uma proteção. Existe falta de informação [...] ^(n_116, aldeia Monte-Mór, 18 a 29 anos, casada)

A escassez de ações preventivas para o HIV nas aldeias Potiguara é um fator significativo de insatisfação entre as mulheres que passam a emitir depoimentos condizentes

com as lacunas ora denunciadas. Cumpre destacar que a falta de acompanhamento e informações para os jovens coincidiu nas duas maiores aldeias desta investigação: Monte-Mór e Jaraguá, que se configuram como aquelas que detêm maior população indígena adstrita. A denúncia feita por essas mulheres é válida, pois o conhecimento sobre como prevenir a Aids é particularmente importante entre os jovens. Porém, os próprios depoimentos confirmam que a informação não necessariamente é traduzida em ação por essas mulheres.

Para além da insatisfação, está o risco de contrair a doença pela inoperância dos serviços de saúde voltados para esta população, cujos desafios, tomando como parâmetro geral os DSEIS do Brasil, envolvem acesso a ações de prevenção, testagem e diagnóstico do HIV, testagem e aconselhamento pré-natal, preservativos e serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Desta perspectiva, questiono o atual cenário de práticas preventivas de HIV/Aids no DSEI Potiguara, percebendo que essas ações são, no mínimo, parcialmente desenvolvidas. Isto se pode verificar no contexto das falas em que o contato com a superfície corporal, através do beijo ou de uma ferida, aparece como forma de infecção por HIV:

Para pegar a Aids o risco maior é na relação sexual, alicate de unha de outra pessoa, beijo [...] se passar a unha em uma ferida pega [...] Dizem transmitir a doença por beijo, transfusão de sangue, manicure e relação sexual [...] (n_154, aldeia Monte-Mór, 30 a 45 anos, casada; n_032, aldeia Jaraguá, 46 a 59 anos, casada).

Além do sexo, o sangue advindo de feridas ou transfusões também é um importante agente de infecção para o HIV, considerado pelas mulheres Potiguara. Nesse contexto, análises (LIMA; GONÇALVES JÚNIOR; FRANCO NETO, 2008) apontam para algumas etnias que se utilizam de elementos ritualísticos a partir de objetos cortantes, a exemplo de indígenas da etnia Kalapalo, no Alto Xingu, que se escarificam quando estão se sentindo fracos, sendo necessário arranhar para tirar o sangue fraco e depois passar ervas para ganhar forças das entidades espirituais. Práticas como essa concorrem para o aumento da vulnerabilidade desse grupo ao HIV e merece destaque na discussão.

No caso dos Potiguara, as pinturas e tatuagens constituem uma prática altamente simbolizada e, por ser aplicada superficialmente à pele, não implica maiores riscos. A figura da flor da jurema, planta sagrada, está presente também nos motivos das pinturas corporais. A folha da jurema é vista como adorno pintado em partes do corpo com tintas extraídas do fruto jenipapo e da semente do urucum. A pigmentação preta ou vermelha produz tatuagens que

permanecem sobre a pele durante 15 dias. De acordo com Sousa e Nascimento (2011), acredita-se que a folhagem grafada nos braços e pernas atrai força, além de ser símbolo da etnia Potiguara.

Um estudo recente com populações africanas de Recife (RIOS et al., 2013) abordou essa problemática a partir de um diálogo entre as lideranças espirituais de alguns grupos e o sistema de saúde pública, um processo que tem gerado mudanças nas práticas religiosas. Estamos diante da complexidade que envolve a dificuldade de abordar a doença quando se trata das populações indígenas na sua grande diversidade cultural. Após anos da disseminação da epidemia nas tribos indígenas, este continua sendo um dos maiores desafios para a implantação de medidas de prevenção da epidemia, segundo descreve fragmentos extraídos do projeto de política operacional do Banco Mundial em parceria com o Programa Brasileiro para a Atenção à Saúde da População Indígena em HIV/Aids (BRASIL, 2009).

Em 1988, diretamente do mundo, a Aids adentra nas tribos indígenas brasileiras. Nesse ano, foi notificado o primeiro caso da doença entre a população indígena, na região Sul do Brasil. Durante levantamento junto à Vigilância Epidemiológica, para correção de notificações, detectou-se a existência de um caso em 1987, no Mato Grosso do Sul. Esses casos constituem a primeira referência para os problemas que seriam enfrentados no âmbito da saúde indígena, com a interiorização da Aids na década de 1990 (NÓBREGA et al., 2015).

Os primeiros trabalhos preventivos voltados para essa população ocorreram em 1989, com a criação do projeto de prevenção de IST e Aids para os povos indígenas no âmbito da Unidade Técnica de Prevenção do Conselho Nacional CN-IST/AIDS. O fragmento a seguir foi extraído do manual de diretrizes técnicas para a implantação de programas de prevenção de IST/HIV/Aids para os povos indígenas:

o acesso ao preservativo e sua disponibilização nos serviços de saúde nos DSEIs deverão ocorrer de forma regular e contínua. Assim, as Coordenações Estaduais de DST e Aids e as instâncias de Coordenação dos DSEIs deverão se articular para poder garantir a aquisição, armazenagem e distribuição dos preservativos para os povos indígenas (BRASIL, 2000, p. 19. Grifo meu).

Essas intervenções incluem a possibilidade de proteção e de interferência no controle e crescimento populacional. O impacto do preservativo na redução das taxas de natalidade, principalmente nos grupos que enfrentam processo de despovoação, tem sido objeto de discussão com a comunidade e suas lideranças (BRASIL, 2009). Pesquisadores afirmam que

essa é uma discussão mais do que pertinente, produtiva, dimensionando a demanda e as necessidades da comunidade.

Um estudo envolvendo questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil realizado em 2003 aponta que, apesar de não existirem pesquisas mais aprofundadas sobre o tema, o posicionamento público dos militantes do movimento indígena na Amazônia é de oposição à adoção de quaisquer práticas contraceptivas, fazendo ressalvas, inclusive, ao uso de preservativos masculinos (COIMBRA JÚNIOR; GARNELO, 2003).

Nas aldeias Potiguara, o uso do preservativo é incentivado pelas equipes de saúde indígena dentro de uma abordagem preventiva ao HIV. As mulheres reproduzem o discurso preventivo, baseando-se nos meios de comunicação que esclarecem quanto aos mecanismos de transmissão e prevenção da doença. Problemáticas atuais também foram abordadas por essas mulheres, a exemplo da prática de transmitir o vírus da Aids a partir de pessoas infectadas, denominadas “clube do carimbo”. “[...] *Eu vi na televisão um grupo que furava os preservativos e transmitiam o vírus para outros que não tinham*” (n_025, aldeia Jaraguá, 18 a 29 anos, casada). Sobre a referida prática, foi enunciada uma justificativa baseada na rejeição social, que alimenta um sentimento de revolta nas pessoas soropositivas para o HIV. Essas mulheres acreditam que os infectados podem infectar os outros, quer deliberadamente, por maldade, ou como resultado da exclusão sofrida, sendo a revolta um disparador para a transmissão.

[...] estamos colaborando para muitas delas se revoltarem e transmitirem para os outros. Pensam que vão morrer, podem passar para os demais [...]. Tem gente que tem muita raiva, a pessoa quer ajudar e eles podem pegar uma seringa, tentar furar a gente, contaminar [...] (n_084, aldeia Silva de Belém, 30 a 45 anos, casada; n_044, aldeia Jaraguá, 30 a 45 anos, casada).

A infecção pelo HIV, causador da Aids, expõe seus portadores a um prognóstico sombrio, por ainda não se dispor de vacinas ou terapêutica eficaz; como também pelo seu elevado potencial de disseminação, constituindo-se atualmente um dos grandes problemas de saúde pública mundial. A prevenção é a medida mais eficaz a ser assumida. Para tanto, a educação em saúde assume importância de realce, uma vez que se trata de instrumento básico para conscientizar e informar as pessoas.

Aids pode ser transmitida de diversas formas. [...] é importante se proteger na relação sexual. [...] É para a pessoa usar o preservativo, a gente nunca sabe o dia de amanhã, se o parceiro é correto [...]. Tem que ter cuidado com o marido que pode ter relação sexual fora do casamento. Se desconfiar de

algo, tem que usar preservativo (n_029, aldeia Jaraguá, 18 a 29 anos, casada; n_107, aldeia Monte-Mor, 46 a 59 anos, casada; n_093, aldeia Silva de Belém, 18 a 29 anos, separada; n_065, aldeia Silva de Belém, 46 a 59 anos, casada.)

Tais apontamentos referem o uso do preservativo como uma conduta necessária que deve ser acentuada diante da desconfiança do parceiro. O fato de o marido ter relações extraconjugais gera preocupação para elas. É fácil ver por que isto se deu. Para algumas mulheres, sua suscetibilidade está deflagrada pela não aceitação do preservativo por parte dos homens da aldeia:

O companheiro não aceita ter relação sexual com preservativo, daí muitos problemas acontecem [...]. Muitos acham que o preservativo atrapalha, principalmente os homens que não querem usar [...]. Homem deseja a mulher sem preservativo. Quando a mulher diz você tem que usar preservativo, o homem diz não quero, mas a mulher tem que ter iniciativa, porque vai pegar essa doença. (n_017, aldeia Jaraguá, 30 a 45 anos, casada; n_132, aldeia Monte-Mór, 30 a 45 anos, casada; n_020, aldeia Jaraguá, 60 ou mais, viúva).

Mesmo demonstrando a devida importância sobre o uso do preservativo, este não parece ser um ideal explícito pelas mulheres entrevistadas neste estudo, tendo em vista que a maioria delas relatou que nunca fizeram uso deste recurso, embora considerem-no importante (PINHO, 2015; RIBEIRO, 2016). Em uma das reflexões recentes sobre o uso irregular do preservativo em populações indígenas do Canadá, verificou-se que os jovens indígenas abusados sexualmente eram mais propensos a fazerem sexo sem proteção, além de se envolverem com um maior número de parceiros sexuais e estarem sujeitos a um aumento do risco de infecção pelo HIV (PEARCE et al., 2008). Já na Amazônia Peruana, o uso do preservativo não faz parte da cultura de comunidades indígenas locais, constituindo um importante desafio na implementação de medidas preventivas para o HIV voltadas para essa população (ZAVALETTA et al., 2007).

Não é possível generalizar sobre estes assuntos com referência aos grupos indígenas porque seus comportamentos e valores são tão variáveis quanto o número de etnias. Cada cultura tem sua especificidade e já discutimos alguns exemplos das possíveis diferenças.

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou diretrizes para implantar o Programa de IST/Aids nos DSEIS, contando com a colaboração de antropólogos como Ester Langdon. No capítulo referente à sexualidade, a autora aponta que:

Os casais Xoklém têm costume de trocar parceiros sem os ciúmes ou sentimentos de posse que caracteriza nossos casamentos. Os Tucanos da fronteira com a Colômbia acreditam que o sêmen nutre o feto, contribuindo para a formação dos ossos. Entre outros grupos, nos quais as mulheres casadas grávidas podem ter amantes, o amante também contribui para a formação da criança e é reconhecido como um segundo pai (BRASIL, 2009, p. 28).

Uma vez mais, a sexualidade aparece como expressões construídas no contexto cultural de cada sociedade humana e, nesta construção, adquirem sentido e significação para toda a vida. Aliás, é este posicionamento polissêmico frente à vida, que rompe com a tradição de abordagens que naturalizam a sexualidade, sejam as determinadas por modelos biológicos, sejam as que acentuam a importância do comportamento (BRASIL, 2005).

Diante disso, como incitar o uso de preservativos entre os indígenas? A comunicação é quase impossível se não entendermos as especificidades culturais do grupo – como eles percebem a sexualidade, a reprodução, a intimidade. Como convencer estes povos a adotar novos comportamentos se não sabemos suas percepções, seus valores? Perguntas como essas, extremamente complexas, merecem uma tese. Eis o porquê da minha escolha e a magnitude do meu desafio! No entanto, a compreensão dessas questões parece fundamental para situar as intervenções sobre a Aids no cenário indígena.

6.2.2 Vivências e enfrentamentos

A **subcategoria 4 – Experiências da doença** – concentra 18,82% das UCEs, representadas pelas mulheres da aldeia Monte-Mór, na faixa-etária de 60 anos ou mais e viúvas. Os segmentos a seguir abordaram os casos da doença vivenciados na aldeia, seus principais protagonistas e as alterações da imagem corporal que tornam sua condição publicizada, devido ao emagrecimento acentuado e manifestações dermatológicas. Tal desfecho passa a transparecer um quadro debilitante característico da doença, conforme descrição:

[...] Tinha um aqui na aldeia que andava somente a caveira em pé. [...] a pessoa emagrece, tem que ficar tomando remédio, não tem cura. Eu tinha um tio que tinha essa doença, ele passou muito tempo vivo. A pessoa que tem Aids vai se acabando [...] (n_124, aldeia Monte-Mór, 60 anos ou mais, viúva; n_139, aldeia Monte-Mór, 18 a 29 anos, casada).

[...] tem uma pessoa aqui na aldeia que tem Aids. Sabemos que ele tem, toma remédio controlado, um dia ele foi para o hospital passando mal, quase morto com essa doença [...] (n_137, aldeia Monte-Mór, 46 a 59 anos, viúva..)

[...] Passei isso com meu irmão. Participei do dia a dia dele, a pele dele era feia, era horrível e ele ficou debilitado, não comia, não queria tomar banho e ficou com depressão. Eu vou falar do meu irmão porque eu vivi isso de perto. Meu irmão ficou debilitado, ficou mal. É uma doença que deixa a pessoa feia [...] (n_013, aldeia Jaraguá, 30 a 45 anos, casada).

A perda de peso, magreza e fraqueza são atributos físicos que ganharam destaque em um primeiro momento da epidemia, quando informações sobre a Aids eram veiculadas pela imprensa, através de imagens de pessoas debilitadas. Isto permite a ocorrência da generalização de atributos para todas as pessoas pertencentes a esse grupo, formando-se os estereótipos relacionados às pessoas que vivem com HIV/Aids (ANTUNES; CAMARGO; BOUSFIELD, 2014).

Numa observação preliminar de outras épocas, era sofisticado ter um aspecto doentio. A romantização da tuberculose é um exemplo de larga difusão do eu como imagem. **“Moças abatidas, de peito cavado, e rapazes pálidos e raquíticos competiam entre si como candidatos a essa doença incurável (na época), na maioria dos casos incapacitante e de fato terrível [...]”** (SONTAG, 2007, p. 31. Grifo meu). O tormento da doença tornou-se romântico numa visão estilizada dos sintomas. No contexto da Aids, os indivíduos são tratados de maneira menos sentimental e a imagem do corpo influenciada pela doença colabora para o isolamento e a marginalização dos doentes. Isto se pode verificar no teor dos enunciados vindouros.

A noção da doença evoca figuras públicas que vivenciaram a Aids e os seus efeitos deletérios (ALENCAR; NEMES; VELLOSO, 2008). Cazuzza e Betinho, ora mencionados, são personalidades no Brasil que marcaram de forma indelével a Aids, e mesmo após a morte ainda são lembrados pela sociedade como símbolos da síndrome, retratando a dimensão dos meios de comunicação para o conhecimento, a difusão e a construção de estereótipos da doença.

[...] A pessoa ficava magra, como Cazuzza que morreu com essa doença, teve outro cantor também, teve o senhor chamado Betinho [...]. Quem tem Aids muda o corpo totalmente. Lembrei do cantor Cazuzza, de aparência magra, lutou pela vida e não conseguiu [...] (n_143, aldeia Monte-Mór, 46 a 59 anos, casada; n_071, aldeia Silva de Belém, 30 a 45 anos, casada).

Nas falas, além da lipodistrofia, a alopecia é comumente associada a sinais característicos da doença. Os estudos clínicos não escapam dessa predominância das manifestações dermatológicas na infecção pelo HIV. Autores (SANTOS GON; MINELLI, 2016) exemplificam uma exploração mais ampla das manifestações cutâneas como reveladoras de elementos fundamentais para o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, um marcador para a progressão da doença, a chave para o reconhecimento de infecções sistêmicas com risco de vida ou até mesmo uma doença definidora de Aids.

A identidade da Aids decorre da presença de uma variedade de sintomas que incapacitam e desfiguram o doente, tornando-o cada vez mais fraco e incapaz de controlar suas funções e atender a suas necessidades básicas: “[...] vejo ele sentado, as unhas caindo, o cabelo caindo, sem controle fecal e urinário [...] Ele está inutilizado, paralisou as pernas e está internado há um mês [...]” (n_147, aldeia Monte-Mór, 60 anos ou mais, viúva). Referindo-se à aldeia Jaraguá, o caráter debilitante da doença foi igualmente mencionado: “[...] Essa pessoa muda bastante, a unha cai, fica com problemas, fica acamado, sem poder andar, dependendo dos outros [...]” (n_146, aldeia Monte-Mór, 18 a 29 anos, casada).

Uma vez que é uma doença que acompanha sintomas degradantes, a Aids tem sido assemelhada ao câncer. Tal analogia é observada nos depoimentos a título de comparação quanto à gravidade de ambas as doenças:

[...] Aids é a pior doença e o câncer também [...] é uma doença que você não tem como se curar nunca [...]. O câncer, cuidando cedo ainda tem cura. Uma pessoa com Aids é uma pessoa sabendo que vai morrer [...] (n_024, aldeia Jaraguá, 18 a 29 anos casada; n_124, aldeia Monte-Mor, 60 anos ou mais, viúva).

Com o advento da terapia antirretroviral, a Aids assumiu uma condição de cronicidade, passando a ser comparada a doenças como diabetes e câncer (CASTANHA et al., 2006). O ensaio sobre a doença e suas metáforas traz a ideia de que a Aids banalizou o câncer devido ao surgimento de uma doença cuja capacidade de estigmatizar, de gerar identidades deterioradas, é muito maior. Além disso, o fato de a Aids ser uma doença nova a torna ainda mais terrível. Contudo, ambas as doenças são temidas de modo bastante incisivo e assim continuarão até que seus tratamentos sejam definitivamente eficazes (SONTAG, 2007).

A morte de um ente querido ou de uma pessoa do convívio na aldeia é conteúdo marcante na maioria dos depoimentos, que também revelam o cuidado prestado até o último momento:

[...] Conheci dois que morreram. Eram índios. Um que morreu era um homem novo. O outro morreu também. [...] Aqui morreu um faz tempo, outro na rua do lado, foram diversos que morreram de Aids [...]. Meu primo passou um tempo vivo, mas foi morrendo aos poucos. Aids mata aos poucos. Na verdade, não foi só um primo meu que morreu com Aids, foram dois[...]. Meu irmão teve e morreu faz 10 anos. A gente orientava ele para não se descuidar, ele se descuidou e morreu de Aids. [...] O que a gente pôde fazer por ele fizemos até o final da vida dele. Ele morreu com 27 anos (n_124, aldeia Monte-Mór, 60 anos ou mais, viúva; n_147, aldeia Monte-Mór, 60 anos ou mais, viúva ; n_150, aldeia Monte-Mór, 30 a 45 anos, casada; n_101, aldeia Monte-Mór, 46 a 59 anos, casada).

Percebe-se que a religião e a fé fazem parte da vida cotidiana da maioria das mulheres entrevistadas e se apresentam como amparo e suporte para o enfrentamento da Aids no contexto familiar e social.

[...] Perdi meu irmão e hoje estou aqui contando a história dele. [...] A imagem que dói mais é quando eu ouvia ele gritando e não podia fazer nada, só Deus que podia fazer [...] (n_017, aldeia Jaraguá, 30 a 45 anos, casada).

A conduta terapêutica e os efeitos colaterais aparecem relacionados a esta subcategoria. Conforme os depoimentos, hodiernamente o tratamento é uma condição que possibilita a sobrevivência e perspectivas futuras para a pessoa acometida pelo HIV. O acesso à informação traz à tona a utilização do tratamento associada à modificação da sobrevivência do paciente, que passaria a não sofrer com as mazelas citadas:

[...] Atualmente, tem remédio para tratar a doença, mas no tempo do meu irmão não tinha. Se aquele tempo fosse hoje, o meu irmão estava vivo [...]. Aquela pessoa que segue o seu tratamento normal, não muda. A pessoa ficava magra, [...] porque não tinha a descoberta que tem hoje através dos remédios que o governo dá. [...] (n_017, aldeia Jaraguá, 30 a 45 anos, casada; n_143, aldeia Monte-Mór, 46 a 59 anos, casada).

Na história da Aids, existem dois períodos bem delimitados: antes da década de 1990, quando prevalecia a imagem da doença ligada à desesperança e morte; e após essa época, com o uso em larga escala dos medicamentos anti-retrovirais (ARV) (BRASIL, 2009). Esse processo de cronicidade permitiu aos soropositivos uma maior sobrevivência e, no pior dos casos, um estado de constante fragilidade, como pode ser observado abaixo:

A pessoa pode ficar muitos anos com Aids e ter saúde [...] Tem que tomar medicação e viver no estado de agonia. Sempre aparece uma doença e outra. Uma hora a pessoa fica mais forte, outra hora fica mais magra. Os remédios que tomam para acabar com a bactéria não deixa a pessoa normal [...] (n_115, aldeia Monte-Mór, 60 anos ou mais, casada).

No início da epidemia, a intensidade dos sintomas comumente deflagrados da doença expressava um teor de maior gravidade, sendo a Aids atribuída como doença letal. A metáfora do “forte” ou “fraca” propõe a tarefa de problematizar a enfermidade ao longo dos trinta anos de epidemia e refletir sobre os avanços que implicaram a naturalização da doença (SONTAG, 2007). Ainda sem cura, a Aids hoje tem tratamento e possibilidades efetivas de controle.

Quando a Aids é forte, mata. Quando ela é fraca, dá para viver. Meu pai teve Aids e a dele foi da mais forte e matou ele [...]. Se a doença for fraca, ela se sente igual a gente, se for um caso forte, se sente mais desanimada, porque elas ficam limitadas de fazer as coisas [...] (n_140, aldeia Monte-Mór, 18 a 29 anos, casada; n_039, aldeia Jaraguá, 46 a 59 anos, casada).

Ao analisar os depoimentos supracitados, sobretudo quando os atores desse enredo são apresentados intimamente pelas mulheres indígenas dentro de suas famílias, na figura do pai, irmão, tio, primo, a noção da doença no seio familiar dos Potiguara permite-nos o encontro com enfrentamentos e desafios expressos nesse cenário. Ecos dessa reflexão serão discutidos nas demais classes.

A Aids coloca, desta forma, a necessidade de pensar as diferenças e de definir os limites entre “eu” e o “outro” (doença do outro). Entretanto, se em relação ao outro distante (cantores, atores) esta distância é relativamente fácil de ser construída, pois não se pressupõe nenhuma relação direta, as situações se complicam quando é um outro próximo que está em questão, principalmente quando ele se encontra bastante próximo geográfica e culturalmente.

Este “outro próximo”, se assim podemos chamá-lo, é alguém com quem se tem uma relação concreta, com quem se convive cotidianamente e com quem se compartilha uma série de espaços. É esta concretude do outro que determina, no nosso entender, a relação que os Potiguara estabelecem com a Aids e com os doentes.

No que se refere à **subcategoria 5 – consequências sociais** – representada pelas mulheres da aldeia Jaraguá, 30 a 45 anos, casadas, com 13,9% das UCEs, esta classe centra-se nas consequências sociais da doença e os desdobramentos sofridos pelo infectado quanto à segregação e exclusão.

[...] Elas se sentem excluídas, a maioria se afasta de quem está doente [...]. Tem que ter confiança nessa pessoa, para poder se aproximar. [...] Quem tem Aids se sente mal e excluída de todos. Todo mundo iria se afastar. Se a pessoa não fosse da minha família, ela não entrava na minha casa. [...] (n_079, aldeia Silva de Belém, 46 a 59 anos, solteira; n_084, aldeia Silva de Belém, 30 a 45 anos, casada).

O estigma da doença faz as pessoas sentirem medo da aproximação, não apenas pelo pensamento equivocado de contaminação pelo contato físico (visto em outros depoimentos), mas, principalmente, pelo receio de uma contaminação provocada pela ira de pessoas doentes. Essa prática, já aludida anteriormente, tem sido divulgada na mídia e colabora para que as pessoas conservem posturas ainda mais discriminatórias diante da Aids. Essa atmosfera excludente vivida pelo indivíduo infectado extermina sua vida social e o faz receptor de atos discriminatórios, traduzindo a chamada morte civil enunciada por Seffner (1995): *“A maioria é desprezada por causa dessa doença, muitos só sabem criticar, não ajudam, não fazem nada para melhorar [...]”* (n_042, aldeia Jaraguá, 18 a 29 anos, solteira).

A Aids é uma enfermidade associada a comportamentos reprováveis diante da sociedade, envolvendo questões ligadas a sexo e drogas (SONTAG, 2007). Em decorrência, surgem comentários e críticas dirigidas ao doente: *“[...] Na aldeia, todos criticam, ficam falando de quem tem Aids [...]. poucos têm palavra amiga para dar, é mais crítica [...]. O povo critica ele de safado [...]”* (n_161, aldeia Monte-Mór, 18 a 29 anos, casada; n_141, aldeia Monte-Mór, 46 a 59 anos, solteira; n_147, aldeia Monte-Mór, 60 anos ou mais, viúva).

Embora a condição de HIV-positivo contribua para estigmatizar ainda mais certos grupos de alto risco na sociedade (pessoas promíscuas, homossexuais, usuários de drogas), as atitudes estigmatizantes não se restringem a esses grupos, estendendo-se a todas as pessoas doentes, independentemente de sua orientação sexual, gênero, *status* econômico ou etnia (HELMAN, 2009).

As atitudes morais e ideológicas de uma sociedade diante da Aids são tão relevantes para o seu controle quanto a busca por um tratamento efetivo. Helman (2009) explora mais integralmente essa questão, afirmando que atitudes estigmatizantes podem enfraquecer as tentativas de identificar, tratar e controlar a doença e de oferecer às suas vítimas o cuidado que elas merecem. O discurso sobre a enfermidade frequentemente define o doente como o “outro” definitivo – desviante e ameaçador. As críticas mencionadas, fundadas no estrito posicionamento moral que evoca a censura diante da doença, opõe-se à aceitação,

estabelecida na identidade substancial da comunidade em acolher o outro. Essa antítese entre criticar e aceitar um indivíduo com Aids personaliza as relações sociais nas aldeias Potiguara.

[...] Ela frequenta as festas e no início, o povo ficava criticando, mas todo mundo se acostumou. Ela é feliz, nem parece que tem Aids. Hoje é vista sem preconceito. Antes, tinha muito preconceito, ninguém queria sentar próximo a ela. Agora que todo mundo se acostumou, ninguém mais comenta [...]
(n_051, aldeia Jaraguá, 30 a 45 anos, casada).

Uma característica marcante das aldeias Potiguara é a proximidade que se estabelece entre os indígenas, tanto no sentido físico como no sentido do relacionamento pessoal, evidenciado principalmente através de uma estreita relação entre parentesco e vizinhança (OLIVEIRA et al., 2014). Os “parentes” (GERLIC; ZOETTL, 2011), como são chamados, formam uma rede de reciprocidade que se estabelece nas aldeias. Esta rede se expressa principalmente no sentido da solidariedade, o que resulta numa ajuda mútua em caso de necessidade, como diante do diagnóstico de uma doença.

[...]A gente abraça, beija e dança com ela quando tem festa, toma cerveja e ela se sente igual a todo mundo. No início, muitos se afastavam, mas hoje ninguém tem preconceito com ela (n_049, aldeia Jaraguá, 30 a 45 anos, casada).

Nesse depoimento, pôde-se verificar que a diferença se dilui nas relações de vizinhança e no compartilhamento de espaços comuns. Ter o vírus da Aids ou estar doente não é motivo que justifique o rompimento das relações cotidianas. Ao contrário, o caráter extraordinário da situação - discriminação social da doença, fragilidade do paciente etc. – exige uma demonstração de solidariedade, manifestada pelo acolhimento relatado em algumas entrevistas a partir dos episódios em que os indígenas partilham da cotidianidade do doente, seja acompanhando-o ou simplesmente “aceitando-o”.

A **subcategoria 6 – viver e conviver com o HIV** - possui 11,38% das UCEs. Reúne a maioria das mulheres das aldeias Monte-Mór, Jaraguá e Silva de Belém, 30 a 45 anos, solteiras. Parte dessa subcategoria foi moldada pelos temas que trazem a confrontação do diagnóstico da Aids atrelado a condutas terapêuticas moldadas por um cuidado constante para a manutenção da vida. Outras evocações estabelecem relação direta com o fator emocional do doente, com destaque para o seu aspecto triste, determinado pela condição iminente de morte vinculada à doença. O contexto é exemplificado com alguns trechos que o representam:

[...]Aids é um problema difícil e se alguém tiver, tem que ser muito bem cuidada. Apesar de tudo, sendo bem cuidada, a pessoa enfrenta, leva um tempo até quando Deus quiser. [...] tem que se cuidar para viver por mais tempo [...] é uma doença grave, não tem cura, existe tratamento, ela pode matar a qualquer momento se você não se cuidar [...] (n_022, aldeia Jaraguá, 46 a 59 anos, casada; n_037, aldeia Jaraguá, 30 a 45 anos, casada; n_15, aldeia Monte-Mór, 18 a 29 anos, casada).

A melhoria do estado de saúde para os sintomáticos e manutenção de bom estado de saúde para os assintomáticos são divididos em tempos da terapia anti-retroviral combinada. Somado a este aspecto, o construto cuidado passa a ser considerado um forte aliado na luta pela sobrevivência dos pacientes HIV positivos. O exercício do cuidado manifestado nos enunciados se refere ao cuidado de si, e o uso dessa modalidade de enfrentamento parece estar sendo factível pelo êxito do tratamento atribuído a tal conduta. Esses resultados são consistentes com achados da literatura em HIV/Aids (SEILD, 2005), indicando ainda coerência teórica com o ponto de vista existencial de Heidegger (AYRES, 2004a). Nele, é designado como cuidado o próprio ser do ser do humano (ser-aí, *da-sein*).

Em *Ser e Tempo*, Heidegger (1995) se vale de uma antiga fábula de Higino para argumentar acerca da situação transcendente da condição humana. Ele aponta que se o ser do humano é um estar lançado no mundo, numa reconstrução constante de si mesmo e desse mundo, elucidada pela idéia de cuidado, será justo assumir que as práticas de saúde, como parte desse estar lançado, tanto quanto dos movimentos que o reconstroem, também se elucidam como cuidado (AYRES, 2004b).

Com efeito, a breve incursão filosófica à ontologia existencial heideggeriana mostra que as mulheres Potiguara fazem menção ao cuidado como um instrumento de recuperação do projeto existencial do doente com Aids que permite estabelecer um vínculo terapêutico efetivo e acenar para um trabalho de manejo da saúde, que passe a fazer sentido e dar sentido a preocupações anteriores, como o controle dos sintomas.

Projeto de vida, construção de identidade, confiança e responsabilidade são apontados como pontos-chave para a reconstrução ética, política e técnica do cuidado em saúde (AYRES, 2004b). Contudo, como incorporar essas ponderações diante de uma doença que reflete para o indivíduo a sua própria finitude física e social?

Essa pergunta segue de enunciados que reiteram o cotidiano de tristeza vivido pelos doentes da aldeia:

[...] a pessoa vai ficando com a fisionomia triste e tudo muda na vida do ser humano. Para ele, a vida acabou [...] não é fácil todo mês ir pegar remédio e ter que tomar para o resto da vida [...] mas nunca fica bom [...] sabe que vai morrer [...] sabe que está doente e nunca vai ter a vida que tinha antes [...] fica triste porque sabe que não tem cura (n_070, aldeia Silva de Belém, 30 a 45 anos, casada; n_015, aldeia Jaraguá, 60 anos ou mais, viúva; (n_041, aldeia Jaraguá, 30 a 45 anos, casada; n_006, aldeia Jaraguá, 60 anos ou mais, viúva; n_088, aldeia Silva de Belém, 30 a 45 anos, separada/divorciada; n_068, aldeia Silva de Belém, 46 a 59 anos, solteira).

São inúmeros os depoimentos que referem o sentimento triste que carrega o doente. Abrindo um parêntese, cabe dizer, conforme Sontag (2007, p. 104. Grifo meu): **“a Aids, que leva pessoas a serem consideradas doentes antes de adoecerem; que produz uma série aparentemente inumerável de doenças-sintoma; para a qual só há paliativos; e que leva muitos a uma espécie de morte social que precede a morte física”**.

Mesmo diante do tratamento promissor e do aumento da expectativa de vida das pessoas com Aids, o aspecto triste acompanha o doente que sofre com a deterioração da sua identidade. Salienta-se aqui não apenas o sofrimento físico decorrente das comorbidades comuns à doença, mas também o sofrimento social, que é tanto quanto ou mais destruidor para o doente (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005). Seguem os trechos das entrevistas nos quais constam claras menções sobre esta problemática:

Quem tem Aids sofre, passa na rua o povo comenta. [...] É uma pessoa sofrida. Ela é vista de forma diferente, porque ela não é igual a gente. [...] eles se sentem como um inválido, alguém que não pode chegar perto dos outros (n_05, aldeia Jaraguá, 30 a 45 anos, casada; n_108, aldeia Monte-Mór, 30 a 45 anos, solteira, n_151, aldeia Monte-Mór, 18 a 29 anos, casada).

Os domínios presentes reforçam sentimentos de descontentamento pela decadência da identidade do indivíduo, que passa a ser rotulado como “inválido” ou “diferente”.

Não basta a doença ser letal para que cause sofrimento. Tal percepção é, em vários sentidos, bem semelhante à da tuberculose. No passado, a tristeza conferia à tuberculose um aspecto de doença “interessante”. Ser triste era um sinal de refinamento, de sensibilidade (SONTAG, 2007). As fantasias associadas à tuberculose guardam paralelos relacionados ao culto romântico da doença. Entretanto, uma reação a essa “fragilidade que cai bem” passou a ressaltar os atributos devastadores da doença na vida social do indivíduo, sendo esta a semelhança mais expressiva entre os mitos da tuberculose e da Aids. Ambas são doenças geradoras de consequências sociais perversas associadas ao preconceito e à discriminação. Esses temas serão explorados a fundo nas categorias seguintes.

Com 2,41% das UCEs classificadas, a **subcategoria 7 – Aids no dia a dia da tribo** - teve como maioria das participantes as mulheres da aldeia Jaraguá, 18 a 29 anos, casadas. Nesta versão, as mulheres fazem menção à Aids como um acontecimento que não alterou significativamente o cotidiano nas aldeias. A forma como afirmam isso é paralela à condição de normalidade comumente atribuída aos doentes: “[...] *alguém com Aids é como outra pessoa qualquer. Não tem diferença nenhuma [...]*” (n_038, aldeia Jaraguá, 46 a 59 anos, casada).

A mudança do status da doença mudou o significado da convivência com a infecção. Ao referir-se à pessoa com HIV, ecoam as expressões “*normal*”, “*comum*”, “*uma pessoa qualquer*”. O ponto-chave aqui são as condições que tornaram possível essa (re)interpretação da “*identidade deteriorada*” (usando a expressão de Erving Goffman) que passou a ser incorporada de maneira diferenciada, através de percepções distintas daquelas comumente vistas. Essa “naturalização” do convívio com a doença também é mencionada em estudos (FRANCO; FIGUEREDO, 2004) com mulheres soropositivas para o HIV. Trata-se, como aponta Ferreira (1999), de uma espécie de banalização da epidemia, que ocorre quando as questões relativas ao HIV/Aids se somam às demais violências já naturalizadas ou às outras comorbidades. Assim, seu destaque se dilui e passa a não importar.

Dessa forma, os relatos nos chamam a atenção para a condição perceptível da Aids na cotidianidade dos Potiguara e a postura de naturalidade da doença no convívio entre eles. Tal lógica refere-se, em suma, à busca de uma resposta para auxiliar-nos na compreensão das relações que moldam a doença neste cenário. Contudo, os domínios presentes entre as mulheres Potiguara, associados ao medo de contrair a doença, ainda provocam distanciamento das pessoas acometidas, mantendo acesa a chama do preconceito ligado à Aids.

[...] A maioria vê alguém com Aids de forma normal, pois são amigos e conseguem se falar, se comunicar [...] a convivência é normal, mas você lá e eu aqui, sem o contato físico. [...] Hoje em dia por ter uma evolução muito grande da doença, a Aids se tornou uma doença normal, porém ainda há muito preconceito. [...] (n_024, aldeia Jaraguá, 18 a 29 anos, casada; n_044, aldeia Jaraguá, 30 a 45 anos, casada; n_111, aldeia Monte-Mór, 18 a 29 anos, solteira).

O suporte social dado pela comunidade também é considerado nos depoimentos e retrata a estreita relação de parentesco dos Potiguara, capaz de abolir o preconceito diante da Aids. Na percepção de algumas mulheres:

[...] A comunidade tem um olhar de família para quem tem Aids, não tem preconceito [...] É uma doença que não faz medo, é normal, a pessoa pode viver a vida toda. [...] se ela não tiver nenhum tipo de ferida, eu ando com ela. [...] Aqui na comunidade somos todos unidos, como família [...] ^{(n_039, aldeia Jaraguá, 46 a 59 anos, casada; n_023, aldeia Jaraguá, 18 a 29 anos, casada).}

Como Ncama et al. (2008) assinalam, a partir de um estudo com sul-africanos, amigos próximos e família proporcionam uma rede de suporte social e afetivo, favorecendo o desenvolvimento de estratégias de proteção para a convivência com a doença.

[...] Tem gente que se afasta, principalmente a família, mas a família da gente não se afastou. [...] Ele tem a família dele, os filhos dele, trabalha normalmente, vive normal. [...] Tem que ter apoio da família. Sem esse apoio, o doente não aguenta [...] ^{(n_046, aldeia Jaraguá, 30 a 45 anos, casada; n_121, aldeia Monte-Mór, 46 a 59 anos, casada).}

Há, como demonstram as falas, a percepção positiva das mulheres Potiguara sobre o apoio social recebido e este se apresenta necessário para a manutenção do bem-estar, uma vez que as percepções negativas podem desmotivar as pessoas na manutenção do tratamento (SILVA; SALDANHA, 2012). A rejeição pela família é mencionada nos escritos de Helman (2009) como consequências sociais da Aids, observadas, em maior frequência, em grupos estigmatizados, como *gays* e usuários de drogas intravenosas, que passam a não obter o cuidado compassivo e o tratamento digno. Do contrário, teremos a chamada “morte social”, mencionada anteriormente.

A **subcategoria 8 – culpabilização e estereótipos da doença** - concentra 7,44% das UCEs retidas, em especial pelas mulheres da aldeia Silva de Belém, 18 a 29 anos, casadas. A doença permanece intimamente associada à negação da socialização, que impede aproximações físicas e contato com o outro, gerando sentimentos de culpabilidade e vergonha por parte dos indivíduos com Aids.

[...] A pessoa se sente mal, como um amigo meu [...] tem essa doença, sente vergonha, quando chega perto do povo [...]. Quem tem Aids não quer ficar perto de ninguém [...]. A maioria trata quem tem Aids com indiferença [...] essas pessoas têm um sentimento de culpa por não ter se prevenido ^{(n_114, aldeia Monte-Mór, 18 a 29 anos, casada; n_161, aldeia Monte-Mór, 18 a 29 anos, casada; n_067, aldeia Silva de Belém, 18 a 29 anos, solteira).}

Contrair a Aids através da prática sexual parece depender mais da vontade, e, portanto, implica mais culpabilidade (GARCIA; KOYAMA, 2008). A experiência de ter Aids é vivenciada por muitos como algo vergonhoso e está associado à atribuição de culpa. Poucos exclamam “por que eu?”, pois sabem de que modo contraíram a doença. É inegável que a Aids, por toda a sua conotação e impacto social, cause sentimentos conflitantes, sendo muitas vezes ocultada, mas não do paciente. O mais comum é o paciente não revelar o fato, conforme dito por uma das mulheres, referindo-se à fase de descoberta da doença: *“No começo, muita gente tinha essa doença e escondia do povo [...]”* (n_121, Aldeia Monte-Mór, 46 a 59 anos, casada).

Uma forma de interpretar isso passa pela compreensão do que explica Helman (2009), quando utiliza da metáfora “Aids como punição moral” para responsabilizar o indivíduo por não adotar medidas preventivas e, conseqüentemente, provocar a própria infecção: *“[...]Eles pegam essa doença pelo próprio descuido [...] não se preveniu e pegou a doença [...] era para ter prevenido, escutado conselhos[...]”* (n_157, aldeia Monte-Mór, 18 a 29 anos, casada; n_153, aldeia Monte-Mór, 60 anos ou mais, casada; n_068, aldeia Silva de Belém, 46 a 59 anos, solteira). Diferentemente de algumas doenças que geram comoção ou compaixão, a Aids, muitas vezes, gera reações de culpabilização, a partir da interpretação de que é algo que poderia ter sido evitado ou é proveniente de “algo errado e feio” (SONTAG, 2007).

No início da epidemia, coube à mídia, em um primeiro momento, o papel de conformar a doença à moralidade. O comportamento perigoso que produz a Aids foi encarado como irresponsabilidade, delinquência – o doente é viciado em substâncias ilegais ou sua sexualidade é considerada divergente: *“O marido dela morreu por causa da Aids e já descobriram que ela não só vivia com ele, vivia com muitos [...]”* (n_102, aldeia Monte-Mór, 18 a 29 anos, casada). A relação entre Aids e promiscuidade é algo presente nas falas, de modo que uma síntese sobre tal vínculo se faz necessária aqui.

Um estudo realizado por Rodrigues et al. (2012) envolvendo mulheres em união heterossexual estável no que diz respeito à vulnerabilidade à infecção pelo HIV/Aids constatou que a mulher que tem ou pode ter Aids é irresponsável e apresenta comportamentos promíscuos. “Promíscuos sexuais” é uma expressão dirigida a pessoas que exercem sua sexualidade com liberdade, tendo inclusive múltiplos parceiros. Nesse contexto, Rios (2006) e Heilborn (2006) apontam para os movimentos de liberação sexual iniciados na década de 1960, que originou a expressão “amor livre”, significando que cada ser humano estaria se apoderando de seu próprio corpo, assim como de sua função sexual, exercendo seu livre arbítrio na tentativa de se libertar das várias formas de controle social.

Contudo, o surgimento de uma epidemia que trouxesse à discussão aspectos do comportamento sexual humano foi determinante para revelar a visão puritana e superficial com que é tratada a sexualidade humana (DABHOIWALA, 2013).

No depoimento acima, a atitude acusativa de promiscuidade foi evidenciada, e geralmente é assim que esse tema é tratado (RODRIGUES et al, 2012). Dificilmente, as Ciências Médicas se preocupam em compreender o que leva um ser humano a ter vários parceiros. Por isso, a questão principal passa a ser: a promiscuidade está relacionada simplesmente ao desejo ou a algo mais profundo? É fundamental pensar a doença considerando essas questões, principalmente quando a discussão se volta para populações culturalmente diferenciadas.

No tocante especificamente à promiscuidade no território indígena, ecos dessa discussão foram trazidos em estudo (TOTA, 2013), apontando esforços por parte de intelectuais brasileiros (dentre eles, Gilberto Freyre) para desconstruir a imagem de que negros e indígenas eram libidinosos e/ou responsáveis pela existência das doenças venéreas no Brasil: a promiscuidade havia se originado do sistema escravista ibérico, e não do negro ou índio, raízes da raça brasileira. Contudo, essa mesma promiscuidade teria garantido a miscigenação necessária aos descendentes de portugueses para o povoamento do território brasileiro.

O comportamento perigoso que produz a Aids é encarado como um ato punitivo de uma vida promíscua (PARKER; AGGLETON, 2001) e traz uma carga muito intensa de estigmatização. Apesar de algumas mudanças ao longo do tempo, não há por que nos surpreendemos com a constatação de que pessoas com Aids ainda representam uma ameaça para o grupo: “[...] Não devemos confiar em ficar perto de quem tem Aids [...]” (n₁₅₁, aldeia Monte-Mór, 18 a 29 anos, casada).

As pessoas que vivem com HIV/Aids são vistas com desconfiança (ANTUNES; CAMARGO; BOUSFIELD, 2014). A doença confirma uma experiência que isola e expõe os doentes a discriminações, comentários e estereótipos:

[...] Ninguém sabe quem está doente, se a pessoa souber, evita chegar perto [...] os outros a veem como aidética e comentam para se afastarem dela para não adoecerem. [...] o povo discrimina, apelida a pessoa de aidético. Dá vontade de se matar[...]. (n₀₆₆, aldeia Silva de Belém, 46 a 59 anos, casada; n₀₀₄, aldeia Jaraguá, 18 a 29 anos, casada; n₁₅₆, aldeia Monte-Mór, 30 a 45 anos, casada)

Na visão de Helman (2009), certos rótulos diagnósticos podem afetar os sintomas, o comportamento, os relacionamentos sociais e a autopercepção dos pacientes, bem como as atitudes dos outros em relação a eles. Enredados em uma cultura que mantém o rótulo da doença, os pacientes passam a se ver como incapacitados e se isolam dos outros. Assim como o paciente, as atitudes dos seus parentes são moldadas pelas crenças culturais sobre o significado das doenças. A família de uma pessoa rotulada como “aidética” pode, com base na imagem depreciativa da doença, evitar o contato com o próprio doente.

A Aids deu origem a fobias e temores na população em geral. Tal como a sífilis, a Aids é um mal que afeta um grupo de pessoas “diferentes” e que por elas é transmitido. Isso ataca os já estigmatizados numa proporção ainda maior do que qualquer outra doença (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005). Neste espírito de comparação, salienta-se que outras doenças conferem marcas sociais pelo seu caráter devastador. Dentre elas, figuram a lepra, a peste bubônica, a tuberculose, a sífilis e o câncer, considerado o mal do século atual (SONTAG, 2007). Contudo, nenhuma delas tem a capacidade de gerar identidades deterioradas, como a doença.

Algumas pessoas levam às últimas consequências a questão do contato com o doente HIV positivo, com a convicção ilusória – promovida pela ideologia do contágio – de que toda e qualquer aproximação ponha em risco a sua saúde. É a metáfora da Aids como um “contágio invisível” (HELMAN, 2009), já citada anteriormente. Trata-se de voltar o olhar para o medo do contágio fácil e para as fantasias da transmissão da doença por meios externos. Quando informações sobre a doença são difundidas, mesmo que em doses homeopáticas, mudam-se os pronunciamentos, como veremos nas falas a seguir, quando tratarmos da superação do preconceito. Observamos de forma recorrente nos depoimentos já apresentados que atitudes discriminatórias podem ser relativizadas pela solidariedade ao portador do vírus da Aids, numa tentativa de desconstruir esse paradigma e enfrentar tal realidade nas aldeias de forma sensata e humanizada.

Com 21,01% das UCEs retidas e classificadas, a **subcategoria 9 – Temor e sentimentos correlacionados** – é representada pelas mulheres das aldeias Monte-Mór e Silva de Belém, nas faixas etárias de 18 a 29 anos e 30 a 45 anos, separadas/divorciadas. Os conteúdos desta subcategoria trazem à tona os sentimentos que emergem das pessoas que vivem a doença nos seus pares.

Conhecida como “epidemia do medo”, a Aids envolve uma série de significados atemorizantes, por parte do doente (medo das mudanças físicas, medo da morte, medo do

preconceito) e das pessoas a sua volta (medo de se contaminar com o doente), organizando uma realidade assombrosa (RIBEIRO; COUTINHO; SALDANHA, 2006).

[...] O povo tem medo e a pessoa doente sofre preconceito. [...] muita gente tem medo de saber que tem essa doença [...] de ser discriminada [...] Eu sinto preconceito. Não tem como você não ter, talvez se fosse um caso na família eu não tivesse, mas com o pessoal de fora eu tenho preconceito e medo [...] (n_113, aldeia Monte-Mór, 18 a 29 anos, casada; n_105, aldeia Monte Mór, 60 anos ou mais, casada; n_024, aldeia Jaraguá, 18 a 29 anos, casada).

Lembremos, novamente, do preconceito tantas vezes subjacente nos enunciados apresentados neste capítulo e que favorecem a marginalização social dos doentes da comunidade, o que fica evidente nos escritos de Parker e Aggleton (2001).

Na obra de Helman (2009), é dedicado um capítulo sobre os aspectos culturais do sofrimento, revelando que a cultura pode proteger contra o estresse ou torná-lo mais provável. Isto é, certos valores e práticas culturais podem aumentar o número de estressores aos quais o indivíduo está exposto. No caso da Aids, sustenta-se uma visão moralista do infortúnio como expressão do comportamento “perigoso” ou “imprudente”. Mais que letal, trata-se de uma doença desumanizadora – no sentido literal do termo – pois, além da doença física em si, os doentes têm de lidar com a culpa, a ansiedade, o medo da morte e o forte preconceito das pessoas.

Os valores culturais de um grupo também podem proteger contra o estresse, por exemplo, fortalecendo a coesão social e familiar, bem como o apoio mútuo, que permite ao doente de Aids lidar melhor com a sua condição (LARAYA, 2011). Isto foi característico em alguns relatos de superação do preconceito, muitas vezes relativizado pelo conhecimento adquirido sobre a doença e suas formas de transmissão:

[...] Vejo sem preconceito algum, sei as formas de contágio. O povo tem preconceito e medo de se aproximar. [...] Se não disser que ela está com Aids, não tem como adivinhar. Se eu souber que está doente, não vou me afastar. Chego perto, porque não transmite na aproximação. Trataria normal, não iria ficar distante, ficaria perto, conversava com ela. Tem gente que vê e se afasta, mas a Aids não transmite no vento [...] O povo tem preconceito, eu não tenho. É um ser humano. [...] (n_054, aldeia Jaraguá, 18 a 29 anos, solteira; n_096, aldeia Silva de Belém, 30 a 45 anos, casada; n_120, aldeia Monte-Mór, 30 a 45 anos, casada).

A ideia de que a Aids é uma doença que pode trazer não apenas sofrimento, mas também levar à morte, é confirmada pelas próximas citações:

[...] Uma pessoa com Aids é uma pessoa sabendo que vai morrer [...] A pessoa que tem Aids está condenada à morte [...] Ela sente que qualquer momento pode morrer, é assim que se espera. A gente sabe que nessa doença, só espera a morte, então passa isso na cabeça delas. Elas podem viver bastante, mas nunca vão ter uma vida boa. (n_124, aldeia Monte-Mór, 60 anos ou mais, viúva; n_027, aldeia Jaraguá, 18 a 29 anos, casada; n_107, aldeia Monte-Mór, 46 a 59 anos, casada).

A morte foi uma das referências iniciais da doença por parte do segmento médico e da mídia, mostrando que o estigma da Aids se encontra imbricado nas esferas biológica e social (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005). A associação Aids-morte surgiu em decorrência da ausência de tratamentos e da alta taxa de mortalidade associada à doença. Com o surgimento do tratamento anti-retroviral e a política brasileira de distribuição gratuita e universal de medicamentos, houve uma grande mudança na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids. A "doença que mata" passou a ser considerada uma doença de curso crônico, embora passível de tratamento. Porém, a ideia de morte continua inclusa no estigma da Aids, impedindo, muitas vezes, que as pessoas acometidas reconheçam as conquistas científicas e sociais vivenciadas nos últimos anos (REIS, 2010).

Chama a atenção os sentimentos de compaixão e piedade das mulheres Potiguara perante os doentes da aldeia. Embora não seja um posicionamento unânime, ele pode ser visto em alguns depoimentos:

[...] Uns têm medo, outras tem nojo, outras tem piedade, outros querem ajudar. Se todos fossem assim, era bom demais. [...] Eu vejo com piedade e o povo da aldeia vê com preconceito. [...] (n_100, aldeia Monte-Mór, 18 a 29 anos, casada; n_030, aldeia Jaraguá, 46 a 59 anos, casada).

Pode-se notar que a compaixão relatada pelas participantes atenua o preconceito e amplia o sentimento de solidariedade impressa nos depoimentos quando o medo se apresenta com conotação de compaixão.

[...] Sinto piedade de quem tem Aids. Em saber que aquela pessoa não tem mais futuro. [...] A pessoa está com os dias contados no mundo, tem que dá conforto a elas. [...] (n_124, aldeia Monte-Mór, 60 anos ou mais, viúva).

Remetendo ao que foi dito outrora, o prenúncio da morte exige tal posicionamento. Se poucas são as possibilidades de ajuda diante de uma doença incurável, a compaixão traduz um

sentimento de aceitação e acolhimento do doente, na perspectiva de colaborar com o enfrentamento da doença.

[...] Tenho piedade quando vejo uma pessoa com esse problema e a gente não pode ajudar. [...] Tem muitos aqui na aldeia que ficam criticando, mas também tem muitos que tem piedade daquela pessoa. [...] (n_146, aldeia Monte-Mór, 18 a 29 anos, casada).

Para além do olhar piedoso, o sentimento daqueles que convivem com a Aids nas aldeias Potiguara não se configura apenas no pesar, mas exprime uma conotação de superação e aceitação da doença. No desejo revelado de uma das participantes, oxalá este fosse um posicionamento unânime por parte da comunidade. Se minha perspectiva é buscar compreender o que o posicionamento e o sentimento dessas mulheres diante da Aids podem nos permitir perceber sobre as relações cotidianas das mulheres Potiguara, percebo que o construto solidariedade produz novas formas de convívio e reflexões em torno desta enfermidade neste cenário.

7 DITO ISTO...



*“Quem nasceu lutando, não
vai morrer de braços
cruzados”.*

(DONA ZENILDA
XUCURÚ DO ORORUBÁ)

Após percorrer este longo percurso, onde conseguimos chegar? Não me refiro às pouco mais de 100 páginas escritas até aqui, nem à diversidade cultural que separa os índios Guarani, Xavante, Waiãpi, Kuikuro, por exemplo, daqueles que pertencem à etnia Potiguara, tampouco às evidências científicas da literatura sobre a Aids na população indígena, ou às importantes considerações de antropólogos como Roque Laraya, Cecil Helman, Esther Langdon, Clifford Geertz, Claude Lévi-Strauss, ou mesmo à “fotografia” das mulheres Potiguara impressa nessas páginas.

Meu intuito foi, justamente, romper com essas primeiras impressões que insistem em questionar o que podemos aprender *sobre* a doença na visão dessas mulheres, mas *a partir* dela. Logo, não se tratou apenas de uma jornada geográfica ou histórica, mas, principalmente, da exploração de outros campos de possibilidades, em se tratando de pesquisa sobre Aids na população indígena, do contexto sociocultural. Assim, a configuração da Aids revelada pelas mulheres indígenas nas atitudes, crenças, modos de ver e sentir a doença e os contextos de risco apresentados onde a doença se insere neste cenário nos indicam algumas direções. A título de conclusão, buscarei sinalizar algumas delas, salientando alguns pontos e não necessariamente, encerrando questões.

Em primeiro lugar, dentro de um panorama geral, os conteúdos emitidos sobre a doença refletiram como ela toma lugar e se torna significativa na cotidianidade das mulheres Potiguara, vinculando temáticas voltadas à *transmissão e suas interfaces* e às *vivências e enfrentamentos* que conformaram as duas grandes categorias desta tese. Na primeira categoria, verificou-se a atenção destinada aos fatores de risco da doença associados ao sexo sem proteção, à poligamia, ao sexo comercial de meninas adolescentes na aldeia, além de comportamentos desviantes dos indígenas como uso de drogas e alcoolismo, demonstrando uma abordagem mais abrangente do tema, voltada para a diferença de gênero na esfera das relações sexuais, do amor romântico e dos roteiros sexuais, dentre outros.

A prevenção da Aids é tema recorrente entre as participantes, sendo compatível com a necessidade destinada a esse fator nas campanhas e programas públicos de saúde para este grupo. Apesar do conhecimento manifesto por essas mulheres, a solidificação de crenças quanto aos modos de transmissão da doença ainda paira no cotidiano das aldeias, promovendo a ignorância e os medos irracionais da aproximação física e do compartilhamento de objetos de uso pessoal com o doente.

A alteração da imagem corporal do doente é também um dos grandes elementos que compõem o conteúdo relacionado à Aids, inaugurando as discussões da segunda categoria

temática, cujos relatos evidenciam os protagonistas da doença como “outro próximo”, com quem se convive cotidianamente e com quem se compartilha uma série de espaços. Nessa visão de concretude do outro, as mulheres Potiguara referiram os desdobramentos sofridos pelo infectado nas aldeias quanto à segregação e à exclusão.

Um outro aspecto que chama a atenção diz respeito à menção que algumas mulheres fazem à Aids como um acontecimento que não alterou significativamente o cotidiano nas aldeias. Esse fato gerou reflexões sobre as condições que tornaram possível essa [re]interpretação da convivência com a infecção neste cenário, entendo, preliminarmente, que uma das razões para isso esteja na mudança do *status* da Aids, que passou a ser assimilada a doenças crônicas, evidenciando a tendência de naturalização do convívio com a doença. Contudo, essa mesma categoria também é permeada por relatos que associam a doença a uma experiência que isola e expõe os doentes a discriminações, comentários e estereótipos.

Os resultados mostram complexa configuração da Aids e sua influência no cotidiano das mulheres Potiguara, notadamente no processo de adoção de práticas preventivas, de integração social, de estigmatização, e de viver com o vírus. Esse panorama apresenta-se como um modulador da realidade vivida por essas mulheres e um operador das situações enfrentadas pelas mesmas. Observa-se, ainda, que a expressividade dos depoimentos sobre a doença relaciona-se a questões objetivas, como o acesso à informação, e a questões subjetivas, como o empoderamento pessoal frente a situações sociais e culturais.

Frente a tais reflexões, alerta-se para a importância dessa construção para o enfrentamento da epidemia nas aldeias desta etnia, tanto no que tange a formulações de estratégias políticas que abranjam essa subjetividade, produzindo impacto em decisões individuais e íntimas, quanto no repasse de informações que não só sejam verdadeiras do ponto de vista científico, mas que, também, façam sentido para os indígenas e apresentem aderências ao seu contexto cultural.

A partir da reflexão sobre o contexto cultural dos Potiguara, esta tese apresentou as várias formas de configuração da Aids pelas mulheres Potiguara imbricadas não somente pelos aspectos internos dessa cultura, mas também pelas interações do grupo com o mundo ao seu redor. Tal análise incorporou as perspectivas culturais e éticas deste grupo, apontando os caminhos a partir dos quais suas práticas passam a ser parte inerente da veiculação da doença neste cenário.

Cada vez mais torna-se evidente a necessidade de focalizar nos contextos sociais e culturais onde a Aids é definida e constituída, para que haja uma contribuição significativa à prevenção da doença. Este trecho enfoca o propósito maior desta tese, quando destaca um construto social e cultural sobre a doença, enfatizando o contexto indígena Potiguara nos quais as interações e comportamentos têm lugar e adquirem significado para as mulheres desta etnia, na perspectiva de desenvolver respostas mais diretamente relevantes e aplicáveis aos problemas mais imediatos enfrentados pelas mulheres que vivem em um cenário real e peculiar.

Embora haja, ainda, muito a ser feito na tentativa de construir uma compreensão mais alargada dos questionamentos trazidos até aqui, esses desenvolvimentos sugerem respostas de algumas questões centrais que me confrontam até o momento em que este capítulo se encerra. Eles também sugerem alguns caminhos que poderiam ser explorados sobre no enfrentamento da Aids nesta população, no sentido de que estratégias devem ser elaboradas a fim de assegurar adoção de abordagens que considerem a mulher em sua dimensão sociocultural. Reforça-se, ainda, a urgência de respostas efetivas quanto às formas de prevenção contra as IST/Aids, o empoderamento desse grupo a atitudes apropriadas de cuidado e proteção e a capacitação dos profissionais, quanto à conformação das motivações e condutas sexuais dentro da conjuntura indígena.

Penso que, se para as políticas de saúde a agenda de lutas é desafiadora, para os indígenas ela necessita ser revolucionária, inclusive na academia, colocando em evidência as relações cotidianas que levam a uma construção social da Aids neste cenário.

Além disso, com relação ao próprio espaço acadêmico para reflexões sobre o tema, acredito que seja necessário destacar aqui o desafio não apenas de se buscar consolidar espaços para a produção de estudos nessa população, mas, sobretudo, de se garantir o acesso a ela, considerando a série de trâmites legais enfrentados pelo pesquisador, já citados anteriormente. Dessa maneira, uma agenda em torno de estudos sobre Aids na população indígena deve não apenas levar em conta sua cultura vigente, mas também os padrões sociais e relações de poder a partir dos quais o tema é percebido pelo grupo.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, T. M. D.; NEMES, M. I. B; VELLOSO, M. A. Transformações da "aids aguda" para a "aids crônica": percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1841-1849, dez. 2008.
- ANTUNES, L.; CAMARGO, B. V.; BOUSFIELD, A. B. S. Representações sociais e estereótipos sobre aids e pessoas que vivem com HIV/Aids. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 43-57, set./-dez. 2014.
- ARAÚJO, C. M. A identidade e a questão racial no jardim alvorada em Maringá/PR. In: SEMINÁRIO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA DA UFSCAR, 3, 2012, São Carlos. **Anais...** São Carlos, SP: UFSCAR. Disponível em: <https://iiiseminarioppgsufscar.files.wordpress.com/2012/04/arac3bajo_marivc3a2nia-conceic3a7c3a3o.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2016.
- ASSIS, C. L.; NEPOMUCENO, C. M. **Processos culturais**: endoculturação e aculturação. Campina Grande, PB: UEPB/UFRN, 2008. Disponível em: <http://www.ead.uepb.edu.br/arquivos/cursos/Geografia_PAR_UAB/Fasciculos%20-%20Material/Estudos_Contemporaneos_Cultura/Est_C_C_A08_J_GR_260508.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2016.
- AYRES, J. R.C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004a.
- _____. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, set. 2004b.
- _____; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; SALLETTI, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Orgs.). **Sexualidade pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 1999. p. 50-71.
- BARBARÁ, A; SACHETTI, V. A. R; CREPALDI, M. A. Contribuições das Representações sociais ao estudo da AIDS. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 331-339, jul./dez. 2005.
- BARCELLOS, L. A.; PAIVA, M. O ressurgir dos potiguaras. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO, 2, 2002, Natal. **Anais...** Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Disponível em: <<http://sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe2/pdfs/Tema6/0638.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/alasiasantos/analise-de-conteudo-laurence-bardin>>. Acesso em: 22 jul. 2014.
- BASTOS, F.I.; CÁCERES, C.; GALVÃO, J.; VERAS, M.A.; CASTILHO, E.A. AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response. **International Journal of Epidemiology**, v. 37, p. 729-737, 2008.

BAUSSANO, I.; BUGIANI, M.; GREGORI, D.; PASQUALINI, C.; DEMICHELI, V.; MERLETTI, F. Impact of immigration and HIV infection on tuberculosis incidence in an area of low tuberculosis prevalence. **Epidemiol Infect**, v. 134, n. 6, p. 1353-1359, 2006.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. Lisboa: Difusão Europeia do Livro, 1970 (v. 1).

BRASIL. **Anais do seminário sobre alcoolismo e vulnerabilidade às dst/aids entre os povos indígenas da macrorregião sul, sudeste e mato grosso do sul**. Brasília: Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde; Coordenação Nacional de DST e Aids, 2001 (Série seminários e congressos, n. 4).

BRASIL. **Boletim Epidemiológico: Aids e DST**. Ano IX, n. 01. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2012b.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico: Aids e DST**. Ano II, Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, dez. 2013.

BRASIL. **Contextualização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, set. 2003. 1 CD-ROM.

BRASIL. **Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Diretrizes para implantar o Programa de DST/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Programa Nacional de DST e Aids, 2005.

BRASIL. **O Brasil indígena (IBGE)**. Brasília: Ministério da Justiça; Fundação Nacional do Índio, 2015a. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/o-brasil-indigena-ibge>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

BRASIL. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; Diretoria de Pesquisas, 2012a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2016.

BRASIL. **Painel temático: Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, 2011. 24 p. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/painelmulher.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2011.

BRASIL. **Portal da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2015b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai>>. Acesso em: 16 abr. 2015.

BRASIL. **Povos indígenas e a prevenção às DSTs, HIV e Aids**: manual de diretrizes técnicas. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Coordenação Nacional de DST e Aids, 2000.

BRASIL. **Programa Nacional de DST e Aids**: Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, mar. 2007. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf>. Acesso em: 02 out. 2011.

BRASIL. **Projeto AIDS-SUS Brasil**: Programa Brasileiro para a Atenção à Saúde da População Indígena em HIV/Aids e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST e Aids; Fundação Nacional de Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/BR_AIDS_SUS_IPPF_Portugues_Versao_Final.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2016.

BUCHALLA, C. M; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 117-119, 2002.

CAMARGO, B. V.; BERTOLDO, R. B. Comparação da vulnerabilidade em relação ao HIV de estudantes da escola publica e particular. **Estudos de Psicologia**, v. 23, Campinas, 2006.

_____; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CANDAU, V. M. F. Diferenças culturais, interculturalidade e educação em direitos humanos. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 33, n. 118, p. 235-250, jan./mar. 2012.

CARDEL, L. M. P. S. Discutindo o conceito de relativismo cultural: abrangências e limites. Opará - Etnicidades, **Movimentos Sociais e Educação**, Paulo Afonso, v. 1. jan./jun, 2013.

CARDOSO, L. R. D; MALBERGIER, A; FIGUEIREDO, T. F. B. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 35, supl. 1, p. 70-75, São Paulo, 2008.

CASTANHA, A. R.; COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A W.; GALVÃO RIBEIRO, C. G. Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade ao HIV nos dias atuais. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 1, p. 47-56, jan./abr. 2006.

COELHO, T. **Dicionário crítico de política cultural**. 3. ed. São Paulo: FAPESP/ Iluminuras, 2004.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; GARNELO, L. **Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil**. Universidade Federal de Rondônia. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia. Departamento de Endemias S. Pessoa. Porto Velho: [s.n.], 2003. (Documento de trabalho n. 7). Disponível em: <<http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc7.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

CONCEIÇÃO, J. J. **A percepção dos profissionais de saúde da área indígena potiguara sobre o consumo de bebidas alcoólicas pelos índios**. 2007. 72f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução 304**, de 09 de agosto de 2000. Disponível em: <<http://www.cns.gov.br/resolucao>>. Acesso em: 10 out. 2013.

COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde–doença. **Revistas Científicas - EE/ENP**, v. 17, n. 4, out./dez. 2010. p. 925-937.

DABHOIWALA, F. **As origens do sexo**: uma história da primeira revolução sexual. São Paulo: Globo, 2013. 687p.

DEIN, S. Race, culture and ethnicity in minority research: a critical discussion. **J Cult Divers**, v. 13, n. 2, p. 68-75, 2006.

FAUSTO, Carlos; SETTE, Leonardo; KUIKURO, Takumã. **As hiper mulheres**. [Filme – vídeo]. Produção de Carlos Fausto e Vincent R. Carelli. Direção de Carlos Fausto, Leonardo Sette e Takumã Kuikuro. Recife, Movie Studio, 2011. 1 DVD, 80 mim. color. son.

FERREIRA, M. P. S. **Aids**: Da violência aos direitos humanos à construção da solidariedade. 1999. 233f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

FERNANDES, E. F. **Decolonizando sexualidades**: Enquadramentos coloniais e homossexualidade indígena no Brasil e nos Estados Unidos. 2015. 383f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade de Brasília.

FRANCO, F. G.; FIGUEIREDO, M. A. C. Aids, drogas e “ser mulher”: Relatos de mulheres soropositivas para o hiv. **Medicina [Ribeirão Preto Online]**, São Paulo, v. 37, n. 1/2, p. 106-116, jun. 2004.

GARCIA, S.; KOYAMA, M. A. H. Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 72-83, jun. 2008.

GARNELO, L; LANGDON, E. J. A Antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: Minayo MCS, Coimbra C, organizadores. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2005. p. 136-56.

_____; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde: Representações, práticas e demandas Baniwa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-284, mar./abr. 2001.

GAVA, C.; MALACARNE, J.; RIOS, D.P.G.; SANT'ANNA, C.C.; CAMACHO, L.A.B.; BASTA, P.C. Tuberculosis in indigenous children in the Brazilian Amazon. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 77-85, 2013.

GEERTZ, C. Transição para a humanidade. In: **O papel da cultura nas Ciências Sociais**. Porto Alegre: Editorial Villa Martha, 1980. Disponível em: <http://sinop.unemat.br/site_antigo/prof/foto_p_downloads/fot_7830geeytz_a_tbansicao_pab_a_a_humanidade_pdf.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2016.

GERLIC, S.; ZOETTL, P. A. (Orgs.). **Índios na visão dos índios**: somos patrimônio. Salvador: Thydêwá, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GON, A. S.; MINELLI, L. **Manifestações dermatológicas na infecção pelo HIV e Aids**.

Disponível em:

<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2416&fase=imprime>. Acesso em: 25 mar. 2016.

GOLOOBA-MUTEBI, F.; TOLLMAN, S.M. Confronting HIV/AIDS in a South African village: The impact of health-seeking behavior. **Scand J Public Health**, v. 69 (Suppl 1), p. S175–S180, 2007.

HARDON, A; DESCLAUX, A; EGROT, M.; SIMON, E.; MICOLLIER, E.; KYAKUWA, M. Alternative medicines for AIDS in resource-poor settings: Insights from exploratory anthropological studies in Asia and Africa. **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine**, v. 4, n. 1, p. 4-16, 2008.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis, Vozes, 1995.

HEILBORN, M. L. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Rev. Estud. Fem.**,

Florianópolis , v. 14, n. 1, p. 43-59, Apr. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2006000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 maio 2016.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HERNÁNDEZ-ROSETE, D.; GARCÍA, O. M.; BERNAL, E.; CASTAÑEDA, X.; LEMP, G. Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 1, 2008.

ÍNDIOS NO PERÍODO COLONIAL. **Almanaque Abril**, 2005. 1 CD-ROM.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo**

demográfico 2010: características gerais dos indígenas. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_dos_Indigenas/pdf/Publicacao_completa.pdf)

[Caracteristicas_Gerais_dos_Indigenas/pdf/ Publicacao_completa.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_dos_Indigenas/pdf/Publicacao_completa.pdf)>. Acesso em: 23 jan. 2015.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. (ISA). Povos Indígenas no Brasil. Disponível em: <

<http://www.isa.org.br/pib/epi/potyguara/turismo.shtm> >. Acesso em: 28/10/07.

JEOLÁS, L. Os jovens e o imaginário da aids: notas para uma construção social do risco.

Revista de Antropologia Social, 2003. Disponível em: <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/campos/article/viewFile/1600/1348>>. Acesso em: 04 mar. 2016.

JUNQUEIRA, C. **Sexo e desigualdade**: entre os Kamaiurá e os Cinta Larga. São Paulo: Olho d' Água, 2002.

KABAD, Juliana Fernandes; BASTOS, João Luiz; SANTOS, Ricardo Ventura. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 895-918, 2012.

KALICHMAN, S.C.; SIMBAYI, L.C.; VERMAAK, R.; CAIN, D.; JOOSTE, S.; PELTZER, K. HIV/Aids risk reduction counseling for alcohol using sexually transmitted infections clinic patients in Cape Town, South Africa. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 44, n. 5, p. 594-600, 2007.

KARINA, L.; WALTERS, K.L.; SIMONI, J.M. Decolonizing Strategies for Mentoring American Indians and Alaska Natives in HIV and Mental Health Research. **American Journal of Public Health**, v. 99, (suppl. 1), p. S71-S76, 2009.

KUYARINAKUI, Abya-Yala. **Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-sida y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas**. Quito: Organización Panamericana de la Salud (OPS); Asociación Mundial de Sexología, 2003 Disponível em: <http://www.iidh.ed.cr/comunidades/diversidades/docs/div_enlinea/Salud%20sexual%20VIH-SIDA%20indigenas.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2014.

LACERDA, L. T. **A mulher terena em tempos de aids**: um estudo de caso da Aldeia Limão Verde, município de Aquidauana-MS. 2004. 108f. Dissertação (Mestrado em História) - Programa de Pós-Graduação em História, Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Dourados.

LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, Aug. 2007.

_____; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, mai./jun. 2010.

LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia**. Tradução de Marie-Agnés Chauvel. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 2003.

LARAYA, R. B. **Cultura um conceito antropológico**. 24. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

LIDDELL, C.; GILES, M.; RAE, G. The culture of condoms: Culturally grounded variables and their association with attitudes to condoms. **Psychosomatic Medicine**, v.70, n. 4, p. 496-504, 2008.

LIMA, M. M.; CARLOS, J.; AREAL, R. B. et al. Conhecimento da população de Viçosa, MG, sobre as formas de transmissão da aids. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1879-1888, 2008.

LIMA, M. S.; GONÇALVES JÚNIOR, L. G.; FRANCO NETO, J. V. A construção do corpo indígena kalapalo (Alto Xingu - Brasil): processos educativos envolvidos. **Políticas Educativas**, v.1, p.146-155, 2008.

- LISBOA, M. E. S. Vulnerabilidades da mulher frente às DST/HIV/AIDS. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS: A MULHER E A INFECÇÃO PELO HIV/SIDA, 4, 2010. **Anais...** Disponível em: <http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=33&CommID=239>. Acesso em: 01 out. 2013.
- MACIEL, S. C.; OLIVEIRA, R. C. C.; MELO, J. R. F. Alcoolismo em indígenas Potiguara: Representações sociais dos profissionais de saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, n. 1, p. 98 -111, 2012.
- MELO, A. C. R.; LIMA, V. M. Bioética: Pesquisa em seres humanos e Comitês de Ética em Pesquisa. Breves Esclarecimentos. **Revista digital**, Buenos Aires, v. 10, n. 78, 2004. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 11 out. 2011.
- MELO, J. R. F.; MACIEL, S. C.; OLIVEIRA, R. C. C.; SILVA, A. O. Implicações do uso do álcool na comunidade indígena Potiguara. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 319-333, 2011.
- METEOS, P. A review of name-based ethnicity classification methods and their potential in population studies. **Popul Space Place**, v. 13, p. 243-63, 2007.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MOONEN, F. **Os Índios Potiguara da Paraíba**. 2. ed. Recife: Horizonte, 2008.
- MOTA, D. S. M. **Conhecimentos indígenas e educação em Ciências: a sexualidade Kambéba como elemento de preservação cultural**. 2013. 69f. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências na Amazônia) – Universidade Estadual do Amazonas, Manaus.
- NARASIMHAN, P.; WOOD, J.; MACINTYRE, C.R.; MATHAI, D. Risk factors for tuberculosis. **Pulm Med.**, v. 11, 2013. Article ID 828939.
- NCAMAA, B. P.; MCINERNEYA, P. A.; BHENGUA, B. R.; CORLESSB, I. B.; WANTLANDC, D. J.; PATRICE, K.; NICHOLASB, P. K. Social support and medication adherence in HIV disease in KwaZulu-Natal, South Africa. **International Journal of Nursing Studies**, v. 45, n. 12, p. 1757–1763, Dec. 2008.
- NEWMAN, C.E.; BONAR, M.; GREVILLE, H.S.; THOMPSON, S.C.; BESSARAB, D.; KIPPAX, S.C. Barriers and incentives to HIV treatment uptake among Aboriginal people in Western Australia. **AIDS**, v. 21, suppl. 1, p. S13–S17, 2007.
- NÓBREGA, R. G. **As ações de controle da tuberculose desenvolvidas pelas equipes de saúde indígena da Paraíba: análise da dimensão de coordenação**. 2007. 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- NÓBREGA, R. G.; NOGUEIRA, J. A.; ALMEIDA, S. A.; MARCOLINO, A. L. B.; CANANÉA, J. N. A.; BEZERRA, V. P. Indigenous health in times of AIDS: an integrative review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, n. 2, p. 205-16, Jun. 2015.

NÓBREGA, R. G.; NOGUEIRA, J. A.; RUFFINO NETTO, A.; SÁ, L. D.; SILVA, A. T. M. C.; VILLA, T.C.S. A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose no cenário indígena potiguara, Paraíba, Brasil. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1-8, Nov./Dec. 2010.

OLIVEIRA, R. C. C. Representações Sociais sobre a situação de vida, saúde e doença na concepção indígena potiguara. **Dissertação**. [Mestrado em Enfermagem]. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2009.

_____, SILVA, A.O.; MACIEL, S.C.; MELO, J.R.F. Situação de vida, saúde e doença da população indígena Potiguara. **REME Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 81-90, 2012.

OLIVEIRA, R. C. C. et al. Social representations about health and disease construed by the indians potiguara. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 8, n. 8, p. 2736-2745, 2014.

ORELLANA, E. R.; ALVA, E. L.; CÁRCAMO, C.P.; GARCÍA, P.J. Structural factors that increase HIV/STI vulnerability among indigenous people in the Peruvian Amazon. **Qual Health Res**, v. 23, n. 9, p. 1240-1250, 2013.

PAGLIARO, H.; MENDONÇA, S.; BARUZZI, R. Fecundidade e saúde reprodutiva das mulheres Suyá (Kisêdjê): aspectos demográficos e culturais. **Cad. CRH**, v. 22, n. 57, p. 479-90, 2009.

PARKER, R; AGGLETON, P. **Estigma discriminação e Aids**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. Disponível em:
<http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2016.

PATRÃO, A. L.; MCINTYRE, T.; COSTA, E. Factores de risco psicosociais e sócio-cognitivos para o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/Sida) na mulher africana. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 33, n. 2, p. 222-234, dez. 2015.

PEARCE, M.; MEHRABADI, A.; PATERSON, K.; PATEL, S. ; CRAIB, K.J. et al. Cedar Project Partnership: Gender differences in HIV and hepatitis C related vulnerabilities among aboriginal young people who use street drugs in two Canadian cities. **Women Health**, v. 48, n. 3, p. 235-260, 2008.

PEREIRA, A. A. **O mundo negro: a constituição do movimento negro contemporâneo no Brasil – 1970-1995**. 2010. 268f. Tese (Doutorado em História) - Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

PEREIRA, E. R.; OLIVEIRA, L. S. S.; ITO, L. C.; SILVA, L. M.; SCHMITZ, M. J. M.; PAGLIARO, H. Saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais de mulheres indígenas. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 4, p. 445-454, out./dez. 2014.

PFEFFER, R. S. A contribuição do sincretismo brasileiro para a construção de uma ética global. **Conjectura: Filos. Educ.**, Caxias do Sul, v. 18, n. 2, p. 107-121, mai./ago. 2013.

PIAUÍ, F. S.; PEREIRA, B. B. Orientação sexual na educação de jovens e adultos: os alunos como sujeitos ativos na construção de conhecimentos sobre as doenças sexualmente transmissíveis. **Cadernos da FUCAMP**, v. 11, n. 14, p. 93-103, 2012.

PINHO, L. K. S. **Vivências sexuais e perfil de risco para o HIV/Aids em mulheres indígenas**: um estudo de caso em aldeias Potiguaras do município de Rio Tinto, Paraíba. 2015. 59f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade Maurício de Nassau, João Pessoa.

PINTO, A. C. S.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C.; ALVES, M. D. S. Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007.

PINTO, C. A. G. **Avaliação da implantação da clínica ampliada e equipes de referência em um serviço especializado em DST/AIDS, utilizando-se a triangulação de métodos**. 2010a. 405f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.

PINTO, A. A. Reinventando o feminismo: as mulheres indígenas e suas demandas de gênero. In: Fazendo gênero, 9, 2010b, Brasília. **Anais...** Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2010b. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1276200140_ARQUIVO_ApresentFazendoGeneroAleword.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2013.

PONTES, A. M. O tabu do incesto e os olhares de Freud e Lévi-Strauss. **Trilhas**, Belém, ano 4, n. 1, p. 7-14, jul. 2004.

PONTORORING, G.J.; KENANGALEM, E.; LOLONG, D.B.; WARAMORI, G.; SANDJAJA, Tjitra E.; PRICE, R.N.; KELLY, P.M.; ANSTEY, N.M.; RALPH, A.P. The burden and treatment of HIV in tuberculosis patients in Papua Province, Indonesia: a prospective observational study. **BMC Infectious Diseases**, v. 10, n. 362, 2010.

POTTES, F. A.; BRITO, A. M.; GOUVEIA, G. C.; ARAÚJO, E. C.; CARNEIRO, R. M. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 10, n. 3, p. 338-351, 2007.

REIS, V, N. **Cenas, fatos e mitos na prevenção do HIV/AIDS**: representações sociais de mulheres de uma escola pública de Juiz de Fora/MG. 2010. 144 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Juiz de Fora.

REIS, R. K.; GIR, E. Caracterização da produção científica sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS publicados em periódicos de enfermagem do Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 36, n. 4, p. 376-85, 2001.

RIBEIRO, C. G.; COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W.; AZEVEDO, R. L. V. Pacientes? Concepção da aids. **DST-J Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 18, n. 3, p. 185-189, 2006.

RIBEIRO, L. A. R. **Iniciação sexual e condutas de risco para o HIV/Aids em mulheres indígenas potiguara**. 2016. 69f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa.

RIOS, L. F; OLIVEIRA, C; GARCIA, J; PARKER, R. Axé, práticas corporais e Aids nas religiões africanistas do Recife, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3653-3662, dez. 2013.

RIOS, R. R. Para um direito democrático da sexualidade. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 12, n. 26, p. 71-100, dez. 2006.

RODRIGUES, L. S. A. et al. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 349-355, 2012.

ROZIN, A. J.; LAZZAROTTO, E. M.; SOUZA, A. A. L.; MEZA, S. K. L.; BARATIERI, T.; VIDAL, K. T. G. et al. Aspectos culturais da mulher indígena Guarani. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL “EXPERIÊNCIAS DE AGENDAS 21: OS DESAFIOS DO NOSSO TEMPO”, 2009, Ponta Grossa. **Anais...** Ponta Grossa, PR: UFPR. Disponível em: <http://eventos.uepg.br/seminariointernacional/agenda21parana/trabalho_cientifico/Trabalho Cientifico007.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015.

SAMPAIO FILHO, F.J.L.; GUBERT, F.A.; PINHEIRO, P.N.C.; MARTINS, A.K.L.; VIEIRA, N.F.C.; NÓBREGA, M.F.B. The life of the adolescent with HIV/Aids and self-care: a descriptive study. **Online braz j nurs** [online], v. 12, n. 1, p. 89-105, Apr. 2013. Retrieved from: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3812>>. Access in: May 15th, 2015.

SANTOS, N. J. S.; BUCHALLA, C. M.; FILIPE, E. V.; BUGAMELLI, L.; GARCIA, S.; PAIVA, V. Mulheres HIV positivas reprodução e sexualidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 12-23, 2002.

SANTOS, V. L.; BERMÚDEZ, X. P.; TOLEDO, L. M.; CRUZ, M. M.; MOREIRA, E. Reflexões sobre as políticas de controle das DST e Aids na população indígena. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**, p. 89-100, 2010a.

SANTOS, D. J. S; PALOMARES, N. B; NORMANDO, D; QUINTÃO, C. C. A. Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar. **Dental Press J Orthod.**, v. 15, n. 3, p. 121-124, May/Jun. 2010b.

SEFFNER, F. Aids, estigma e corpo. In: Ferreira, J (Ed.). **Semiologia do corpo**. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995. p. 391-415.

SEIDL, E. M. F. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/aids. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 421-429, set./dez. 2005.

SILVA, J. C. J, organizador. **Raça e etnia**. Amazonas: Afroamazonas, 2005. Disponível em: <www.movimentoafro.amazonida.com/raca_e_etnia.htm>. Acesso em: 15 jun. 2009.

SILVA, F. C. O. **Etnia, cor e raça: aspectos discursivos do uso institucional**. Universidade de Brasília. Disponível em:
<http://www.fflch.usp.br/dlcv/enil/pdf/64_Francisca_Cordelia_OS.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SILVA, J; SALDANHA, A. A. W. Vulnerabilidade e convivência com o HIV/AIDS em pessoas acima de 50 anos. **Rev.Mal-Estar Subj**, Fortaleza, v. 12, n. 3-4, p. 817-852, dez. 2012.

SIMÕES, J. M. Etnografia, lugares da memória e o discurso dos poderes na aldeia potiguara. **Revista Científica das áreas de História, Letras, Educação e Serviço Social do Centro Universitário de Belo Horizonte**, v. 6, n. 2, ago./dez. 2013.

SONTAG, S. **Doença como metáfora**: Aids e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOUSA, R. M. M.; NASCIMENTO, J. M. A jurema no ritual Toré dos potiguara. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL EDUCAÇÃO E CONTEMPORANEIDADE, 5, 2011, São Cristovão. **Anais...** São Cristovão, SE: Universidade Federal de Sergipe. Disponível em:
<<http://educonse.com.br/2011/cdroom/eixo%207/PDF/Microsoft%20Word%20-%20A%20JUREMA%20NO%20RITUAL%20TORe%20DOS%20POTIGUARA.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

SOUZA, Z.; LEITE, J. L. Aids e envelhecimento: reflexões sobre a infecção pelo HIV em indivíduos acima dos 60 anos. 2008. Disponível em:
<<http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/aidsenvelhecimento.doc>>. Acesso em: 16 mai. 2012.

STONER, S.; GEORDE, W.H.; PETER, L.M.; NORRIS, J. Liquid courage: alcohol fosters risk sexual decision-making in individuals with sexual fears. **Aids Behav**, v. 11, p. 227-237, 2007.

SUMARI-DE BOER, I.M.; SPRANGERS, M.A.G.; PRINS, J.M.; NIEUWKERK, P.T. HIV stigma and depressive symptoms are related to adherence and virological response to antiretroviral treatment among immigrant and indigenous HIV infected patients. **AIDS Behav.**, v. 16, p. 1681-1689, 2012.

TOTA, M. **Entre as diferenças**: gênero, geração e sexualidades em contexto interétnico. 2013. 189f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

TSENG, A.L. Anonymous HIV testing in the Canadian aboriginal population. **Canadian Family Physician**, v. 42, p. 1734-1740, 1996.

VERDUM, R. **Mulheres Indígenas, direitos e políticas públicas**. Brasília: Inesc, 2008.

VERNON, I.S.; JUMPER-THURMAN, P. Prevention of HIV/AIDS in Native American Communities: Promising Interventions. **Public Health Reports**, v. 117, suppl. 1, p. S96-S10, 2002.

WITZIG, R. The medicalization of race: scientific legitimation of a flawed social construct. **Ann Intern Med**, v. 125, n. 8, p.675-9, 1996.

ZAVALETA, C.; MUJICA, J.; YPANAQUÉ, P.J.; CUEVA, N. Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA en Comunidades Nativas de la Amazonía Peruana: Consideraciones Culturales. **Rev. Peru Med. Exp. Salus Publica**, v. 24, n. 3, p. 315-316, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36324320>>. Acesso em: 15 mai. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Número do questionário: _____	Aldeia: _____
Responsável pela coleta de dados: _____	Data da coleta de dados: ____/____/____
Digitador: _____	Data da digitação: ____/____/____
Horário de início da entrevista: _____	Horário de término da entrevista: _____
Local da entrevista: ☐ Unidade de Saúde ☐ Outros: _____	

A. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1.	Idade: _____						
2.	Conjugalidade:	Solteira 1 ☐	Casada/ União Estável 2 ☐	Separada / Divorciada 3 ☐	Viúva 4 ☐	Outro _____ 5 ☐	
3.	Crença ou religião	Sem religião 1 ☐	Católica 2 ☐	Evangélica 3 ☐	Espírita 4 ☐	Umbanda/Candomblé 5 ☐	Outras _____ 6 ☐
4.	Até que série o(a) Sr.(a) estudou? _____	Sem escolaridade 1 ☐	1ª fase do ensino fundamental (incompleto) 2 ☐	1ª fase do ensino fundamental (completo) 3 ☐	2ª fase do ensino fundamental (incompleto); 4 ☐	2ª fase do ensino fundamental (completo) 5 ☐	
		Ensino Médio (incompleto) 6 ☐	Ensino médio (completo) 7 ☐	Ensino superior (incompleto) 8 ☐		Ensino superior (completo) 9 ☐	
5.	Na atual situação qual a sua orientação sexual?			Heterossexual 1 ☐	Homossexual 2 ☐	Bissexual 3 ☐	Outro _____ 4 ☐
6.	Tem filhos? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não			7. Que idade tinha quando teve o primeiro filho? _____ anos			
8.	Qual a sua ocupação? (escreva a resposta espontânea) _____			9. Qual é a renda familiar total? R\$ _____ ☐ Recusou-se a responder ☐ Não sabe			
				10. Quantas pessoas dependem dessa renda? _____			

B. ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Neste momento, você pode falar sobre tudo o que vier na sua cabeça, sem se preocupar com tempo.

1. Fale o que é aids para você. (formas de contaminação, prevenção, tratamento)
2. Descreva como você vê uma pessoa com aids. (posicionamento, imagem)
3. Relate como você acha que uma pessoa com aids é vista aqui na aldeia. (estereótipo, discriminação, aceitação)
4. Fale como você reage quando vê uma pessoa com aids. (sentimentos, relações interpessoais)

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido dirigido às lideranças indígenas



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Prezado(a) Líder Indígena,

Convidamos você para participar da pesquisa intitulada “A aids e as mulheres indígenas: Representações Sociais na etnia potiguará” que será desenvolvida por Rafaela Gerbasi Nóbrega, aluna e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da professora Dra. Jordana de Almeida Nogueira.

O objetivo principal da pesquisa é analisar as ideias que circulam sobre aids entre as mulheres indígenas. Além disso, buscaremos correlacionar aspectos valorativos às atitudes e comportamentos das mulheres indígenas frente a aids, avaliar a partir das ideias sobre aids, o comportamento das mulheres indígenas associado a maior chance de contaminação pelo vírus HIV e refletir sobre o processo de construção dessas ideias, as relações entre elas e a prática cotidiana das mulheres indígenas. Essa pesquisa se justifica pela necessidade de investigar as atitudes e comportamentos das mulheres indígenas frente à aids.

Nessa pesquisa pretendemos entrevistar 336 mulheres indígenas que serão convidadas a responderem quatro questões em forma de palavra-estímulo. As expressões usadas serão: «aids», «aids na população indígena», «mulher indígena com aids», «prevenção da aids na aldeia» e para cada uma delas, a entrevistada será orientada a escrever até cinco palavras que vêm a sua cabeça e por fim assinalar com um X na mais importante para si.

Ressaltamos que a pesquisa não oferece riscos previsíveis para as participantes e que se os mesmos existirem serão mínimos se comparados aos benefícios que a divulgação dos resultados trará para a comunidade. Os riscos mínimos relacionados à pesquisa dizem respeito à possibilidade de exposição de informações pessoais. Em função desses riscos, será garantido o sigilo das informações, bem como a preservação da integridade das participantes, porém se houver algum constrangimento por parte delas, ou as mesmas se recusarem a responder as questões, a pesquisadora garantirá as mesmas a liberdade de não responderem às questões ou não participar da pesquisa se assim desejarem. Quanto aos benefícios, os resultados deste estudo irão contribuir para a promoção de estratégias de prevenção da aids no cenário indígena.

A ocorrência de despesas tidas pelas participantes da pesquisa e dela decorrentes serão ressarcidas diretamente pela pesquisadora responsável que também indenizará as participantes diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Os danos possíveis dizem respeito à possibilidade de exposição de informações pessoais. A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou responder as questões solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir de participar, não sofrerá nenhum dano e/ou prejuízo. Não será necessário realizar acompanhamento ou assistência posterior à pesquisa.

Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e/ou até publicar em revista científica. Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em completo sigilo. Os resultados também serão

divulgados para a comunidade indígena potiguara e, para isso, pretendemos reunir a comunidade indígena local, juntamente com as equipes de saúde indígena do pólo base Rio Tinto, lideranças indígenas locais, representantes do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Potiguara e da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Tinto para apresentar os resultados desse estudo e, na oportunidade, entregar um exemplar da pesquisa para a coordenação do pólo indígena local.

A pesquisadora responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Fica registrado, também, que tenho conhecimento de que essas informações, dados e/ou material serão usados pela pesquisadora responsável com propósitos científicos.

Eu, Rafaela Gerbasi Nóbrega, pesquisadora responsável, declaro que cumprirei com as exigências contidas nos itens IV. 3 da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), além daquelas contidas nos itens III da Resolução 304/2000 do CNS.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecida, e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e autorizo a publicação dos resultados desde que seja preservada a minha integridade e anonimato. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Rio Tinto, _____ de _____ de _____

Assinatura da participante

Assinatura de testemunha

Assinatura da Pesquisadora Responsável

CONTATOS:

Rafaela Gerbasi Nóbrega

Endereço: Rua Luiz Lianza, 240/203, Torre, Cep: 58040-660, - João Pessoa – PB. Telefone: (83) 8898-8533

E- mail: rafaelagerbasi@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde - UFPB

Endereço: Centro de Ciências da Saúde - 1º andar / Campus I / Cidade Universitária, CEP: 58.051-900 - João Pessoa – PB.

Telefone: (83) 3216 7791

* O Comitê de Ética em Pesquisa é o órgão responsável por fiscalizar e autorizar todas as pesquisas que envolvem seres humanos. Sendo a população indígena considerada um grupo especial, fez-se necessário também a autorização da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Para a realização desta pesquisa, inicialmente, foi encaminhado o projeto para ambas as instâncias que analisaram e verificaram que esta pesquisa cumpria com as exigências éticas de pesquisas envolvendo seres humanos, incluindo as populações indígenas, autorizando a sua realização.

OBS: O pesquisado, assim como o pesquisador responsável, deverão assinar/rubricar a primeira e assinar a segunda lauda, como determina a Resolução 466/12 do CNS.

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido dirigido às mulheres indígenas



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Prezada senhora,

Convidamos você para participar da pesquisa intitulada “A aids e as mulheres indígenas: Representações Sociais na etnia potiguará” que será desenvolvida por Rafaela Gerbasi Nóbrega, aluna e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da professora Dra. Jordana de Almeida Nogueira.

O objetivo principal da pesquisa é analisar as ideias que circulam sobre aids entre as mulheres indígenas. Além disso, buscaremos correlacionar aspectos valorativos às atitudes e comportamentos das mulheres indígenas frente a aids, avaliar a partir das ideias sobre aids, o comportamento das mulheres indígenas associado a maior chance de contaminação pelo vírus HIV e refletir sobre o processo de construção dessas ideias, as relações entre elas e a prática cotidiana das mulheres indígenas. Essa pesquisa se justifica pela necessidade de investigar as atitudes e comportamentos das mulheres indígenas frente à aids.

Nessa pesquisa pretendemos entrevistar 336 mulheres indígenas que serão convidadas a responderem quatro questões em forma de palavra-estímulo. As expressões usadas serão: «aids», «aids na população indígena», «mulher indígena com aids», «prevenção da aids na aldeia» e para cada uma delas, a entrevistada será orientada a escrever até cinco palavras que vêm a sua cabeça e por fim assinalar com um X na mais importante para si.

Ressaltamos que a pesquisa não oferece riscos previsíveis para as participantes e que se os mesmos existirem serão mínimos se comparados aos benefícios que a divulgação dos resultados trará para a comunidade. Os riscos mínimos relacionados à pesquisa dizem respeito à possibilidade de exposição de informações pessoais. Em função desses riscos, será garantido o sigilo das informações, bem como a preservação da integridade das participantes, porém se houver algum constrangimento por parte delas, ou as mesmas se recusarem a responder as questões, a pesquisadora garantirá as mesmas a liberdade de não responderem às questões ou não participar da pesquisa se assim desejarem. Quanto aos benefícios, os resultados deste estudo irão contribuir para a promoção de estratégias de prevenção da aids no cenário indígena.

A ocorrência de despesas tidas pelas participantes da pesquisa e dela decorrentes serão ressarcidas diretamente pela pesquisadora responsável que também indenizará as participantes diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Os danos possíveis dizem respeito à possibilidade de exposição de informações pessoais. A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou responder as questões solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir de participar, não sofrerá nenhum dano e/ou prejuízo. Não será necessário realizar acompanhamento ou assistência posterior à pesquisa.

Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e/ou até publicar em revista científica. Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em completo sigilo. Os resultados também serão

divulgados para a comunidade indígena potiguara e, para isso, pretendemos reunir a comunidade indígena local, juntamente com as equipes de saúde indígena do pólo base Rio Tinto, lideranças indígenas locais, representantes do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Potiguara e da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Tinto para apresentar os resultados desse estudo e, na oportunidade, entregar um exemplar da pesquisa para a coordenação do pólo indígena local.

A pesquisadora responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Fica registrado, também, que tenho conhecimento de que essas informações, dados e/ou material serão usados pela pesquisadora responsável com propósitos científicos.

Eu, Rafaela Gerbasi Nóbrega, pesquisadora responsável, declaro que cumprirei com as exigências contidas nos itens IV. 3 da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), além daquelas contidas nos itens III da Resolução 304/2000 do CNS.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecida, e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e autorizo a publicação dos resultados desde que seja preservada a minha integridade e anonimato. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Rio Tinto, _____ de _____ de _____

Assinatura da participante

Assinatura de testemunha

Assinatura da Pesquisadora Responsável

CONTATOS:

Rafaela Gerbasi Nóbrega

Endereço: Rua Luiz Lianza, 240/203, Torre, Cep: 58040-660, - João Pessoa – PB. Telefone: (83) 8898-8533

E- mail: rafaelagerbasi@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde - UFPB

Endereço: Centro de Ciências da Saúde - 1º andar / Campus I / Cidade Universitária, CEP: 58.051-900 - João Pessoa – PB.

Telefone: (83) 3216 7791

* O Comitê de Ética em Pesquisa é o órgão responsável por fiscalizar e autorizar todas as pesquisas que envolvem seres humanos. Sendo a população indígena considerada um grupo especial, fez-se necessário também a autorização da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Para a realização desta pesquisa, inicialmente, foi encaminhado o projeto para ambas as instâncias que analisaram e verificaram que esta pesquisa cumpria com as exigências éticas de pesquisas envolvendo seres humanos, incluindo as populações indígenas, autorizando a sua realização.

OBS: O pesquisado, assim como o pesquisador responsável, deverão assinar/rubricar a primeira e assinar a segunda lauda, como determina a Resolução 466/12 do CNS.

ANEXOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA POTIGUARA
Av. Professor Geraldo Von Shostens, 285, Jaguaribe, CEP: 58015-190, João Pessoa-PB.
Tel: (83) 3216-2490 E-mail: dseipoti.sesai@saude.gov.br



CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA POTIGUARA

Ofício nº. 02/CONTOLE SOCIAL/DSEI POTIGUARA/SESAI/MS

João Pessoa, 08 de Maio de 2014

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – UFPB
Centro de Ciências da Saúde – Campus I, Cidade Universitária
CEP: 58059-900 – João Pessoa – PB

Assunto: Concede anuência para pesquisa

Prezados senhores,

Informamos que o DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA POTIGUARA autoriza a realização da pesquisa intitulada “A aids e as mulheres indígenas: Representações Sociais na etnia Potiguara”, por parte da doutoranda RAFAELA GERBASI NÓBREGA, sob orientação da Profª. Drª. JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPB.

Atenciosamente,

Natanael Benedito da Silva

Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena/ DSEI Potiguara



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO
COORDENAÇÃO REGIONAL DE FORTALEZA-CE
COORDENAÇÃO TÉCNICA LOCAL DE BAÍA DA TRAIÇÃO-PB

Ofício nº. 050/ CTL/FUNAI/BAÍA DA TRAIÇÃO-PB/2014

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – UFPB
Centro de Ciências da Saúde – Campus I, Cidade Universitária
CEP: 58059-900 – João Pessoa – PB

Aldeia Forte, Baía da Traição 21 de maio 2014.

Assunto: **Concede autorização para pesquisa**

Prezados senhores,

Cumprimentando-os respeitosamente, informamos através deste que esta Coordenação Técnica Local está de acordo e AUTORIZA a realização de pesquisa intitulada “A aids e as mulheres indígenas: Representações Sociais na etnia Potiguar”, por parte da doutoranda RAFAELA GERBASI NÓBREGA, sob orientação da Profª. Drª. JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPB.

Atenciosamente,


IRENILDO CASSIANO GOMES
Mat. 1957866
Chefe da CTL/FUNAI - BT/PB
FUNAI



SIPAR - Ministério da Saúde
DSEI POTIGUARA
Registro Número:
25058.000335/14-26

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA POTIGUARA
Rua Prof. Geraldo Von Shosten, nº. 285, Jaguaribe, CEP: 58015-190, João Pessoa/PB. Fone (83) 3216-2476
E-mail: dseipoti.sesai@saude.gov.br

Ofício nº. 186/2014/GAB/DSEI POTIGUARA/SESAI/MS

João Pessoa, 08 de Maio de 2014.

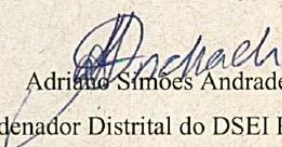
Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – UFPB
Centro de Ciências da Saúde – Campus I, Cidade Universitária
CEP: 58059-900 – João Pessoa – PB

Assunto: Concede anuência para pesquisa

Prezados senhores,

Informamos que o DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA POTIGUARA, após cumprida as exigências legais, autoriza a realização da pesquisa intitulada “A AIDS e as mulheres indígenas: Representações Sociais na etnia Potiguara”, por parte da doutoranda RAFAELA GERBASI NÓBREGA, sob orientação da Prof.^a. Dr.^a. JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPB.

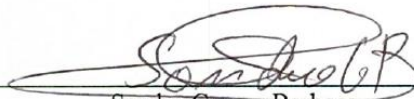
Atenciosamente,


Adriano Simões Andrade
Coordenador Distrital do DSEI Potiguara

**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DAS LIDERANÇAS INDÍGENAS
POTIGUARA**

Em atendimento à solicitação da pesquisadora responsável profa. Dra. Jordana de Almeida Nogueira e da doutoranda Rafaela Gerbasi Nóbrega, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPB, para realizar nas Terras Indígena Potiguara a pesquisa “A aids e as mulheres indígenas: Representações Sociais na etnia Potiguara”, declaramos que nós, representantes da comunidade indígena Potiguara, autorizamos a realização desta pesquisa que será desenvolvida na(s) Aldeia(s) Mont-Mór, Jaraguá e Silva de Belém, pertencente ao Pólo-Base do município de Rio Tinto.

Rio Tinto, 05 de Maio de 2014.



Sandro Gomes Barbosa
Cacique Geral e liderança indígena – Aldeia Silva de Belém



Claudecir da Silva Braz
Liderança indígena - Aldeia Mont-Mór



Aníbal Cordeiro Campos
Liderança indígena - Aldeia Jaraguá

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A AIDS E AS MULHERES INDÍGENAS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA ETNIA POTIGUARA

Pesquisador: Rafaela Gerbasi Nóbrega

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 2

CAAE: 32503714.4.0000.5188

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 808.250

Data da Relatoria: 18/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa egresso do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, da aluna RAFAELA GERBASI NÓBREGA, sob a orientação da Professora Dra. JORDANA DE A. NOGUEIRA.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Apreender as Representações Sociais sobre aids construídas por mulheres indígenas.

Objetivos Secundários:

- Correlacionar aspectos valorativos às atitudes e comportamentos das mulheres indígenas frente ao HIV/aids;
- Avaliar na perspectiva das representações sociais os perfis de vulnerabilidade da mulher indígena ao HIV/aids;
- Refletir sobre o processo de construção dessas representações, as relações entre elas e a prática cotidiana das mulheres indígenas.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 808.250

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não oferece riscos previsíveis para as participantes e se os mesmos existirem serão mínimos se comparados aos benefícios que a divulgação dos resultados trará para a comunidade. Os riscos mínimos relacionados à pesquisa dizem respeito à possibilidade de exposição de informações pessoais. Em função desses riscos, será garantido o sigilo das informações, bem como a preservação da integridade das participantes, porém se houver algum constrangimento por parte delas, ou as mesmas se recusarem a responder as questões, a pesquisadora garantirá as mesmas a liberdade de não responderem às questões ou não participar da pesquisa se assim desejarem.

Benefícios:

Os resultados deste estudo irão contribuir para a promoção de estratégias de prevenção ao HIV/aids no cenário indígena, à medida que tais representações refletem a própria vivência das mulheres indígenas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto apresenta coerência científica, mostrando relevância para a academia, haja vista a ampliação do conhecimento, onde se busca Apreender as Representações Sociais sobre aids construídas por mulheres indígenas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de Apresentação Obrigatória foram anexados tempestivamente.

Recomendações:

Sem recomendações a fazer.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

TENDO EM VISTA O CUMPRIMENTO DE TODAS AS PENDÊNCIAS ELENCADAS NO PARECER ANTERIOR, SOMOS DE PARECER FAVORÁVEL A EXECUÇÃO DO PRESENTE PROJETO NA FORMA COMO SE APRESENTA, APÓS CUMPRIDAS TODAS AS DEMAIS FORMALIDADES LEGAIS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 808.250

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

JOAO PESSOA, 26 de Setembro de 2014

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** eticaccs@ccs.ufpb.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A AIDS E AS MULHERES INDÍGENAS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA ETNIA POTIGUARA

Pesquisador: Rafaela Gerbasi Nóbrega

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 4

CAAE: 32503714.4.0000.5188

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 975.370

Data da Relatoria: 26/01/2015

Apresentação do Projeto:

Introdução:

A proposição desse projeto de pesquisa surgiu da necessidade de discutir as representações sociais da mulher indígena em tempos de Aids, considerando a vulnerabilidade social a que está sujeita essa população como tema pouco abordado que requer maior visibilidade, visto a gama de desafios referentes ao enfrentamento dessa epidemia por parte dos serviços de saúde em um contexto culturalmente diferenciado. Desde seu surgimento, a Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS) configura-se como um problema de saúde pública de grande relevância. Durante a primeira década da epidemia, (1980 – 1990), a doença esteve restrita a grupos específicos, classificados segundo sua opção sexual ou envolvimento com uso de drogas. Na década seguinte (1990 a 2000), observam-se novas tendências epidêmicas: interiorização, feminização, heterossexualização, pauperização, juvenização e envelhecimento. Nesse novo panorama, os índices de infecção pelo HIV na mulher tem sido motivo de preocupação face a sua magnitude. O que antes chegou a ser considerada e denominada como “peste gay” transformou-se, rapidamente, num pesadelo muito presente no imaginário feminino. Se em 1985 a proporção era de 15 casos em homens para cada caso notificado em mulheres, em 2005 esses números alcançaram algo em torno de 10 mulheres para cada 15 homens com aids. A vulnerabilidade

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 975.370

feminina é complexa e envolve diversos aspectos que se conjugam para a contaminação feminina pelo HIV. Além da vulnerabilidade biológica (na mulher a mucosa genital é menos espessa, a superfície de mucosa é maior e ainda há o dado de que o sêmen contaminado pelo HIV tem maior concentração de vírus do que a secreção vaginal), a mulher é historicamente oprimida, subjugada e tem poder bastante limitado nas relações afetivo-sexuais. As abordagens de gênero constituem referenciais importantes para subsidiar a compreensão entre relações conjugais, afeto e HIV/aids. As relações de poder constituídas entre homens e mulheres são marcadas por um aumento da violência contra a mulher e um desequilíbrio de gênero nas decisões e cuidados sobre a saúde sexual e reprodutiva. Diante do exposto, as mulheres se encontram em desvantagem no enfrentamento dessa epidemia, à medida que se confrontam com aspectos sócio-culturais relacionados às desigualdades de gênero. Ressalta-se, ainda, o estigma e preconceito que permeia o universo feminino, especialmente quando se trata de mulheres discriminadas pela sua condição étnico-racial, a exemplo das mulheres indígenas que, nesse contexto, merece atenção diferenciada. As mulheres indígenas, recenseadas em 2000, representam menos de 1% da população feminina brasileira. Em geral, são muito pobres, com graus avançados de vulnerabilidade e, na maioria dos casos, são expostas a discriminação que ocorre intra e extra-grupos (por gênero) e no contato com a sociedade externa são ainda marginalizadas (por sua condição étnica). Como ocorre no conjunto do país, a principal forma de transmissão do HIV nesta população é pela via sexual, sendo que 61% dos casos notificados estão atribuídos a pessoas que se declaram heterossexuais, 21% dos casos estão atribuídos a pessoas que se declaram como homo e bissexuais e 6,7% estão atribuídos a usuários de drogas injetáveis. Essa epidemia atinge mais os homens com 62 % dos casos notificados, sendo 38% mulheres e, seguindo a tendência nacional, para cada caso em homem, há 1,6 casos em mulheres. Para enfrentar a feminização da epidemia de Aids no cenário indígena, é preciso compreender que as desigualdades sócio-raciais e étnicas e suas interações com outros fatores sócio-culturais, econômicos, ambientais e políticos podem produzir efeitos negativos na condição de saúde da mulher índia e aumentar a sua vulnerabilidade aos agravos diversos, incluindo o HIV/aids. Para que se possa caminhar nessa direção, um dos aspectos importantes é compreender as situações e os contextos de vulnerabilidade em que a epidemia HIV/Aids emerge no cenário indígena e o conteúdo atribuído a essa condição. Parte-se do pressuposto que a exposição a ser evitada ou levada em conta pelas mulheres indígenas não se produz ao acaso ou de modo individual, mas é compartilhada na coletividade através dos valores culturais que contribuem para a formulação social da problemática relativa à aids a ser enfrentada por esse grupo específico. As mulheres indígenas apresentam

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 975.370

diferentes situações sociais, causadas principalmente por seus usos e costumes, assim como pela influência da sociedade externa, existindo uma tripla discriminação causada pela condição social de serem mulheres, de etnias minoritárias e estarem numa condição geral de pobreza. A discriminação étnica esteve relacionada a diversas opressões sofridas por mulheres indígenas. Em Namíbia, está generalizada a crença de que mulheres indígenas são promíscuas e as mesmas “não se sentem violadas” quando são agredidas, tratando-se de uma condição de vulnerabilidade segundo o mesmo autor que salienta outra experiência de racismo e preconceito vivenciada por essas mulheres nos serviços de saúde e tratamento preventivos dos Estados Unidos. Ademais, as mulheres indígenas enfrentam problemas próprios baseados em algumas tradições ou costumes, como o patriarcado, o machismo, alguns rituais religiosos que denigram a mulher, além da supremacia do sexo masculino sobre o feminino. O Padre Anchieta mencionou em um dos seus escritos, que a mulher indígena via com passividade a poligamia de seus parceiros, sendo a permissibilidade da poligamia uma condição freqüente também entre mulheres não índias. Consoante a essa realidade, a associação entre múltiplos relacionamentos e propagação do HIV tem sido mencionada na literatura. A partir do encontro com a sociedade ocidental, as mulheres indígenas passaram a sofrer também as condições sociais hegemônicas ocidentais, as quais têm particularidades muito próprias (coisificação da mulher, pornografia, prostituição, etc.). Estudos destacam características próprias que tornam esse grupo vulnerável, as quais são relacionadas: às piores condições socioeconômicas, à maiores dificuldades de acesso às ações, serviços de saúde e insumos, aos menores índices de conhecimento adequado sobre as vias de transmissão do HIV, e aos mais baixos percentuais de uso referido do preservativo. Acresce-se a esses achados, as restrições do poder de participação nas decisões que envolvem a vida sexual e reprodutiva e as coerções emocionais de caráter culturalmente determinado, que interferem diretamente na prevenção do HIV/aids nessas mulheres. Considerando os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais que influenciam ou determinam os contextos de vulnerabilidade aos quais estão submetidas essas mulheres, o enfrentamento da epidemia feminina da aids no cenário indígena deve ser construído levando em consideração a complexidade e a multidimensionalidade das vulnerabilidades, em que se inclui as desigualdades étnicas. Para que se possa caminhar nessa direção, um dos aspectos importantes é compreender como a epidemia HIV/aids é representada pelas mulheres indígenas. Parte-se do pressuposto que representações e práticas estabelecem uma relação estreita de ligação, determinando comportamentos e atitudes específicas diante do problema. As representações sociais são aqui abordadas como sistemas de interpretação que conduzem a relação dos sujeitos com o mundo e com os outros, em resposta tanto às idéias

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 975.370

socialmente reproduzidas quanto as modificações ocorridas por intervenções históricas e sociais. Nesse sentido, as representações não constituem um simples reflexo da realidade, mas sua construção, que ultrapassa o próprio indivíduo, revelando a existência de fenômenos coletivos. Sendo dinâmicas, as representações produzem comportamentos e influenciam relacionamentos, resultando em teorias construídas coletivamente, destinando-se à interpretação e à construção da realidade. Desse modo, avaliar as representações sociais das mulheres indígenas face a aids tem como foco conflitos em torno das complexas relações entre o biológico e o social pois, ao expor suas visões sobre saúde/doença nesse contexto, as mulheres falam, efetivamente, da sociedade e da sua relação com a realidade social. Nessa perspectiva, compreender essa representação no cenário indígena poderá facilitar a promoção de estratégias de prevenção para esse agravo, à medida que tais representações refletem a sua própria vivência. Nessas circunstâncias, surge o seguinte questionamento: quais as Representações Sociais sobre aids construídas por mulheres indígenas? Qual a associação entre as Representações Sociais sobre aids e a condição de ser indígena? A possibilidade de enfrentamento para as questões formuladas, permitiu a elaboração dos objetivos abaixo discriminados.

Hipótese:

Parte-se do pressuposto que o desvelamento dos objetos simbólicos da aids a partir do modo de ver e pensar a doença em um contexto culturalmente diferenciado, fornecerá elementos claros para a implementação de ações educativas que valorizem as mulheres índias em suas singularidades

Metodologia:

A pesquisa será realizada em três aldeias indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Potiguara, localizadas no município de Rio Tinto – PB, a saber: aldeia Mont-Mór, aldeia Jaraguá e aldeia Silva de Belém. A escolha das referidas aldeias se deve às mesmas constituírem cenários de práticas vivenciados pela pesquisadora ao longo de cinco anos de trabalho como fisioterapeuta na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). A população estudada será composta por mulheres indígenas, de 18 a 65 anos. O cálculo amostral baseou-se na totalidade de mulheres nessa faixa etária, residente nas aldeias do município de Rio Tinto – PB, cenário da referida pesquisa (N=2.617), o qual admitiu um nível de significância de 5%, sob nível de confiança de 95% e um valor antecipado de proporção (p) igual a 0,50, totalizando uma amostra de 336 mulheres. O instrumento de coleta dos dados será o Teste da Associação Livre de Palavras (TALP) que consiste

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 975.370

em uma técnica projetiva que traz à consciência elementos inconscientes através das manifestações de condutas de reações, evocações. Para aplicação desse instrumento, serão utilizados como estímulos indutores as expressões: «aids», «aids na população indígena», «mulher indígena com aids», «prevenção da aids na aldeia». O instrumento é constituído por 04 questões em forma de “palavra estímulo”, que visa obter expressões ou palavras associadas à mesma. Para cada palavra, a entrevistada será orientada a escrever até cinco respostas por ordem de evocação, ou seja, as primeiras que vêm a sua cabeça. Para cada questão deverá assinalar com um X na mais importante para si. Salienta-se que a aplicação do instrumento ocorrerá individualmente. Para execução da coleta de dados, serão feitos contatos prévios com a coordenação do pólo indígena do município de Rio Tinto, para agendamento do período de coleta de dados em cada aldeia. Ressalta-se que as autorizações oficiais por parte dos caciques locais já foram obtidas durante contato prévio para obtenção da anuência dos mesmos quanto a realização desta pesquisa. Após o agendamento, a aplicação do instrumento de coleta de dados ocorrerá nos serviço de saúde das respectivas aldeias. Logo, as usuárias do serviço de saúde indígena serão convidadas a participar da pesquisa, respondendo a associação livre de palavras. Ressalta-se que será resguardada a privacidade das entrevistadas que receberão informações sobre os objetivos do estudo, mediante leitura e assinatura do TCLE. Para análise dos dados, o corpus dos dados qualitativos, construído a partir das 336 entrevistas será submetido ao software IRAMUTEQ (Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). As classes geradas representam o ambiente de sentido das palavras e podem indicar representações sociais ou elementos de representações sociais referentes ao objeto social estudado. Serão consideradas nessa investigação, além das exigências éticas e científicas indicadas na Resolução 466/12 que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, as determinações da Resolução 304/2000, no que diz respeito à temática especial “populações indígenas”.

Desfecho Primário:

Diante da pesquisa, espera-se analisar o processo de construção das representações sociais da aids entre as mulheres indígenas, as relações entre elas e a prática cotidiana dessas mulheres.

Critérios de inclusão:

Os critérios de inclusão do estudo incluem: ser mulher da etnia potiguar, de 18 a 65 anos, residente nas aldeias Monte-Mór, Jaraguá e Silva de

Belém e aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 975.370

Esclarecido (TCLE). Consta no referido termo a assinatura da testemunha e a utilização de quadriculo para impressão datiloscópica, tendo em vista que as participantes poderão ser ou não alfabetizadas.

Critérios de Exclusão:

Os critérios de exclusão se referem aquelas mulheres acometidas por problemas de saúde que impossibilitem a comunicação, bem como aquelas que não responderem o instrumento conforme as orientações sugeridas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Apreender as Representações Sociais sobre aids construídas por mulheres indígenas.

Objetivos Secundários:

Correlacionar aspectos valorativos às atitudes e comportamentos das mulheres indígenas frente ao HIV/aids;- Avaliar na perspectiva das representações sociais os perfis de vulnerabilidade da mulher indígena ao HIV/aids;- Refletir sobre o processo de construção dessas representações, as relações entre elas e a prática cotidiana das mulheres indígenas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme proposta pela pesquisadora

Riscos:

A pesquisa não oferece riscos previsíveis para as participantes e se os mesmos existirem serão mínimos se comparados aos benefícios que a divulgação dos resultados trará para a comunidade. Os riscos mínimos relacionados à pesquisa dizem respeito à possibilidade de exposição de informações pessoais. Em função desses riscos, será garantido o sigilo das informações, bem como a preservação da integridade das participantes, porém se houver algum constrangimento por parte delas, ou as mesmas se recusarem a responder as questões, a pesquisadora garantirá as mesmas a liberdade de não responderem às questões ou não participar da pesquisa se assim desejarem.

Benefícios:

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 975.370

Os resultados deste estudo irão contribuir para a promoção de estratégias de prevenção ao HIV/aids no cenário indígena, à medida que tais representações refletem a própria vivência das mulheres indígenas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Solicita-se que seja descrito como se dará o processo de obtenção do consentimento dos participantes da pesquisa, assegurando a adequação às peculiaridades culturais e linguísticas dos envolvidos (Res. 304/00, item 6.IV.2).

RESPOSTA: A população Potiguara encontra-se distribuída em vinte e seis aldeias localizadas nas áreas urbanas dos municípios de Rio Tinto, Marcação e Baía da Traição, pertencentes à microrregião do litoral norte da Paraíba. O povo Potiguara, como todos os povos indígenas brasileiros, em particular os do Nordeste viveu, ao longo desses cinco séculos de colonização, sob a égide do genocídio, do massacre cultural, da perda de identidade, expressa na perda da própria língua, dos rituais e costumes. Pode-se afirmar que os Potiguara vivem hoje dentro dos padrões culturais da sociedade não indígena. (NÓBREGA et al., 2010) Para a obtenção do consentimento das participantes da pesquisa, a pesquisadora responsável se dirigirá às mesmas individualmente, convidando-as para participar de um estudo sobre aids na aldeia potiguara, buscando conhecer as ideias das mulheres indígenas sobre a aids. Neste momento, elas serão informadas sobre os objetivos do estudo, mediante leitura do TCLE, ressaltando que será resguardada a privacidade das participantes. Se as mesmas aceitarem participar da pesquisa, assinarão o TCLE e responderão a associação livre de palavras. Durante tal abordagem, a pesquisadora usará de uma linguagem clara e simples, respeitando as peculiaridades culturais e lingüísticas da população potiguara. Sobre este aspecto, pode-se afirmar que essa população vive hoje dentro dos padrões culturais da sociedade não indígena, tendo em vista que suas terras estão localizadas em áreas urbanas dos municípios de Rio Tinto, Marcação e Baía da Traição, na Paraíba. Quanto à linguagem oficial, o tupi-guarani foi extinto em resposta às transformações decorrentes do contato interétnico, dando lugar ao português. (NÓBREGA et al., 2010).

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 975.370

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Quanto aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido referentes aos arquivos "APÊNDICE B_TCLE líder indígena corrigido.pdf" e "APÊNDICE C_TCLE mulheres indígenas corrigido.pdf":

a) O TCLE deve ser dirigido ao participante da pesquisa em forma de convite, como se estivesse em um diálogo com o pesquisador. Sendo assim, solicita-se que o TCLE seja reescrito em forma de convite.

RESPOSTA: O TCLE redigido em forma de convite: Convidamos você para participar da pesquisa intitulada "A aids e as mulheres indígenas: Representações Sociais na etnia potiguara" que será desenvolvida por Rafaela Gerbasi Nóbrega [...]"

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

b) Solicita-se informar como se pretende divulgar os resultantes da pesquisa para a comunidade, de forma a garantir o retorno social para os participantes da pesquisa (Resolução CNS 466/12, itens III.1.I, III.1.n).

RESPOSTA: Divulgação dos resultados da pesquisa para a comunidade, de forma a garantir o retorno social: Os resultados também serão divulgados para a comunidade indígena potiguara e, para isso, pretendemos reunir a comunidade indígena local, juntamente com as equipes de saúde indígena do pólo base Rio Tinto, lideranças indígenas locais, representantes do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Potiguara e da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Tinto para apresentar os resultados desse estudo e, na oportunidade, entregar um exemplar da pesquisa para a coordenação do pólo indígena local.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

c) Além das formas de contato com o CEP, solicita-se incluir no TCLE uma breve descrição do que é o CEP e qual a sua função no estudo, pois diversos participantes de pesquisa desconhecem a existência e as atividades desempenhadas pelo CEP.

RESPOSTA: Breve descrição do que é o CEP e qual a sua função no estudo: * O Comitê de Ética em Pesquisa é o órgão responsável por fiscalizar e autorizar todas as pesquisas que envolvem seres humanos. Sendo a população indígena considerada um grupo especial, fez-se necessário também a autorização da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Para a realização desta pesquisa, inicialmente, foi encaminhado o projeto para ambas as instâncias que analisaram e verificaram que

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 975.370

esta pesquisa cumpria com as exigências éticas de pesquisas envolvendo seres humanos, incluindo as populações indígenas, autorizando a sua realização.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

d) Na página 2 de 2 lê-se: "Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.". Solicita-se que o termo "cópia" seja substituído por "via", tendo em vista terminologia prevista na Resolução CNS 466/12, item IV.3.f.

RESPOSTA: Substituição do termo "cópia" por "via": Estou ciente que receberei uma via desse documento.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

e) Cabe lembrar que o TCLE é o documento em que o pesquisador deve prestar todas as informações pertinentes ao protocolo para os participantes de pesquisa de maneira clara e objetiva. Solicita-se descrever os termos e siglas apresentados no TCLE, tais como: "Representações Sociais", "HIV/aids", "perfis de vulnerabilidade".

RESPOSTA: Descrever os termos e siglas apresentados no TCLE, tais como: "Representações Sociais", "HIV/aids", "perfis de vulnerabilidade": O objetivo principal da pesquisa é analisar as ideias que circulam sobre aids entre as mulheres indígenas (Representações Sociais). Além disso, buscaremos correlacionar aspectos valorativos às atitudes e comportamentos das mulheres indígenas frente a aids (HIV/aids), avaliar a partir das ideias sobre aids (Representações Sociais), o comportamento das mulheres indígenas associado a maior chance de contaminação pelo vírus HIV (perfis de vulnerabilidade) e refletir sobre o processo de construção dessas ideias, as relações entre elas e a prática cotidiana das mulheres indígenas. Essa pesquisa se justifica pela necessidade de investigar as atitudes e comportamentos das mulheres indígenas frente à aids.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Situação do Parecer:

Aprovado

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 975.370

BRASILIA, 09 de Março de 2015

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br