

VERÔNICA LEMES PINTO BERZUINI

**SAÚDE REPRODUTIVA EM FOCO: CONVERSANDO COM
UNIVERSITÁRIAS DA ETNIA GUARANI-KAIOWÁ**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2008

VERÔNICA LEMES PINTO BERZUINI

**SAÚDE REPRODUTIVA EM FOCO: CONVERSANDO COM
UNIVERSITÁRIAS DA ETNIA GUARANI-KAIOWÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação da Profa. Dra. Vera Sônia Mincoff Menegon.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2008

Ficha Catalográfica

Berzuini, Verônica Lemes Pinto
B552s Saúde reprodutiva em foco: conversando com universitária da etnia
Guarani-Kaiowá / Verônica Lemes Pinto Berzuini; orientação Vera Sonia
Mincoff Menegon. 2008
114 f. + anexo

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo
Grande, Mestrado em Psicologia, 2008.
Inclui bibliografias

1. Saúde reprodutiva indígena 2. Índios Guarani-Kaiowá 3. Estudantes
indígenas I. Menegon, Vera Sonia Mincoff II. Título

CDD-613.04244

Bibliotecária responsável: Clélia T. Nakahata Bezerra CRB 1/757.

A dissertação apresentada por VERÔNICA LEMES PINTO BERZUINI, intitulada “SAÚDE REPRODUTIVA EM FOCO: CONVERSANDO COM UNIVERSITÁRIAS DA ETNIA GUARANI-KAIOWÁ”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

.....

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vera Sônia Mincoff Menegon
(orientadora/Mestrado de Psicologia/UCDB)

Profa. Dra. Adir Casaro Nascimento
(Mestrado de Educação/UCDB)

Profa. Dra. Sonia Grubits
(Mestrado de Psicologia/UCDB)

AGRADECIMENTOS

A Javé (Deus Supremo) por abençoar, proteger e permitir a concretização e realização deste trabalho. Quantas idas e vindas a Campo Grande-MS!

Ao apoio e amor incondicional da minha família (pai, mãe e irmãs) e do meu amado marido (Renato Berzuini) por estar sempre comigo.

Aos amigos e amigas que me incentivaram e se diziam admirados pelo meu esforço.

À diretora da FIAMA (Nanci de Jesus Albuquerque Pissini), pelo apoio e palavra amiga nas horas de angústia e de insegurança.

À Profa. Dra. Vera Sônia Mincoff Menegon, por compartilhar conhecimentos, sabedoria, experiências, compreensão e, acima de tudo, pelo respeito e cuidado em cada orientação. A sua colaboração foi imprescindível na realização deste trabalho. Peço a Deus que a abençoe.

Às Professoras Doutoras do Programa de Mestrado da UCDB: Ângela Coelho, Regina Calil, Sônia Grubtis, Heloísa Bruna e Liliana Guimarães, pelas práticas discursivas e produção de sentidos nas calorosas segundas-feiras (que saudades!).

Às colegas do mestrado, pelo acolhimento, companheirismo, amizade e profissionalismo em cada momento de construção do conhecimento.

E para finalizar, agradeço às alunas universitárias da etnia guarani-kaiowá, pela colaboração imensurável neste trabalho, pois sem a confiança depositada, as práticas discursivas e produção de sentidos não aconteceriam.

Este trabalho é todo de vocês!

A melhor maneira de respeitar a cultura é facilitar a capacidade de cada pessoa indígena, tanto mulher como homem, de falar com sua própria voz e acima de tudo ser ouvida.

Conklin, 2004.

RESUMO

Estudos desenvolvidos no âmbito da saúde reprodutiva vêm fortalecendo a busca pela integralidade no cuidado com a saúde. Por outro lado, nem todos os segmentos da sociedade brasileira são contemplados por esses estudos. Um exemplo é o pouco conhecimento que temos sobre aspectos da saúde reprodutiva em populações indígenas. A própria Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) reconhece a precariedade de pesquisas e programas direcionados à saúde reprodutiva. Considerando a importância desse campo no cuidado com a saúde, o objetivo desta pesquisa é compreender os sentidos e os repertórios que são utilizados para falar sobre temas relacionados à saúde reprodutiva, na perspectiva de universitárias da etnia Guarani-Kaiowá, da Aldeia Amambaí-MS. A pesquisa foi realizada na Faculdade Integradas de Amambaí (FIAMA), em Amambaí-MS, contando com a participação de oito universitárias, na faixa etária entre 22 e 33 anos. Para desenvolver esta pesquisa, nos apoiamos na abordagem teórico-metodológica sobre práticas discursivas e produção de sentidos, e em pressupostos do construcionismo social. Além disso, dialogamos com a literatura científica sobre saúde reprodutiva e saúde no âmbito indígena. O material discursivo analisado foi obtido por meio de cinco oficinas temáticas: riscos e prevenção em saúde reprodutiva; planejamento familiar; maternidade e paternidade; drogas, risco e prevenção em saúde reprodutiva; e violência doméstica. Dos resultados destacamos os sentidos de risco como perigo, envolvendo relações familiares nos contextos de gravidez, DST e Aids, doenças em geral, violência doméstica, relações de gênero e drogas. Para risco como algo positivo (coragem, desafio), destacamos “o sonho de terminar a faculdade”. Com relação ao planejamento familiar, as universitárias afirmam ser um assunto novo na aldeia e relatam dificuldades para tratar desse tema, ressaltando as diferenças entre ser pai e mãe dentro e fora da comunidade indígena. Os sentidos atribuídos à violência doméstica foram semelhantes aos da população em geral, isto é, trata-se de uma problemática atualmente vivenciada tanto em culturas indígenas como não-indígenas. Nos relatos das universitárias as agressões vivenciadas em sua comunidade estão ligadas aos poderes assimétricos das relações de gênero, mas também ao uso de drogas, especialmente o alcoolismo. A partir dos posicionamentos sobre cuidados preventivos em saúde reprodutiva expressos nas oficinas, tais como “pensar nas consequências, pedir ajuda às pessoas mais velhas, pedir ajuda e buscar apoio”, fica patente a necessidade de uma rede social de apoio efetiva, que passe pela formulação de políticas públicas especiais, para que o cuidado com a saúde não fique restrito à responsabilidade de cada pessoa, na lógica individualista do estilo de vida.

Palavras-chave: Saúde reprodutiva indígena. Universitárias. Etnia guarani-kaiowá. Práticas discursivas. Produção de sentidos.

ABSTRACT

Studies carried out in the area of reproductive health have been increasing the search for health care as a whole. On the other hand, not all the segments in Brazilian society are reached by such studies. A good example is the little knowledge we have about reproductive health among indigenous people. *FUNASA* reckons how precarious research and programs are on reproductive health. Considering the importance of this field in health care, the aim of this dissertation is to understand the meanings and repertoire used by university female students of the *Guarani-Kaiowá* ethnicity, from *Aldeia Amambai-MS*, when it comes to reproductive health. The research has been carried out at *Amambai-FIAMA* college with eight female students aged between 22 and 23 years old. In order to develop this research, we have made use of the theoretical-methodological approach on discursive practices and meaning production, as well as the social-constructionism ideas. Besides, we dialogued with scientific literature on reproductive health and health among indigenous society. The basis for the analysis on discourse came from five thematic workshops: risks and prevention on reproductive health; family planning; motherhood and fatherhood; drugs and domestic violence. From the results, we have highlighted the meanings of risk as a danger, involving family relationships in the contexts of pregnancy, STD and Aids, sickness, domestic violence, gender relations and drugs. The dream of finishing college came up as a positive risk (in the sense of courage, challenge). As far as family planning is concerned, the female students admit it is a new theme in their society and report their difficulty when dealing with it, as well the difference between being a father and a mother in and out of the indigenous community. The meanings on domestic violence were similar to the ones expressed by people in other communities, that is, this is an issue that is common among the indigenous and non-indigenous societies. Based on the female students' reports, the kind of aggression they suffer in their community is not only closely related to unlevelled powers in gender relations, but also to drug use, especially alcoholism. From their positioning on health care expressed during the workshops, such as "think about the consequences, seek for help with the older ones, seek for help and support", the need for a social net of effective help that involves special public policies became evident, in the sense that health care should not be restricted to an individual's responsibility, in other words, to the individualistic logics of one's life style.

Key-words: Indigenous reproductive health. Female university students. *Guarani-Kaiowá* ethnicity. Discursive practices. Meaning production.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Caracterização dos participantes das oficinas	67
QUADRO 2 - Distribuição de repertórios associados à palavra Risco	76
QUADRO 3 - Distribuição por assuntos dos relatos de situação de risco	80
QUADRO 4 - Distribuição de repertórios associados à palavra Planejamento Familiar.....	84
QUADRO 5 - Distribuição de repertórios associados às palavras Maternidade e Paternidade.....	86
QUADRO 6 - Distribuição de repertórios associados à palavra Drogas.....	95
QUADRO 7 - Distribuição de repertórios associados à expressão Violência Doméstica	96

LISTA DE SIGLAS

CAND	– Colônia Agrícola Nacional de Dourados
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CFP	– Conselho Federal de Psicologia
CIPD	– Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNDM	– Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
DSEIS	– Distritos Sanitários Especiais
DST	– Doenças Sexualmente Transmissíveis
FIAMA	– Faculdades Integradas de Amambaí
FSESP	– Fundação Especial de Saúde Pública
FUNAI	– Fundação Nacional do Índio
FUNASA	– Fundação Nacional de Saúde
GRUMIN	– Grupo de Mulheres Indígenas
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONGs	– Organizações Não Governamentais
PAISM	– Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSF	– Programa Saúde da Família
SPI	– Serviço de Proteção aos Índios
SUS	– Sistema Único de Saúde
UBS	– Unidades Básicas de Saúde
UCDB	– Universidade Católica Dom Bosco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 SAÚDE-DOENÇA: UMA CONSTRUÇÃO SOCIAL SITUADA E DINÂMICA	19
2.1 POPULAÇÃO INDÍGENA E SAÚDE	23
3 A SAÚDE NO BRASIL: UM BREVE PAINEL	25
3.1 POPULAÇÃO INDÍGENA: UM PAINEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	29
4 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO: UMA ÊNFASE DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE	33
4.1 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE	36
5 SAÚDE REPRODUTIVA E DIREITOS SEXUAIS NO BRASIL	41
5.1 ARTICULANDO GÊNERO, CULTURA E SAÚDE	42
5.1.1 População indígena: alguns apontamentos sobre gênero	43
5.2 SITUANDO O CAMPO DA SAÚDE REPRODUTIVA	45
5.2.1 Saúde reprodutiva indígena: alguns apontamentos	48
5.2.1.1 Saúde reprodutiva indígena: relatos de pesquisa	52
6 PRODUÇÃO DE SENTIDOS: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA E DIALÓGICA	56
7 OBJETIVOS	60
7.1 OBJETIVO GERAL	61
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	61
8 PROPOSTA METODOLÓGICA	62
8.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	63
8.2 LOCAL DA PESQUISA	64
8.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	65
8.3.1 Caracterização das participantes	66

8.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA: OFICINAS TEMÁTICAS	69
8.4.1	Síntese do contexto da oficina.....	70
8.5	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	71
8.5.1	Passos da análise	72
8.6	ASPECTOS ÉTICOS	72
9	RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
9.1	RISCO E PREVENÇÃO EM SAÚDE REPRODUTIVA.....	75
9.1.1	Associações de idéias com a palavra Risco	76
9.1.2	Situações de risco	77
9.1.2.1	Atuação profissional/capacitação.....	77
9.1.2.2	Relações familiares	78
9.1.2.3	É possível prevenir riscos?.....	83
9.2	O ASSUNTO É PLANEJAMENTO FAMILIAR, MATERNIDADE E PATERNIDADE	84
9.2.1	Associações de idéias: planejamento familiar, paternidade e maternidade.....	84
9.2.2	Conversando sobre planejamento, sobre ser pai e ser mãe	87
9.2.2.1	O assunto é planejamento familiar.....	87
9.2.2.2	O assunto é o que é ser pai e ser mãe.....	92
9.3	O ASSUNTO É: DROGAS, RISCO E PREVENÇÃO EM SAÚDE REPRODUTIVA E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	94
9.3.1	Associações de idéias: drogas e violência doméstica.....	95
9.3.2	Situações que envolvem: o uso de drogas lícitas e ilícitas e violência doméstica.....	96
9.3.2.1	Relações familiares: uso de drogas lícitas e ilícitas e violência doméstica	97
9.3.2.2	Relações de amizade: uso de drogas lícitas e ilícitas e violência doméstica	100
9.3.3	É possível prevenir: o uso de drogas e violência doméstica?	101
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
	REFERÊNCIAS	108
	APÊNDICES	114
	ANEXOS	180

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa foi desenvolvida no âmbito do laboratório de Psicologia da Saúde, Cultura e Sociedade, do Mestrado em Psicologia, da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). As discussões teórico-metodológicas que sustentam esta pesquisa estão centradas em perspectivas da Psicologia Social e da Psicologia da Saúde, possibilitando uma compreensão ampliada do binômio saúde-doença.

Estudiosos voltados a uma Psicologia Social da Saúde têm nos apontado que para compreender os processos de saúde e doença, intervenção, cura e prevenção, a Psicologia precisa superar enfoques que ainda se pautam por modelos ortodoxos. Nessa perspectiva, Spink (2003b) afirma que a Psicologia da Saúde busca expandir seu campo de atuação e sua contribuição teórica, procurando abandonar enfoques centrados apenas no indivíduo, tão freqüentes na Psicologia Clínica tradicional. Ou seja, nessas práticas tradicionais, o atendimento é individualizado e a pessoa “[...] é tratada como ser a-histórico, desvinculado de seu contexto social, sendo reduzido a categorias estanques como classe social” (SPINK, 2003b, p. 30). Para a autora, é imprescindível compreender que a doença faz parte de uma dada sociedade, onde os discursos sobre as enfermidades e enfermos são peculiares e que se deve levar em consideração as alternativas terapêuticas e os discursos que o saber leigo constrói para explicar e lidar com esse fenômeno.

Outro importante aspecto a ser trabalhado é a demarcação de fronteiras epistemológicas, que ocorrem entre as ciências dificultando a interdisciplinaridade na área da saúde. Spink (2003a, p. 41) afirma que “[...] a psicologia social tem evidente vocação interdisciplinar, sendo suas fronteiras permeáveis às contribuições de uma variedade de outras disciplinas afins”.

É nesse enfoque da interdisciplinaridade que a presente pesquisa se insere, propondo um diálogo com outros campos de saber, tais como: a Antropologia, a Sociologia, a História, a Medicina, além das diferentes áreas da própria Psicologia, no que se referem aos conhecimentos de temas direcionados à saúde reprodutiva de povos indígenas. Além desse diálogo interdisciplinar, sabemos que as discussões que envolvem os povos indígenas estão sendo pautadas pela prática da interculturalidade, que privilegia o diálogo e o encontro de culturas, com o intuito de compartilhar conhecimentos. Nessa perspectiva, além da trocas de saberes e fazeres, um aspecto bastante destacado é a superação de perspectivas etnocêntricas, que sobrepõem uma cultura em relação à outra, produzindo relações de poder assimétricas entre as culturas (AGUILERA-URQUIZA; CASARO NASCIMENTO, 2007).

Seguindo a lógica do diálogo interdisciplinar sobre a saúde dos povos indígenas do Brasil, conforme Barros (2003, p. 227), a produção existente no tocante à saúde indígena é “[...] bastante exígua e quando existe é dispersa e fragmentada”. A autora afirma que os estudos realizados com a população indígena no campo da saúde se deram a partir da década de 1990, numa abordagem mais epidemiológica sobre malária, tuberculose, verminoses, doença de chagas, doenças de pele, entre outras.

Logicamente, temos na literatura acadêmica uma extensa produção sobre os povos indígenas, principalmente no campo da Antropologia e da Educação, mas que não se orientam especificamente para o campo da saúde. Na Psicologia, por exemplo, temos os estudos sobre mulheres indígenas: Poder e Tradição (GRUBITS; DARRAULT-HARRIS; PEDROSO, 2005), que incluem mulheres pertencentes à etnia Guarani-Kaiowá. Essa literatura e produções da Antropologia, Sociologia, História e da Medicina são relevantes para abordar a produção dos sentidos sobre saúde que circulam entre os povos indígenas.

De acordo com a Fundação Nacional de Saúde (2006), as pesquisas voltadas à saúde reprodutiva de populações indígenas estão, cada vez mais, recebendo atenção devido às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), à morbimortalidade infantil e materna que estão presentes em algumas comunidades.

Em nosso entender, para desenvolvermos projetos e programas de saúde que atendam demandas mais amplas, é necessário conhecermos e nos aprofundarmos nos sentidos que uma determinada comunidade atribui aos processos de saúde e doença, que no caso específico desta pesquisa, envolve aspectos ligados à saúde reprodutiva.

Com relação a essa questão, em minha atuação como psicóloga, vivenciei algumas situações bastante delicadas. Por exemplo, quando em 2004 atuei no Programa Sentinela, do Município de Amambaí-MS, que tem como objetivo atender crianças e adolescentes vítimas de abuso e exploração sexual, tive que enfrentar o desafio de lidar com denúncias que foram encaminhadas para o programa, referentes a casos ocorridos entre a população indígena. No período de um ano, foram encaminhados quatro casos. Esse número se torna significativo quando comparado aos 24 casos registrados na população em geral do município (33 mil habitantes), que é significativamente maior que a população indígena (aproximadamente 11 mil habitantes).

Dentre os desafios encontrados para lidar com a problemática do abuso sexual na Aldeia Amambaí-MS, estava a dificuldade de atuação enfrentada pelos Conselheiros Tutelares. Segundo informação de um dos conselheiros, alguns índios explicavam que “As leis do branco [Estatuto da Criança e do Adolescente] não se aplicavam à aldeia, porque ali a menina, a partir de doze anos, já poderia se casar e o que parecia abuso sexual para os brancos, era algo natural na aldeia [sic]”.

Na ocasião, observamos que, apesar dessa prática discursiva indígena ser familiar aos conselheiros tutelares, quando adentravam a reserva sentiam-se impotentes diante de situações que envolviam abuso sexual indígena. Esse mal-estar devia-se, em parte, à falta de orientação e de informação sobre como essa comunidade lidava com fatos dessa natureza. Ou seja, *o que realmente podia ser atribuído à peculiaridade da cultura e o que podia ser considerado uma prática de abuso?*

Atualmente, como professora na Faculdades Integradas de Amambaí (FIAMA), em Amambaí-MS, tenho vivido experiências que reforçaram o meu interesse para realizar esta pesquisa, pois várias alunas indígenas da etnia Guarani-Kaiowá oriundas da Aldeia Amambai, têm feito convites para eu dar palestras na comunidade, tendo como foco a prevenção de DSTs; o relacionamento conjugal, devido ao número de separações; casos de alcoolismo, entre outros temas correlatos. Entretanto, tenho recusado esses convites, por desconher os costumes, vivências, rituais e tradições dessa comunidade, que passa por um período histórico de grande transição intercultural. Ou seja, sinto-me despreparada para falar sobre assuntos, cujos sentidos podem estar vinculados a aspectos culturais bastante específicos.

Diante do exposto, esta pesquisa teve como objetivo geral compreender os sentidos que são atribuídos a temas do campo da saúde reprodutiva, na perspectiva das universitárias Guarani-Kaiowá, da Aldeia Amambaí-MS.

Para desenvolver esta pesquisa, apoiamo-nos na abordagem teórico-metodológica sobre práticas discursivas e produção de sentidos, que se alinham a pressupostos do construcionismo social em pesquisa e sobre a produção de conhecimentos (SPINK, 2004). Além disso, como mencionamos anteriormente, para nos auxiliar em nossa análise, buscamos autores de diferentes campos de saber que desenvolvem estudos sobre saúde indígena e, mais especificamente, sobre saúde reprodutiva que é uma área do conhecimento voltada para os direitos reprodutivos e sexuais de homens e mulheres, nas diferentes fases da vida, tais como:

a infância, adolescência e a velhice, considerando os aspectos físicos, psíquicos, sociais e culturais que fazem parte desse processo.

O texto desta dissertação foi estruturado em cinco capítulos que agregam a fundamentação teórica que deu suporte à pesquisa. Dois capítulos que trazem os objetivos e os procedimentos metodológicos; um capítulo em que apresentamos os resultados acompanhados de discussão e, para finalizarmos, um capítulo com algumas considerações finais.

No capítulo dois, intitulado *Saúde—doença: uma construção social situada e dinâmica*, discutimos sobre os diferentes modelos que explicam o fenômeno saúde-doença, produzidos em diferentes tempos históricos e espaços culturais, que resultam em diversas formas de lidar com os processos de adoecimento e busca de uma vida saudável. As populações indígenas, por exemplo, apresentam maneiras peculiares de explicar e compreender o processo saúde-doença.

No capítulo três, *A saúde no Brasil: um breve painel*, mostramos alguns aspectos do tempo longo do conceito de saúde e como por meio de vários movimentos sociais internacionais e nacionais, o conceito de saúde-doença foi sendo ressignificado e ampliado. Por exemplo, foi a partir dessas discussões e movimentos que se criou o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, buscando garantir de forma igualitária e universal as ações e serviços que promovam, protejam e recuperem a saúde do (a) cidadão (ã) brasileiro (a). Desde que o SUS foi criado, muitos programas e ações foram elaborados para atender às necessidades das pessoas; porém, sabemos que, pela extensão territorial brasileira e pela diversidade sociocultural, muitas pessoas de vários segmentos sociais ainda têm dificuldades em acessar os serviços de saúde, e os povos indígenas enfrentam essa realidade.

No capítulo quatro, *Prevenção e promoção: uma ênfase da integralidade em saúde*, apresentamos o SUS e os princípios que norteiam esse sistema, tais como: universalidade, gratuidade, equidade e integralidade, sendo que este último princípio destaca a prevenção e promoção de saúde, como ações privilegiadas na agenda das políticas públicas de saúde. Acreditamos que diálogos interdisciplinares e transdisciplinares entre os vários saberes fortalecem o trabalho em rede, garantindo assim, uma melhor qualidade de vida das pessoas que buscam pelos serviços de saúde e que se encontram em situações de vulnerabilidade social.

No capítulo cinco, *Saúde reprodutiva e direitos sexuais no Brasil*, trazemos as discussões que ocorreram nas décadas de 1960, 1970 e 1980, em relação às questões referentes à reprodução e direitos sexuais de homens e mulheres, que foram debatidas por grupos de mulheres, movimentos feministas, e outros segmentos sociais que buscavam liberdade e autonomia sobre o próprio corpo. Apesar de essa discussão ser bastante debatida entre as sociedades dos não-indígenas, para as populações indígenas do Brasil, esse campo de saúde reprodutiva ainda é incipiente, pois devido às diversidades étnicas, as pesquisas voltadas para essas populações ainda são bem limitadas nesse campo específico. Entretanto, são assuntos que precisam ter visibilidade nas políticas públicas voltadas para essa população, pois os problemas que algumas comunidades estão enfrentando são semelhantes aos outros segmentos da sociedade.

No capítulo seis, *Produção de sentidos: uma construção coletiva e dialógica*, discutimos alguns conceitos da abordagem sobre práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Um de seus pressupostos é que a produção de sentidos ocorre nas dinâmicas das relações sociais, que são historicamente datadas e culturalmente localizadas. É por meios dessas relações que as pessoas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta.

Nos capítulos sete e oito, relatamos os *Objetivos*, geral e específicos, e detalhamos os *Procedimentos metodológicos* que utilizamos no desenvolvimento desta pesquisa. Explicamos a opção do método qualitativo em pesquisa; descrevemos o local em que foi realizada; caracterizamos as participantes e relatamos os procedimentos de coleta de dados, realizada por meio de oficinas temáticas. Em nossa opção pela pesquisa qualitativa acatamos o pressuposto de que “A pesquisa científica é uma prática reflexiva e crítica, mas também é uma prática social” (SPINK; MENEGON, 2004, p. 65). Nessa compreensão, o pesquisador e os participantes são co-autores e co-produtores do conhecimento, que resulta do processo de pesquisar uma dada problemática e/ou tema (SPINK; MENEGON, 2004).

Dessa forma, o delineamento metodológico da pesquisa, apoiou-se na abordagem teórico-metodológica sobre práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano (SPINK, 2004), acatando pressupostos do construcionismo social em pesquisa. Para a coleta de dados utilizamos oficinas temáticas, baseadas em metodologia desenvolvida por Spink (2003c). Para a análise do material discursivo, apoiamos-nos também nos autores que discutimos na fundamentação teórica sobre saúde, saúde reprodutiva e saúde indígena.

No capítulo nove, chegamos aos *Resultados e discussão*, utilizando como estratégia de apresentação os temas enfocados nas cinco oficinas: risco e prevenção em saúde reprodutiva; planejamento familiar; maternidade e paternidade; drogas, risco e prevenção em saúde reprodutiva; e violência doméstica. Por último, no capítulo dez, finalizamos a dissertação com as *Considerações finais* e nossas conclusões sobre a pesquisa.

2 SAÚDE-DOENÇA: UMA CONSTRUÇÃO SOCIAL SITUADA E DINÂMICA

Desde os primórdios da humanidade, a preocupação com o fenômeno saúde-doença faz parte do cotidiano das pessoas. Na trajetória da humanidade, com seus diferentes tempos históricos e espaços culturais, várias explicações etiológicas foram produzidas para lidar com os processos de adoecimento e busca por uma vida saudável, resultando em diferentes conhecimentos e racionalidades utilizadas para cuidar da saúde e da doença. A variedade de proposições explicativas aponta para o fato de que a compreensão de saúde e doença resulta de processo histórico e multideterminado, como afirma Spink (2003a).

A partir de posicionamentos críticos diante de um saber biomédico tradicional, curativo e hegemônico, vários autores das ciências sociais têm discutido a produção de conhecimento sobre saúde e doença.

Com relação à produção desses conhecimentos, no tempo longo da humanidade, Frias Jr. (1999) caracteriza três períodos da história em que as explicações etiológicas sobre saúde e doença apresentam mudanças significativas: o primeiro período histórico refere-se à Antiguidade, época em que as explicações das causas para saúde e doença tinham sentidos da ordem do mágico; o segundo período relatado é o Medieval, em que as compreensões sobre saúde e doença transitavam pelo campo também da magia e ainda de racionalidades religiosas. Finalmente, o terceiro período histórico é caracterizado pelo Racionalismo, que tem como base o desenvolvimento da medicina greco-árabe, que centra suas explicações nos aspectos biológicos. Com a aceleração dos avanços das ciências biomédicas, a hegemonia explicativa de um modelo unicausal persiste até a primeira metade do século XX.

Ainda de acordo com o autor, principalmente depois da Segunda Guerra Mundial, o modelo unicausal passa a ser questionado, por não ser satisfatório para explicar as novas doenças crônico-degenerativas: o novo paradigma para compreender o fenômeno saúde-doença, passa a ser o da multicausalidade, que consiste em considerar uma rede de relações causais. Uma outra crítica feita ao modelo unicausal é que inviabiliza os trabalhos de ordem preventiva, pois reduz a compreensão do adoecimento aos aspectos biológicos, desconsiderando a importância das relações sociais e culturais, os aspectos emocionais, econômicos e políticos nos processos de saúde e doença.

Apoiando-se em perspectivas da Antropologia, Laplantine (2001) discute quatro modelos epistemológicos existentes para explicar a doença: a) o modelo biomédico, comandado pela Medicina, com suas especificidades etiológicas; b) o modelo psicológico,

intra-individual, em que o próprio indivíduo, com a sua personalidade, produz suas doenças; c) o modelo relacional, que se refere ao equilíbrio e desequilíbrio em relação ao meio a que pertence a pessoa; e d) o modelo vinculado aos sistemas terapêuticos culturais, em que a pessoa pode recorrer no dia-a-dia ao saber biomédico legitimado como científico e, ao mesmo tempo, recorrer às práticas alternativas de saúde, consideradas não-científicas, por exemplo, curandeiros, benzedeiras e religiosos em geral.

Os diferentes modelos explicativos, portanto, não têm uma trajetória linear de substituição, ao contrário, temos a concomitância de sentidos novos e antigos. Esse cenário de múltiplos sentidos também é discutido por Ngokwey (1988 apud MINAYO, 1988), que apresenta um Sistema Etiológico, integrando vários domínios de causas de doenças, classificados como: “causação” natural, socioeconômica, psicossocial e sobrenatural, que convivem com modelos biomédicos.

Por “causação” natural, o autor se refere à explicação do fenômeno saúde-doença fundamentado nos elementos da natureza: o frio é causador de gripes, resfriados e bronquites; o calor excessivo é apontado como responsável pelo inchaço nas pernas, opressão no coração; a lua por meio de seus ciclos é relacionada à epilepsia, cólicas, problemas nervosos e mentais; e os ventos são apontados como causadores de mal-estar e de muitas doenças.

A “causação” socioeconômica se refere às condições materiais de existência: o salário, a alimentação, a moradia, o tipo de trabalho, as relações sociais, o saneamento básico e o funcionamento do Sistema de Saúde.

A “causação” psicossocial, por sua vez, se refere aos sentimentos e emoções prejudiciais à saúde; para a autora, o espaço onde ocorrem os maiores embates emocionais é o das inter-relações familiares, de vizinhança e do ambiente de trabalho. Dentre as emoções, destaca: a raiva, o ciúme, a inveja, a tristeza, os sustos, o amor, o ódio, a paixão, a traição, a ansiedade, a angústia e o sofrimento.

Finalmente, a “causação” sobrenatural, refere-se ao universo dos espíritos e dos seres transcendentais (Deus, Santos, Orixás, Espíritos dos Mortos). Neste domínio, as pessoas buscam os recursos biomédicos e, ao mesmo tempo, fazem tratamento espiritual que envolve: orações, banhos de descarga, penitências, promessas, recorrendo à umbanda, às igrejas cristãs, etc., com objetivos de curar o espírito (os “transtornos espirituais são: o “mau-olhado”, o “olho-grande” e “encosto”). Em síntese, todos esses modelos explicativos convivem e são

constantemente ressignificados, sendo, portanto, importante considerar as crenças, o saber leigo e as práticas alternativas que as pessoas utilizam para dar sentidos à suas experiências.

Na área da Psicologia, foi a Psicologia Social quem trouxe contribuições mais significativas para essa compreensão ampliada dos processos de saúde e doença. Por exemplo, Adam e Herzlich (2001) discutem os modelos de causalidade social, que explicam a saúde e doença pela posição socioeconômica (salário, nível de educação, características culturais etc.) e modelos psicológicos, que colocam em relevo as características individuais (o estresse, o tipo de personalidade, o suporte social etc.). Esses modelos servem para demonstrar que os mecanismos psicossociais influenciam os aspectos biológicos. Também buscando apoio na teoria das representações sociais, Escoda e Lima (1992) afirmam que a percepção e representação de saúde e doença são determinadas historicamente, estando vinculadas com a forma de organização da sociedade, destacando a inserção dos indivíduos em classes sociais. Nessa lógica explicativa, para se compreender os sentidos atribuídos ao fenômeno saúde-doença, é importante situar a pessoa, entendendo a sociedade em que vive, o seu grupo social e a sua cultura.

Uma outra autora que discute a compreensão do processo saúde-doença, posicionando-se a partir da perspectiva da Psicologia Social da Saúde é Spink (2003b), que considera três dimensões centrais para a explicação do processo saúde e doença: a primeira é que a doença deve ser compreendida como fenômeno coletivo, em que se deve considerar os discursos de uma dada sociedade sobre as enfermidades e os enfermos; a segunda é a construção do saber leigo e a busca de alternativas terapêuticas; e a terceira é a interface entre o saber oficial, mediado pelo saber médico e os sentidos sobre saúde e doença que prevalecem em determinadas épocas. Posiciona, portanto, esse processo como histórico e multideterminado.

Considerando os posicionamentos acima, os profissionais que se interessam pela área de saúde, deveriam conhecer os diferentes modelos explicativos do processo saúde-doença, para ter uma melhor compreensão dos sentidos que circulam por uma determinada cultura e meio social, com as suas práticas alternativas, e os sentidos que as pessoas atribuem ao seu adoecer e ao que é ser saudável. É com essa compreensão ampliada que esperamos discutir a população indígena e saúde.

2.1 POPULAÇÃO INDÍGENA E SAÚDE

Entendemos que, diante das diversidades étnico-culturais dos povos indígenas, é importante considerar suas formas de organização, seus costumes, língua, tradições e visão de mundo peculiar, conforme prevê a própria Constituição Federal brasileira de 1988 (BRASIL, 1988). Esse respeito étnico se faz necessário para que as políticas públicas de saúde, que são elaboradas para atender essas populações, considerem suas formas de vida como fruto tanto de tradições como da vivência com a chamada cultura “dos brancos”, evitando generalizações reducionistas e a imposição de determinados conhecimentos como sendo os únicos válidos e possíveis.

Nessa direção, Conklin (2004, p. 175) compara a concepção da medicina ocidental com as concepções de povos nativos das Américas, afirmando que “[...] a medicina ocidental ortodoxa tende a tratar a saúde como condição da pessoa e do corpo, concebendo as doenças como patologias e tratando-as com técnicas e métodos da medicina”. Já com relação aos povos nativos das Américas, a autora aponta que a saúde é vista de uma forma mais holística e integrada em relação à concepção de saúde, em que a preocupação no cuidado com a saúde inclui tanto a esfera individual como a coletiva. Saúde, para esses povos, inclui, além do bem-estar físico, o social, o econômico e o político.

Barros (2003, p. 227) afirma que “[...] a extensa produção etnológica relativa aos povos indígenas brasileiros indica que a doença é pensada e vivida não em termos individuais, mas como algo coletivo”. Sabemos da existência de parteiras, benzedeiros (as), os remédios naturais feitos de ervas e de folhas que eles utilizam como forma de enfrentar as enfermidades.

Athias (2004, p. 195), por sua vez, retrata bem a questão das explicações etiológicas indígenas das doenças, afirmando que “[...] os curadores e as benzedadeiras se fazem presentes na cultura indígena Pankararu, sendo os primeiros a serem procurados para tratar as doenças”. Para o autor, estes têm os conhecimentos específicos das ervas que são utilizadas para a cura, como também são eles que explicam as etiologias das doenças. Os Pankararu já convivem com a biomedicina ocidental, mas buscam nas explicações culturais a compreensão da saúde e da doença em seu cotidiano.

Alinhando-se a essa discussão, Langdon (2005, p. 124) também argumenta que “[...] a

medicina indígena concebe saúde e cura de uma maneira radicalmente diferente da biomedicina”. Para a autora, a biomedicina limita as noções de doença e cura aos processos biológicos e a medicina indígena concebe o processo saúde-doença como parte da cosmologia que “abarca as forças invisíveis, as forças da natureza e as forças humanas”, ou seja, a procura das causas das doenças vai além do corpo, para os contextos cosmológicos, sociais e morais.

Será que as equipes que são responsáveis pela execução das políticas de saúde indígena consideram as diversas formas de compreensão do fenômeno saúde-doença?

Langdon (2005, p. 115) responde a essa questão, afirmando que “[...] ainda não está claro para os profissionais de saúde o que é respeitar as tradições culturais, em relação às intervenções biomédicas que são realizadas nas comunidades indígenas”. Complementa, argumentando que os profissionais de saúde precisam desenvolver uma “postura reflexiva e antropológica” nas suas intervenções em saúde, com o objetivo de ouvirem e estarem abertos aos conhecimentos e práticas específicas das comunidades, em relação ao significado da experiência da doença. Essa postura propicia um relativismo responsável que respeita as diferenças culturais, possibilitando uma atenção diferenciada.

Em síntese, o processo de constituição de uma compreensão mais ampliada de saúde tem uma longa trajetória de construção e de constante ressignificação. A sua formalização em âmbito mundial tem alguns marcos importantes para a formulação de políticas públicas: a definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000), a definição de serviços básicos da OMS em 1953 e a Conferência de Alma Ata, realizada na Rússia em 1978, que

[...] define as atividades primárias que devem compor o conceito de cuidados primários, incluindo aí: a educação sanitária, a assistência nutricional, o saneamento básico, a assistência materno-infantil, o planejamento familiar, as imunizações e a assistência curativa para os problemas mais comuns (SPINK; MATTA, 2007, p. 40).

3 A SAÚDE NO BRASIL: UM BREVE PAINEL

Fruto da construção social acima discutida, a definição de saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de enfermidade, dada em 1948, pela OMS, apesar de reafirmar a cisão entre corpo e mente, exerceu forte influência na formulação de políticas públicas de saúde em diferentes países (SCLIAR, 2002).

No Brasil, o processo de ressignificação dos sentidos de saúde e doença e das formas de cuidado com a saúde, além do diálogo com fóruns internacionais, tem em sua matriz dois marcos significativos: o Movimento da Reforma Sanitária e a própria criação do SUS brasileiro, em 1988. Como afirmam Merhy e Queiroz (1993, p. 177), essas propostas são muito importantes, mesmo que seus sentidos nucleares se desgarrem nos processos cotidianos de implementação:

Embora o discurso da Reforma Sanitária incorporasse uma perspectiva mais holística da saúde e da medicina, na qual a dimensão clínica deveria se submeter ao controle de critérios coletivos e sociais no âmbito da saúde, os fatos acabaram por confirmar a dificuldade de se implementar tal proposta.

De acordo com Pessini e Bachfontaine (2000, p. 83), a VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986, reafirma uma compreensão mais integral, reconhecendo que: “[...] a saúde é a resultante de condições de moradia, transporte, lazer, educação, renda, meio ambiente, liberdade e acesso aos serviços de saúde”. Essa conferência é uma coroação da luta travada pelo Movimento da Reforma Sanitária, que agregou profissionais de vários setores e representantes de movimentos sociais.

Segundo Pessini e Barchifontaine (2000, p. 92), “O cidadão é uma pessoa revestida de plenos direitos civis, políticos e sociais, que tem a obrigação de trabalhar pela proteção vigilante do Estado no usufruto dos direitos”. Para os autores, os direitos sociais correspondem à obrigação do Estado em assegurar aos cidadãos: moradia, saúde, educação, lazer, trabalho, cultura, etc.; os direitos civis referem-se à liberdade de reunião, de expressão, de escolha profissional, de pensamento, de locomoção, etc.; já os direitos políticos buscam garantir a liberdade de associação sindical, religiosa, partidária, de escolha governamental, de participação no poder público e na determinação da política do Estado.

Foi por meio dessa luta pelos direitos da sociedade brasileira, que se criou o SUS, previsto na lei, como forma de organizar os serviços de saúde por meio de políticas sociais e econômicas, tendo como objetivo tanto reduzir os riscos de doenças da população ou outros

agravos, como assegurar de forma igualitária e universal as ações e serviços que promovam, protejam e recuperem a saúde do (a) cidadão (ã).

A Constituição Federal brasileira de 1988, ao criar o SUS, incorpora essa visão mais integral e estabelece que a saúde é um direito de todas as pessoas e um dever do Estado. Ou seja, a saúde é posicionada como intrínseca à cidadania, que deve ser garantida por meio dos princípios básicos do SUS: universalidade; gratuidade; integridade e organização descentralizada, em que se prioriza a prevenção de doenças, sem prejuízo de assistência curativa e de reabilitação (NEGRI, 2002).

O SUS foi organizado em torno de três diretrizes: a primeira refere-se à descentralização de decisões, cabendo a cada esfera do governo, Municipal, Estadual e Federal, atribuições e responsabilidades únicas; a segunda se refere ao atendimento integral e a terceira à participação da comunidade, seja por meio de conselhos, conferências de saúde, entre outras formas de participação (MATTOS, 2001).

Conforme Pessini e Barchfontaine (2000), apesar dos avanços com a criação do SUS pela Constituição de 1988, e sua implantação em 1990, o Ministério da Saúde, em 1997, dividiu a população brasileira em três grupos, de acordo com a realidade socioeconômica.

No primeiro grupo, estão as pessoas com planos de saúde, ou seja, as que têm convênios particulares que cobrem cirurgias, tomografias, exames caros e etc., que perfazem um total de aproximadamente 38 milhões de brasileiros.

O segundo grupo é formado por pessoas que são atendidas pela rede pública de saúde, a quem os autores se referem como aquelas que enfrentam as filas dos hospitais públicos. Para os autores, 80% dessas pessoas não precisariam enfrentar essa situação, pois acreditam que muitos casos poderiam ter sido evitados com providências mais básicas, como vacina, saneamento básico, orientações corretas, cuidados preventivos e ambulatoriais.

Finalmente, o terceiro grupo, que agrega cerca de dez milhões de pessoas, não tem acesso aos serviços de saúde, vivendo em situações precárias, e desconhecem os direitos e benefícios assegurados pela Constituição de 1988. Essa divisão evidencia que a saúde não está sendo assegurada como foi proposto pela Constituição.

Menegon e Coêlho (2006), ao discutirem as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, argumentam que o Brasil é um país extenso (8.522.965 km²), sendo caracterizado por

grande diversidade sociocultural em âmbito regional e intra-regional, cuja população convive com desigualdades de acesso aos bens e serviços, incluindo os cuidados com a saúde. Como veremos mais adiante, a população indígena faz parte do contingente populacional que sofre com essa desigualdade de acesso aos bens e serviços de maneira geral.

Apesar das dificuldades de implementação de acesso à saúde como condição de cidadania, segundo as autoras, não há como negar “[...] esforços e avanços em diversos segmentos: aumento da expectativa de vida, menor incidência de doenças infecto-parasitárias, decréscimo das taxas de mortalidade infantil e de mortalidade materna [...]” tomando como base o balanço sobre saúde da década de 1980 (MINAYO, 1999 apud MENEGON; COÊLHO, 2006, p. 181).

No balanço dessa década, têm destaque as doenças cardiovasculares, acidentes de trabalho, as diferentes modalidades de câncer, a emergência do vírus HIV e a Aids, o agravamento da fome, com bolsões de mortalidade infantil e materna. Essa situação é agravada pelo aumento das taxas de mortalidade por violência. No final da década, por exemplo, a violência intra-familiar “[...] foi considerada um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde” (MINAYO, 1999 apud MENEGON; COÊLHO, 2006, p. 181). Isso significa que a passagem do século XX para o XXI, foi marcado por formas de violências variadas, tanto urbanas como rurais.

O balanço de dez anos de SUS, que enfoca a década de 1990, realizado por Negri e Viana (2002 apud MENEGON; COÊLHO, 2006), faz uma avaliação dos avanços e limitações desse sistema público de saúde. Os autores do balanço destacam a ampliação ao acesso dos serviços de saúde, a diminuição da mortalidade infantil em várias regiões; a ampliação do Programa Nacional de Imunizações; o Programa de DSTs/AIDS, que foi positivamente reconhecido em âmbito internacional; aumento de cirurgias eletivas e procedimentos em ambulatório; assistência farmacêutica; prevenção e controle de doenças transmissíveis; redução de desigualdades sociais e de acesso aos serviços. Entretanto, ao discutirem os desafios, fica evidente que um dos problemas crônicos do SUS é a desigualdade regional de prestação de serviços e a distribuição desigual de recursos humanos capacitados.

Como veremos no próximo tópico, a população indígena é um dos segmentos da população brasileira que sofre com essa desigualdade de acesso aos serviços e bens, entre eles os serviços de saúde.

3.1 POPULAÇÃO INDÍGENA: UM PAINEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

As críticas locais e internacionais acerca da exclusão de grandes segmentos populacionais têm levado à formulação de políticas públicas mais específicas. No caso da saúde, no Brasil, por intermédio do Ministério da Saúde, a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), em 1999, possibilitou a estruturação de um subsistema de saúde indígena articulado ao SUS. Essa iniciativa trouxe uma relativa visibilidade sobre as necessidades dos povos indígenas, se considerarmos que até essa data as políticas em vigor estavam muito distantes de compreender a diversidade dos povos indígenas, principalmente no que se refere ao cuidado com a saúde. Em síntese, apesar da FUNASA representar um pequeno avanço, a população indígena, em sua maioria, permanece esquecida, excluída e, portanto, marginalizada pela nossa cultura.

Em 2004, a FUNASA em Revista trouxe como matéria de capa o título: *100 anos de Saúde Pública “o compromisso do governo é incluir socialmente a população, especialmente os mais carentes”*. Nessa edição, há uma reportagem que faz uma retrospectiva histórica da saúde pública no Brasil, apresentando uma cronologia que mostra a formulação de políticas públicas direcionadas à população indígena:

- 1904 – Instituição da Reforma Sanitarista de Oswaldo Cruz;
- 1942 – Realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde;
- 1948 – Criação do primeiro Conselho de Saúde, considerado o marco inicial da saúde pública moderna;
- 1953 – Criação do Ministério da Saúde;
- 1986 – Realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde marco para as bases da criação do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 1988 - A Constituição Federal decreta: “A saúde é direito de todos e dever do Estado garantir mediante as políticas sociais e econômicas acesso igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação”; 1990 - Regulamentação por lei específica sobre os objetivos, competências, atribuições, planejamento e orçamento do SUS;
- 1991 – A Fundação Especial de Saúde Pública (FSESP) vinculada ao Ministério da Saúde passou a ser encarregada pela coordenação dos projetos destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio;**
- 1999 - Criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena a FUNASA, assumindo no lugar da Fundação Nacional do Índio, as responsabilidades pelas ações da saúde indígena, e também são criadas os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis);**

2002 - Aprovação dos recursos financeiros destinados a saneamento, saúde indígena, vigilância ambiental e educação em saúde;

2003 - Realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2004, p. 8-9, grifo nosso).

Por essa cronologia, observamos que é somente a partir de 1991 que a população indígena aparece nessa retrospectiva histórica da Saúde Pública no Brasil, primeiro, por meio da Fundação Especial de Saúde Pública (FSESP), que passou a ser responsável pela coordenação de projetos destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde indígena. A FUNASA é criada oito anos depois, assumindo a responsabilidade sobre a saúde indígena; entretanto, é apenas a partir de 2002 que a saúde indígena recebe recursos financeiros para os programas de vigilância ambiental e de educação em saúde.

De acordo com Langdon (2004, p. 212), os povos indígenas ainda não gozam de cidadania plena e afirma que:

A situação sanitária dos povos indígenas é semelhante à dos grupos pobres da população geral: altas incidências de desnutrição, tuberculose, problemas de saúde bucal, parasitas, alcoolismo, alta mortalidade infantil, baixa expectativa de vida etc. E há uma grande preocupação de que a AIDS se torne uma epidemia que ameace a sobrevivência dos povos indígenas nos próximos anos.

Coimbra Jr. e Santos (2000, p. 129) afirmam que “[...] as condições de saúde dos povos indígenas são precárias, colocando-as em uma posição de desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade nacional”. Acrescentam que as minorias étnicas e raciais no Brasil estão vivenciando situações de exclusão, marginalização e discriminação, colocando-os em posição de maior vulnerabilidade. Essas situações de marginalização, exclusão e discriminação, refletem-se em má qualidade de vida, dificuldades de acesso aos serviços em geral e indicadores de saúde abaixo das médias nacionais e regionais.

Cunha (2003, p. 240) salienta que “[...] os grupos populacionais considerados como categorias inferiores – negros, índios e imigrantes sofrem com as desigualdades sociais comparadas com a população branca”. No exemplo apresentado pela autora, “[...] os homens negros apresentam 9% a mais de probabilidade de desenvolver diabetes que os homens brancos”. Para a autora, o processo de saúde e doença para essas categorias é explicado por dimensões biológicas e étnicas. Todavia, a autora argumenta que “[...] a base genética por si só não desencadeia o processo de doença”, sendo preciso considerar os processos sociais, as

condições de vida e os acessos aos serviços de saúde, e a existência e eficácia de políticas públicas direcionadas a essas populações.

De acordo com Coimbra Jr. e Santos (2000, p. 126), “[...] pertencer a uma dada raça/etnia pode, por si, limitar as possibilidades de mobilidade social”, restringindo assim o acesso aos serviços de saúde, educação, moradia, saneamento, etc. Essas situações de desigualdades sociais, portanto, podem desencadear processos de adoecimentos variados.

No que se refere ao momento atual da saúde dos povos indígenas no Brasil, Coimbra Jr. e Santos (2003, p. 13) argumentam que o perfil epidemiológico é pouco conhecido, devido às exiguidades de investigações, inquéritos e censos, que requerem dados quantitativos, sendo elementos importantes para se traçar o perfil dessas populações. Para os autores, os estudos de casos existentes, são específicos e muitos foram realizados com populações da Amazônia. Os autores consideram que há muitas dificuldades para traçar o perfil epidemiológico, tais como: a enorme sócio-diversidade de etnias, a interação com a sociedade nacional, significativas parcelas de populações indígenas que estão morando nas cidades, outras populações que ainda vivem isoladas, a precariedade dos bancos de dados dos sistemas de informações da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e da FUNASA. Todos esses problemas dificultam a compreensão dos processos de saúde e doença dos povos indígenas.

Segundo a Fundação Nacional de Saúde (2006), os povos indígenas estão se unindo e participando de seminários que discutem saúde indígena, devido aos altos índices de mortalidade materno-infantil, desnutrição, doenças como tuberculose, malária, verminoses, diarreias, doenças de pele, entre outras, que apresentam números expressivos.

As principais metas para a Saúde Indígena, segundo a Fundação Nacional de Saúde (2006), são: redução da mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos; maior cobertura vacinal; eliminação do tétano neonatal e da desnutrição entre os índios; redução da tuberculose e a execução de programas de saneamento básico. Entretanto, existem outros aspectos, também de extrema importância, que não têm espaço na agenda da FUNASA, como por exemplo, a redução da malária, o controle das DST/AIDS, a prevenção do câncer na mulher e o combate ao alcoolismo e ao suicídio. Ou seja, a promoção de saúde e prevenção de doença para a população indígena ainda estão restritas ao âmbito da saúde sanitária e ambiental. Em nosso entender, aspectos da saúde reprodutiva precisam ser colocados também como prioridade na agenda do cuidado com a saúde.

Segundo os dados da Fundação Nacional de Saúde (2006), a população indígena no Brasil é de cerca de 400 mil índios, pertencentes a 210 povos que se distribuem por todos os estados, exceto Piauí e Rio Grande do Norte. Em todo o território brasileiro, o sistema de saúde indígena está estruturado em 34 Distritos Sanitários Especiais (DSEIS).

Normalmente, onde há concentração de população indígena, os pólos-base são implantados nas aldeias e nos municípios onde estão localizadas, oferecendo uma estrutura física para acomodar as equipes multidisciplinares de saúde (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, agente de saúde indígena, assistente social e nutricionista), para que prestem o atendimento primário e a saúde bucal nas aldeias. Consultas e exames mais complexos são feitos na rede de Serviços de Especialidades do SUS.

Apesar do avanço obtido com a criação da FUNASA, Barros (2003, p. 229) afirma que “[...] a saúde pública para os povos indígenas está em baixíssimos níveis, pois predomina a morte na infância, e a expectativa de vida vem sendo reduzida acentuadamente nos últimos anos”. Segundo dados apresentados pela autora, do mês de janeiro de 1993 a outubro de 1994, foram registrados no Brasil 2.591 óbitos em 135 etnias, com maior número entre os Kaingang (21,4%) e os Kaiowá (11,5%). Com relação à média da expectativa de vida dos indígenas brasileiros, a média ficou em torno de 45,6 anos. Entretanto, segundo a autora, esse dado apresenta uma redução progressiva nos últimos três anos.

Em síntese, observamos com esse breve painel, que em 100 anos de saúde pública, somente nos últimos 16 anos as populações indígenas começaram a ser contempladas com políticas públicas em saúde, ainda que de maneira gradativa. Dessa forma, ainda é muito grande o desafio para a implementação de uma política que viabilize a integralidade e humanização em saúde para a população indígena.

4 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO: UMA ÊNFASE DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE

A implementação de programas que enfoquem os processos de prevenção de doenças e promoção de saúde, teoricamente, deveriam ser nucleares na agenda do SUS. Entretanto, como vimos acima, a questão da desigualdade de acesso é um grande obstáculo para que isso de fato ocorra. De qualquer forma, na luta pela integralidade em saúde, a prevenção e a promoção ocupam lugar de destaque.

Ao discutir as dificuldades enfrentadas no funcionamento do SUS, das três diretrizes básicas (descentralização, atendimento integral, participação da comunidade), Mattos (2001) destaca a segunda diretriz (atendimento integral) como a base para a atual “bandeira de luta”: a integralidade em saúde. O autor enfatiza a importância desse princípio tão básico e caro aos que lutam pela implementação dinâmica, ampliada, processual e dialógica de princípios que sustentam o SUS. Todavia, o autor alerta para o perigo da sua banalização e conseqüente esvaziamento de sentidos. Integralidade, portanto, é compreendida como processual e coletiva, que vai além de atitudes individuais de profissionais da saúde.

Para situar o conceito de integralidade, Mattos (2001) enfoca os espaços de atuação e de negociação, com seus diferentes sentidos, que organiza em três conjuntos: o primeiro sentido diz respeito aos atributos das práticas dos profissionais de saúde, que implica em uma boa prática; o segundo refere-se à organização dos serviços e o terceiro sentido refere-se à organização das políticas.

No que se refere às práticas de saúde, a integralidade é vista como um valor que se expressa na forma como os profissionais que atuam em organizações de saúde respondem às pessoas que procuram por informações ou serviços, não reduzindo as necessidades das pessoas à questão de sofrimento e doença, mas buscando compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que a pessoa apresenta. Outro ponto a ser enfatizado pelo autor é que a integralidade não é atributo exclusivo dos médicos, mas de todos os profissionais que atuam na área da saúde, sendo imprescindível haver o diálogo entre os profissionais, gestores, as pessoas que buscam pelo serviço de saúde, a comunidade, para que possamos superar os reducionismos e fragmentações das práticas em saúde.

Sobre a organização dos serviços de saúde, o sentido de integralidade se vincula às instituições de saúde e suas organizações no que se refere aos serviços prestados: hospitais, centros de saúde, UBS entre outros. Espera-se que essas instituições tenham uma apreensão ampliada das necessidades da população que é atendida.

O sentido de integralidade na política expressa a convicção de que cabe ao governo responder aos problemas de saúde pública, por meio de trabalhos tanto de prevenção como assistenciais e elaboração de políticas especiais para atender demandas específicas — por exemplo, a luta pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e a luta por políticas indígenas, que se configuram como segmentos que necessitam de políticas específicas. Um outro exemplo é o desenvolvimento do conceito de saúde reprodutiva, como veremos no capítulo quatro, que ocorreu em função de movimentos tanto da área da saúde como da sociedade em geral, que tinham como objetivo a formulação de políticas públicas para a saúde de homens e de mulheres, e não apenas políticas voltadas à área materno-infantil.

Complementando essa compreensão sobre o conceito de integralidade, de acordo com Cecílio (2001), para compreender a integralidade da atenção faz-se necessário analisar as necessidades de saúde a partir de quatro conjuntos: o primeiro conjunto refere-se às “condições de vida” que a pessoa leva, ou seja, a maneira como se vive, irá produzir diferentes necessidades: emprego, moradia, hábitos pessoais, entre outros; o segundo conjunto refere-se à necessidade de ter acesso e poder usufruir de toda tecnologia de saúde, visando melhorar e prolongar a vida; o terceiro conjunto refere-se à necessidade de criar vínculos afetivos entre a pessoa que procura pelos serviços de saúde e o profissional, juntamente com sua equipe, para o encontro de subjetividades. Esse vínculo é considerado como o rosto do “sistema” de saúde para a pessoa que procura pelo serviço. O quarto conjunto refere-se à necessidade de cada pessoa ter autonomia no seu modo de levar a vida em que a informação e a educação em saúde são consideradas apenas parte desse processo.

Partindo dessas necessidades de saúde, o autor discute que a integralidade deve ser fruto de uma articulação e diálogos entre os vários saberes que compõem uma equipe de profissionais de saúde, tendo como compromisso uma escuta cuidadosa, que possa traduzir e atender às necessidades da população, fortalecendo o trabalho em rede. Ou seja, não pensar o “sistema de saúde” como uma pirâmide que hierarquiza as instituições e serviços, mas sim como rede, com múltiplas entradas, fluxos, tendo como objetivo último atender às necessidades das pessoas.

Em síntese, o autor agrega esses quatro conjuntos em duas grandes dimensões: a primeira caracteriza-se como uma “integralidade focalizada”, que traduz o esforço da equipe multiprofissional, localizada espacialmente nos serviços de saúde (Unidades Básicas de Saúde

– UBS, Programa Saúde da Família – PSF, hospital, etc.). Na segunda dimensão, temos uma integralidade macro, que considera outras articulações para além do “setor saúde”.

Os caminhos para a integralidade pressupõem as práticas interdisciplinares e transdisciplinares, como afirmam Menegon e Coêlho (2006, p. 178),

[...] quando as equipes interdisciplinares dialogam com os (as) usuários (as) e procuram envolver a família e a comunidade na busca de melhores estratégias para uma vida mais saudável, estamos praticando a transdisciplinaridade.

Para as autoras, esse diálogo transdisciplinar fortalece a rede de apoio social e são maneiras de enfrentar as relações de poder discriminatórias e a falta de equidade no acesso aos serviços de saúde.

Em nosso tempo longo da história e em nosso tempo vivido, herdamos sentidos sobre a atenção e o cuidado com a saúde, cuja centralidade ainda é o médico e o hospital. Nessa perspectiva, sem diminuir a importância do atendimento terciário, os processos de prevenção e promoção ocupam lugar de destaque na pauta de discussão sobre integralidade em saúde.

4.1 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE

As noções de prevenção de doenças e promoção de saúde, obrigatoriamente, dependem de um conceito ampliado de saúde, que levem em conta as condições de alimentação, saúde, transporte, lazer, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, renda, acesso aos serviços de saúde, etc. Ou seja, não estamos tratando de práticas que privilegiam apenas a cura de doenças ou mesmo a prevenção como únicos meios de intervenção, mas que possam refletir sobre formas de promover a saúde, garantindo uma melhor qualidade de vida para as pessoas, isto é, *o que fazer para que as pessoas continuem saudáveis?*

Segundo Spink (2003a), a Psicologia Social da Saúde contribui com essa compreensão de saúde, ao abandonar perspectivas mais tradicionais da Psicologia, como por exemplo, as abordagens que compreendem o fenômeno saúde-doença de forma individualizada e a-histórica. A autora refere-se à perspectiva construcionista como uma das abordagens em pesquisa que privilegiam os sentidos que as pessoas atribuem ao fenômeno saúde-doença,

considerando também as forças econômicas, políticas e, portanto, ideológicas da sociedade que permeiam esse processo.

Essa compreensão ampliada de saúde-doença, conforme discutimos no Capítulo dois, é importante para pensarmos estratégias de prevenção e promoção, pois primeiro partimos do pressuposto que a doença deve ser compreendida como fenômeno coletivo, histórico e multideterminado; em segundo, que o saber leigo não pode ser desprezado e, por último, a necessidade de considerar a interface entre o saber oficial, mediado pelo saber médico, mas levando em conta os sentidos sobre saúde e doença que prevalecem em determinadas épocas (SPINK, 2003b).

Para Menegon e Coêlho (2006), os currículos de formação de profissionais que atuam na área da saúde ainda estão mais voltados à atenção secundária e terciária, o que nos aponta para a hegemonia do modelo biomédico em detrimento do modelo biopsicossocial, no próprio âmbito da Psicologia.

Essa postura dificulta a atuação do profissional quando a necessidade de intervenção está na prevenção e na promoção de saúde. Como argumenta Mattos (2001, p. 56), “[...] não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder”. Para o autor, os serviços precisam se organizar no sentido de apreender as diversas necessidades da população e não reduzir ao sistema biológico que supostamente produz o sofrimento.

Pessini e Barchifontaine (2000, p. 94), examinando a situação de saúde no Brasil, afirmam que:

Encontramos uma série de problemas (mortalidade infantil, hospitais lotados, filas de espera, aumento das mensalidades dos convênios, greves constantes de trabalhadores da saúde por melhores salários e condições dignas de trabalho), consequência das condições de vida da população, e que refletem desigualdades de várias ordens, fruto de uma distribuição desigual de riquezas e de oportunidades. Nossa sociedade é extremamente desigual. Poucos têm muitos direitos e muitos têm quase nenhum. O mesmo ocorre com a distribuição de renda e os recursos públicos. Há grande diversidade entre as regiões e as cidades brasileiras.

“[...] promover a saúde é intervir socialmente na garantia dos direitos e nas estruturas econômicas que perpetuam as desigualdades na distribuição de bens e serviços” (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000, p. 93). Teoricamente, as políticas de saúde são estratégias

governamentais que têm como objetivo corrigir esses desequilíbrios sociais, propiciando uma redução das desigualdades sociais.

A problemática da desigualdade nos leva a refletir sobre dois conceitos muito utilizados quando adentramos o campo da prevenção e da promoção da saúde, são os conceitos de vulnerabilidade e risco.

Vulnerabilidade é um conceito relativamente recente na área da saúde e, de maneira geral, refere-se tanto a uma pessoa, a grupos ou países que são considerados vulneráveis a determinadas situações. Segundo definição das Diretrizes Éticas Internacionais em Pesquisa,

[...] pessoas vulneráveis são pessoas relativa ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses. De modo mais formal, podem ter poder, inteligência, educação, recursos e forças insuficientes ou outros atributos necessários à proteção de seus interesses (ARÁN; PEIXOTO Jr., 2007, p. 850).

Ou seja, vulnerabilidade expressa uma capacidade ou liberdade limitada por fatores variados: biológicos, sociais, institucionais, etc. Geralmente, grupos étnicos e minoritários são considerados vulneráveis a uma série de situações.

Já o conceito de risco, muito valorizado nos programas de redução de risco pela epidemiologia, é um conceito que tem múltiplos sentidos e, de alguma forma, faz parte do cotidiano de nossas relações, com conotações bastante singulares. Como afirma Spink (2003c), no contexto de nossa vida cotidiana o risco é a possibilidade de perda de algo que tem valor para nós.

Segundo Spink (2003c, p. 299), “[...] a palavra risco é recente nas línguas de origem latina ou anglo-saxões, tendo os primeiros registros por volta do século quatorze e adquirindo a conotação de probabilidade de ocorrência apenas no século dezessete”. Para a autora, isso não significa que desde a Antigüidade ou Idade Média as pessoas não se deparavam com situações perigosas, tais como: desastres naturais, perigos e acidentes. Mas essas experiências eram tratadas com outras expressões verbais, como por exemplo: fatalidade, sorte, perigo, casualidade, mas não era utilizada a palavra risco.

Na perspectiva teórica sobre práticas discursivas e produção de sentidos, Menegon e Spink (2007) compreendem a linguagem dos riscos como uma linguagem social porque permite discutir a aspiração de governo e controle futuro de riscos, que se fazem presentes em

eventos passados e projeções futuras. Ou seja, esse desejo de controlar o futuro alimenta as práticas discursivas sobre riscos, que direcionam a gestão de riscos subsidiando e sustentando estratégias de organização social.

Para essas autoras, no que se refere à gestão da vida por meio da comunicação sobre riscos, se considerarmos as diferentes matrizes dos discursos sobre risco, chegamos a três tradições discursivas distintas: a) A fala de senso comum sobre perigos — risco-perigo; b) a perspectiva do controle e disciplina, que nos remete a risco *como probabilidade* voltada à *disciplinarização*, seja na gestão de coletivos (saúde, tecnologia, meio-ambiente), seja na disciplina dos corpos — risco-probabilidade; c) a perspectiva da aventura, em que risco *como probabilidade* aproxima o mundo da economia e dos esportes, assumindo uma conotação de positividade (SPINK et al., 2007; MENEGON; SPINK, 2007).

A primeira tradição refere-se ao “risco-perigo”, que é anterior a palavra risco e sua conceituação de probabilidade a partir de cálculos estatísticos. Essa tradição discursiva do senso comum é a que está mais presente nas nossas relações do cotidiano; os repertórios utilizados são: ameaça, perda, sorte, perigo, azar, fortuna, fatalidade, obstáculo, ventura e destino.

A segunda tradição discursiva refere-se ao “risco-probabilidade”, resulta do conceito técnico-científico de risco, que é caracterizado por cálculos probabilísticos. Nessa tradição, segundo as autoras, o cálculo de risco é uma estratégia de governo, que na saúde se expressa por meio de duas possibilidades: a primeira estratégia é o governo de coletivos que incluem o gerenciamento de espaços, a distribuição e o movimento de pessoas, a metáfora utilizada é “estar em risco”; a segunda estratégia é a disciplina dos corpos (higiene pessoal, higiene do lar e higiene moral), sendo o estilo de vida saudável uma das formas de controle de risco, em que cada pessoa é posicionada como responsável pelo cuidado da própria saúde. As metáforas nessa tradição discursiva são “correr riscos ou evitar riscos”, normalmente com conotação negativa. Seus principais repertórios são: risco, aposta, chance, seguro, controle, probabilidade, prevenir, arriscar.

Finalmente, a terceira tradição discursiva refere-se ao sentido de “risco-aventura”, que traz em seu discurso a positividade da aventura presente, por exemplo, no campo da economia e do esporte, e a metáfora mais valorizada é “correr riscos desejados”. No campo da Economia, os repertórios de risco-probabilidade e risco-aventura, apresentam um sentido em

que “correr riscos”, são práticas necessárias para obter ganhos, ou seja, é a satisfação pessoal que faz com que as pessoas pesem os riscos e benefícios envolvidos em uma dada situação. Na Economia, entretanto, para a decisão de correr riscos busca-se respaldo em taxas de probabilidade. Nos negócios, os repertórios típicos são: coragem, adrenalina, ousadia, medo e até mesmo o risco de falência.

Nos esportes, correr riscos está sujeito ao uso de equipamentos de segurança, demonstrando que correr riscos, apesar do benefício, é regido por estratégia de governo. Já a opção por aventuras radicais, muitas vezes os equipamentos de segurança são dispensados como forma de aumentar a “adrenalina”. Os repertórios típicos aqui são aventura, adrenalina, emoção, radical, extremo, desafio e ousadia. O que é importante ressaltar é que tanto nos negócios como nos esportes e aventura temos um sentido de positividade atrelado ao correr riscos, que são desejados (SPINK et al., 2007; MENEGON; SPINK, 2007).

Pensando nas três tradições discursivas sobre risco, os sentidos atribuídos pela comunidade indígena Guarani-Kaiowá, considerando as relações cotidianas, e como veremos em nossa análise, vamos encontrar o uso cotidiano de risco como perigo.

A segunda e a terceira tradição “risco-probabilidade” e “risco-aventura” se faz presente na área da saúde, tecnologia, meio ambiente e aventura, em que as pessoas decidem sobre o enfrentar os riscos existentes, se auto-gerenciando, auto-controlando no cuidado com a saúde. Esse monitoramento, entretanto, é feito por meio de especialistas da saúde, cujo acesso depende da formulação de políticas públicas, como, por exemplo, vem ocorrendo no campo da saúde reprodutiva.

5 SAÚDE REPRODUTIVA E DIREITOS SEXUAIS NO BRASIL

O campo saúde reprodutiva configura-se a partir de 1980, década de aceleração tecnológica, formatando-se a partir de agendas políticas, econômicas e sócio-culturais variadas. Esse campo firma-se em meio a transformações significativas no cotidiano das pessoas, principalmente no que se refere aos modos de reprodução.

Dessa forma, o conceito expandido de saúde reprodutiva, resulta da confluência de movimentos e agendas reivindicatórias em prol de políticas públicas em saúde, com destaque para os discursos de gênero originários dos movimentos de mulheres e feministas, que utilizaram como espaço de interlocução as conferências e encontros internacionais. Ou seja, o conceito de saúde reprodutiva é fruto das ressignificações do binômio saúde-doença, que discutimos anteriormente. Entretanto, como uma das grandes especificidades desse campo está na inter-relação entre gênero, cultura e saúde, antes de caracterizarmos o campo da saúde reprodutiva, situamos o processo de construção do conceito de gênero.

5.1 ARTICULANDO GÊNERO, CULTURA E SAÚDE

Para compreendermos o conceito de gênero, é necessário abordarmos a história do movimento feminista em que diferentes grupos de mulheres lutaram para defender suas necessidades. Para Meyer (2003), a história do movimento feminista no Brasil está referendada em duas ondas.

A primeira onda remete ao movimento sufragista em que as mulheres buscavam pelo direito de votar com a Proclamação da República em 1890, sendo esse direito aceito depois de 40 anos, na Constituição Federal brasileira de 1934. Para a autora, o direito ao voto somou-se a outras reivindicações como, por exemplo: o direito à educação, as condições dignas de trabalho, ao exercício da docência, ao acesso ao ensino superior, ao direito de decidir sobre o próprio corpo e sua sexualidade, etc. Essas diferentes reivindicações sinalizaram uma multiplicidade de vertentes políticas que fizeram do movimento feminista, um movimento heterogêneo e plural.

A segunda onda do movimento feminista inscreve-se nos anos de 1960, 1970 e 1980 com a eclosão de movimentos que se opunham aos governos da ditadura militar e, depois aos movimentos de redemocratização da sociedade brasileira. Nessa segunda onda, as reivindicações apontadas estavam relacionadas à necessidade de investimentos em produção

de conhecimentos e pesquisas sistemáticas, que explicassem ou compreendessem a subordinação social, e a invisibilidade política a que as mulheres tinham sido historicamente submetidas.

Para Meyer (2003), a história do feminismo foi permeada por confrontos e resistências entre as pessoas que utilizavam e reforçavam justificativas biológicas ou teológicas para as diferenças e desigualdades entre homens e mulheres. É a partir desse contexto, que o movimento feminista vem discutir que não são as características anatômicas ou fisiológicas que justificam as desigualdades de gênero, mas são as formas pela qual uma dada cultura, em um determinado momento histórico, reconhece e distingue feminino de masculino. Ou seja, como é que uma determinada cultura constrói o que é ser homem e o que é ser mulher.

De acordo com Grubits, Darrault-Harris e Pedroso (2005), a cultura constrói e articula gênero com outras “marcas” sociais, tais como: classe, raça/etnia, sexualidade, geração, religião e nacionalidade. Essa construção social permite a contextualização e compreensão das diferentes formas de vivenciar e dar sentido à feminilidade e à masculinidade em diversos grupos, em tempos diferentes, sendo importante ressaltar que esse processo nunca está finalizado ou acabado.

Conforme Heilborn (2003), o tema das relações de gênero e as formas de expressar e vivenciar a sexualidade passaram a ser importantes para a compreensão do binômio saúde-doença, devido às diferenças entre homens e mulheres no que se refere ao acesso à saúde, ao cuidado com o corpo, a vida sexual e a esfera reprodutiva. Essa articulação entre gênero e sexualidade tem consequências importantes na saúde. Para exemplificar esse impacto, a autora comenta sobre a relação mulher e AIDS, pois algumas mulheres, mesmo tendo o conhecimento sobre a forma de transmissão do vírus HIV, têm dificuldades de usar o preservativo, pois a decisão fica sob a responsabilidade do parceiro. Para essas mulheres, o uso do preservativo tem como objetivo a prevenção de gravidez, e não a prevenção de DSTs/AIDS.

5.1.1 População indígena: alguns apontamentos sobre gênero

Estudos realizados por Grubits, Darrault-Harris e Pedroso (2005) mostram algumas especificidades das relações de gênero e raça/etnia com populações indígenas. As reflexões se

deram em relação a gênero e ao papel da mulher nas comunidades indígenas, compreendendo as seguintes etnias: Bororo do Mato Grosso, Gurani/Kaiowá de Caarapó-MS e Kadiwéu de Mato Grosso do Sul.

No que se refere à etnia Bororo-MT, a mulher indígena é valorizada a partir de dois aspectos considerados principais: a mulher é guardiã da cultura e dos conhecimentos tradicionais da comunidade e é interlocutora entre a comunidade indígena e não indígena.

Em relação à etnia Guarani-Kaiowá do município de Caarapó-MS, os aspectos mais ressaltados foram: a saída dos homens da reserva para trabalhar em usinas, fazendas, e outros locais, identificando-se o desejo de se tornarem homens da cidade; no caso das mulheres, identificou-se uma situação oposta, pois desejam manter a cultura e a identidade Guarani-Kaiowá, bem como continuar a residir na reserva.

No que diz respeito à etnia Kadiwéu, a organização social dessa comunidade divide papéis entre homens e mulheres, porém essa divisão não faz com que haja superioridade ou valor entre um ou outro. Assim, homens e mulheres, têm o mesmo valor perante a comunidade, demonstrando a consciência de que todos e todas são importantes e responsáveis para manter a cultura e as diversas atividades da reserva.

Para Grubits, Darrault-Harris e Pedroso (2005), as mulheres indígenas das etnias pesquisadas estão cada vez mais imbuídas na luta pelos direitos de seus povos e na política nacional desenvolvida pelo Estado brasileiro, tornando-se assim, importantes interlocutoras entre a sociedade indígena e não indígena.

Os estudos de Potiguara (2002) mostram exemplos dessa luta pelos direitos dos povos indígenas. Com relação à questão de gênero, a autora argumenta que a luta tem sido redobrada em decorrência de preconceitos, desconhecimento e desinteresse da “sociedade envolvente”, no que se refere à situação da mulher indígena no Brasil. A autora faz uma análise que remonta o tempo longo da história de mulheres indígenas, situando a época colonial como o início da solidão e do sofrimento das mulheres indígenas, quando foram separadas de suas famílias. Dentre as matrizes responsáveis pelas transformações sociais e culturais das populações indígenas no Brasil a autora destaca as invasões estrangeiras, as frentes de expansão econômica e as frentes missionárias.

Essas diferentes frentes trouxeram a exploração, o extermínio de várias etnias, a perda

territorial, a morte de muitos índios em confrontos com os colonizadores. Além, disso, muitas famílias cometeram suicídio em massa como forma de resistência contra essa violência, preconceito e escravidão; as famílias que resistiram e ainda resistem à essas violências apresentam “[...] medo, pânico, insegurança familiar, violências interpessoais, suicídios, alcoolismo, timides e baixa auto-estima diante do mundo” (POTIGUARA, 2002, p. 219).

Para Potiguara (2002, p. 225) desde a criação do Grupo de Mulheres Indígenas (GRUMIN), em 1986, a bandeira de luta do grupo é contra a invisibilidade da mulher indígena no cenário nacional:

A antropologia, a Igreja, as ONGs e o Estado conservadores nos olhavam como inconseqüentes por falar em saúde e direitos reprodutivos, acreditavam que esse assunto era alheio à cultura indígena e influenciado pelo movimento feminista.

A autora ainda argumenta que as mulheres indígenas lutam por seus direitos com base nas situações vivenciadas por mulheres de diversas etnias. A luta é pela superação da desinformação, analfabetismo, dificuldades de falar sobre sexo, alcoolismo, desequilíbrio emocional e psicológico causado por invasões das terras e ameaças de sobrevivência, falta de alimentos, medicamentos, roupas, desprestígio das parteiras, desprestígios dos pajés, dos caciques, etc.

5.2 SITUANDO O CAMPO DA SAÚDE REPRODUTIVA

Para contextualizar a saúde-reprodutiva e direitos sexuais no Brasil, é necessário compreender as discussões que embasaram as conferências em âmbito mundial sobre população e desenvolvimento. Para Berquó (1998), as conferências que aconteceram em Roma (1954); em Belgrado (1965); em Bucarest (1974) e no México (1984), discursavam sobre o prisma da tricotomia: controle, natalidade e uma população concebida como elemento neutro para o desenvolvimento. Ou seja, os países que eram a favor da concepção, confrontavam-se com países que defendiam o controle da fecundidade.

A autora sintetiza as idéias debatidas em cada conferência: em Roma (1954), a reflexão se deu sobre o papel da população no desenvolvimento; em Belgrado (1965), o discurso era sobre o controle de doenças, devido às altas taxas de fecundidade, sendo expressa

a necessidade de métodos de planejamento familiar; em Bucarest (1974), o eixo temático foi o direito das mulheres no que se refere ao acesso igualitário à educação e participação na vida social, econômica, cultural e política, assim como a divisão das responsabilidades familiares entre os parceiros; e no México (1984), a reflexão se deu sobre o planejamento familiar, mas considerando os direitos humanos individuais, crenças religiosas e valores culturais.

Depois de dez anos da Conferência Internacional do México, foi realizada em 1994, no Cairo, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) que, segundo Berquó (1998, p. 26), “[...] é indicativa da superação das visões anteriores, ao articular de forma indissolúvel população e desenvolvimento”. Pois, antes os debates sobre população e desenvolvimento eram fragmentados, não fazendo parte de um mesmo processo.

Para Díaz e Galvão (1999), as discussões sobre saúde reprodutiva e direitos sexuais, no Brasil, fortaleceram-se com a luta do movimento feminista na década de 1960 e 1970, que é considerada o marco histórico de várias reivindicações feitas por mulheres que buscavam igualdade de oportunidades, tais como: direito ao trabalho, à educação, ao divórcio, direitos cívicos, direitos sexuais etc., tendo como parâmetro alguns direitos que eram associados somente aos homens.

Ainda segundo essas autoras, nas décadas de 1980/90, no Brasil, o movimento de mulheres também se engajou na luta contra a violência doméstica, que atualmente se amplia para considerar a violência intra-familiar, que se estende para além do núcleo central da família. Esses movimentos mostram que, no Brasil, vários segmentos estavam inseridos nos debates ocorridos em âmbito internacional, cujas reivindicações não caracterizavam disputa de poder, mas sim mudanças de atitudes e concepções de relações de gêneros. Neste caso, advoga-se que as maneiras de ser homem e ser mulher resultam de processos de construção social, que têm suas matrizes em relações de poder no campo político, econômico e sociocultural.

Ávila e Gouveia (1996) salientam que, no decorrer da década de 1970, as mulheres passaram a buscar o direito sobre o próprio corpo, em que as experiências, vivências e reflexões referentes à própria sexualidade e à reprodução são questionadas. As mulheres buscam autonomia e liberdade de escolha sobre assuntos que lhes dizem respeito, tais como direitos reprodutivos, que incluem: métodos contraceptivos, técnicas de concepção, planejamento familiar, informação sobre DSTs, aborto, acesso a exames preventivos, etc.

De acordo com essas autoras, esses direitos trazem uma liberdade de escolha no sentido de romper com a visão de “maternidade obrigatória”, com a lógica de que os direitos sexuais se reduzem à reprodução e à sexualidade e que os assuntos sobre saúde reprodutiva dizem respeito somente às mulheres. Reivindica-se, portanto, a participação do homem no campo da saúde reprodutiva, seja tomando decisões, seja assumindo responsabilidades daí decorrentes. Um outro aspecto relevante diz respeito à reivindicação de políticas públicas voltadas aos cuidados com a saúde reprodutiva dos homens, até então excluídos dos programas de saúde pública. Na verdade, antes da compreensão de saúde reprodutiva mais ampliada, as políticas públicas concentravam-se na saúde materno-infantil, excluindo também mulheres que estivessem fora da faixa etária de procriação.

Diante dessas articulações, diferentes movimentos de mulheres passaram a solicitar atendimento diferenciado à saúde da mulher, integrando, inclusive, o Movimento de Reforma Sanitária, conforme discutimos anteriormente, que lutava por um sistema público de saúde igualitário, pautado pela integralidade e universalidade da atenção à saúde. É em meio a esse cenário de luta que, na década de 1980, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), a Comissão Nacional de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana, do Ministério da Saúde, e o PAISM.

O PAISM é considerado a primeira tentativa de implantar a integralidade no cuidado com a saúde. A partir das conferências das Nações Unidas, na década de 1990, conceitos como “[...] gênero e saúde sexual e reprodutiva saíram da academia e dos movimentos feministas”, para integrarem agendas políticas locais e globais (ROSTAGNOL, 2001, p. 85).

Para Bilac e Rocha (1998), em decorrência da CIPD realizada no Cairo em 1994, o conceito de saúde reprodutiva passou a se referir a uma área de conhecimento que envolve os aspectos físicos, psicológicos e sociais, relacionados não somente à reprodução humana em si, mas também ao cuidado nas diferentes fases da vida de homens, mulheres, crianças e adolescentes. O documento do Cairo apresenta, em seu capítulo VII, a seguinte definição de saúde reprodutiva e direitos sexuais:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta

última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade cuja escolha não contrarie a lei, bem como ao direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e pelo parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde-reprodutiva, a assistência à saúde-reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais, e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. CAIRO, 1994 apud BILAC; ROCHA, 1998, p. 11).

Diante da definição acima, saúde reprodutiva envolve temas como: direitos reprodutivos; relações de gênero; ética e reprodução; sexualidade; planejamento familiar; métodos anticonceptivos (feminino e masculino) e métodos conceptivos (tratamento de infertilidade e reprodução humana assistida); maternidade; paternidade; saúde materna (gestação, parto e puerpério); saúde perinatal; morbimortalidade associada à reprodução; menopausa; DST/AIDS; aborto; abuso sexual, violência doméstica. Ou seja, busca-se contemplar aspectos do *continuum* saúde-doença de ambos os sexos, feminino e masculino, em todas as fases de desenvolvimento humano.

Seguindo a nossa lógica de ir articulando também os movimentos das populações indígenas, no próximo item, fazemos algumas considerações a esse respeito.

5.2.1 Saúde reprodutiva indígena: alguns apontamentos

Enquanto as mulheres não indígenas se organizavam por meio de movimentos para buscarem seus direitos na década de 1960 a 1990, as mulheres indígenas também lutavam por seus direitos. De acordo com a Fundação Nacional de Saúde (2004, p. 29), os direitos reivindicados pelas mulheres indígenas são:

Maior participação no conselho distrital de saúde; a contratação de mulheres como agentes indígenas de saúde (AIS); mais capacitação para as AIS; programa de atenção integral à saúde da mulher indígena; pré-natal, parto e puerpério nas comunidades; rastreamento de câncer cérvico-uterino e de mama; atividades educativas em saúde da mulher, articuladas com o movimento das mulheres indígenas; e valorização das parteiras.

Para Rodrigues (2006), médico sanitário e coordenador do Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo, o panorama do atendimento de saúde indígena no Brasil é muito desigual, o que dificulta muito o trabalho de prevenção e promoção de saúde, pois a FUNASA ainda não compreendeu que a saúde indígena é muito complexa devido à diversidade étnica dos povos indígenas do Brasil. Como exemplo, o autor pontua a diferença na atenção à saúde dos povos indígenas do Xingu que tem um modelo de saúde com 97% de cobertura e acesso, ao contrário dos indígenas Guaran de São Paulo, que estão vivendo em condições precárias.

O autor ressalta que no caso dos povos indígenas do Xingu, há uma dedicação por parte da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, que atua no parque há mais de 40 anos, e esse trabalho faz do Xingu uma exceção positiva em relação ao panorama da população indígena em geral. Em outras regiões do país, entretanto, Organizações Não Governamentais (ONGs) e associações indígenas ficam sem receber salários, sem ter pessoal capacitado, enfim, sem recursos físicos, financeiros e humanos. Portanto, para o autor, as ações de políticas públicas de saúde indígena ficam “correndo o tempo todo atrás das doenças”, enquanto as ações de prevenção de doenças e a promoção da saúde não são priorizadas.

De acordo com Athias (2004), o tema saúde reprodutiva é bastante vasto e abrangente e, como já discutimos, vem sendo trabalhado por movimentos feministas, pelo meio acadêmico e organismos oficiais da saúde. Todavia, quando se refere às populações indígenas, percebe-se a existência de uma literatura escassa. Para o autor, saúde reprodutiva e etnia ainda são áreas de conhecimento e de construção recente. Assim, no que se refere à saúde reprodutiva dos povos indígenas, o autor considera que as reflexões e discussões são ainda iniciais e representam um grande desafio.

Alinhando-se a estudos nesse campo, Langdon (2004, p. 212) reforça a argumentação acima, afirmando que:

[...] a discussão sobre a saúde reprodutiva na população indígena é ainda incipiente. A questão de etnicidade e direitos reprodutivos representa uma dupla discriminação: a desigualdade dos serviços de saúde entre grupos étnicos, e a falta de atenção adequada à saúde reprodutiva.

No entender de Coimbra Jr. e Garnelo (2004), as pesquisas com recorte étnico que

ênfatisam aspectos sócio-culturais, ambientais e biológicos da saúde reprodutiva da população indígena permanecem como uma grande lacuna. Para os autores, as poucas pesquisas epidemiológicas sobre saúde reprodutiva da mulher indígena, tendem a ser restritas, enfocando particularmente as infecções sexualmente transmissíveis ou câncer ginecológico.

Diante dessas lacunas e restrições, Coimbra Jr. e Garnelo (2004) se reportam às contribuições dos estudos de saúde reprodutiva debatidos na Conferência do Cairo, em 1994. Para os autores, esses estudos constituem um referencial teórico de fundamental importância, para que as políticas públicas em saúde reprodutiva e sexual possam planejar e programar ações para as comunidades indígenas.

Alertam, porém, ser necessário um cuidado especial ao aplicar esse referencial teórico às realidades indígenas, pois o conceito de saúde reprodutiva proposto no relatório da CIPD, realizada no Cairo em 1994, está estritamente relacionado com uma abordagem biomédica que se constituiu, majoritariamente, na cultura ocidental de povos brancos, em que se enfatiza a liberdade individual de escolhas, métodos anticonceptivos ou contraceptivos, técnicas e serviços de saúde, que não correspondem à realidade sociocultural dos povos indígenas. Para os autores, os princípios dos povos indígenas estão primeiramente associados aos direitos coletivos, ou seja, a “construção coletiva da pessoa”, as formas de representação da corporalidade, da sexualidade, das relações de gênero e da individualidade.

Inserida nesse debate, Conklin (2004) discute que as mulheres indígenas de vários países estão enfrentando dificuldades e problemas semelhantes, no que se refere aos assuntos ligados aos direitos reprodutivos, pois enfrentam uma dupla discriminação baseada no racismo e no sexismo. Essas discriminações, segundo a autora, estão se refletindo na prestação de serviços de saúde, pois “os médicos masculinos” demonstram preconceito e ignorância em relação a essas mulheres.

Para a autora, vários fatores contribuem para uma inadequada prestação de serviços na área da saúde reprodutiva, tais como: uma precária infra-estrutura; desconhecimento acerca da temática saúde reprodutiva indígena e a associação das imagens do índio como parte da natureza. Por exemplo: o mito de que o índio não sofre de câncer; que a índia não sente dor no parto natural; a idéia de liberdade sexual e até de promiscuidade da índia brasileira como parte da tradição nativa. Nesse particular, destaca o sentido dado ao estupro como uma prática regular tradicional. Diante desses sentidos estereotipados, o trabalho de ação preventiva e de

promoção fica difícil de ser realizado. Corremos os riscos de não oferecer às populações indígenas as mesmas informações, serviços e proteções oferecidos aos outros segmentos da sociedade. Em nosso entender, Conklin (2004) reflete sobre as especificidades culturais, mas alerta também para que não entremos na cilada do culturalismo, que inviabiliza o oferecimento de serviços e tecnologias em saúde.

A partir da análise das mudanças sócio-culturais, econômicas e ambientais que as sociedades indígenas estão vivenciando no Brasil, Coimbra Jr. e Garnelo (2004) relatam mudanças nos padrões de saúde desses povos, principalmente no que se refere à saúde reprodutiva indígena, identificando mudanças nos padrões de comportamento sexual e reprodutivo, tais como: relações frequentes entre homens e/ou mulheres indígenas com pessoas não-indígenas; a alta taxa de fecundidade dos povos indígenas, devido à valorização sociocultural de famílias numerosas, ao início da vida reprodutiva precoce, se comparada aos padrões ocidentais; abandono de esquemas tradicionais que promoviam o espaçamento das gestações; tendência à migração indígena para as cidades; falta de recursos humanos para prestar atendimento especializado nas áreas de saúde reprodutiva em geral, e mais especificamente à saúde da mulher; falta de infra-estrutura física; inexistência de estatísticas confiáveis sobre morbidade e mortalidade materna.

No que se refere aos esquemas tradicionais de espaçamento entre as gestações, os autores relatam que os intervalos entre os partos estão se tornando menores e comentam a diferença entre as Xavantes, cuja média de intervalos interpartais foi de 23,3 meses, enquanto as Yanomami apresentam uma média de intervalos interpartais de 2,3 anos, pela combinação do efeito da amamentação que é considerado supressor da ovulação, além da recomendação de não ter relação sexual ao longo do primeiro ano de vida da criança.

Para os autores, alguns dos problemas acima descrito, de alguma forma, resulta do desconhecimento acerca da saúde reprodutiva e saúde da mulher indígena, comprometendo o debate sobre essa temática, e limitando os planejamentos e ações preventivas nos serviços prestados, pois devido à diversidade étnica as pesquisas existentes inviabiliza generalizações de conhecimentos, tendo em vista o conhecimento situado. Ainda de acordo com os autores, os profissionais que trabalham com saúde indígena e os representantes dessa população defendem a necessidade de se estabelecer políticas públicas afirmativas, que favoreçam a equidade para aqueles que enfrentam dificuldades em ter acesso à rede de serviços de saúde.

Infelizmente, esse consenso não é compartilhado em algumas esferas políticas. Coimbra Jr. e Garnelo (2004) citam como exemplo prefeituras e secretarias de saúde que consideram desnecessárias, ou mesmo indesejável, garantir maior equidade de acesso dos povos indígenas aos serviços de saúde. Essa posição restringe os serviços de saúde prestados aos povos indígenas, aos órgãos destinados a atendê-los como a FUNAI e a FUNASA.

Com esse breve painel sobre a falta de compreensão da saúde reprodutiva indígena, fica evidente que esse é um campo de conhecimento ainda em aberto, mas que vem recebendo visibilidade em alguns debates e também por meio de algumas pesquisas. No próximo tópico, resumimos algumas pesquisas realizadas ou em andamento, na área da saúde reprodutiva indígena.

5.2.1.1 Saúde reprodutiva indígena: relatos de pesquisa

Taborda et al. (2000) realizaram um inquérito no Parque Indígena do Xingu, para atender aos pedidos da própria comunidade, devido à preocupação com o aumento de casos de DST's nas aldeias e o surgimento de dois casos de câncer do colo uterino. Foram examinadas 423 mulheres, observando-se que 84% apresentavam atipias celulares inflamatórias; 3% apresentavam anormalidades citológicas pré-malignas e 1% apresentava carcinoma invasor de colo uterino. Ou seja, nesse estudo foram identificados os seguintes agentes etiológicos: vaginose bacteriana, trichomonas vaginalis, chlaydia trachomalis, HPV, cândida albicans, flora mista e agente indeterminado.

Lima et al. (2001) realizaram um inquérito para traçar o perfil epidemiológico reprodutivo das mulheres Terena, do Estado do Mato Grosso do Sul. A pesquisa foi realizada com duas amostras: a primeira em 1995, contando com a participação de 330 mulheres voluntárias de dez aldeias Teréna, do município de Aquidauna-MS; a segunda foi realizada em 1997, com a participação de 40 mulheres, da aldeia Limão Verde do município de Anastácio-MS.

Na análise da primeira amostra de mulheres das dez aldeias Teréna, foram observados que: 80% referiram a situação matrimonial estável; 86% tiveram pelo menos uma gestação, com uma média de cinco gestações ao longo da vida; a idade média da primeira menstruação foi 12,3 anos; com relação à menopausa, 70% ocorreu antes da idade média apresentada pela

a população em geral, que oscila entre os 45 e 55 anos de idade; 4% utilizam métodos anticonceptivos hormonais; 19,4% referiram-se à anticoncepção cirúrgica e 77% não utilizam qualquer método.

Já na segunda amostra, de 40 mulheres da aldeia Limão Verde, os resultados mostraram que: a média do número de gestações é de 3,8; a média da primeira gestação fica em torno de 20,4 anos; a média da primeira menstruação foi de 12,1 anos; a duração média do aleitamento materno, ao longo da vida, foi de 84 meses; 40% referiram à anticoncepção cirúrgica; somente duas mulheres referiram ao uso de métodos contraceptivos hormonais. Ainda, segundo a pesquisa, não foram observados casos de câncer de mama em mulheres Teréna, que participaram do estudo.

Wiik (2001) realizou um estudo com a população Xokleng, do Estado de Santa Catarina-SC, Brasil, com o objetivo de compreender as representações que as pessoas tinham a respeito do corpo, da corporalidade e de processos corporais degenerativos. Segundo o autor, essa comunidade indígena foi a primeira etnia a contrair o vírus HIV-AIDS, no ano de 1988. Os Xokleng atribuíam as causas dessa doença à convivência com os brancos, com relatos sobre a ocorrência de relação sexual com funcionários do Serviço de Proteção ao Índio e com os colonos da região, que se aproximaram da comunidade por causa da barragem Norte e pela extração de madeiras. Um outro causador etiológico relatado foram os demônios (ou “diabo” que devoram o corpo – “o bicho da AIDS”).

Para essa comunidade, as explicações biomédicas ou a medicina ocidental são secundárias, predominando a interpretação etnomédico, que é o sistema autóctone que possuem. São dois os elementos da cosmologia Xókleng que compõem o universo etnomédico, e dizem respeito à origem de doenças, à morte e aos reveses: o *Kuplen*, que significa vida e vontade, e o *Ngayun*, que são seres de forma semi-humana ou “mostruosa”, que habitam o universo e causam acontecimentos ruins, reveses e “comportamentos humanos desviantes”.

Outra prática comum nessa comunidade é a prática curativa xamânica que tem como objetivo extrair o monstro do corpo do doente, por meio de rituais que contam com a participação de parentes, sucção, cantos e gestos ritualísticos. Eles também utilizam ervas, emplastros e massagens para reverter sintomas físicos. No que se refere à explicação da AIDS, os Xókleng acreditam que o “bicho da aids” faz com que as pessoas tenham vontade de

contaminar as outras, pois eles estão possuídos pelo *Ngayun* no corpo, e por isso eles têm atitudes consideradas “desviantes” quando se referem às relações sexuais ilícitas ou ingestão de substâncias desconhecidas. A partir desse conjunto de sentidos, a pessoa que possui o vírus recebe cuidados, mas sofre rechaço social.

Athias (2004) pesquisou sobre corpo, fertilidade e reprodução entre os Pankararu do Estado de Pernambuco-PE. Nesse estudo, observou que a escolha dos parceiros sexuais e namorados sofre forte influência dos pais na decisão, sendo que está também relacionada à posse de terras. Geralmente, a primeira experiência sexual acontece antes do casamento para a maioria das mulheres entrevistadas, entre os 14 e 18 anos. Em relação ao casamento, há existência de um ritual em que as mulheres no dia do casamento vão à bica (queda d'água) acompanhada do noivo para tomarem um banho antes do casamento.

No que se refere à fecundidade, a maioria das entrevistadas tem mais de oito filhos, sendo que para essa comunidade a fecundidade representa riqueza e, futuramente, esses filhos irão cuidar dos pais na velhice.

Quanto ao período menstrual, a primeira menstruação ocorre entre 11 e 15 anos e restrições alimentares são feitas neste período, por exemplo: se chupar manga, dá corrimento e aumenta o fluxo sanguíneo; comer certos tipos de peixe como curumatá, cari, surubim, dá coceira e cólica; a pinha diminui o fluxo sanguíneo, etc. Caso a mulher tenha cólica menstrual, chás de hortelã, marcela, aroeira, pimenta-do-reino são usados, assim como remédios comprados na farmácia. Para o corrimento e a coceira, é recomendado tomar banho com vinagre, algumas ervas e água. O sangue é visto como indicador de problemas: o sangue fino é considerado bom e o sangue grosso é considerado com possibilidades de problemas, podendo estar associado a doenças de pele, como coceiras localizadas no braço, ante-braço, virilha ou perna. Sendo assim, o sangue da menstruação é considerado como ruim, porque o sangue “vai para a cabeça” e quando “sai por baixo não presta mais” e também quando a mulher vai menstruar, o “útero e os ovários ficam inflamados” e quando elas estão menstruadas, não mantêm relações sexuais.

Sobre a gravidez, as mulheres Pankararu fazem também algumas restrições alimentares, tais como: não comem peru, buchada, peixe e tudo o que é proibido comer no período da menstruação exposto anteriormente. No período pós-parto, não podem lavar a cabeça durante 15 dias. Os cuidados com o recém-nascido têm um ritual especial: a mãe dá ao

bebê três gotinhas de aguardente para prevenir o tétano, ensinamento este que foi passado pela avó materna da criança; no cuidado com o umbigo, a mãe coloca “cuspe de fumo” para que possa secar e não crescer, assim como queimam o caroço de umbu e juntam com a poeira do canto da parede e aplicam no umbigo; até o primeiro mês de idade do bebê, o banho é dado com água morna para evitar que a criança pegue o mal-de-sete-dias. Em relação à amamentação, o desmame só acontece quando elas engravidam novamente; além do leite materno, a criança também é alimentada com o leite de cabra cozido.

Esses estudos revelam as diversidades socioculturais dos povos indígenas no Brasil, no tocante à saúde reprodutiva. Conforme salienta Conklin (2004), as culturas indígenas também sofrem mudanças e se desenvolvem como qualquer outra sociedade, pois nenhum segmento é estático. Entretanto, é importante não perder de vista a preservação de costumes, rituais e valorização da “medicina indígena”, que é preta de sentidos sobre saúde e doença construídos ao longo da história de cada povo.

“A melhor maneira de respeitar a cultura é facilitar a capacidade de cada pessoa indígena, tanto mulher como homem, de falar com sua própria voz e, acima de tudo, ser ouvida” (CONKLIN, 2004, p. 185).

6 PRODUÇÃO DE SENTIDOS: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA E DIALÓGICA

Para o desenvolvimento desta pesquisa, além da literatura sobre saúde reprodutiva e saúde indígena, conforme discutimos nos itens anteriores, apoiamos-nos na abordagem teórico-metodológica sobre práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano que, por sua vez, alinham-se aos pressupostos do construcionismo social, no que se refere à prática da pesquisa e à produção de conhecimento.

As temáticas que discutimos nos capítulos anteriores exemplificam alguns dos pressupostos do construcionismo social sobre a produção de conhecimento de um determinado fenômeno. Ou seja, quando afirmamos que os processos de compreensão do que seja saúde e doença é uma construção social dinâmica e situada, estamos chamando a atenção para o fato de que a maneira como explicamos e compreendemos o mundo resulta do processo de trocas de conhecimentos e das inter-relações entre pessoas, objetos, instituições, políticas públicas, etc., relações essas historicamente situadas.

Como afirma Ibáñez (1994), dizer que algo foi construído não significa negar a existência de um dado fenômeno, mas estar aberto a examinar certas convenções e os elementos aí implicados, entendendo-os como regras que históricas e socialmente situadas. Por exemplo, a problemática da exclusão de certos segmentos brasileiros do acesso aos serviços de saúde, como ocorre com a população indígena, é resultado de um processo político, econômico e ideológico de exploração, que tem raízes profundas em nosso país. É a partir dessa compreensão que Spink e Medrado (2004) afirmam que os sentidos são compreendidos como construções sociais e, portanto, produções coletivas, que são significadas e ressignificadas na dinâmica das relações sociais, historicamente datadas e localizadas. Isto é, produzir sentido refere-se a um fenômeno-sociolinguístico, em que a linguagem ocupa um lugar de destaque, para que essas práticas sociais sejam significadas no cotidiano.

Essa centralidade na linguagem em uso permite focalizar as maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos e como elas se posicionam nas relações sociais do cotidiano. Segundo Spink (2004), para compreendermos as práticas discursivas, precisamos conhecer os elementos que as constituem, tais como: a dinâmica que são os enunciados orientados por vozes; as formas de falar próprias e os conteúdos ou repertórios linguísticos.

O enunciado corresponde à exposição de idéias que, por exemplo, vai da pergunta de alguém até a finalização da fala de outra pessoa. Esse endereçamento constitui o que Spink

(2004) chama de interanimação dialógica. As formas de falar próprias são competências que adquirimos nos processos de socialização que é própria de cada cultura.

Os repertórios lingüísticos são termos ou conjunto de termos, descrições, conceitos, lugares-comuns e figuras de linguagem, que são produzidos em diferentes domínios de saber (ciência, arte, religião, filosofia, folclore, senso comum, etc.), que circulam e ficam disponíveis para que as pessoas, em suas inter-relações produzem os seus sentidos explicativos dos fenômenos à sua volta e sobre si mesma (POTTER; WHETHERELL, 1987 apud MENEGON, 2006). Ou seja, os repertórios circulam na sociedade de diversas formas e por isso produzimos sentidos o tempo todo. Quando desenvolvemos uma pesquisa, estamos produzindo sentidos.

De acordo com Menegon (2006), a abordagem sobre práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano é composta por três dimensões: a primeira dimensão é a histórica, compreendendo o tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto; a segunda dimensão refere-se à pessoa, enfatizando a dialogia das relações e a terceira dimensão refere-se à linguagem em seus aspectos performativos e suas condições de produção.

Para compreendermos essas três dimensões, faz-se necessário situar cada dimensão. Começamos pela dimensão histórica, que se articula em três tempos: o tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto, ou o tempo das interações do aqui e agora. Segundo Spink e Medrado (2004), o tempo longo refere-se ao domínio da construção social dos conteúdos culturais (religião, ciência, conhecimentos e tradições do senso comum ou saber leigo), que formam os discursos de uma dada época, mas que podem estar presentes na atualidade e serem ressignificados; o tempo vivido corresponde às experiências pessoais, à história de cada um, à família em que fomos criados, a escola que frequentamos, nossas relações sociais, enfim, o tempo vivido é o tempo dos processos de nossa socialização e de nossas memórias afetivas. E, finalmente, o tempo curto que é o tempo do “aqui e agora”, é o tempo da interanimação dialógica e da processualidade da produção de sentidos. É nessas trocas discursivas que ocorrem no tempo presente ou curto, que as pessoas entrelaçam conteúdos provenientes do tempo longo das produções culturais, históricas e sociais e do tempo vivido de cada um.

No que se refere à prática em pesquisa, nem sempre é possível percorrer as três dimensões históricas, entretanto, é importante marcar que a realidade pesquisada é fruto de um processo de construção social.

A segunda dimensão refere-se à pessoa, compreendida a partir da noção de relações sociais, pois é por meio dessas interações que as pessoas se constituem, produzem sentidos e se posicionam diante das situações do cotidiano. “É um processo de negociação, trocas simbólicas, num espaço de intersubjetividade” (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 55).

A terceira dimensão centra-se na linguagem, em que se ressalta a importância da linguagem em uso, que consiste em compreender a linguagem como prática social geradora de sentidos. Quando nos referimos à linguagem em uso não estamos presos aos sentidos de dicionário, mas sim ao sentido produzido em determinado contexto. Os sentidos são construídos a partir do confronto de inúmeras vozes. É por meio da interanimação dialógica que os “aspectos performáticos da linguagem” serão trabalhados, ou seja, quando a pessoa fala, em que condições, com que intenções, de que modo, bem como as condições de produção que correspondem aos contextos sócio-históricos.

Para Spink e Medrado (2004, p. 53), “A pesquisa sobre produção de sentido é um empreendimento sócio-histórico”, sendo necessária uma aproximação cultural e social onde o fenômeno se inscreve.

7 OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo desta pesquisa foi compreender os sentidos atribuídos a diferentes aspectos da saúde reprodutiva, na perspectiva de universitárias da etnia Guarani-Kaiowá, da Aldeia Amambai-MS.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Sistematizar repertórios lingüísticos utilizados para falar de temáticas inseridas no campo da saúde-reprodutiva, tais como: Risco e Prevenção em Saúde Reprodutiva; Planejamento Familiar; Paternidade e Maternidade; Drogas e Violência Doméstica.

Analisar os sentidos atribuídos à noção de risco e suas associações no campo da saúde reprodutiva.

Analisar, nas práticas discursivas das participantes das oficinas, como se fala de saúde reprodutiva na comunidade indígena e fora dela, tendo como material os relatos de situações do cotidiano.

Identificar incidentes críticos em situações vivenciadas na comunidade Guarani-Kaiowá.

8 PROPOSTA METODOLÓGICA

De acordo com Minayo (2004), a pesquisa é uma atividade da ciência, em que ocorrem indagações e construções de realidades, que são veiculadas por meio das construções teóricas e conceituais daí resultantes. Antes de o problema ser intelectual, ele é primeiramente um problema da vida prática. Conforme a autora, toda investigação se inicia por um problema que é vivenciado no cotidiano, ou por uma reflexão articulada a conhecimentos anteriores, mas que também podem fazer surgir novos referenciais. No que se refere à metodologia da pesquisa qualitativa:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004, p. 22).

Conforme a definição acima, a pesquisa qualitativa se propõe a compreender as relações humanas, que não podem ser quantificados em equações.

Para Spink e Menegon (2004, p. 65), “A pesquisa científica é uma prática reflexiva e crítica, mas também é uma prática social”. Nessa compreensão, o pesquisador e os participantes são co-autores e co-produtores do conhecimento, que resulta do processo de pesquisar uma dada problemática e/ou tema.

O delineamento metodológico desta pesquisa, como anunciamos anteriormente, apoiou-se na abordagem teórico-metodológica sobre práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano (SPINK, 2004), acatando pressupostos do construcionismo social em pesquisa. Para a coleta de dados, utilizamos oficinas temáticas, baseadas em metodologia desenvolvida por Spink (2003c). Já para a análise desse material discursivo, apoiamos-nos também nos autores que discutimos na fundamentação teórica sobre saúde, saúde reprodutiva e saúde indígena.

8.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Em agosto de 2006, entramos em contato com a direção da FIAMA, para marcarmos uma reunião e apresentar a pesquisa, com seus objetivos e procedimentos, e convidarmos as universitárias que pertencem à etnia Guarani-Kaiowá, que estudam nesta instituição, para que pudessemos ter uma primeira aproximação. A confirmação do convite para a pesquisa,

entretanto, foi formalizado apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da UCDB.

Na primeira reunião, compareceram nove alunas. Na ocasião, apresentamos os objetivos e procedimentos que seriam utilizados na pesquisa. Discutimos também o documento que define saúde-reprodutiva e os temas pertinentes a esse campo, que foi formulado na CIPD, realizado no Cairo em 1994, e que discutimos na fundamentação teórica.

Durante a reunião, as universitárias demonstraram interesse em discutir temas como planejamento familiar, DSTs, maternidade e paternidade. Consideramos essa preferência como um indicativo de temas a serem incluídos no planejamento das oficinas. Essa primeira reunião, portanto, como já mencionamos, teve como objetivo estabelecer um primeiro contato com o grupo e expor os objetivos, além de fazermos uma aproximação com temáticas de interesse dessas universitárias. Na ocasião, explicamos que o projeto seria submetido ao CEP, da UCDB e que começaríamos as oficinas somente após a aprovação do projeto.

Das nove alunas que compareceram à reunião, oito demonstraram interesse em participar da pesquisa. Apenas uma aluna não aceitou o convite por estar concluindo o curso e não freqüentaria a faculdade em 2007, ano em que foram realizadas as oficinas.

Ao iniciarmos a realização das oficinas em 2007, duas novas universitárias ingressaram na faculdade e aceitaram o convite para participar da pesquisa, o que totalizaria dez participantes, porém no decorrer do ano, uma universitária entrou de licença maternidade e a outra desistiu do curso. Portanto, a pesquisa contou com a participação de oito universitárias.

8.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no *campus* da FIAMA, onde estudam as participantes da pesquisa, as universitárias das etnias Guarani-Kaiowá, da Aldeia Amambaí-MS.

A Faculdade, fundada em 1998, é uma instituição de ensino particular, que está localizada no município de Amambaí-MS. Os cursos oferecidos pela instituição são: Ciências Contábeis, Administração de Empresas e Pedagogia.

“Amambaí” vem da palavra indígena *amambay*, nome de uma planta cuja altura é de

70 a 80 cm, de folhagem abundante e cresce em lugares úmidos. Os índios a usavam para cobrir seus ranchos. Em guarani a palavra tem o seguinte significado: *amã* = chuva; *mba* = fim de uma ação e *y* = água.

O município localiza-se ao sul do Mato Grosso do Sul, a 345 km de Campo Grande, limita-se com os municípios de Coronel Sapucaia, Tacuru, Aral Moreira, Laguna Caarapã, Caarapó, Juti e Iguatemi. Ocupa uma área de 4.258,78 km, com uma população estimada em 33 mil habitantes.

8.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

As participantes da pesquisa são universitárias, da FIAMA, na faixa etária entre 22 e 33 anos, pertencentes à etnia indígena Guarani-Kaiowá, da Aldeia Amambaí, que se localiza a 5 km da cidade de Amambaí-MS. No município de Amambaí, estão localizadas duas reservas indígenas Guarani-Kaiowá: a Aldeia Amambaí e a Aldeia Limão Verde. Segundo dados da FUNASA do pólo indígena de Amambaí, a Aldeia Amambaí tem aproximadamente 6.652 habitantes e a Limão Verde tem 1.125 habitantes.

Na trajetória histórica das etnias Guarani e Kaiowá, do Estado de Mato Grosso do Sul, em seus primórdios essas populações habitavam grande extensão territorial localizada ao sul de Mato Grosso do Sul, cujas terras eram cobertas por matas, córregos e rios que faziam parte do rico habitat natural desses povos. Porém, com o passar dos anos essa situação foi se transformando em decorrência de apropriação e exploração territorial por parte de colonos e migrantes de outras regiões do país.

De acordo com a cronologia apresentada por Casaro Nascimento, Brand e Agulera Urquiza (2006) sobre o contexto dos Kaiowá e Guarani no Mato Grosso do Sul, temos: em 1880, após a Guerra do Paraguai, as primeiras frentes não-indígenas adentraram pelos territórios Guarani e Kaiowá; em 1943 o Presidente da República, Getúlio Vargas criou a Colônia Agrícola Nacional de Dourados (CAND), para instalar colonos e migrantes de vários regiões do país, desconsiderando que as áreas territoriais cedidas pelo governo eram territórios indígenas; em 1950 há um aumento das instalações de empreendimentos agropecuários, o que acarretou no desmatamento de territórios indígenas; em 1970, com o plantio da soja e a mecanização das atividades agrícolas, as “aldéias refúgios” localizadas nos

fundos das fazendas, onde os indígenas resistiam e se protegiam, foram sendo invadidas: o que antes eram matas e capoeiras (biodiversidade), foi transformado em campos de plantação de soja (monocultura). Ou seja, as populações indígenas foram sendo confinados a espaços cada vez mais reduzidos.

Ainda de acordo com os autores, entre 1915 a 1928, o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), demarcou oito reservas indígenas para os Kaiowá e Guarani, com o intuito de confiná-los em pequenas extensões de terras, que na época perfaziam um total de 18.124 ha. Essas reservas indígenas foram estratégias de governo para liberar o restante de terras para os colonizadores. Atualmente as populações indígenas Guarani e Kaiowá, no Estado de Mato Grosso do Sul, apresentam uma população estimada em 37.317 pessoas, sendo que 19.638 desse total estão concentrados em três terras indígenas demarcadas pelo SPI: Dourados, Amambai e Caarapó, que juntas atingem 9.498 ha (FUNASA, 2005 apud CASARO NASCIMENTO; BRAND; AGULERA-URQUIZA, 2006).

Para os autores, essa situação de confinamento (perda territorial) da população indígena trás consequências marcantes para essas comunidades, tais como: convivência em espaços físicos pequenos, o que dificulta a mobilidade espacial e social; a superpopulação, que dificulta a organização socioeconômica e que, conseqüentemente, acaba enfraquecendo as relações sociais e de parentesco, entre outras mudanças de impacto negativo.

É esse cenário de expropriação, mas também de resistência e de lutas enfrentadas pela etnia Guarani-Kaiowá, do Estado de Mato Grosso do Sul, que compõe o tempo vivido das participantes desta pesquisa. As universitárias dessa etnia trazem as marcas do tempo longo de sua população, mas também dos contatos com outras culturas não indígenas que permeiam o seu tempo vivido, presentificado nesta pesquisa como universitárias de uma instituição particular de ensino.

8.3.1 Caracterização das participantes

No Quadro 1, apresentamos uma síntese com a característica sociodemográfica das participantes das cinco oficinas realizadas. A caracterização das participantes está descrita em cada oficina, já que houve variação no número (oito a cinco participantes por oficina). Os motivos dessa variação foram diversos, inicialmente dez universitárias aceitaram o convite,

porém, uma delas desistiu do curso e outra entrou de licença maternidade. Ficamos, portanto com oito participantes, cuja presença nas cinco oficinas variou.

QUADRO 1 - Caracterização dos participantes das oficinas

Oficina	Participante	Sexo	Idade (anos)	Estado civil	Escolaridade	Profissão
1	O1.P1	F	24	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
1	O1.P2	F	24	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora
1	O1.P3	F	25	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
1	O1.P4	F	23	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
1	O1.P5	F	33	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
1	O1.P6	F	22	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora
1	O1.P7	F	22	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
1	O1.P8	F	26	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora
2	O2.P1	F	24	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
2	O2.P2	F	33	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
2	O2.P3	F	22	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora
2	O2.P4	F	23	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
2	O2.P5	F	22	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
3	O3.P1	F	24	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
3	O3.P2	F	22	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora
3	O3.P3	F	22	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
3	O3.P4	F	23	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
3	O3.P5	F	24	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
4	O4.P1	F	24	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
4	O4.P2	F	24	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora
4	O4.P3	F	33	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
4	O4.P4	F	22	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora
4	O4.P5	F	26	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora
4	O4.P6	F	24	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
4	O4.P7	F	23	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
5	O5.P1	F	24	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
5	O5.P2	F	22	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora
5	O5.P3	F	22	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
5	O5.P4	F	23	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
5	O5.P5	F	24	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora

Todas as participantes são mães; professoras na escola da aldeia; três participantes são solteiras e cinco são casadas; as que são casadas os respectivos marido trabalham na usina de álcool no município de Naviraí, ficando até três meses fora de casa e as que são solteiras já foram casadas em um outro momento, porém o casamento não deu certo.

Além das informações contidas no quadro acima, entendemos ser importante ressaltar alguns aspectos complementares que foram relatados pelas participantes da pesquisa, tais como sua comunidade e suas expectativas de vida.

Com relação à comunidade, relatam que antigamente se mantinha contatos intermitentes com a sociedade não indígena, isto é, iam até a cidade para resolver algum problema pendente ou para fazer compras. As famílias a que pertencem são consideradas por elas como famílias extensas, pois as mães tiveram de 7 a 10 filhos; a forma de subsistência na aldeia era caracterizada pelo plantio de mandioca, milho, batata; atividades de caça e pesca; haviam rituais de danças, uso de remédios caseiros para diversas enfermidades, além de rezas. As pessoas responsáveis pela saúde eram as parteiras e os pajés. Relatam também sobre a realização de festas e sobre a construção de casas de sapé. Lembram saudosas dos rios de águas cristalinas e da vida na mata abundante.

Ao se reportarem ao tempo atual, discutem as mudanças ambientais, culturais, sociais, econômicas e políticas pelas quais a comunidade está passando, tais como: os rios que ficaram poluídos devido aos venenos utilizados pelos fazendeiros nas plantações de soja; a poluição da cidade que chega até a reserva por meio do rio, “sumindo” com os peixes; a terra está precisando ser cuidada porque não produz mais, pois se tornou muito arenosa. O resultado dessa situação é que, atualmente, a forma de garantir o alimento é por meio da cesta básica que as famílias recebem do governo.

As participantes falam também das plantas medicinais que praticamente desapareceram, pois os fazendeiros gradaram a terra, destruindo as plantas nativas e restando poucas espécies. Essa questão, segundo elas, remete também aos benzimentos, ensinamentos à realização de partos entre outros conhecimentos que as pessoas idosas detinham. Hoje, uma boa parcela dos idosos está usando álcool e não quer passar os conhecimentos, outros já faleceram e muitos jovens na comunidade já não respeitam mais a sabedoria deles, como ocorria antigamente.

Em síntese, se nos primórdios da comunidade os contatos com a comunidades não-

indígena era intermitente, atualmente, relatam que esses contatos tornaram-se cotínuos, envolvendo diversas situações: educação, saúde, justiça; meio ambiente, cultura, etc. Em decorrência desse contato muitas famílias enfrentam conflitos variados: drogas, em especial o alcoolismo, suicídio; violências; separações, desnutrição, problemas com lideranças, falta de expectativa de vida, falta de emprego, entre outros.

Para as participantes, essas situações vivenciadas por elas na comunidade causam sentimentos ambíguos: sentimento de impotência e/ou desejos de mudar essa realidade coletiva, e um dos caminhos encontrados por elas foi a educação escolar e o desejo de concluir o ensino superior. De acordo com Aguilera-Urquiza e Casaro Nascimento (2007), na população indígena Guarani-Kaiowá há uma aumento da demanda por ensino superior, depois que os cursos de magistério e ensino médio foram implementados nas aldeias. A partir da possibilidade de acesso ao ensino, as participantes desta pesquisa entendem que cursar o ensino superior é uma forma de fortalecer a luta pela melhoria da comunidade.

8.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA: OFICINAS TEMÁTICAS

Para a coleta de dados, realizamos, no total, cinco oficinas temáticas, cujos temas foram: risco e prevenção em saúde reprodutiva; planejamento familiar; maternidade e paternidade; drogas, risco e prevenção em saúde reprodutiva; e violência doméstica. que foram realizadas no período de 9 de abril a 1º de dezembro, sendo que quatro oficinas aconteceram nas dependências da FIAMA e a última, na casa de uma das participantes na Aldeia Amambaí-MS. Esse fechamento das oficinas na casa da participante foi em decorrência de convites feitos pelo grupo. Nesse momento, os sentidos atribuídos às oficinas temáticas foram de: troca de experiências, união, amizade, espaço para se discutir as problemáticas da comunidade, e vontade de todas buscarem os seus direitos.

As oficinas realizadas basearam-se na metodologia da “oficina sobre risco”, que foi desenvolvida por Spink (2003c). Segundo a autora, as oficinas temáticas são “um misto entre grupo focal e dinâmica de grupo”. Grupo focal, porque se refere à discussão de uma temática específica e; dinâmica de grupo porque os exercícios, previamente planejados, visam à sensibilização para o tema em discussão e a busca da diversidade de sentidos que são associados aos temas escolhidos. Como exemplo, apresentamos no Apêndice B, uma oficina temática sobre risco e prevenção em saúde reprodutiva, realizada como desencadeadora de

temáticas desenvolvidas para se discutir prevenção no campo da Saúde Reprodutiva. Apresentamos a seguir, de forma resumida, as atividades propostas nas cinco oficinas.

A Oficina 1, *Risco e prevenção em saúde reprodutiva*, foi estruturada em três atividades:

- a) a primeira atividade teve como objetivo a associação de repertórios ou idéias com a palavra Risco;
- b) a segunda atividade consistiu em memórias de situações de risco na vida em geral;
- c) a terceira atividade foi em torno da pergunta: *É possível prevenir riscos?*.

As oficinas *Planejamento familiar* (Oficina 2) e *Maternidade/Paternidade* (Oficina 3) foram estruturadas em duas atividades:

- a) a primeira atividade se referia às associações de idéias ou repertórios com as palavras Planejamento Familiar e Maternidade/Paternidade;
- b) a segunda atividade foi desenvolvida a partir de conversas sobre o planejamento familiar e maternidade/paternidade.

As oficinas *Drogas, Risco e Prevenção em Saúde Reprodutiva* (Oficina 4) e *Violência Doméstica* (Oficina 5) e foram estruturadas em três atividades:

- a) a primeira teve como objetivo as associações de idéias ou repertórios com as palavras Violência Doméstica e Drogas;
- b) a segunda atividade constou de relatos de situações envolvendo o uso de drogas lícitas e ilícitas e situações envolvendo violência doméstica;
- c) a terceira atividade foram discussões realizadas a partir das perguntas: *É possível prevenir o uso de drogas?* e *É possível prevenir a violência doméstica?*.

8.4.1 Síntese do contexto da oficina

Seguindo as recomendações da metodologia proposta por Spink (2003c), após a

explicação dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos envolvidos para a realização das oficinas, as universitárias eram convidadas a participar das oficinas temáticas referentes à saúde reprodutiva.

Como mencionamos anteriormente, as oficinas foram realizadas no *campus* da FIAMA, no período noturno, de acordo com a disposição de todas as alunas, isto é, foi respeitado o momento de aulas que poderiam comprometer o rendimento acadêmico. Assim, as oficinas eram realizadas ou no início ou no fim do bimestre.

Antes de iniciar as oficinas, as participantes eram convidadas a sentar em círculo para que todas as integrantes pudessem interagir durante a oficina. Após todas terem se acomodado em seus lugares, eram explicados os objetivos da oficina para sanar qualquer dúvida que pudesse ocorrer, bem como era enfatizado o uso do gravador para que pudessemos registrar as discussões. Sempre perguntávamos se alguém discordava desse procedimento e, em todas as oficinas não houve nenhuma contrariedade quanto ao uso do gravador.

Como o grupo foi o mesmo durante as cinco oficinas, elas assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A) na Oficina 1.

Ao término de cada oficina, era perguntado se todas estavam bem, se alguém estava muito mobilizada que precisasse conversar depois da oficina. Não houve caso de conversas individuais após o término das oficinas, mas houve mobilizações no decorrer da oficina que foram sanadas nas conversas e nas trocas de experiências e vivências.

8.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

O material analisado foi elaborado a partir das situações escritas em papeletas e nas gravações das discussões realizadas durante as oficinas, que foram transcritas e analisadas conforme estratégias de análise discursiva, fornecida pela abordagem de práticas discursivas e produção de sentidos (SPINK; LIMA, 2004). A própria metodologia da oficina utilizada fornece um roteiro para a sistematização da coleta e organização do material para análise. Material este que encontra-se na sua totalidade no Apêndice B, sistematizados por oficina temática. Esses procedimentos observaram os aspectos éticos em pesquisa, conforme discutimos no próximo tópico.

8.5.1 Passos da análise

Após a realização de cada oficina, as fitas gravadas foram ouvidas e transcritas na íntegra. A síntese analítica de cada oficina obedeceu à lógica metodológica das atividades, conforme explicitamos anteriormente na coleta de dados.

Para análise das oficinas sobre *Risco e Prevenção em Saúde Reprodutiva* (Oficina 1), *Drogas, risco e prevenção em saúde reprodutiva* (Oficina 4); e *Violência Doméstica* (Oficina 5), sistematizamos as associações de idéias com as palavras risco, drogas e violência doméstica. Para tanto utilizamos os formulários de registro sugeridos pela metodologia da oficina. O próximo passo foi agrupar os repertórios em sentidos-eixo.

O segundo passo, foi sintetizar e agrupar os relatos de situações que envolveram riscos, drogas e violência doméstica, que foram escritos em papeletas durante a realização da pesquisa. O último passo dessa sistematização foi a transcrição das conversas sobre os sentidos atribuídos à prevenção de risco, no campo da saúde reprodutiva, de drogas e de violência doméstica.

No caso da análise das oficinas *Planejamento familiar* (Oficina 2) e *Maternidade e Paternidade* (Oficina 3), a sistematização dos dados foram semelhantes às descritas acima, porém não houve agrupamentos de relatos de situações escritas em papeletas, pois agrupamos os repertórios em sentidos-eixo e transcrevemos as conversas sobre planejamento familiar e sobre o é ser pai e ser mãe na comunidade indígena e fora dela.

8.6 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento desta pesquisa foi autorizado pela direção da FIAMA (ANEXO A) e foi submetido à avaliação do CEP da UCDB (ANEXO B), conforme dispõe o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996), que no Brasil regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos. Na psicologia a Resolução n. 196/1996 é complementada pela Resolução n. 016, de 20 de dezembro de 2000, do Conselho Federal de Psicologia – CFP (BRASIL, 2000).

Conforme orientam Spink e Menegon (2004), os cuidados éticos com a pesquisa se dão por três aspectos: a) o uso do consentimento livre e esclarecido, que se refere ao acordo inicial entre pesquisador e participante, sendo imprescindível a clareza dos objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como os direitos e deveres dos envolvidos nela; b) a proteção do anonimato, que se refere à não revelação de informações que possibilitem a identificação dos participantes; e c) o resguardo do uso abusivo de poder na relação entre pesquisador e participantes, ou seja, busca-se o estabelecimento de uma relação de confiança em que é assegurado o direito do participante de não participar das discussões propostas, ou poder decidir sair da pesquisa em qualquer momento.

9 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como apresentamos anteriormente, esta dissertação buscou compreender os sentidos atribuídos a diferentes aspectos da saúde reprodutiva, na perspectiva de universitárias da etnia Guarani-Kaiowá, da Aldeia Amambaí-MS, visando contribuir para práticas de prevenção de doenças e da promoção da saúde.

Para tanto, realizamos cinco oficinas temáticas que, além de fornecerem rico material discursivo para nossa análise, funcionaram como espaço de sensibilização das participantes sobre os temas enfocados e sua importância no cuidado com a saúde.

Um dos resultados da primeira oficina realizada, *Risco e prevenção em saúde reprodutiva* (Oficina 1), foi desencadear temáticas, que, segundo as participantes, eram relevantes para discutir prevenção e promoção em saúde reprodutiva. Foi por meio dos sentidos associados à palavra risco, dos relatos sobre situações que consideravam como de risco e, finalmente, pela discussão em torno da pergunta “É possível prevenir riscos?”, que organizamos as cinco oficinas temáticas subsequentes, a saber: *Planejamento familiar* (Oficina 2), *Maternidade e Paternidade* (Oficina 3), *Drogas, risco e prevenção em saúde reprodutiva* (Oficina 4) e *Violência doméstica* (Oficina 5).

Para fins da apresentação de resultados das oficinas e sua discussão, apresentamos primeiro uma síntese da Oficina 1, para entendermos o contexto de emergência das temáticas escolhidas para as próximas oficinas. Na sequência, apresentamos as oficinas temáticas de maneira articulada.

Tendo em vista a inter-relação entre as temáticas discutidas, para apresentar os resultados e a discussão, articulamos as oficinas da seguinte maneira: Planejamento Familiar e Maternidade-Paternidade, e as oficinas sobre Drogas, Risco e Prevenção em Saúde Reprodutiva, e Violência Doméstica.

9.1 RISCO E PREVENÇÃO EM SAÚDE REPRODUTIVA

A Oficina 1 foi realizada no dia 9 de abril de 2007, contando com a participação de oito universitárias. O tempo previsto foi de duas horas e quinze minutos.

A síntese analítica desta oficina segue a ordem das atividades desenvolvidas durante a oficina: associação de idéias com a palavra risco; relatos de situações em que as pessoas se sentiram “em risco” e a discussão em torno da pergunta “É possível prevenir riscos?”.

9.1.1 Associações de idéias com a palavra Risco

A atividade de associação de repertórios lingüísticos permitiu-nos discutir os diferentes sentidos que foram atribuídos à palavra “risco” pelas participantes das oficinas. Essa atividade permite entender a linguagem utilizada por essas universitárias em seu dia-a-dia para falar de riscos em seus contextos relacionais.

Conforme mostra o Quadro 2, distribuimos os 57 repertórios associados à palavra Risco em nove sentidos-eixo, tomando como base classificação feita por Spink et al. (2007).

QUADRO 2 - Distribuição de repertórios associados à palavra Risco

Sentidos-eixo	Repertórios
Risco negativo	Sofrer, perder, medo, chorar, magoar, ofender, abandono, infelicidade, angústia, morte, barreira, destruição familiar, perigo, risco de vida, ensinar coisas erradas e confundir.
Risco positivo	Desafio, realização, sonho e coragem.
Risco como saúde e doença	Gravidez, doença, prevenir, DST's, AIDS e cuidado.
Práticas de risco	Drogas e alcoolismo.
Risco social	Violência, violência doméstica e abuso sexual.
Risco como perda de afeto	Amor, arrependimento, consequência.
Risco como acidente	Cair e acidente.
Risco como incerteza	Insegurança, destino, correr riscos de apanhar, arriscar alguma coisa como jogo e a arriscar a vida por alguém.
Outros	Susto, riscar alguma coisa, ver risco no chão e riscar a parede.

Esta lista de associações com risco, na perspectiva das universitárias Guarani-Kaiowá, em sua maioria, nos remetem ao sentido de risco como perigo e com valoração negativa.

Entretanto, mesmo sendo em menor número, houve associação de risco com conotação positiva

Ao nos reportarmos às três tradições discursivas (SPINK; MENEGON, 2005; MENEGON; SPINK, 2007), observamos que os sentidos associados a risco pelas universitárias da etnia Guarani-Koiowá, que participaram da oficina, é similar aos sentidos encontrados na população em geral. Ou seja, o sentido mais comum é de risco como perigo que, segundo as autoras, é uma tradição discursiva do senso comum que está mais presente nas nossas relações do cotidiano e não se refere à lógica de cálculo e probabilidade, sentido esse presente na segunda tradição discursiva de risco como probabilidade.

Esses sentidos de risco como perigo mostram que as universitárias utilizam a mesma linguagem social dos riscos utilizada pelas pessoas em geral da cultura brasileira e de forma mais ampla, da cultura ocidental. Dessa forma, ao se pensar em estratégias de prevenção de doenças e promoção de saúde, é importante entender que são esses os sentidos que o conceito de risco tem para essas universitárias e, muito provavelmente, para as pessoas de sua comunidade indígena que utilizam a língua portuguesa.

9.1.2 Situações de risco

Os relatos de situações que foram consideradas como de risco pelas participantes da oficina, referiam-se a assuntos como educação de filhos, saúde e doença, drogas e violência doméstica, que estavam sempre vinculados às relações familiares. Outros relatos envolveram o “sonho de terminar a faculdade”, mas também o medo de que isso não ocorresse, ou seja, são situações ligadas à atuação e capacitação profissional.

A seguir, obedecendo ao agrupamento acima, apresentamos uma síntese desses relatos classificados como situação de risco pelas participantes.

9.1.2.1 Atuação profissional/capacitação

O fato de as universitárias se referirem a situações envolvendo estudo e capacitação como sendo de risco traz tanto conotações de medo e incerteza, como também a idéia de

correr risco como algo positivo, que pode trazer felicidade, conforme exemplificam os relatos abaixo:

Risco de não chegar a ter faculdade e a pergunta de será que eu vou ser feliz? e será que a felicidade vai durar?. (O1.P4)

De não me acostumar na cidade para estudar, eu tinha medo de não me adaptar às colegas novas. (O1.P5)

Mesmo assim eu estou muito feliz porque hoje têm filho, já realizei os meus sonhos de terminar a faculdade. (O1.P2)

É interessante observarmos que os desejos e sonhos acima são semelhantes ao do movimento feminista em 1934, que reivindicava o direito ao acesso ao nível superior, ao exercício da docência e às condições dignas de trabalho, etc. Na verdade, esses são sonhos de todos os segmentos de nossa sociedade que não têm acesso aos bens e serviço, sendo a educação um desses bens. Esse tipo de exclusão atinge homens e mulheres, mas no caso das últimas, temos o agravante das relações de gênero que tornam a mulher mais vulnerável ainda.

Como veremos a seguir, a problemática de estar vulnerável fica muito evidente nos relatos de situações de risco relatados no contexto das relações familiares.

9.1.2.2 Relações familiares

Segundo Grubits, Darrault-Harris e Pedroso (2005), as mulheres indígenas Guarani-kaiowá, são valorizadas por serem guardiãs da cultura, dos conhecimento e da identidade Guarani-kaiowá. Essa afetividade e cuidado materno fica evidente na preocupação com a educação dos filhos, conforme mostram suas falas.

Tive medo de ser mãe e não souber educar. (O1.P1)

As vezes você planeja filho né, mas não sabe como vai educar aquela criança. (O1.P7)

Risco de dar uma educação ruim para a minha filha. (O1.P3)

Esses relatos falam do medo e da incerteza com relação à educação dos filhos. Apesar dos relatos nas papeletas, essa preocupação não teve destaque na discussão que ocorreu acerca

das diferentes situações de risco trazidas pelas participantes. As situações de risco que mais mobilizaram o grupo nessa oficina foram: gravidez, doença, drogas e violência doméstica, que se configuraram como riscos de danos muito presentes.

Entretanto, como veremos na síntese das próximas oficinas, a preocupação com a educação dos filhos, expressa com o sentido de medo e de incerteza, pode estar relacionada com aspectos do cotidiano vivenciado pelas universitárias Guarani-Kaiowá, tais como: a) a falta de tempo de que dispõem para ficarem próximas aos filhos (as), pois as participantes são professoras durante o dia e no período noturno vão à faculdade. Para elas, com isso, os filhos ficam “desprotegidos”; b) mudanças sociais, envolvendo relações de gênero, pelas quais a comunidade em que vivem está passando. Por exemplo, envolvimento com drogas, violência doméstica, separações matrimoniais e novos relacionamentos conjugais (os filhos e filhas são educados tanto pela figura materna como paterna); c) influência da educação de pessoas não-indígenas.

Todos esses fatores, além de outros que veremos mais adiante, têm impactos de diferentes graus na saúde reprodutiva das pessoas. Daí a importância de discutir políticas públicas em saúde reprodutiva indígena, para que projetos e programas sejam criados, visando atender a essas e outras necessidades de homens e mulheres indígenas, seja no âmbito da recuperação, da prevenção de doenças e da promoção de saúde.

O Quadro 3 nos dá um painel das situações de risco que mais mobilizaram o grupo na Oficina 1.

QUADRO 3 - Distribuição por assuntos dos relatos de situação de risco

Situações de risco	Relatos
Gravidez	<p><i>A minha gravidez [risos], eu não esperava que isso ia acontecer comigo né, mas apesar de gostar muito dele, só que eu não tava preparada para ser mãe ainda, porque eu achei que, sei lá, eu deveria ter amadurecido mais um pouco e ter dado um futuro melhor, para ele e agora que ele já tá né, tenho que dar o melhor para ele né. (O1.P6)</i></p> <p><i>Eu tive a minha criança com 20 anos né, só que eu não esperava que fosse ter ela de parto cesariana né, então isso me deixou preocupante né, porque eu esperava ter o parto normal. Hoje eu tenho três filhos e é isso: eu tive medo desse parto. (O1.P5)</i></p>
DST/Aids	<p><i>Risco de gravidez indesejada e DST. Desde criança eu sempre tenho medo de que uma das minhas irmãs engravida e não saber porque. DST tem muitos na Aldeia. Tenho medo de que elas peguem, mesmo que se cuidem, e, adolescente não sabe o que faz. (O1.P7)</i></p>
Doenças em geral	<p><i>Filho ficou doente, fiquei com medo que não melhorasse. (O1.P5)</i></p> <p><i>Risco de morte, por causa de uma doença. (O1.P4)</i></p> <p><i>Correr risco de ser violentada, pela própria família. Maltratar. (O1.P2)</i></p>
Violência doméstica	<p><i>Família sem planejamento e violência doméstica. Às vezes a mulher não fala para as autoridades. A justiça não ajuda, os policiais falam que não podem entrar na aldeia porque, tem que ser a Polícia Federal, a gente chega aqui a Polícia Civil não pode ir lá, eu acho que na cidade a gente tem que mudar isso também né. Pra mulher eu sei que tem a lei que fala dos direitos iguais, só que no município é difícil a gente ver alguém que faça esse papel. A gente vai denuncia, e o homem fala a gente não pode prender porque é índio. (O1.P1)</i></p>
Relações de gênero	<p><i>[...] nossos pais sempre ensinaram que a mulher tem que ser submissa ao homem né, que a mulher não pode falar nada que o homem fica bravo, não pode sair ali que o homem fica bravo, Hoje nós mulheres temos que lutar pelos direitos da gente, porque na aldeia a violência é muito grande também né, a mulher bate no homem também [risos] por não agüentar [...] está sendo uma violência com bebida também, está sendo uma tristeza muito grande. (O1.P1)</i></p> <p><i>[...] nós mulheres exige mais agora né, hoje as mulheres são assim né, antes né as mulheres aceitavam aquilo e agora não, nós que estamos hoje aqui somos professoras e estudantes. A gente não, não engole isso, não aceita aquilo sabe, se o homem chega e fala para a mulher tem que ser assim, a mulher já fala não, não é assim, é assim [risos]. (O1.P7)</i></p>
Drogas	<p><i>Risco de entrar no mundo da droga. Eu tenho medo que a minhas irmãs entrem no mundo da droga. Elas ainda são menor de idade, mas convivem com pessoas que é usuário. (O1.P7)</i></p> <p><i>[...] os idosos também né. Hoje a gente vê muitos idosos dentro da bebida [...] antes a gente valorizava muito eles né. Pelo menos quando eu era criança meus avós contavam muitas histórias pra gente né, muitas lendas. Hoje a gente vê muitos idosos se perdendo na bebida também. (O1.P1)</i></p> <p><i>[...] hoje a gente vê os adolescentes, os alunos nas escolas usando drogas, levando faca, a gente tá vendo que muitos que tá dentro e deveria agir contra isso e podia dar pelo menos uma liderança para os professores né. Não agredir os alunos né, isso é muita consequência muito grande. (O1.P1)</i></p>

A síntese das situações de risco relatadas mostra que as mulheres indígenas, cujas especificidades advêm das universitárias Guarani-Kaiowá, convivem com problemas cotidianos que estão incluídos na agenda política da saúde reprodutiva, conforme discutimos na fundamentação teórica, que devem ter o respaldo de diferentes políticas públicas: da saúde, da assistência social, da justiça, da área econômica e política, para ficarmos com os setores mais centrais dos ordenamentos sociais.

Fica claro, também, que as necessidades de cuidado com a saúde e, neste caso mais específico, da saúde reprodutiva envolvem uma compreensão biopsicossocial dos processos de saúde e doença.

As situações descritas pelas participantes nos remetem às críticas de Coimbra Jr. e Santos (2000, p. 129), quando denunciam que “[...] a saúde indígena é precária, colocando-a em uma posição de desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade”. Complementam que essas desvantagens se refletem em situações de marginalização, exclusão, discriminação, má qualidade de vida e dificuldades de acesso aos serviços em geral, posicionando-os como uma população em vulnerabilidade social. Segundo definição das Diretrizes Éticas Internacionais em Pesquisa,

[...] pessoas vulneráveis são pessoas relativa ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses. De modo mais formal, podem ter poder, inteligência, educação, recursos e forças insuficientes ou outros atributos necessários à proteção de seus interesses (ARÁN; PEIXOTO Jr., 2007, p. 850).

A vulnerabilidade expressa uma capacidade ou liberdade limitada por fatores variados: biológicos, sociais, institucionais, etc. Nesse caso, essa vulnerabilidade se aplica a um grupo étnico, que é minoritário em termos do exercício de poder.

Ao nos reportarmos aos princípios básicos do SUS, o discurso oficial diz que a saúde é um direito de todos (as) cidadãos (ãs) brasileiros (as), caracterizando-se pela universalidade, gratuidade, equidade e integralidade. Como afirmam Mattos (2001) e Cecílio (2001), o caminho da integralidade em saúde visa amenizar essas desigualdades de acesso aos serviços de saúde. Para tanto, todas as pessoas que trabalham na saúde, bem como os usuários, precisam dialogar e trabalhar em rede, para que as dificuldades e relações de poder discriminatórias sejam problematizadas e reduzidas. Isso significa que as portas de entrada dos serviços de saúde (e setores afins) não sejam hierarquizados, mas ao contrário, que

atendam às necessidades de saúde das pessoas, lembrando o conceito ampliado de saúde. Isso nos faz pensar sobre as políticas públicas direcionadas às populações indígenas que restringem o seu acesso aos serviços de saúde à mediação de órgãos como a FUNAI ou FUNASA, considerados responsáveis pelo cuidado da saúde das populações indígenas.

De acordo com Coimbra Jr. e Santos (2000), pertencer a uma dada raça/etnia pode, por si, limitar as possibilidades de mobilidade social, restringindo o acesso aos serviços de saúde, educação, moradia, saneamento etc. Essas situações de desigualdades sociais, portanto, podem desencadear processos de adoecimentos variados.

Outro importante aspecto a ser contemplado por políticas públicas de saúde e apoio social às populações indígenas são as relações de gênero. Nos relatos apresentados pelas universitárias indígenas, existem diferenças significativas entre homens e mulheres indígenas no que se refere ao poder de decisão na esfera da saúde reprodutiva. Por exemplo, a decisão do número de filhos ou quando a mulher tem que parar de tê-los cabe ao homem. Dessa forma, o uso do anticoncepcional também remete às relações de gênero.

As problemáticas creditadas às relações de gênero estão diretamente relacionadas às mudanças sociais, culturais e psicológicas que as comunidades indígenas, como um todo, estão enfrentando. Com o processo de inserção, o desenvolvimento social, econômico e político acarretado pelos contatos com outras culturas que não as indígenas, trazem como conseqüências mudanças, no atual contexto, que parecem ser mais negativas. Por exemplo, a desvalorização da pessoa idosa perante os jovens da comunidade; antes os idosos eram respeitados por passarem conhecimento, experiência e sabedoria para os adultos, jovens e crianças. Hoje, conforme relatos, essa relação está sendo restringida em decorrência das drogas, em especial do álcool, que se fazem presentes na comunidade indígena.

Como veremos nas análises das próximas oficinas, observamos que há dificuldades em lidar com essas transformações. Em todas as oficinas realizadas, surgiram comparações entre as diferenças com as gerações do tempo longo da cultura indígena, expresso pelo “antes era assim”, e o tempo presente, expresso pelo “hoje ou agora” não é mais assim. As universitárias participantes desta pesquisa sentem que perderam algo, como por exemplo: danças, remédios caseiros, benzedeiras, parteiras, pajé, casas de sapê, roças, etc.

Enfim, o quadro síntese que apresentamos nos aponta que são notórias as reivindicações de políticas públicas especiais que atendam problemáticas mais tradicionais do

campo da saúde reprodutiva (gravidez, parto), problemas estes que acabam interferindo negativamente como o uso de drogas (lícitas ou ilícitas) e a violência intra-familiar (no caso de estupro e outras agressões físicas e psicológicas). A síntese mostra, portanto, que problemas da saúde reprodutiva ainda não são prioridades nas agendas de políticas públicas da saúde indígena. Como mostra a última atividade dessa primeira oficina, saúde reprodutiva, prevenção e promoção da saúde são campos indissociáveis.

9.1.2.3 É possível prevenir riscos?

Essa atividade teve como objetivo compreender os sentidos da prevenção por meio das discussões sobre prevenção de riscos. As participantes refletiram sobre os riscos que valem a pena correr e sobre os riscos que devem ser prevenidos.

Para as universitárias da etnia Guarani-Kaiowá, os riscos que valem a pena correr são aqueles que envolvem: a busca de ser feliz; lutar para realizar o sonho, para ter alguma coisa na vida e arriscar-se para fazer as coisas acontecerem.

Os riscos que devem ser prevenidos, na perspectivas das participantes foram: gravidez não planejada; aborto; DSTs, principalmente a AIDS; violência doméstica (com ênfase no abuso sexual); e obesidade.

Diante das situações discutidas durante a oficina, as estratégias para prevenção enfatizaram verbos de ação, tais como: cuidar; pensar nas conseqüências; pedir conselhos a pessoas mais velhas; pedir ajuda e buscar apoio. Esses sentidos reforçam a necessidade de projetos ou programas de saúde que sensibilizem e auxiliem a comunidade indígena Guarani-Kaiowá da Aldeia Amambaí-MS a lutar por políticas públicas também voltadas à saúde reprodutiva. O relato de uma das participantes é emblemático dessa problemática:

Eu como futuras professoras eu vejo na minha comunidade dentro da aldeia, tem essa situação para resolver sobre drogas, alcoolismo, estupro, saúde para evitar esse acontecimento. (O1.P1)

Na síntese analítica das quatro oficinas temáticas, esse debate ficará mais detalhado.

9.2 O ASSUNTO É PLANEJAMENTO FAMILIAR, MATERNIDADE E PATERNIDADE

A Oficina 2, *Planejamento familiar*, realizada em 14 de junho de 2007, foi a segunda oficina com as universitárias da etnia Guarani-Kaiowá, contando com a participação de cinco universitárias. A terceira, realizada em 24 de outubro de 2007, foi a Oficina 3, *Maternidade e Paternidade*, que também contou com a participação de cinco universitárias.

Apresentamos a análise dessas duas oficinas de forma articulada, por tratarem de assuntos que fazem parte do mesmo continuum em saúde reprodutiva. As duas oficinas seguiram os mesmos procedimentos, isto é, foram divididas em duas atividades: a primeira teve como objetivo a associação de repertórios com as palavras: Planejamento Familiar, Maternidade e Paternidade; e a segunda atividade consistiu em uma roda de conversa sobre o que é ser pai e o que é ser mãe dentro e fora da comunidade indígena.

9.2.1 Associações de idéias: planejamento familiar, paternidade e maternidade

Seguindo a lógica de nossa análise, primeiro apresentamos os repertórios lingüísticos que foram associados com as palavras planejamento familiar e, em seguida, as associações com as palavras paternidade e maternidade (QUADRO 4).

QUADRO 4 - Distribuição de repertórios associados à palavra Planejamento Familiar

Sentidos-eixo	Repertórios associados (associações=35)
<i>Planejamento familiar como:</i>	
Organização	Planejar, discutir, organização, cuidado, responsabilidade, união, compreensão, planejar quantos filhos o casal quer ter, cuidado com os filhos, perguntas, dever, gravidez planejada, conversar sobre.
Afeto	Respeito, carinho, amor, afeto, esperança e felicidade, cuidado, compreensão.
Dificuldade	Dificuldade, abandono, despesa e desestruturação familiar.

Como mostra a distribuição acima, agregamos os repertórios associados com planejamento familiar a três sentidos-eixo: repertórios com a conotação de organização, de afeto e que trazem o sentido de algo difícil de lidar.

Dessa forma, a partir dessas associações com planejamento familiar, observamos que, na perspectiva das universitárias da etnia Guarani-Kaiowá, além de conversar sobre questões relacionadas aos filhos, planejar é significado como algo que envolve sentimentos e afetos. Ou seja, o planejamento familiar não se refere apenas ao fato de ter ou não ter filhos, mas pensar sobre a educação futura, a relação conjugal e outros aspectos implicados na constituição de uma família.

Esses sentidos atribuídos ao planejamento familiar pelas universitárias indígenas se assemelham aos direitos reivindicados pelos grupos de mulheres na década de 1970, no tocante à participação do homem nas discussões de saúde reprodutiva e direitos sexuais, pois esse diálogo entre homens e mulheres permite uma relação de igualdade entre os pares, tendo em vista que são assuntos pertinentes a homens e mulheres e não exclusividade do sexo feminino (ÁVILA; GOUVEIA, 1996).

O Quadro 5 mostra a distribuição das associações feitas pelas universitárias, observando os seguintes agrupamentos: Maternidade e Paternidade, sendo que essas temáticas foram direcionadas em três sentidos eixo: afeto, educação e algo negativo.

QUADRO 5 - Distribuição de repertórios associados às palavras Maternidade e Paternidade

Sentidos-eixo	Repertórios associados
Maternidade (associações=53)	Amor, felicidade, alegria, carinho, respeito, desejos, responsabilidade, educação, ajuda, ouve, conversa, ensina, prepara, consoladora, atenção, cuida e educa na higiene, cuidar, sonhos, anima, sempre quer o melhor para o filho, mãe, amiga, a mãe é tudo, a mãe é pai, coragem, força, vontade, vitória, paz, angústia e ansiedade.
Paternidade (associações=33)	Pai não é só aquele que faz, mas é aquele que cuida, carinho, respeito, afeto, amor, felicidade, desejos, educação, cuidado, responsabilidade, organização da família, responsabilidade pelos sonhos de seus filhos, sonhos, pai, atenção, desespero e ansiedade.
<i>Maternidade e Paternidade como:</i>	
Afeto	Carinho, afeto, amor, respeito, felicidade, alegria e desejos, cuidado.
Educação	Educação, atenção, responsabilidade, organização da família, responsabilidade pelos sonhos de seus filhos, pai, mãe, anima, ajuda, ouve, conversa, ensina, prepara, consoladora, cuidar e educar na higiene.
Algo negativo	Desespero, ansiedade e angústia.

O quadro acima mostra que há maior familiaridade com a noção maternidade, que se reflete em um conjunto de repertórios mais amplo para se referir a essa função. Logicamente isso pode ter ocorrido por se tratar de uma oficina formada apenas por mulheres. Apesar dessa diferença, muitas palavras foram comuns, assim os repertórios lingüísticos para falar de Paternidade e Maternidade foram divididos em três categorias.

Os sentidos atribuídos à noção de paternidade e maternidade, na perspectiva das universitárias indígenas Guarani-Kaiowá, mostram valores desiguais no desempenho de papéis entre o que é ser pai e o que é ser mãe na comunidade, apesar de ser relatado que os dois têm papéis importantes na educação dos filhos e devem ser valorizados de forma igualitária. Porém, o que se observa no cotidiano dessa comunidade, são diferenças nesse desempenho de papéis. Diferenças que fazem parte da cultura e das relações de gênero, e que trazem dificuldades nas relações conjugais, relações familiares, questões econômicas, políticas e sociais da comunidade indígena. As associações de repertórios nos apontam alguns

sentidos, entretanto, é importante contextualizá-los nas situações vividas, conforme mostram as conversas sobre o que é ser pai e ser mãe, que sintetizamos a seguir.

9.2.2 Conversando sobre planejamento, sobre ser pai e ser mãe

Nas duas oficinas (planejamento familiar e maternidade-paternidade), a segunda atividade foi desenvolvida como uma roda de conversa, cujo objetivo era falar livremente sobre o tema proposto.

9.2.2.1 O assunto é planejamento familiar

Segundo as universitárias indígenas da etnia Guarani-Kaiowá, da Aldeia Amambaí-MS, o Planejamento Familiar é um assunto novo na aldeia, pois antes essa temática não era discutida na comunidade e, ainda hoje, as participantes relatam dificuldades para tratar desse tema na comunidade.

Relatam que antigamente as mulheres tinham muitos filhos por várias razões: porque o marido gostava e pedia para ter mais filhos, por não saber se prevenir, por não conversar com o marido a respeito de ter mais ou ter menos filhos, entre outras razões, como mostram essas falas das universitárias indígenas.

Se dependesse dos homens, eu vejo assim, antigamente pode até ser mais mesmo, não tá nem aí pra mulher mesmo, eu vejo assim. Quando eles não quisessem ter mais filhos com a mulher principal, eles iam engravidar as outras, isso era quando eu me cuidava pra não ter mais filho e tomava remédio caseiro, pra ele isso era parece uma potencia ter filhos. Hoje eu vejo assim os parentes do meu pai né, os homens né machistas mesmo porque a mulher tem que ter filhos, só assim ela é mulher, se a mulher não quiser ter filhos, ou querer se exhibir, se arrumar, sair, já pensa ou vai abandonar eles ou vai achar outro. E agora a gente conversa com as mulheres antigas e elas falam eu tive o meu filho não porque eu quis, eu não sabia evitar, não sabia isso, não tinha remédio caseiro que não funcionasse no corpo dela, ou ela não sabia também. Hoje já mudou bastante né, até tem palestras pro índios também, tens uns que já falam: não tem que se cuidar, porque ter um filho é muito difícil né.

[...] eu vivenciei muito as mães falando você não tem nada para dar pro meus filhos? As vezes a mãe brigando com o marido, falando o que vai ser dos meus filhos se eu largar dele? quem vai sustentar eles? E elas falam pra

gente eu quero evitar ter filhos; eles falam pra gente né, e como eu vou fazer se as vezes o meu marido não concorda né?, ele só quer que eu tenha filho e a gente não conversa também!. (O2.P1)

Esses relatos demonstram as dificuldades em dialogar com os companheiros, seja para falar sobre métodos anticoncepcionais, seja para tomar a decisão de querer ter filhos ou não. Essas dificuldades mostram relações assimétricas de poder, em que a mulher ocupa uma posição inferior em relação ao homem índio.

Essas dificuldades de tomada de decisão quanto à utilização de métodos anticoncepcionais ou planejamento familiar foram demonstradas nos estudos de Heilborn (2003), para quem o tema das relações de gênero e as formas de expressar e vivenciar a sexualidade passou a ser importantes no cuidado com a saúde, devido às diferenças entre homens e mulheres no que se refere ao acesso à saúde, ao cuidado com o corpo, à vida sexual e à esfera reprodutiva. Nos relatos acima, observamos que os homens decidiam sobre questões de saúde reprodutiva. Essa problemática é um dado importante para se programar ações de saúde reprodutiva que incluam a participação dos homens indígenas junto com a mulher, para possibilitar a ressignificação de relações de gênero, que são pautadas por poderes assimétricos.

Os processos de construção social sobre o que é ser mulher e o que é ser homem na comunidade definem os papéis que cada um vai desempenhar. E, conseqüentemente, essas diferenças influenciam no cuidado com a saúde, na vida sexual e na esfera reprodutiva. Todavia, conforme Grubits, Darrault-Harris e Pedroso (2005), essa construção não é finalizada e acabada. E segundo as universitárias indígenas, a relação de gênero na aldeia Amambai-MS também está passando por transformações.

Apesar das dificuldades em promover essas mudanças nas relações, as universitárias colocam essa questão como uma bandeira de luta, como demonstra esses trechos da conversa:

Eu vejo assim que as mulheres na aldeia não planejam a gravidez; vem uma, vem outra, é tudo pequenininho, muita criança e não consegue cuidar. Eu vejo assim que quando eles vão na cidade, vai as crianças tudo pequenininho, pé descalço, a mãe com coisa em cima da cabeça e nos braços e outro na barriga (risos geral) é muito triste, eu fico até deprimida quando eu volto pra cá. (O2.P3)

Eu vejo assim, que o planejamento familiar na aldeia realmente é ter menos filho mesmo, a gente já pensa mais nos gastos né que vai ter, porque antes a

comunidade, a gente vê que tinha bastante filhos, e eu vejo assim que hoje realmente é ter menos filhos, a minha mãe mesmo fala que teve bastante filho, até a mulher começa a ter mais força para não ter bastante filhos, que antes elas tinha até dezesseis filhos assim, não sentia dor, não sentia nada, era forte a mulher, hoje não, em casa a gente já sente a diferença da família do antes e do agora né. (O2.P1)

Essas falas mostram o esforço que as universitárias fazem para ressignificar os modos de ser da mulher indígena, com relação ao tempo longo das tradições de sua comunidade. A convivência entre sentidos antigos e novos, nessa última fala, traz a ambivalência em que situa como um problema ter muitos filhos; mas, ao mesmo tempo, recupera o sentido de que a mulher indígena de antes era mais forte. Ou seja, o esforço de dar sentido, como discute Spink (2004), pressupõe o inter-jogo entre o tempo longo da comunidade e o tempo vivido das universitárias, que se presentificam nessa roda de conversa sobre planejamento familiar. Fala-se do passado, mas reconhecem que as relações familiares agora são outras.

A mudança em relação à estrutura familiar, o número de membros que compõem a família, a relação conjugal, podemos dizer que se deram a partir das transformações econômicas, sociais, ambientais e culturais que essa comunidade está passando. Em decorrência disso, a população indígena Guarani-Kaiowá da Aldeia Amambaí-MS passou a incluir na comunidade discussões sobre planejamento familiar, como forma de prevenção, pois são muitas as dificuldades vivenciadas nessa aldeia.

O posicionamento de alguns profissionais que atuam junto às comunidades, no que se refere à saúde reprodutiva, principalmente sobre planejamento familiar, foi bastante discutido e as universitárias criticaram determinadas ações e discursos. A próxima fala critica o posicionamento de discriminação do médico:

Eu mesmo, não é porque eu não quero ter mais criança ou porque é muita despesa, é que eu fui traumatizada também [risos] sei lá eu tenho medo do parto sabe, porque dói, o doutor falou assim daqui uns anos você vai ter mais um né, aí eu falei pra ele assim, eu não, ele falou, não a mulher tem que ter três filhos para pagar o pecado porque quem fez o pecado foi a mulher, aí eu falei oh não fala mais isso pra mim não [risos] que eu não tenho não, que com essa daí eu já paguei todos os meus pecados, Deus me livre tudo de novo. (O2.P5)

Como discutimos na fundamentação teórica, Conklin (2004) afirma que as mulheres indígenas de vários países estão enfrentando dificuldades e problemas semelhantes ao relatado

acima. Para a autora, em assuntos de direitos reprodutivos, essas mulheres enfrentam uma dupla discriminação: racismo e sexismo. Essas discriminações, segundo a autora, estão se refletindo na prestação de serviços de saúde, pois “os médicos masculinos” demonstram preconceito e ignorância em relação à mulheres indígenas.

Assim, vários fatores contribuem para uma inadequada prestação de serviços na área da saúde reprodutiva tais como: uma precária infra-estrutura; desconhecimento acerca da temática saúde reprodutiva indígena e a associação das imagens do índio como parte da natureza.

Logicamente, as ações em saúde direcionadas à população indígena estão longe de corresponder ao sentido da integralidade em saúde proposta por Mattos (2001), pois os serviços prestados pelos profissionais de saúde têm como papel compreender as necessidades das pessoas que buscam pelo serviço.

Um outro ponto relevante é a controvérsia sobre o planejamento familiar nas comunidades indígenas, por parte de profissionais que atuam em órgãos públicos, como denunciam as falas abaixo:

Olha que o pessoal da FUNASA tão ajudando a prevenir, só que a doutora falou assim pra mim que o antropólogo parece que tava incentivando a instituição indígena né, por isso que eu falo, por um lado os antropólogos são bons e por outro são péssimos pra gente. (O2.P5)

Eles levam mais pra questão que o índio vai acabar, só que quando eu participei num encontro de mulheres indígenas, muitas falam em planejamento familiar, daí as mulheres que tavam lá falaram que eles podem vir até com documentos, mas quem vai saber mesmo se quer ter filhos é a mulher; quem vai realmente lutar que elas realmente quer ter espaços também para as mulheres indígenas é as mulheres. Eu falo assim se elas não se organizarem e verem o que realmente elas querem vai continuar assim antropólogos dizendo para continuar tendo filhos, mas não é eles que tão sofrendo as conseqüências, aí a gente vê mais e mais a gente tendo filhos e onde a gente vai colocar o futuro deles também?, a criança com oito anos se drogando, não tem um espaço adequado pra mãe levar eles para esquecer, não tem esse espaço. (O2.P1)

Este último posicionamento mostra que as mulheres indígenas estão inseridas no debate de direitos reprodutivos e, de alguma forma, podemos relacionar o estágio de suas reivindicações ao que as mulheres militantes dos movimentos de mulheres pediam na década de 1970. Como Ávila e Gouveia (1996) relatam, no decorrer da década de 1970, as mulheres

passaram a buscar o direito sobre o próprio corpo e decisão sobre sua própria sexualidade e à reprodução. Ou seja, as mulheres buscavam autonomia e liberdade de escolhas sobre assuntos que lhes dizem respeito, tais como direitos reprodutivos, que incluem: métodos contraceptivos, técnicas de concepção, planejamento familiar, informação sobre DSTs, aborto, acesso a exames preventivos, reivindicações contempladas no documento do Cairo de 1994 (BILAC; ROCHA, 1998).

Ao contrário do posicionamento de alguns profissionais, as universitárias também relataram sobre ações que se pautam pela integralidade em saúde. Essas pessoas prestam serviços com atenção diferenciada, respeitando a cultura e a voz de cada mulher e homem indígena, como é o caso da enfermeira e professores que conversam sobre saúde e doença na comunidade.

Quando eu trabalhava como agente de saúde, as enfermeiras da FUNASA elas falavam pra evitar ter filhos, pra usar anticoncepcionais; conversar com o marido também sobre isso e hoje nas escolas os professores dão palestras nas escolas sobre isso. (O2.P1)

Essa atuação entre professores, enfermeiras, comunidade indígena, corresponde ao enfoque transdisciplinar, permitindo um entrelaçamento entre diversas vozes e saberes e atendendo as necessidades da aldeia, conforme preconiza os princípios do SUS, no que se refere à integralidade em saúde.

Entendemos que, apesar de esforços ainda isolados, como afirma Langdon (2004, p. 212), o debate e atenção à saúde reprodutiva na população indígena ainda é muito inicial e de difícil avanço devido “[...] à desigualdade dos serviços de saúde entre grupos étnicos, e a falta de atenção adequada à saúde reprodutiva”.

Por outro lado, é importante lembrar outras implicações que dificultam a atenção integral. Coimbra Jr. e Garnelo (2004), por exemplo, ressaltam as contribuições dos estudos de saúde reprodutiva debatidos na Conferência do Cairo em 1994 e sua importância para a formulação de políticas públicas para as comunidades indígenas, alertando, porém, ser necessário um cuidado especial ao aplicar esse referencial teórico às realidades indígenas, pois o conceito de saúde reprodutiva proposto no relatório da CIPD, constituiu-se, majoritariamente, na cultura ocidental de povos brancos, em que se enfatiza a liberdade individual de escolhas, métodos anticoncepcionais ou contraceptivos, técnicas e serviços de saúde,

que não correspondem à realidade sociocultural dos povos indígenas. Para os autores, os princípios dos povos indígenas estão primeiramente associados aos direitos coletivos, ou seja, a “construção coletiva da pessoa”, as formas de representação da corporalidade, da sexualidade, das relações de gênero e da individualidade.

No caso das participantes das oficinas aqui analisadas, o que observamos é a convivência de tradições e sentidos do tempo longo da comunidade indígena Guarani-Kaiowá e os novos sentidos produzidos no âmbito dos movimentos de mulheres, que foram referendados pelo Documento do Cairo em 1994. Essa convivência entre o novo e o antigo também está presente no próximo tópico.

9.2.2.2 O assunto é o que é ser pai e ser mãe

Nas conversas desencadeadas na Oficina 3 sobre maternidade/paternidade, os sentidos giraram em torno do que é ser pai e o que é ser mãe dentro e fora da comunidade indígena Guarani-Kaiowá. Para as universitárias dessa etnia, há muitas diferenças entre ser pai e ser mãe dentro e fora da comunidade, conforme exemplificamos a seguir:

Ser mãe na comunidade indígena é:

Ser mãe na nossa comunidade é tudo, porque ajuda e cuida e dá comida para os filhos e o pai é muito difícil a gente ver cozinhar para os filhos, raramente a gente encontra, assim na comunidade é a principal mesmo é a mãe, pra tudo, se a mãe tiver que ir no mato os filhos vai junto com ela. (O3.P1)

Mãe é que cuida, tem mais responsabilidade na educação do seu filho, quando fica doente a mãe que tenta curar pra não acontecer nada e o pai não, a mãe que cuida, dá educação, carinho, amor, dá consolo, tudo é só a mãe, por isso que a mãe é a mais importante aqui na comunidade. Tem mãe que trabalha mais e quando tem mais filhos, fica mais pensando no seu trabalho que é com esse que vai melhorando a vida do seu filho, dá a melhor educação pra ele, que se depende do marido, tem hora que não te ajuda né. (O3.P4)

Por esses posicionamentos, ser mãe na comunidade indígena tem o sentido de afetividade, de educar, cuidar e preparar o filho para enfrentar a vida. Daí o sentido maior, da “mãe ser tudo”. Esses sentidos nos reportam aos estudos de Grubits, Darrault-Harris e Pedroso (2005), que mostraram que as indígenas Guarani-Kaiowá de Caarapó-MS são

valorizadas por serem guardiãs da cultura, dos conhecimentos e da identidade Guarani-Kaiowá. Por outro lado, como mostrou a pesquisa de Curado (2007) sobre os sentidos do trabalho social, na cultura ocidental, branca a associação entre cuidado e afeto está na matriz da construção do que é ser mulher: aquela que cuida, que tem mais afetividade.

Ser pai na comunidade indígena é:

O pai é ausente, a educação fica tudo na responsabilidade da mãe, porque o pai não participa na educação dos filhos, fica longe. (O3.P2)

Eu vejo assim muitos homens tratar assim a mulher, vai lá pegar ser filho, é filho dele também porque que ele não vai pegar, porque o filho é dele também, não é só dela. Eu acho assim que na comunidade indígena, assim o pai ele não tem conhecimento do que é ser pai, ele é pai porque aconteceu, porque pra ele saber dar carinho, atenção pro filho, ele não sabe dar, ele deixa tudo pra mãe, como se a mãe praticamente ela é tudo é a mãe, pai, avó. (O3.P2)

Eu vejo assim que o pai indígena, ele é muito resguardado né, por mais que ele gosta do filho, ele não mostra né, não abraça né, ele guarda pra ele, eu vejo assim que eles gostam da gente, mas não chega assim a abraçar ou a perguntar o que a gente tá fazendo, hoje pelo menos a gente conversa mais né, mas antes não, a gente não via esse carinho assim. O meu pai mesmo a participação dele era muito distante da gente, ele ajudava a minha mãe, mais assim pouca coisa, a minha mãe dava os pulos dela pra cuidar da gente né [risos]. É muito distante mesmo, eu acho que é todos os homens da aldeia mesmo [risos] e é isso que eu cobro do meu marido que ele participa mais da educação do nosso filho né, ensina ele do jeito dele também né, não só do jeito da mulher né, que as vezes o menino tá ali e sabe mais coisas da mulher do que do próprio homem né, eu cobro muito isso dele. (O3.P1)

De acordo com os relatos acima, os sentidos de ser pai na comunidade indígena está bastante associado à idéia de ausência e não participação no aspecto afetivo e educacional, cujos posicionamentos têm sua matriz na cultura. Nesse caso, a responsabilidade é toda da mulher. Grubits, Darrault-Harris e Pedroso (2005) também se referiram ao homem indígena Guarani-Kaiowá de Caarapó-MS, que sai de suas comunidades para a cidade, usinas, em busca de trabalho, e tem como desejo se tornar homem da cidade. Assim, além de aspectos da cultura, temos essa realidade política, social e econômica que torna esse homem ausente, refletindo na educação dos filhos e nas relações conjugais.

Ser mãe fora da comunidade indígena é:

A educação é muito diferente, eu vejo assim que a criança participa pouco

com a mãe, eu vejo assim essa distância, a criança pelo menos fica junto da gente, a mãe branca eu vejo assim que ela deixa mais na creche, com a baba do que na família. (O3.P1)

Porque ela leva essa criança na creche, ela trabalhando e as vezes a noite ela não vê o filho, aí quando ela vê a criança já ta crescido né, já não tem mais como aproveitar aquilo, já foi. Aqui não né, os filhos a gente carrega junto, porque onde a gente vai, a gente vai junto, dorme com a gente [risos]. Quando a gente foi para Dourados né, tinha um quarto lá no hotel né e ele falou assim tem um quarto com berço, eu falei pra ele u não quero quarto com berço o meu filho dorme comigo. Eu acho que ele achou estranho né, eu falei assim nós dorme tudo junto né [risos em geral]. (O3.P3)

As falas acima remetem a mães que trabalham fora de casa e deixam seus filhos em creche, ficando, portanto, distantes de seus filhos. É interessante observarmos que o sentido de ser mãe, fora da comunidade indígena, é colocado de maneira semelhante ao pai indígena: distante e ausente afetiva e educacionalmente.

Ser pai fora da comunidade indígena é:

Eu vejo assim que os pais lá da cidade são mais carinhosos, dá mais atenção, pega o filho no colo, passeia, eu percebo essa grande diferença daqui e lá. (O3.P2)

Dá mais carinho na mulher, finge mais mostra né (risos em geral), abraça, pelo menos leva o filho na escola. (O3.P1)

De forma inversa, nesse caso, o pai não indígena é apresentado como afetuoso e participativo na educação dos filhos e com a esposa. Essa diferença entre ser mãe e ser pai, dentro e fora da comunidade indígena, é explicada a partir das interações sociais e participação das universitárias indígenas em duas culturas: a realidade indígena e a realidade dos não indígenas.

9.3 O ASSUNTO É: DROGAS, RISCO E PREVENÇÃO EM SAÚDE REPRODUTIVA E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A Oficina 4, *Drogas, risco e prevenção em saúde reprodutiva*, realizada em 8 de novembro de 2007, foi a quarta oficina realizada com as universitárias da etnia Guarani-Kaiowá, contando com a participação de sete universitárias. A quinta e última oficina (Oficina

5 – *Violência doméstica*), realizada em 1º de dezembro de 2007, foi sobre violência doméstica, que também contou com a participação de cinco universitárias.

Apresentamos a análise dessas duas oficinas de forma articulada, por tratarem de assuntos que estão correlacionados. As duas oficinas seguiram os mesmos procedimentos, sendo divididas em três atividades: a primeira teve como objetivo a associação de repertórios com as palavras: Drogas e Violência Doméstica; a segunda atividade consistiu em relatos de situações envolvendo o uso de drogas lícitas e ilícitas e memórias de situações envolvendo violência doméstica, e a terceira atividade deu-se a partir da discussão em torno das perguntas: “É possível prevenir o uso de drogas?” e “É possível prevenir violência doméstica?”.

9.3.1 Associações de idéias: drogas e violência doméstica

Seguindo a lógica de nossa análise, primeiro apresentamos os repertórios lingüísticos que foram associados às palavras Drogas (QUADRO 6) e, em seguida, à expressão Violência Doméstica.

QUADRO 6 - Distribuição de repertórios associados à palavra Drogas

Sentidos-eixo	Repertórios associados (associações=56)
Substância psicoativa	Alcoolismo, cocaína, raxixe, maconha, cracke, bebida alcoólica, cigarro.
Algo positivo	Curtição e esperança.
Algo negativo	Violência, perdição, revolta, medo, vida que não tem sentido, morte, sofrimento, agressão, pavor, prejuízo, palavrão, tristeza, decepção, não tem mais amor nas pessoas, mais crianças envolvidas nesse caminho, tentativa de abuso e quando o marido bate na mulher.
Conseqüência	Perder a memória, perder algo ou alguém, alucinação, conseqüência e ladrão.

Como mostra a distribuição acima, agregamos os repertórios associados às drogas, em quatro sentidos-eixo: repertórios com a conotação de substância psicoativa, a droga como valorização positiva e valorização negativa e as conseqüências do uso.

A partir, dessas associações com a palavra drogas, observamos que na perspectiva das universitárias da etnia Guarani-Kaiowá, as drogas, sejam elas quais forem, trazem consequências negativas em diversos aspectos de nossa vida: físicos, emocionais, sociais e culturais, como mostram relatos que envolvem o uso de drogas lícitas e ilícitas e violência doméstica, que discutimos mais adiante.

QUADRO 7 - Distribuição de repertórios associados à expressão Violência Doméstica

Sentidos-eixo	Repertórios associados (associações=45)
Sentimento negativo	Sufrimento, dor, angústia, mágoa, desespero, infelicidade, ferida que não se apaga, iludida pelo amor, tristeza, ansiedade, raiva, ódio, chantagem, medo de falar as coisas, desprezo, sem paz e palavrão
Formas de agressões	Estupro, abuso sexual, angústia na gravidez, apanhar, maus tratos e maus tratos pela palavra.

Como mostra o quadro acima, agrupamos as associações à violência doméstica em dois sentidos-eixo: repertórios que indicam sentimentos negativos e repertórios que elucidam formas de agressões.

Diante desses sentidos-eixo, observamos que, na perspectiva das universitárias da etnia Guarani-kaiowá, falar sobre violência doméstica tem sentidos semelhantes ao da população em geral, isto é, trata-se de uma problemática vivenciada também pela cultura indígena e não indígena e que as diversas formas de agressões também se fazem presentes nessa comunidade. De acordo com Conklin (2004), as mulheres indígenas de vários países estão enfrentando dificuldades e problemas semelhantes no que se refere aos assuntos ligados à saúde reprodutiva e direitos sexuais, e a violência doméstica faz parte dessa discussão uma vez que está intimamente ligada à saúde dessas mulheres.

9.3.2 Situações que envolvem: o uso de drogas lícitas e ilícitas e violência doméstica

Os relatos de situações que envolveram o uso de drogas lícitas e ilícitas e violência

doméstica apontados pelas participantes nas oficinas referiram-se a situações que estavam sempre vinculadas às relações familiares e de amizades.

A seguir, apresentaremos os relatos de situações, agrupados em relações familiares e de amizade, que envolvem o uso de drogas lícitas e ilícitas e que estão associadas à violência doméstica.

9.3.2.1 Relações familiares: uso de drogas lícitas e ilícitas e violência doméstica

Os relatos abaixo nos falam das dificuldades que as participantes desta pesquisa enfrentam para ajudar os membros da família: pai, mãe, avó, tio, marido em função da dependência de alguma droga:

A minha situação foi o envolvimento do meu tio com drogas né, ele já tinha sido assassino, drogas, alcoolista, fumava [...] é um choque pra gente, assim a própria família da gente envolvida né, o tio da gente, assim é muito triste pra gente, pelo menos pra mim né. A gente não sabia como ajudar a pessoa, você queria ajudar e se sentir incapaz, a maioria da gente sente isso né. Alcoolismo também, que eu vivo, assim, as próprias crianças né, que tão começando, o pai e a mãe as vezes, eu falo isso pelo meu pai né, que ele bebe, quando ele vem pra cá é só pra beber né, eu já conversei com ele com calma, mas é muito difícil, ele não enxerga, é triste a gente vê o pai da gente bebendo. Uma época ele tentou bater na minha mãe né, isso também foi uma coisa marcante pra mim, parece que fica aquela magoa na gente né e até hoje a gente sente, ele não bate mais na minha mãe, mais a gente sente né, a gente quer uma coisa melhor, mais [...] eu acho que assim a família da gente, a gente quer o melhor né (choro) eu vejo assim o meu falecido tio bebendo, a minha avó bebendo, a gente tá ali né presenciando a nossa família bêbada sem poder fazer né alguma coisa por eles né. (O4.P1)

Eu tenho medo disso professora, cada dia mais a gente vê assim, por exemplo eu tenho um filho de nove anos e eles tem amiguinhos que já estão começando a se envolver, que a gente trabalha e a gente deixa ele assim né, a minha família mesmo são tudo alcoólatra, o meu pai mesmo é alcoólatra é dependente mesmo, meu pai é, ele não para nem um dia sem beber, a minha avó também é e os meus filhos tá vivenciando mais ali. Então o que eu posso fazer professora? Pra começar o meu marido também é, pra quem eu vou pedir ajuda? (choro) pro meu pai? Pra minha mãe que tá ate roubando as coisa pra comprar a bebida? Pro meu marido? A família toda viciada, vou pedir ajuda pra quem? Eu não sei como vai ser o futuro dos meus filhos, eu estou sozinha, eu falo pro meu pai e a minha mãe parar. O

meu pai tem cinco netos, todos homens e eles fazem isso que não presta, como vai ser o futuro deles? Como que vai ser? Dói, dói, muito, quando a gente trabalha, mas a cabeça fica na família [choro]. (O4.P6)

Esses relatos indicam que o álcool, considerado uma droga lícita, é o mais utilizado na comunidade dessas universitárias e está muito associado aos casos de violência. Essa situação acaba gerando sentimentos de tristeza, mágoas, incertezas quanto ao futuro dos filhos, por estarem convivendo e presenciando o uso de álcool, enquanto as mães trabalham. Seus relatos nos falam de sentimentos de impotência por não conseguirem ajudar as pessoas da família, pois não sabem a quem recorrer. Nesses casos, o sentimento de medo da violência doméstica e suas conseqüências faz parte do cotidiano dessas famílias.

Por exemplo, uma das participantes (O5.P3), por não suportar esses momentos, relata sobre a maneira que encontrou para evitar, ou mesmo intervir nas violências cometidas pelo pai em relação à mãe. Toda vez que chegava embriagado em casa, amarrava o pai até acabar o efeito do álcool. Essa situação de enfrentamento é um exemplo de como as pessoas buscam alternativas próprias para amenizar o sofrimento e as dificuldades vivenciadas:

O meu pai também, ele saía de casa de manhã e chegava só de tarde em casa bêbado e brigava com todos e quebrava tudo o que a minha mãe tinha e machucava a minha mãe fisicamente e psicologicamente, porque magoava a minha mãe com as palavras que ele dizia eu só chorava sem saber o que fazer. Só pensava em me formar em alguma coisa e levar a minha mãe longe dele, mas cada ano que passava eu ficava mais esperta e crescidinha, onde eu não chorava mais, eu arranjava um jeito de pegar o meu pai. Eu e a minha irmã amarrávamos ele e a minha mãe ajudava nós a por ele na cama até ele dormir, depois nós desamarrávamos e graças a Deus, hoje ele é evangelho e mudou tudo. (O5.P3)

É importante ressaltarmos que o uso do álcool, pelos relatos, é vivenciado pelas famílias das oito participantes das oficinas, sendo considerado por elas como um problema que atinge a comunidade da Aldeia Amambaí-MS como um todo: crianças, adolescentes, jovens e idosos consomem essa droga, entre outras. No caso do último relato, segundo a universitária, o pai conseguiu superar o alcoolismo por meio da religião, o mesmo não aconteceu com a família de outra participante (O5.P6), que busca ainda por ajuda e orientações para esse enfrentamento.

Estudos têm revelado que o álcool é a droga mais consumida ao longo da história da humanidade. Na pesquisa de Bittencourt (2007), realizada com pessoas internas em uma

clínica para tratamento de dependência psicoativa, os primeiros contatos e uso de álcool está majoritariamente ligado a contextos familiares e, normalmente, esses usos ocorrem ainda na infância e na adolescência. Segundo o autor, o álcool agrega sentidos bastante ambíguos, que envolvem valores positivos como sendo fator de comunhão, felicidade, alegria e o sentido nocivo, que afeta os campos relacionais, trazendo riscos para a pessoa, sua família, amigos e trabalho.

Um aspecto importante de ser ressaltado é que o desejo de estudar e ter uma profissão, conforme mostra a fala da participante O5.P6, é alimentado também pelo desejo de resolver ou superar dificuldades e problemas enfrentados por sua família, revelando uma preocupação com o coletivo de sua comunidade. Nesse particular, a busca pelo ensino superior e atuação profissional sinaliza algumas mudanças nas relações de gênero, sociais, econômicas, políticas e culturais que essa comunidade está passando.

Essa preocupação com o coletivo da comunidade nos remete à discussão de Coimbra Jr. e Garnelo (2004), que afirmam que os princípios dos povos indígenas estão primeiramente associados aos direitos coletivos, ou seja, a “construção coletiva da pessoa”. No caso das universitárias que participaram das oficinas, percebemos que mesmo convivendo com a nossa cultura mais individualista e narcisista, a lógica do coletivo continua viva.

Com relação às políticas públicas especiais voltadas à saúde indígena, pelas situações relatadas, fica claro que é preciso compreender e atender às necessidades específicas de cada comunidade, tendo como guia o princípio da integralidade em saúde (MATTOS 2001; CECÍLIO, 2001). As necessidades mais enfatizadas pelas participantes foram temáticas ligadas ao campo da saúde reprodutiva: drogas associadas à violência doméstica, relações de gênero assimétricas que influenciam na maternidade, na paternidade, nas relações conjugais, cuidado com o corpo, métodos contraceptivos, gestação, etc. Pelo princípio da integralidade, o atendimento dessas necessidades passa por programas que envolvam a família e a comunidade.

Em síntese, na perspectiva das universitárias da etnia Guarani-Kaiowá da Aldeia Amambai-MS, questões pertinentes ao campo da saúde reprodutiva estão merecendo uma visibilidade maior na agenda das políticas públicas de saúde.

9.3.2.2 Relações de amizade: uso de drogas lícitas e ilícitas e violência doméstica

Como mencionamos anteriormente, os relatos extrapolam as relações familiares, envolvendo as amizades na comunidade e fora da comunidade. Assim, nas conversas durante as oficinas, relatos das participantes referiram ao envolvimento de pessoas conhecidas com o uso de drogas e violência doméstica. No trecho do próximo relato, essa convivência foi com pessoas fora da comunidade indígena:

[...] uma vez presenciei foi em Campo Grande né, a gente tinha uns colegas né, conhecido do meu irmão, ele era experiente de drogas, só que ele falava assim pra gente, que a droga não tinha volta, ele falava eu não tenho volta, ele falava pra gente, eu fumo ele falava pra gente não porque eu quero, mais eu fumo assim porque eu já sou dependente dele, se eu parar eu morro ele falava pra gente, daí ele sempre aconselhava a gente a não fumar porque isso aí não tinha futuro, eu sei assim que é pouca pessoa que a gente acha que dá conselho desse tipo pra gente né. (O4.P1)

É interessante observamos que, quando o colega fala que a experiência do uso da droga tem sentidos de dependência, sem volta e sem futuro, a participante, diante dessas afirmações sentiu-se orientada e aconselhada sobre o assunto que envolve o uso de drogas. Em vários momentos das oficinas, percebemos que as universitárias da etnia Guarani-Kaiowá da Aldeia Amambaí-MS, e a sua comunidade têm “carência” de pessoas e de espaços que possam promover momentos de reflexão, orientação, que possam gerar intervenções tanto curativas como preventivas junto à comunidade.

Já o próximo relato envolve pessoas da comunidade indígena que vivenciam em seu cotidiano situações de violência doméstica, mostrando o quanto é difícil lidar com o abuso de poder nas relações de gênero:

Uma colega de profissão que sofre porque o marido dela não deixa ela nem ir nos cursos, porque o marido ameaça bater nela se ela desobedecer a ordem dele, ele bate mesmo! E ela faz tudo que o marido manda porque ela tem medo de denunciar e porque ela diz que ama ele. Tem medo de perder ele. (O5.P3)

Esse relato fala da busca pelo estudo, do medo às ameaças, do medo de denunciar, da superioridade do marido e do amor que existe nessa relação. Assim, como muitas mulheres

indígenas e não indígenas estão buscando e reivindicando os seus direitos e espaços nos cenários sociais, educacionais, políticos, econômicos, etc.; há mulheres que ainda se encontram em situação de inferioridade em relação ao marido, isto é, o marido é quem decide sobre o que a mulher irá fazer, seja no campo dos estudos, na relação conjugal, na saúde reprodutiva, entre outros. Essa problemática, como vimos em nossa discussão de gênero, está presente em muitas sociedades, em que a submissão da mulher é significada como natural.

Entretanto, exatamente por essa tradição cultural de violência doméstica, ao se pensar em integralidade em saúde reprodutiva, homens e mulheres devem ser contemplados (ROSTAGNOL, 2001; BILAC; ROCHA, 1998). Ou seja, a questão da violência doméstica não somente nas comunidades indígenas, não será resolvida apenas com denúncia e prisão do agressor.

9.3.3 É possível prevenir: o uso de drogas e violência doméstica?

No que se refere às estratégias de prevenção do uso de drogas, na perspectiva das universitárias da etnia Guarani-Kaiowá, torna-se possível a prevenção se for realizada junto à família, escola, amigos e com a própria pessoa que é usuária de drogas lícitas ou ilícitas.

A seguir, fazemos uma síntese dos relatos que apontam estratégias de prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas:

Eu acho que é, assim por uma lado a família pode ajudar muito né, porque a escola pode fazer uma parte, mais primeiro vem a família, porque eu acho que tem que ser a família né, porque se o pai for um alcoólatra, se a mãe for uma alcoólatra, aí vai depender também da pessoa. (O4.P4)

Quando eu converso com as crianças e adolescentes eles falam pra mim que não tinha carinho do pai e da mãe, eles falam eu encontro na bebida, nos colegas, eles falam pra mim por que você não bebe? [risos] eu falo porque eu não quero, porque eu não quero essa vida pra mim, o que eu vou ganhar com isso eu falava pra eles; quando você tiver sozinho, vai jogar bola ou escutar musicas assim que seja agradáveis, ou ir na igreja. (O4.P1)

Eu acho que depende mais da pessoa, porque se ele quiser sair assim, ele sai, ele consegue, se ele não se entregar né. (O4.P6)

Esses relatos, mostram que o trabalho preventivo deve ser realizado primeiramente

junto com as famílias, por ser o contexto relacional mais afetado, embora a instituição escolar também é indicada como um espaço para realizar um trabalho de prevenção, tendo em vista que as crianças e adolescentes passam um grande período de suas vidas nesse ambiente.

O relato da participante O4.P1 fala de sua atuação como professora e do seu papel no campo da prevenção do uso de drogas. Ela relata que adolescentes explicam que a carência afetiva e familiar que eles sentem é preenchida pela companhia de amigos e pelo uso do álcool. Ela como professora, orienta para que reflitam sobre esses “supostos ganhos” que o uso das drogas traz e indica outros meios “saudáveis” para amenizar o sofrimento, tais como: práticas esportivas, músicas ou frequentar uma igreja. A atuação dessa professora é uma contribuição para a integralidade em saúde. Ou seja, promover saúde não cabe apenas “setor saúde”, mas é uma tarefa inter-setorial (CECÍLIO, 2001) e transdisciplinar porque as vozes dos alunos, da família e da comunidade devem ser levadas em consideração (MENEGON; COELHO, 2006).

Outro ponto levantado pelas universitárias foi o sentido de responsabilidade de cada pessoa. Essa já é uma lógica do sistema de saúde de nossa cultura capitalista, em que cada um é responsável pelo cuidado com a saúde. Nesse caso, o estilo de vida é tido como referência. O alerta aqui é que a responsabilidade individual não pode isentar a responsabilidade do sistema de saúde, que passa pela formulação de políticas públicas que propiciem uma rede social de apoio.

Essa problemática aparece muito claramente na problemática da violência doméstica, em que se individualiza o problema e sua solução passa pelo ato de “força de vontade”. Nos relatos das universitárias da etnia Guarani-Kaiowá, as estratégias de prevenção de violência doméstica são depositadas na tomada de decisão por parte da mulher, seja para resolver o problema ou denunciar o agressor. A seguir, falas que retratam esses posicionamentos:

É possível sim, porque eu acho que depende da mulher né, porque se ela não tá se sentindo bem porque ela tá com ele? Eu acho assim né, eu não sei se eu to certa ou errada, mas eu acho assim né. Ou pelo menos denuncia, mesmo que você ama eu acho que pelo menos ele vai aprender a respeitar, eu acho que depende de você, se você tá mal lá, porque você tá lá? Sai dali, mesmo que você não tem nada pra comer e se você sabe lavar roupa tá bom, da pra você lavar roupa em qualquer lugar e você ganha dinheiro pra comer. (O5.P3)

Eu acho que é possível sim né, basta você querer tomar uma decisão, assim eu não quero mais, e nem por isso você vai morrer de fome também né, eu acho que é possível sim. (O5.P1)

Logicamente, os posicionamentos acima mostram o questionamento das relações assimétricas entre homens e mulheres. Mostram a busca dessas universitárias de origem indígena por uma independência socioeconômica, acreditando que essa situação de violência pode ser resolvida por meio do trabalho. Esses posicionamentos reafirmam o desejo de terminar o ensino superior e ter uma profissão como meio de superar também dificuldades dessa ordem. São mudanças nas relações de gênero que, na perspectiva das universitárias, a comunidade está enfrentando.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na introdução desta dissertação problematizamos o pouco conhecimento que temos sobre aspectos da saúde reprodutiva em diferentes populações indígenas. A própria FUNASA reconhece essa precariedade, mas se refere principalmente à saúde reprodutiva tendo como foco DSTs e morbimortalidade infantil e materna, que estão presentes em algumas comunidades.

Entretanto, nos baseando em literatura específica e no trabalho de campo, ao longo desta dissertação mostramos que o campo da saúde reprodutiva já é uma consequência da visão ampliada sobre saúde e adoecimento. Ou seja, saúde reprodutiva vai além de aspectos específicos da reprodução propriamente dita, pois envolve pessoas de ambos os sexos, nas diferentes fases de desenvolvimento e, além de defender o acesso aos bens e serviços de saúde, enfatiza a importância de políticas públicas voltadas aos processos de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Nesse particular, afirmamos que para desenvolvermos projetos e programas de saúde que atendam demandas específicas, é necessário conhecermos e nos aprofundarmos nos sentidos que uma determinada comunidade atribui aos processos de saúde e doença, que no caso específico desta pesquisa aplica-se aos aspectos ligados à saúde reprodutiva.

Em nossa atuação como psicóloga e professora na FIAMA, localizada na região sul de Mato Grosso do Sul, que tem em seu corpo discente acadêmicas de comunidades indígenas, percebemos a necessidade de desenvolver uma pesquisa enfocando aspectos da saúde reprodutiva em comunidades indígenas.

Portanto, foi a partir desse contexto que buscamos compreender os sentidos atribuídos a diferentes aspectos da saúde reprodutiva, na perspectiva de universitárias da etnia Guarani-Kaiowá, da Aldeia Amambai-MS. Para tanto, contamos com oito universitárias dessa etnia, na faixa etária entre 22 e 33 anos, que participaram de maneira voluntária em cinco oficinas temáticas, a saber: *Risco e prevenção em saúde reprodutiva*; *Planejamento familiar*; *Paternidade e Maternidade*; *Drogas, risco e prevenção em saúde reprodutiva*, e *Violência doméstica*.

O uso de oficinas como fonte de pesquisa cumpre duas funções: obter material para a pesquisa e sensibilizar seus participantes para os temas trabalhados. A análise levou em conta o uso de repertórios lingüísticos, os relatos de situações do cotidiano envolvendo os temas discutidos e as conversas sobre as estratégias de prevenção.

Na perspectiva dessas universitárias, falar de risco, na maioria das associações, teve conotação de risco como perigo, com valoração negativa (sofrimento, medo, perda, etc.). Os sentidos de risco como perigo também são encontrados nos discursos do senso comum de nossa população em geral. Ou seja, não se referem à lógica de cálculo e probabilidade.

Dos relatos sobre situações consideradas como de risco, em geral envolvendo relações familiares, destacamos incidentes críticos sobre gravidez, DST e Aids, doenças em geral, violência doméstica, relações de gênero e drogas. Das poucas situações de risco como algo positivo (coragem, desafio), destacamos “o sonho de terminar a faculdade”. Nessa oficina, foram notórias as reivindicações de políticas públicas especiais que atendam problemas ligados à saúde reprodutiva, que têm envolvimento direto com relações de gênero assimétricas, com a violência doméstica e o uso de drogas.

Os sentidos que emergiram nas conversas sobre planejamento familiar, deixaram muito claro que para as participantes, planejar não se limita à decisão de ter filhos ou não, mas envolve sentimentos e afetos, em que se deve também considerar a educação futura dos filhos, a relação conjugal e outros aspectos que implicados na constituição familiar. Esses sentidos se assemelham aos direitos reprodutivos reivindicados pelos grupos de mulheres na década de 1970, que inclui atenção à saúde, mas também uma relação de igualdade entre os pares. Planejamento familiar, segundo as universitárias Guarani-Kaiowá, é um assunto novo na aldeia, pois antes essa temática não era discutida na comunidade e relatam dificuldades para tratar desse tema.

Com relação aos sentidos sobre o que é ser pai e o que é ser mãe dentro e fora da comunidade indígena, os posicionamentos das universitárias foram muito peculiares: ser mãe na comunidade indígena tem o sentido de afetividade, de educar, cuidar e preparar o filho para enfrentar a vida, enquanto ser pai foi associado à idéia de ausência e não participação no aspecto afetivo e educacional. Já os sentidos para ser mãe fora da comunidade são inversos: as mães trabalham fora de casa e deixam seus filhos em creche, ficando distantes deles, enquanto o pai não indígena é apresentado como afetivo e participativo na educação dos filhos e com a esposa. Essa diferença entre ser mãe e ser pai, dentro e fora da comunidade indígena, é explicada a partir das interações sociais e participação das universitárias indígenas em duas culturas: a realidade indígena e a realidade dos não indígenas e a circulação de suas práticas discursivas.

Os sentidos atribuídos à violência doméstica foram semelhantes aos da população em geral, isto é, trata-se de uma problemática atualmente vivenciada tanto em culturas indígenas como não-indígenas. Nos relatos das universitárias Guarani-Kaiowá, as agressões vivenciadas em sua comunidade estão ligadas aos poderes assimétricos das relações de gênero, mas também estão muito associadas ao uso de drogas em geral, especialmente o alcoolismo. Pelos relatos, o alcoolismo é um problema na família das oito participantes da pesquisa, sendo considerado por elas como um problema que atinge a comunidade da Aldeia Amambaí-MS como um todo: crianças, adolescentes, jovens e idosos consomem principalmente essa droga.

Nas estratégias de prevenção discutidas pelas universitárias emergiram aspectos como “pensar nas consequências, pedir ajuda às pessoas mais velhas, pedir ajuda e buscar apoio”, que nos mostram a premente necessidade de uma rede social de apoio. Entretanto, observamos, também, que seus posicionamentos enfatizam a responsabilização das pessoas envolvidas. Essa é uma lógica do sistema de saúde de nossa cultura capitalista, incorporada por essas universitárias, em que se advoga cada um ser responsável pelo cuidado com a saúde. Nesse caso, o estilo de vida é tido como referência. O alerta aqui é que a responsabilidade individual não pode isentar o sistema de saúde e outros setores inter-relacionados, que são responsáveis pela formulação de políticas públicas que propiciem uma rede social de apoio efetiva.

Com esta pesquisa esperamos ter contribuído para ampliar a compreensão sobre aspectos da saúde reprodutiva no contexto das populações indígenas e da necessidade de políticas públicas que atendam às diferentes especificidades. Essa necessidade significa, inclusive, perceber que os problemas vivenciados por essa população advêm da exclusão social, cultural, política e econômica.

Esperamos, ainda, que nas nossas conversas sobre saúde reprodutiva em geral, e da indígena mais especificamente, tenhamos sensibilizado as universitárias da etnia Guarani-Kaiowá, para lutarem por seus direitos de cidadãs brasileiras. Finalmente, esperamos que tenhamos respeitado a cultura Guarani-Kiowá, pois como afirma Conklin (2004, p. 185), “A melhor maneira de respeitar a cultura é facilitar a capacidade de cada pessoa indígena, tanto mulher como homem, de falar com sua própria voz e acima de tudo ser ouvida”.

REFERÊNCIAS

ADAM, P.; HERZLICH, C. *Sociologia da doença e da Medicina*. Bauru: EDUSC, 2001.

AGUILERA-URQUIZA, A. H.; CASARO NASCIMENTO, A. Rede de saberes: uma experiência de interculturalidade na universidade, 2007. In: II SEMINÁRIO POVOS INDÍGENAS E SUSTENTABILIDADE, 2., 2007, Campo Grande. *Anais eletrônicos...* Campo Grande: Rede de Saberes, 2007. Disponível em: <<http://www.rededesaberes.org/eventos/anais/textos/pdf/GT-%20I/REDE%20DE%20SABERES.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2008.

ARÁN, M.; PEIXOTO Jr. C. A. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 849-857, 2007.

ATHIAS, R. Corpo, fertilidade e reprodução entre os pankararu: perspectivas e alcances. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 189-209.

ÁVILA, M. B.; GOUVEIA, T. Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Orgs.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 160-172.

BARROS, E. P. Saúde indígena: a invisibilidade como forma de exclusão. In: GOLDENBERG, P.; GOMES, M. H. A.; MARSIGLIA, R. M. G. (Orgs.). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 223-238.

BERQUÓ, E. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. In: BILAC, E. D.; ROCHA, M. I. B. (Orgs.). *Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas*. Campinas: Programa Latinoamericano de Actividades en Población, Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas; São Paulo: Editora 34, 1998. p. 23-35.

BILAC, E. D.; ROCHA, M. I. B. Introdução. In: BILAC, E. D.; ROCHA, M. I. B. (Orgs.). *Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas*. Campinas: Programa Latinoamericano de Actividades en Población, Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas; São Paulo: Editora 34, 1998. p. 9-20.

BITTENCOURT, A. *O processo de contato com drogas: uso e abuso, sentidos e lugares*. 2007. 185 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2007.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. *Resolução CFP n. 016 de 20 de dezembro de 2000*. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/etica/docs/artigos/Cfp16-00.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 26 maio 2006.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília-DF: Senado, 1988.

CASARO NASCIMENTO, A.; BRAND, A. J.; AGULERA-URQUIZA, A. H. Entender o outro: a criança indígena e a questão da educação infantil. In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO, 29., Caxambu, 2006. *Anais...* Caxambu: ANPED, 2006. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/trabalho/GT07-2355--Int.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2008.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 113-126.

COIMBRA Jr, C. E. A.; GARNELO, L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 153-173.

COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 2003. p. 13-47.

_____. Saúde, minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.

CONKLIN, B. A. O conceito de direitos reprodutivos na interseção de saúde, gênero e etnicidade indígena. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 175-188.

CUNHA, E. M. G. P. Especificidades da raça/etnia nas questões de saúde. In: GOLDENBERG, P.; GOMES, M. H. A.; MARSIGLIA, R. M. G. (Orgs.). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 239-247.

CURADO, J. C. *Gênero e os sentidos do trabalho social*. 2007. 195 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2007.

DÍAZ, J.; GALVÃO, L. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Orgs.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 70-103. (Saúde em Debate, 125).

ESCODA, M. S. Q.; LIMA, M. F. Saúde, sociedade e governo. *Acadêmica Saúde e Nutrição Social*, 1992. Disponível em: <<http://www.ufrnet.br/~scorpius/31-Saude-soc%20e%20gov.htm#SAÚDE%20/%20DOENÇA>>. Acesso em: 16 set. 2006.

FRIAS Jr.; C. A. S. *A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação*. 1999. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://portalteses.cict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/friasjrcasm/pdf/capa.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2006.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Saúde indígena*. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/>>. Acesso em: 30 mar. 2006.

_____. 100 anos de saúde pública “o compromisso do governo é incluir socialmente a população, especialmente os mais carentes”. *FUNASA em Revista*, Brasília, n. 1, 2004.

GRUBITS, S.; DARRAULT-HARRIS, I.; PEDROSO, M. Mulheres indígenas: poder e tradição. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 363-372, 2005.

HEILBORN, M. L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P.; GOMES, M. H. A.; MARSIGLIA, R. M. G. (Orgs.). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 197-208.

IBÁÑEZ, T. *Psicología social construccionista*. Guadalajara: Universidade de Guadalajara, 1994.

LANGDON, E. J. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: BARUZZI, R.; JUNQUEIRA, C. *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Terra Virgem, 2005. p. 115-134.

_____. Políticas públicas de saúde indígena: implicações para minorias e saúde reprodutiva. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 211-226.

LAPLANTINE, F. Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 241-259.

LIMA, M. G. et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Terêna de área rural, Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1.537-1.544, 2001.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENEGON, V. S. M. *Entre a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos: os consentimentos informados na reprodução humana assistida*. São Paulo: EDUC, 2006.

MENEGON, V. S. M.; COELHO, A. E. L. A inserção da psicologia no sistema de saúde pública: uma prática possível. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 24, p. 177-189, 2006.

MENEGON, V. S. M.; SPINK, M. J. P. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: problematizando a comunicação sobre riscos. In: FERREIRA, V.; ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P. (Orgs.). *Feminismo e novas tecnologias reprodutivas*. Recife: SOS CORPO, 2007. p. 163-188.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 177-184, 1993.

MEYER, D. E. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, G. L.; NECKER, J. F.; GOELLNER, S. V. (Orgs.). *Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação*. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 9-27.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 9-29.

_____. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-381, 1988.

NEGRI, B. A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. d'Á. (Orgs.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 15-42.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. *Problemas atuais de bioética*. São Paulo: Loyola, 2000.

POTIGUARA, E. Participação dos povos indígenas na Conferência em Durban. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 219-228, 2002.

RODRIGUES, D. *Xingu enfrenta avanço de DSTs, diabetes e obesidade*. Rota Brasil Oeste, Brasília, 2006. Entrevistador Bruno Weis.

<<http://www.brasil Oeste.com.br/noticia/1854/entrevista-douglas-rodrigues>>. Acesso em: 13 jul. 2006.

ROSTAGNOL, S. Encruzilhadas estado-sociedade civil em saúde reprodutiva no Uruguai. In: OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, M. I. B. (Orgs.). *Saúde reprodutiva na esfera pública e política*. Campinas: Editora da Unicamp/Nepo, 2001. p. 71-100.

SCLIAR, M. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: SENAC, 2002.

SPINK, M. J. P. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

_____. A construção social do saber sobre a saúde e a doença: uma perspectiva psicossocial. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis. Vozes, 2003a. p. 40-50.

_____. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis. Vozes, 2003b. p. 29-39.

SPINK, M. J. P. Ao sabor dos riscos: reflexões sobre a dialogia e a co-construção de sentidos. In: SPINK, M. J. P. (Coord.). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003c. p. 295-323.

SPINK, M. J. P. et al. A inserção de psicólogos em serviços de saúde vinculados aos SUS: subsídios para entender os dilemas da prática e os desafios da formação profissional In: SPINK, M. J. P. (Org.). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 53-80.

SPINK, M. J. P.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas metodológicas*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 93-122.

SPINK, M. J. P.; MATTA, G. C. A prática profissional Psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 25-51.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas metodológicas*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 41-61.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. S. M. Práticas discursivas como estratégias de governamentalidade: a linguagem dos riscos em documentos de domínio público. In: IÑIGUEZ, L. (Org.). *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2005, v. 1, p. 258-311.

_____. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas metodológicas*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 63-92.

TABORDA, W. C. et al. Rastreamento do câncer de colo uterino em índias do Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, Washington, v. 7, n. 2, p. 92-96, 2000.

WIIG, F. B. Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre a AIDS entre os Índios Xokleng de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 397-406, 2001.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, declaro por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que fui devidamente informada e compreendi os objetivos propostos para a pesquisa Saúde reprodutiva em foco: conversando com universitárias da etnia Guarani-Kaiowá, a ser desenvolvida pela psicóloga e mestrande Verônica Lemes Pinto Berzuini, sob a orientação da Profa. Dra. Vera Sonia Mincoff Menegon, do Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Psicologia, da Universidade Católica Dom Bosco.

Compreendi que a realização desta pesquisa parte da compreensão que para criar projetos e programas de saúde, é necessário conhecer e se aprofundar nos sentidos que uma determinada comunidade atribui aos processos de saúde e doença, que no caso específico desta pesquisa, envolve a saúde reprodutiva. Portanto, fica claro para mim que o objetivo desta pesquisa é compreender os sentidos e os repertórios (ou palavras) que são utilizados para falar sobre temas relacionados à saúde reprodutiva, na perspectiva de universitárias da etnia Guarani-Kaiowá, da Aldeia Amambaí-MS.

Ficou claro para mim que a pesquisa será realizada na Faculdade Integradas de Amambaí (FIAMA), em Amambaí-MS, contando com a participação voluntária de universitárias da etnia Guarani Kaiowá que estudam nesta instituição. Entendo que, para tanto, serão realizadas oficinas — uma espécie de grupo focal, em que se discutirão temáticas relacionadas à saúde reprodutiva, que serão definidas pelas participantes da pesquisa, como por exemplo, prevenção de riscos, planejamento familiar, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis.

É de meu conhecimento que as oficinas serão coordenadas pela psicóloga e mestrande Verônica Lemes Pinto Berzuini. Entendo que a realização das oficinas, além de gerar material para a pesquisa, se constituirá em um espaço de discussão e de sensibilização das participantes sobre a importância de se prevenir doenças e promover a saúde.

Finalmente, fui esclarecida e compreendi que as oficinas serão gravadas e, posteriormente transcritas. Além disso, fui assegurada de que a minha voz não será, em hipótese alguma, utilizada em qualquer meio de comunicação. Entendi que o material gerado nas oficinas será utilizado obedecendo aos critérios de confidencialidade, em que nenhuma participante será identificada e que o material produzido só será utilizado na pesquisa, em artigos para periódicos científicos e em congressos científicos, não podendo ser disponibilizado para outros fins.

Concordo com os termos da pesquisa e aceito o convite para participar das oficinas, de maneira voluntária, sabendo que tenho o direito de desistir da participação em qualquer momento. Assino, assim, o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Campo Grande, de novembro de 2006.

.....
Participante da pesquisa

.....
Verônica L. P. Berzuini
Pesquisadora

.....
Profa. Dra. Vera Sonia Mincoff Menegon
Orientadora

APÊNDICE B - Oficinas Temáticas¹

OFICINA 1 - RISCO E PREVENÇÃO EM SAÚDE REPRODUTIVA

1. OBSERVAÇÕES GERAIS

Número de participantes: de 5 a 12 pessoas.

Tempo mínimo previsto: 2 horas.

Material necessário: canetas, formulários para registro, folhas de papel em branco, tiras de papel, lousa (cartolina ou *flip chart*) e canetas hidrográficas ou giz, gravador, pilhas e fitas. Se possível, providenciar um lanche.

Convite aos participantes: ao fazer o contato inicial com os participantes, explicar os objetivos da oficina, conforme explicitado no Termo de Consentimento Informado, enfatizando a necessidade de uso de gravador para registro das discussões para fins de análise.

Consentimento informado: antes de iniciar a oficina, explique novamente os objetivos e solicite que os participantes assinem o Termo de Consentimento.

Trabalho em dupla: como o potencial de mobilização da oficina é alto, é aconselhável que a condução dos grupos seja feita em dupla, de preferência com algum profissional que tenha experiência com atividades de grupo.

Ajuda a quem não escreve: é necessário definir procedimentos para os casos em que as pessoas não têm facilidade de escrever. Nesses casos, podemos oferecer ajuda, por isso, também, é importante garantir a presença de um observador.

Ambiente confortável: é aconselhável realizar o grupo em ambientes informais, de preferência com os participantes e pesquisadores sentados no chão. No caso de preferir sentar à volta de uma mesa, sugerimos que todos possam se ver e que haja espaço para os participantes se movimentarem e levantarem para mudar as tiras de papel, fato que ocorre com frequência.

Linguagem adequada ao grupo: como vamos trabalhar com populações muito diferentes, não dá para padronizar a linguagem. Fica “artificial”. Mas, é importante padronizar os procedimentos.

Limites de cada um: cabe frisar que nenhum participante deve ser forçado a revelar as situações de risco vivenciadas. A revelação deve ser voluntária. Isso deve ser reiterado tantas vezes quanto parecer ser necessário.

Atenção à duração dos exercícios: os participantes tendem a se estender nas discussões. Portanto, é importante estar atento ao tempo previsto para cada exercício.

Registros necessários: vale lembrar que as oficinas têm duplo papel: 1) são intervenções visando a sensibilização para os riscos da vida cotidiana; e 2) são instrumentos de coleta de dados. Por isso, é importante o registro das informações, assumindo estas várias formas:

- a) Formulário 1: registro de informações sobre os participantes;
- b) Formulário 2: registro das palavras associadas a Risco (Atividade 1);

¹ As oficinas são uma adaptação da *Oficina sobre Risco* desenvolvida por Spink (2003a), no âmbito do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Práticas Discursivas e Produção Sentidos, do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- c) Recolhimento das tiras e registro das situações de Risco (Atividade 2 e 3);
- d) Gravação das discussões (Atividade 2); e
- e) Observações gerais sobre a dinâmica do evento (papel do observador).

2. PROCEDIMENTOS

Apresentação.

Atividade 1. Associação de repertórios com a palavra risco.

Atividade 2. Memórias de situações em que as pessoas se sentiram “em risco”.

Atividade 3. Os sentidos da prevenção.

APRESENTAÇÃO

Tempo previsto: 15 minutos

Em primeiro lugar, disponha os participantes em círculo, de modo que todos possam se ver e ouvir.

Coordenadores – apresentar os dois coordenadores (se necessário).

Objetivo – entender como se pensa risco na vida em geral.

Procedimento – explicar que a oficina está dividida em três atividades.

Autorização para gravar – falar da dupla função da oficina (pesquisa e sensibilização) e conseqüente necessidade de gravar. Pedir permissão e explicar que o material será tratado de forma a garantir sigilo.

Assinatura do Termo de Consentimento – explicar que a conduta ética em pesquisa com seres humanos requer a explicitação dos objetivos e a assinatura de um Termo de Consentimento para assegurar que os participantes entenderam os objetivos e os procedimentos. Distribuir uma cópia para cada pessoa, dando tempo para a leitura individual (ou grupal, se os participantes preferirem).

Apresentação dos participantes – verificar se todos os participantes se conhecem. Caso contrário, fazer uma breve apresentação de cada um (por exemplo, primeiro nome e profissão).

PRIMEIRA ATIVIDADE

ASSOCIAÇÕES DE IDÉIAS COM A PALAVRA “RISCO”

Material: papéis em branco e canetas.

Tempo previsto: 20 minutos.

Instruções:

- Em primeiro lugar, distribua uma folha de papel e uma caneta para cada integrante. Depois diga as seguintes instruções:

1.	<p>Livre associação:</p> <p>Escreva neste papel a palavra RISCO.</p> <p>Agora, escreva abaixo todas as palavras que vêm à sua cabeça quando se fala a palavra risco.</p> <p>Quando você sentir que as palavras e frases não estão saindo naturalmente, pode parar. Não se importe com o número de palavras que você escrever.</p>
Tempo previsto: 10 minutos.	

2.	<p>Listar associações:</p> <p>Agora, vamos fazer uma lista de todas as palavras que surgiam de modo a identificar as associações mais frequentes.</p>
Tempo previsto: 10 minutos.	
<p>Obs.: um (a) coordenador (a) escreve as associações numa lousa, quadro, cartolina ou em <i>flip chart</i>, de modo que todos os integrantes possam ver as palavras, enquanto o outro observador anota as palavras no <i>formulário 2</i>.</p>	

3.	<p>Alertar para a diversidade:</p> <p>Ao final, comente que, como podemos observar a partir da variedade de palavras que o grupo produziu, fica claro que não existe uma definição única, nem a mais correta, mas que, como muitas outras, risco é uma palavra com múltiplos sentidos.</p>
-----------	---

SEGUNDA ATIVIDADE

SITUAÇÕES DE RISCO NA VIDA EM GERAL

Material: tiras de papel e canetas.

Tempo previsto: 45 minutos.

Instruções:

- Em primeiro lugar, distribua três tiras de papel para cada integrante e disponha o restante no centro do círculo formado pelos participantes.

1. Recordação – situações de risco:

Pense em sua vida desde quando você era criança e procure lembrar-se de situações em que você ou alguém que você conhece se sentiu em risco. Deixe sua memória fluir concentrando-se apenas nas suas emoções e sentimentos.

Escreva cada situação num desses pedaços de papel. Uma situação para cada papel.

Se você precisar de mais papel pegue aqui no meio.

Tempo previsto: 15 minutos

2. Risco imprevisível – na inocência (inesperado):

Agora, separe todas as situações que você acha não tinham nada a ver com o comportamento ou com o seu modo de agir, ou da pessoa que você escreveu que se sentiu em risco. Ou seja, são situações que aconteceram e que não tinham nada a ver com você ou com a pessoa que você relatou a situação – um risco na inocência -, por exemplo, você está andando pela rua e um tijolo cai sobre sua cabeça. Entenderam?

Escreva o número 1 no quadrinho e coloque as tiras aqui (indicar um lugar, visível a todos).

Tempo previsto: 5 minutos.

3. Sem pensar no risco:

As situações que sobraram, portanto, podem ter algo a ver com alguma coisa que você fez, com seu comportamento, ou da outra pessoa que se sentiu em risco, vocês não acham?

Então, agora, pegue essas tiras que sobraram e vamos dividi-las em dois grupos.

Então, escreva o número 2 nas tiras das situações que você não sabia ou não pensou que seu comportamento ou o que você fez envolvia riscos, coloque-as aqui (indicar o lugar).

Tempo previsto: 5 minutos.

4.	<p>Sabia o risco que corria:</p> <p>Agora escreva o número 3 nas tiras que sobraram e ponham aqui nesta última pilha. Nesse caso, nessas situações vocês ou a pessoa que vocês relataram, fez alguma coisa sabendo que tinha um risco envolvido</p>
Tempo previsto: 5 minutos	
Obs.: Atenção, caso alguém queira mudar as tiras de lugar, de um monte para outro, pode ficar à vontade. Apontar as três pilhas e repetir a distinção entre as três.	

<p>Ligar o gravador.</p>

5.	<p>Discussão:</p> <p>Agora, pensando nas três situações, vamos conversar um pouco. Quem, por exemplo, gostaria de falar de uma situação de risco que não tinha nada a ver com o seu comportamento ou seu modo de agir, ou da pessoa que você relatou. Ou seja, situações colocadas no monte 1. Repetir com os demais montes, facilitando o debate.</p>
Tempo previsto: 20 minutos	

<p>Recolha as papeletas.</p>

TERCEIRA ATIVIDADE

É POSSÍVEL PREVENIR RISCOS?

Tempo previsto: 45 minutos.

Instruções:

- As perguntas abaixo visam propiciar a discussão sobre prevenção de riscos. Faça as perguntas, uma por vez, gravando toda a discussão.

1.	Que tipos de risco vale a pena correr?
Tempo previsto: 10 minutos	

2.	Que tipos de risco vale a pena prevenir?
Tempo previsto: 10 minutos..	

3.	Pensando nas situações de vida em que vocês se sentiram em risco, o que seria prevenção?
Tempo previsto: 10 minutos.	

4.	Pensando em saúde reprodutiva, o que pode ser considerado risco e quais os tipos de riscos que deveriam ser prevenidos?
Tempo previsto: 10 minutos.	

<p>Encerre a oficina perguntando o que as pessoas acharam dos exercícios e da dinâmica. Verifique se alguém ficou por demais mobilizado e dê atenção especial a esta pessoa.</p>

REGISTROS DA OFICINA

FORMULÁRIO 1

DESCRIÇÃO DO GRUPO

Data: 9/4/2007

Horário: 19h15

1. Identificação:

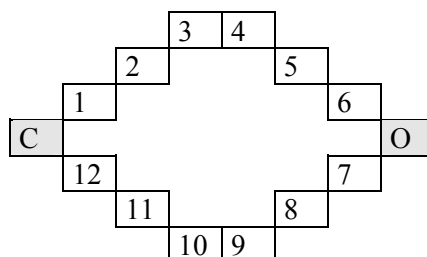
Grupo: Universitárias da Etnia Indígena Guarani-Kaiowá

Local: FIAMA

Coordenador: Verônica Lemes Pinto Berzuini

Observador: Miriam Santana Rocha Fernandes

Duração: 19h15 às 21h30.

2. Disposição espacial:**3. Características do grupo:**

Participante	Sexo	Idade (anos)	Estado civil	Escolaridade	Profissão
O1.P1	F	24	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
O1.P2	F	24	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora
O1.P3	F	25	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
O1.P4	F	23	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
O1.P5	F	33	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
O1.P6	F	22	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora
O1.P7	F	22	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
O1.P8	F	26	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora

FORMULÁRIO 2

ASSOCIAÇÃO DE REPERTÓRIOS

Associações com a palavra “risco”	Participantes								T
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. Cair	X	–	–	–	–	–	–	–	1
2. Sofrer	X	X	–	–	–	–	–	–	2
3. Perder	X	–	X	–	–	–	–	–	2
4. Medo	X	X	–	X	X	–	–	–	4
5. Chorar	X	–	–	–	–	–	–	–	1
6. Magoar	X	–	–	–	–	–	–	–	1
7. Ofender	X	–	–	–	–	–	–	–	1
8. Confundir	X	–	–	–	–	–	–	–	1
9. Abandono	X	–	–	–	–	–	–	–	1
10. Infelicidade	X	X	–	–	–	–	–	–	2
11. Ensinar coisas erradas	X	–	–	–	–	–	–	–	1
12. Amor	–	X	–	–	–	–	–	–	1
13. Insegurança	–	X	–	–	–	–	–	–	1
14. Angústia	–	X	–	–	X	–	–	–	2
15. Destino	–	X	–	–	–	–	–	–	1
16. Desafio	–	–	X	–	–	–	–	–	1
17. Barreira	–	–	X	–	–	–	–	–	1
18. Coragem	–	–	X	–	–	–	–	–	1
19. Sonho	–	–	X	–	–	–	–	–	1
20. Realização	–	–	X	–	–	–	–	–	1
21. Susto	–	–	–	X	X	–	–	–	2
22. Gravidez	–	–	–	X	–	–	–	–	1
23. Consequência	–	–	–	X	–	–	–	–	1
24. Arrependimento	–	–	–	X	–	–	–	–	1
25. Violência	–	–	–	X	X	–	–	–	2
26. Abuso sexual	–	–	–	X	–	–	X	–	2
27. Acidente	–	–	–	–	X	X	–	–	2
28. Morte	–	–	–	–	X	–	–	–	1
29. Doença	–	–	–	–	X	X	–	–	2
30. Prevenir	–	–	–	–	X	–	–	–	1
31. Cuidado	–	–	–	–	X	–	–	–	1
32. Doenças sexualmente transmissíveis	–	–	–	–	–	X	–	–	1
33. Drogas	–	–	–	–	–	X	–	–	1
34. Alcoolismo	–	–	–	–	–	X	–	–	1
35. Violência doméstica	–	–	–	–	–	–	X	–	1
36. Destruição familiar	–	–	–	–	–	–	X	–	1
37. AIDS	–	–	–	–	–	–	X	–	1
38. Perigo	–	–	–	–	–	–	–	X	1
39. Risco de vida	–	–	–	–	–	–	–	X	1
40. Riscar alguma coisa	–	–	–	–	–	–	–	X	1
41. Ver risco no chão	–	–	–	–	–	–	–	X	1
42. Riscar a parede	–	–	–	–	–	–	–	X	1
43. Correr risco de apanhar	–	–	–	–	–	–	–	X	1
44. Arriscar a vida por alguém da família	–	–	–	–	–	–	–	X	1
45. Arriscar alguma coisa como jogo	–	–	–	–	–	–	–	X	1

Associações por tipo de risco	Participantes								T
	1	2	3	4	5	6	7	8	
<i>Risco negativo</i>									
– sofrer	X	X	–	–	–	–	–	–	2
– peder	X	–	X	–	–	–	–	–	2
– medo	X	X	–	X	X	–	–	–	4
– chorar	X	–	–	–	–	–	–	–	1
– magoar	X	–	–	–	–	–	–	–	1
– ofender	X	–	–	–	–	–	–	–	1
– abandono	X	–	–	–	–	–	–	–	1
– infelicidade	X	X	–	–	–	–	–	–	2
– angústia	–	X	–	–	X	–	–	–	2
– barreira	–	–	X	–	–	–	–	–	1
– morte	–	–	–	–	X	–	–	–	1
– destruição familiar	–	–	–	–	–	–	X	–	1
– perigo	–	–	–	–	–	–	–	X	1
– risco de vida	–	–	–	–	–	–	–	X	1
– ensinar coisas erradas	X	–	–	–	–	–	–	–	1
– confundir	X	–	–	–	–	–	–	–	1
<i>Risco positivo</i>									
– desafio	–	–	X	–	–	–	–	–	1
– realização	–	–	X	–	–	–	–	–	1
– sonho	–	–	X	–	–	–	–	–	1
– coragem	–	–	X	–	–	–	–	–	1
<i>Risco: saúde/doença</i>									
– gravidez	–	–	–	X	–	–	–	–	1
– doença	–	–	–	–	X	X	–	–	2
– prevenir	–	–	–	–	X	–	–	–	1
– DST'S	–	–	–	–	–	X	–	–	1
– AIDS	–	–	–	–	–	–	X	–	1
– cuidado	–	–	–	–	X	–	–	–	1
<i>Práticas de risco</i>									
– drogas	–	–	–	–	–	X	–	–	1
– alcoolismo	–	–	–	–	–	X	–	–	1
<i>Risco social</i>									
– violência	–	–	–	X	X	–	–	–	2
– violência doméstica	–	–	–	–	–	–	X	–	1
– abuso sexual	–	–	–	X	–	–	X	–	2
<i>Risco: perda/afeto</i>									
– amor	–	X	–	–	–	–	–	–	1
– destino	–	X	–	–	–	–	–	–	–
<i>Risco incerteza</i>									
– insegurança	–	X	–	–	–	–	–	–	1
– correr riscos de apanhar	–	–	–	–	–	–	–	X	1
– arriscar alguma coisa como jogo	–	–	–	–	–	–	–	X	1
– arriscar a vida por alguém	–	–	–	–	–	–	–	X	1
<i>Risco acidente</i>									
– cair	X	–	–	–	–	–	–	–	1
– acidente	–	–	–	–	X	X	–	–	2
<i>Outros</i>									
– susto	–	–	–	X	X	–	–	–	2
– consequência	–	–	–	X	–	–	–	–	1
– arrependimento	–	–	–	X	–	–	–	–	1
– riscar alguma coisa	–	–	–	–	–	–	–	X	1
– ver risco no chão	–	–	–	–	–	–	–	X	1
– riscar a parede	–	–	–	–	–	–	–	X	1
Total	11	7	6	7	9	5	4	8	57

Situações de risco	Participantes
<p>Relação familiar:</p> <p><i>Tive medo de ser mãe e não souber educar e cuidar.</i></p> <p><i>Risco de dar uma educação ruim para a minha filha.</i></p> <p><i>Risco de como agir e o que fazer agora que ficamos sozinhos, de como enfrentar essa situação que é tão dolorido. Será que eu vou educar a minha filha como se deve. Será que eu educar bem.</i></p>	<p>O1.P1</p> <p>O1.P3</p> <p>O1.P3</p>
<p>Risco como oportunidade:</p> <p><i>Mesmo assim eu estou muito feliz porque hoje têm filho já realizei o meus sonhos de terminar a minha faculdade.</i></p> <p><i>Risco de não chegar a ter faculdade e a pergunta de será que eu vou ser feliz? e será que a felicidade vai durar ?</i></p> <p><i>Situações: quando criança eu passei risco de atravessar o campo onde tinha muito animais bravos, pois não tinha cerca, mas tinha que arriscar para poder estudar.</i></p> <p><i>De não me acostumar na cidade, para estudar eu tinha medo de não me adaptar aos colegas novas.</i></p>	<p>O1.P2</p> <p>O1.P4</p> <p>O1.P2</p> <p>O1.P5</p>
<p>Saúde/doença:</p> <p><i>Filho ficou doente fiquei com medo que não melhorasse.</i></p> <p><i>Risco de morte, por causa de uma doença.</i></p> <p><i>Tive uma doença muito grave que era emorragia, pelo nariz, mas com ajuda dos médico recuperei a minha saúde.</i></p> <p><i>Situação foi depois de casada, que o meu primeiro parto foi cesariana para poder ter a minha primeira filha.</i></p> <p><i>Risco de gravidez indesejado e DST. Desde criança eu sempre tenho medo de que uns das minhas irmã, engravida e não saber porque. DST tem muitos na aldeia. Tenho muito medo de que elas peguem mesmo que se cuidam e adolescente não sabe o que faz.</i></p> <p><i>Risco de engravidar sem planejar</i></p> <p><i>Eu como futuras professoras eu vejo na minha comunidade dentro da aldeia. Tem essa situação para resolver sobre as drogas, alcoolismo, estupro, saúde para evitar esse acontecimento.</i></p>	<p>O1.P5</p> <p>O1.P4</p> <p>O1.P5</p> <p>O1.P5</p> <p>O1.P7</p> <p>O1.P3</p> <p>O1.P1</p>
<p>Perder ente querido:</p> <p><i>Risco do meu pai quase morreu aos 5 anos de idade, medo de perder eles.</i></p> <p><i>Saudade de alguém que se foi a muito tempo.</i></p> <p><i>Risco de ficar sem mãe e sem pai, de como será a vida sem eles.</i></p> <p><i>Risco de perder alguém da família.</i></p> <p><i>Chorar, sofrer, apanhar, ter medo de acontecer alguma coisa com a família ou perder a família.</i></p>	<p>O1.P5</p> <p>O1.P6</p> <p>O1.P6</p> <p>O1.P6</p> <p>O1.P8</p>
<p>Risco social:</p> <p><i>Risco de abuso sexual. Desde criança tinha medo de ser estuprada porque eu morava longe da escola.</i></p> <p><i>Correr risco de ser violentada, pela própria família. Maltratar.</i></p>	<p>O1.P7</p> <p>O1.P2</p>
<p>Práticas de risco:</p> <p><i>Risco de entrar no mundo da droga. Eu tenho medo que a minhas irmãs entre no mundo da droga, elas ainda são menor de idade, mas convivem com pessoas que é usuário.</i></p>	<p>O1.P7</p>

TRANSCRIÇÃO DA DISCUSSÃO

Segunda atividade: memórias de situações em que as pessoas se sentiram “em risco”.

Coordenadora: — Agora pensando nas situações em que vocês escreveram, vamos conversar um pouco. Quem de vocês gostaria de estar falando de uma situação?

O1.P6: — Medo de ficar sem mãe e sem pai?

Coordenadora: — Vocês acham que esse medo é um risco?

O1.P7: — Eu acho que sim né, porque você sabia que isso ia acontecer, mas você não está preparado para isso.

(Silêncio.)

Coordenadora: — Alguém mais gostaria de estar falando sobre uma situação envolvendo risco?

O1.P6: — A minha gravidez [risos], eu não esperava que isso ia acontecer comigo né mais, apesar de eu gostar muito dele só que eu não tava preparada para ser mãe ainda, porque eu achei que, sei lá eu deveria ter amadurecido mais um pouco e ter dado um futuro melhor para ele e agora que ele já tá né tenho que dar o melhor para ele né.

Coordenadora: — Alguém mais gostaria de estar falando?

O1.P5: — Eu tive a minha criança com 20 anos né, só que eu não esperava que fosse ter ela de parto cesariana né, então isso me deixou preocupante né, porque eu esperava ter o parto normal. Hoje eu tenho três filhos e é isso eu tive medo desse parto.

O1.P7: — Eu também tive uma gravidez indesejada né é porque a minha filha foi assim de repente né, porque a gente tava se prevenindo, eu tava tomando remédio, só que era comprimido né e acho que não sei né o que aconteceu, daí quando vi né que eu fui fazer o exame, ela já tava lá, eu não tava preparada, num sei eu não queria acreditar naquilo que estava acontecendo comigo sabe? Mais foi passando o tempo né eu tinha que me acostumando com isso, eu não sabia o que fazer eu estava desesperada sabe, a minha mãe brigava comigo, meus pais pior ainda né, então aquilo foi inesperado pra mim, achei que isso não ia acontecer porque eu tava tomando remédio, tava se prevenindo para não acontecer isso né, mas aconteceu, não dá mais para mudar.

Coordenadora: — Você teve apoio do pai da criança?

O1.P7: — Também não, não tive, foi difícil pra mim porque a minha mãe não me aceitava mais e o meu pai, ninguém da minha família e ele foi pior ainda não podia nem falar, foi difícil, eu ficava nos cantos chorando sem saber o que ia fazer, não tinha ninguém sabe sumiu, nem sei pra onde foi, como, fiquei sozinha mesmo, mas eu tentei né, já que tava com uma vida dentro de mim, eu tinha que lutar, porque se eu tirar a minha vida, eu vou tirar a vida do bebê que tava dentro de mim, do filho que eu to esperando, então aquilo me dava força, meu Deus foi difícil, foi muito difícil pra mim! Porque eu chegava e falava com o pai da minha filha, e ele fala eu não quero saber e eu chorava indo pra casa, chegava lá em casa a mãe não queria saber de mim, ela bem longe daqui ela falava pra mim, então eu fui na casa da mãe dele né e graças a Deus ela me aceitou né e me ajudou muito, só ela também né, mas os outros não. Depois que a minha filha nasceu aí ele e a minha mãe, meus pais aceitaram ela né, todo mundo alegre fazendo a festa né. Então aquilo mudou a minha vida sabe, mas também eu aprendi a enfrentar sabe, aprendi que por um filho a gente tem que fazer de tudo, que a gente é capaz de tudo sabe, acho que foi difícil, foi muito difícil. Eu amo a minha filha e tudo o que eu faço agora, se eu to estudando, trabalhando é tudo por ela, ela é a minha razão de viver.

Coordenadora: — Alguém mais?

O1.P6: — Risco de perder alguém. Eu tive o meu irmão que faleceu, que a gente não esperava que

isso fosse acontecer com nós né, com a nossa família, porque ele tava doente, só que a gente achou que ele ia superar isso né, e ele foi para o hospital em Campo Grande, e ele faleceu e no mesmo dia o meu filho nasceu, quando eu sai do hospital, a minha mãe pediu que eu ligasse no hospital em Campo Grande pra ver como ele tava e aí eu liguei e a moça disse que ele tinha morrido e eu não sabia como que eu ia contar pra minha mãe. Daí a minha mãe perguntou se ele tava vindo eu falei que tava, mais eu não falei como, a única pessoa que ele esperou para morrer foi o meu pai [choro], foi assim muito triste porque ele pediu para o meu pai, aí o meu pai foi e aí ele só tava esperando o meu pai para morrer, aí o meu pai tava junto e o meu pai tava com o óbito dele, eu saí assim de perto da minha mãe, porque eu ainda tava doente de parto, e eu não sabia como contar pra minha mãe, aí falaram que ele morreu de leucemia e foi uma coisa que a gente não esperava [choro].

Coordenadora: — Qual era a idade dele?

O1.P6: — 41 anos, ele era assim um dos irmãos mais querido por todos nós.

Coordenadora: — Tem quanto tempo que isso aconteceu?

O1.P6: — Tem um ano.

(Silêncio.)

Coordenadora: — Quem mais gostaria de estar falando sobre uma situação de risco?

O1.P1: — Eu coloquei assim: tive medo de ser mãe e não saber educar, tive medo de me relacionar e não desse certo.

O1.P7: — As vezes você planeja filho né, mas você não sabe como vai educar aquela criança e você tem que saber educar aquela criança, eu falo muito pra minhas irmãs, ela ta convivendo com pessoa que é usuária de droga, eu eu sei lá, talvez ela até ta mexendo com aquilo, mas faz sem pensar, pra ela tudo né é um mar de rosas né, pra ela né, mas pra nós que ta no lugar dela né, não é assim né, como ela faz as coisas pra gente sabe, ela faz coisa sem pensar, depois vem a consequência né aí que ela vê que tava né, agora são duas irmãs né que ta saindo por aí, as duas são de menor de idade né uma de dezessete e a outra de quinze né.

O1.P4: — Eu casei assim com 12 anos aí eu fiquei com ele nove anos e daí graças a Deus não deu certo [risos geral], casei assim porque a minha mãe assim, os antigos né eram assim né, a minha mãe né nunca aconselhava né ah vocês tem que estudar, não pode casar cedo né assim né, era assim né qualquer coisa que a gente fazia que não é certo já fala ah eu vou mandar vocês casarem com velho.

(Risos geral e vozes dizendo: É verdade!)

O1.P6: — Só que o meu pai já é diferente né, não casa pelo amor de Deus [risos geral], porque homens de hoje em dia só querem aproveitar.

O1.P7: — Ah eu já falo para as minha irmãs, já que vocês querem sair a noite, porque vocês não casam com aposentado [risos geral].

O1.P1: — A minha avó foi muito rígida com as filhas né, o primeiro pretendente que aparecia casava, já comigo não né, ela falava que tinha que aproveitar a vida, saber se divertir, ela falava pra gente se diverte, mas eu não queria me divertir [risos], a minha irmã era diferente né, daí a minha mãe já assim explicava as coisas pra gente né o que era um casamento né, o que é um homem, o que é ter filho também, nessa parte tudo ela falava pra gente né e vejo que muitas mães não falam isso né. Quando eu trabalhei como agente de saúde eu falo pra mães isso né, que pelo menos educassem as meninas desde pequeninha né, explicar o que realmente é, explicar pra vida mesmo, porque lá, as vezes antes, a mãe entrega a filha antes dos doze anos já, você tem que casar já, é pra você ser mãe.

O1.P7: — A primeira menstruação, depois disso podia ficar grávida.

O1.P1: — Daí hoje, muitas eu falo assim, eu vejo assim minha avó fala né, essa é pra casar mesmo né, e hoje né a própria juventude de hoje né, ta desvalorizando muito a juventude deles né, sai, bebe, briga, começa a fumar droga né, e a gente tinha liberdade sem essas coisas né, a rigidez era severa com a gente né, mas assim, na nossa liberdade não podia fazer essas coisas né, hoje não muitos pais deixam

a liberdade e a juventude abusa demais, não obedece mais os pais, as vezes o pai e a mãe bebe e o adolescente vai crescendo, falando porque que eu não vou beber também né, se o meu pai e a minha mãe bebe, as vezes você vai lá na casa e a criancinha tá bebendo junto também e isso é muito triste. E antes o casamento mesmo né, os homens podia ter quatro, cinco mulheres né, assim é que a minha mãe e avó contava né [risos], mas hoje a gente espera que seja fiel pelo menos né [risos].

O1.P7: — É porque nós mulheres exige mais agora né, hoje as mulheres são agora assim né e antes era assim, antes né as mulheres aceitavam aquilo e agora não, nós que estamos hoje aqui né, somos professoras e estudantes, a gente não, não, não engoli isso, não aceita aquilo sabe, se o homem chega e fala para mulher tem que ser assim, a mulher já fala não, não é assim, é assim [risos].

O1.P1: — Porque os nossos pais sempre ensinaram que a mulher tem que ser submissa ao homem né, que a mulher não pode falar nada que o homem fica bravo, não pode sair ali que o homem fica bravo e hoje nós mulheres temos que lutar pelos direitos da gente, porque na aldeia a violência é muito grande também né, a mulher bate no homem também [risos] por não agüentar as vezes, realmente está sendo uma violência com bebida também, está sendo uma tristeza muito grande. Com isso as vezes a mulher vai com nenezinho né, e o marido acerta a criança também né, acontece tudo isso. Os idosos também né, hoje a gente vê muitos idosos dentro da bebida também né e antes a gente valorizava muito eles né, pelo menos quando eu era criança meus avós contavam muitas histórias pra gente né, muitas lendas e hoje a gente vê muitos idosos que tá se perdendo na bebida também né, eles mesmos se acham incapazes de passar as coisas pra gente e ficam assim, tímido eu falo, sem passar o que eles viveram pra gente né, eles mesmos se desvalorizam e as vezes os próprios jovens não querem saber dos idosos, hoje em dia as coisas estão tudo mudando com consequência tão forte né, assim sem a gente esperar também as coisas entram lá na aldeia assim sem a gente perceber, as coisas já estão acontecendo né, igual as drogas né, muitos falavam que não existiam né nas aldeias, como a gente tá perto das aldeias isso entrou assim de uma hora só, hoje a gente vê os adolescentes, os alunos nas escolas usando drogas, levando faca, a gente tá vendo que muitos que tá dentro deveria agir contra isso e podia dar pelo menos uma liderança para os professores né, não agredir os alunos né, isso que é muita consequência muito grande, agora pra gente em relação a tudo isso a vida da gente mudou, tanto na convivência né, quanto no casamento [risos], nos filhos né o que a gente viveu, nossos filhos não tá vivendo mais, hoje eu falo pro meus tios né, a gente tem que registrar os idosos né, mostrar como que foi né, como que eles viviam, como a gente viveu, como era a nossa casa, hoje a maioria tá construindo de alvenaria, de sapé mesmo não surge mais, energia, agora DVD.

O1.P7: — Energia elétrica, DVD, som [risos].

O1.P1: — Mesmo que a gente tenha segurar, as crianças vem aqui e comprem só filme de terror, a gente vai passar desenhos e eles ah a gente não quer assistir desenhos, a gente quer filme de terror, eu falo assim como educadores hoje né, uma coisa que a gente que trabalhar né nas escolas, educar eles né, as vezes eu senti assim esses meses que eu tô na escola né que as vezes até a própria família tá desestruturada né, não tem mais aquela família unida, o pai e a mãe junto né, as vezes o avô bebe também e a mãe junto, as vezes a criança vai na escola porque a professora é colega e amiga dele né, confia.

O1.P6: — Você pergunta pra uma criança o que ela quer ser quando crescer e ela fala assim trabalhar na usina e chegar e beber, eles pensam assim, você pergunta o que eles querem ser no futuro, eu quero ser igual o meu pai, o meu tio, eles não falam quero estudar, quero ser alguém, eles falam eu quero ir pra usina é isso.

O1.P1: — Eles chegam da usina, e eles levam dez, quatro caixas de Vô Kiko e Jamel, acaba o dinheiro e eles se matam bebendo e fica aí de táxi pra lá e pra cá.

O1.P7: — E ainda você vê uma placa lá, é proibido vender bebida alcoólica para o indígena, mentira todos vendem [risos].

Terceira atividade: *É possível prevenir riscos?*

Coordenadora: — Que tipos de riscos vale a pena correr?

O1.P6: — risco de ser feliz [risos], tem que tentar né.

O1.P7: — Buscar o sonho.

O1.P4: — Ter alguma coisa na vida.

O1.P1: — Buscar aquilo que você pretende e executar ao mesmo tempo, fazer as coisas acontecer.

(Silêncio.)

Coordenadora: — Que tipos de riscos vale a pena prevenir?

O1.P7: — Engravidar, pegar doenças sexualmente transmissíveis.

O1.P1: — AIDS, obesidade.

(Silêncio.)

Coordenadora: — Pensando nas situações em que vocês se sentiram em risco, o que seria prevenção?

O1.P6: — Cuidar.

O1.P1: — pensar nas conseqüências.

O1.P7: — Pedir conselhos de alguém mais velho que você.

O1.P1: — Pedir ajuda, buscar apoio.

(Silêncio.)

Coordenadora: — Pensando em saúde reprodutiva, o que pode ser considerado riscos e quais os tipos de riscos que deveriam ser prevenidos?

O1.P1: — Ter filho sem planejamento.

O1.P7: — Violência doméstica.

O1.P6: — Abuso sexual.

O1.P7: — Ter filho muito cedo.

O1.P6: — Gravidez precoce.

O1.P1: — Aborto.

(Silêncio.)

O1.P1: — Família sem planejamento e violência doméstica, as vezes a mulher não fala para as autoridades. A justiça não ajuda, os policiais falam que não podem entrar na aldeia porque, tem que ser a Policia Federal, a gente chega aqui a Policia Civil não pode ir lá, eu acho que na cidade a gente tem que mudar isso também né, pra mulher, eu sei que tem a lei que fala dos direitos iguais, só que no município é difícil a gente ver alguém que faça esse papel mesmo é difícil, a gente vai denuncia, ah e o homem fala a gente não pode prender porque é índio.

O1.P7: — A gente vê que o Conselho Tutelar não faz nada, a FUNAI não faz nada também, então fica por isso mesmo.

OFICINA 2 - PLANEJAMENTO FAMILIAR

1. OBSERVAÇÕES GERAIS

Número de participantes: de 5 a 12 pessoas.

Tempo mínimo previsto: 2 horas.

Material necessário: canetas, formulários para registro, folhas de papel em branco, tiras de papel, lousa (cartolina ou *flip chart*) e canetas hidrográficas ou giz, gravador, pilhas e fitas. Se possível, providenciar um lanche.

Convite aos participantes: ao fazer o contato inicial com os participantes, explicar os objetivos da oficina, conforme explicitado no Termo de Consentimento Informado, enfatizando a necessidade de uso de gravador para registro das discussões para fins de análise.

Consentimento informado: antes de iniciar a oficina, explique novamente os objetivos e solicite que os participantes assinem o Termo de Consentimento.

Trabalho em dupla: como o potencial de mobilização da oficina é alto, é aconselhável que a condução dos grupos seja feita em dupla, de preferência com algum profissional que tenha experiência com atividades de grupo.

Ajuda a quem não escreve: é necessário definir procedimentos para os casos em que as pessoas não têm facilidade de escrever. Nesses casos, podemos oferecer ajuda, por isso, também, é importante garantir a presença de um observador.

Ambiente confortável: é aconselhável realizar o grupo em ambientes informais, de preferência com os participantes e pesquisadores sentados no chão. No caso de preferir sentar à volta de uma mesa, sugerimos que todos possam se ver e que haja espaço para os participantes se movimentarem e levantarem para mudar as tiras de papel, fato que ocorre com frequência.

Linguagem adequada ao grupo: como vamos trabalhar com populações muito diferentes, não dá para padronizar a linguagem. Fica “artificial”. Mas, é importante padronizar os procedimentos.

Limites de cada um: cabe frisar que nenhum participante deve ser forçado a revelar as situações de risco vivenciadas. A revelação deve ser voluntária. Isso deve ser reiterado tantas vezes quanto parecer ser necessário.

Atenção à duração dos exercícios: os participantes tendem a se estender nas discussões. Portanto, é importante estar atento ao tempo previsto para cada exercício.

Registros necessários: vale lembrar que as oficinas têm duplo papel: 1) são intervenções visando a sensibilização para os riscos da vida cotidiana; e 2) são instrumentos de coleta de dados. Por isso, é importante o registro das informações, assumindo estas várias formas:

- a) Formulário 1: registro de informações sobre os participantes;
- b) Formulário 2: registro dos repertórios associados a expressão Planejamento Familiar (Atividade 1);
- c) Gravação das discussões (Atividade 2); e
- d) Observações gerais sobre a dinâmica do evento (papel do observador).

2. PROCEDIMENTOS

Apresentação.

Atividade 1. Associação de repertórios com expressão Planejamento Familiar.

Atividade 2. Conversando sobre o Planejamento Familiar.

APRESENTAÇÃO

Tempo previsto: 15 minutos

Em primeiro lugar, disponha os participantes em círculo, de modo que todos possam se ver e ouvir.

Coordenadores – apresentar os dois coordenadores (se necessário).

Objetivo – Identificar as associações de repertórios com a expressão: Planejamento Familiar.

Procedimento – Explicar que a oficina está dividida em duas atividades

Autorização para gravar – falar da dupla função da oficina (pesquisa e sensibilização) e conseqüente necessidade de gravar. Pedir permissão e explicar que o material será tratado de forma a garantir sigilo.

Assinatura do Termo de Consentimento – explicar que a conduta ética em pesquisa com seres humanos requer a explicitação dos objetivos e a assinatura de um Termo de Consentimento para assegurar que os participantes entenderam os objetivos e os procedimentos. Distribuir uma cópia para cada pessoa, dando tempo para a leitura individual (ou grupal, se os participantes preferirem).

Apresentação dos participantes – verificar se todos os participantes se conhecem. Caso contrário, fazer uma breve apresentação de cada um (por exemplo, primeiro nome e profissão).

PRIMEIRA ATIVIDADE

ASSOCIAÇÃO DE REPERTÓRIOS COM A EXPRESSÃO: PLANEJAMENTO FAMILIAR

Material: papéis em branco e canetas.

Tempo previsto: 20 minutos.

Instruções:

- Em primeiro lugar, distribua uma folha de papel e uma caneta para cada integrante. Depois diga as seguintes instruções:

1.	<p>Livre associação:</p> <p>Escreva neste papel a expressão: planejamento familiar.</p> <p>Agora, escreva abaixo todas as palavras que vêm à sua cabeça quando se fala essas palavras.</p> <p>Quando você sentir que as palavras não estão saindo naturalmente, pode parar. Não se importe com o número de palavras que você escrever.</p>
Tempo previsto: 10 minutos.	

2.	<p>Listar associações:</p> <p>Agora, vamos fazer uma lista de todas as palavras que surgiam de modo a identificar as associações mais frequentes.</p>
Tempo previsto: 10 minutos.	
<p>Obs.: um (a) coordenador (a) escreve as associações numa lousa, quadro, cartolina ou em <i>flip chart</i>, de modo que todos os integrantes possam ver as palavras, enquanto o outro observador anota as palavras no <i>formulário 2</i>.</p>	

3.	<p>Alertar para a diversidade:</p> <p>Ao final, comente que, como podemos observar a partir da variedade de palavras que o grupo produziu, fica claro que não existe uma definição única, nem a mais correta, mas que, como muitas outras, planejamento familiar é uma expressão com múltiplos sentidos.</p>
-----------	---

SEGUNDA ATIVIDADE

CONVERSANDO SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR

Tempo previsto: 45 minutos.

Instruções:

- As perguntas abaixo visam propiciar a discussão sobre planejamento familiar. Faça as perguntas, uma por vez, gravando toda a discussão.

1.	Planejamento familiar: ter mais ou ter menos filhos?
Tempo previsto: 10 minutos.	

2.	Falar em planejamento familiar é algo novo? Como era antes?
Tempo previsto: 10 minutos.	

3.	O que dizem homens e mulheres quando se fala em planejar o número de filhos para mais ou para menos?
Tempo previsto: 10 minutos.	

4.	Quais os métodos utilizados para evitar a gravidez? E quais são os métodos utilizados para ajudar a ficar grávida?
Tempo previsto: 10 minutos.	

5.	Que outras pessoas que não são da comunidade, falam sobre o planejamento familiar? E o que falam?
Tempo previsto: 10 minutos.	

Encerre a oficina perguntando o que as pessoas acharam dos exercícios e da dinâmica. Verifique se alguém ficou por demais mobilizado e dê atenção especial a esta pessoa.

REGISTROS DA OFICINA

FORMULÁRIO 1

DESCRIÇÃO DO GRUPO

Data: 14/6/2007

Horário: 19h15

1. Identificação:

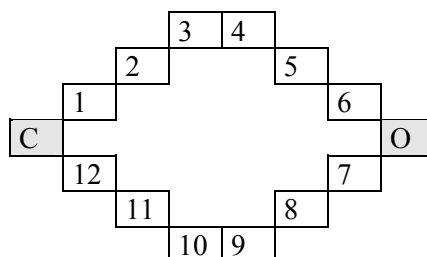
Grupo: Universitárias da Etnia Indígena Guarani-Kaiowá.

Local: FIAMA.

Coordenador: Verônica Lemes Pinto Berzuini.

Observador: Miriam Santana Rocha Fernandes.

Duração: 19h15 às 22h.

2. Disposição espacial:**3. Características do grupo:**

Participante	Sexo	Idade (anos)	Estado civil	Escolaridade	Profissão
O2.P1	F	24	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
O2.P2	F	33	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
O2.P3	F	22	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora
O2.P4	F	23	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
O2.P5	F	22	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora

FORMULÁRIO 2

ASSOCIAÇÃO DE REPERTÓRIOS

Associação com a expressão “planejamento familiar”	Participantes					T
	1	2	3	4	5	
1. Planejar	X	–	–	–	X	2
2. Discutir	X	–	–	–	–	1
3. Organização	X	–	–	–	–	1
4. Respeito	X	–	–	–	–	1
5. Cuidado	X	–	–	–	–	1
6. Carinho	X	X	–	–	X	3
7. Amor	X	–	–	–	–	1
8. Responsabilidade	X	–	–	–	–	1
9. União	X	–	–	–	X	2
10. Afeto	X	–	–	–	X	2
11. 1Compreensão	X	–	–	–	–	1
12. Compromisso	X	X	–	–	–	2
13. Esperança	X	–	–	–	–	1
14. Felicidade	X	–	–	–	–	1
15. Planejar quantos filhos o casal querem ter	–	X	–	–	–	1
16. Cuidados com os filhos	–	X	–	–	–	1
17. Perguntas	–	X	–	–	–	1
18. Dificuldade	–	X	–	–	–	1
19. Dever	–	X	–	–	–	1
20. Abandono	–	X	–	–	–	1
21. Despesa	–	X	–	–	–	1
22. Gravidez planejada	–	–	X	–	–	1
23. 23. Gravidez inesperada	–	–	X	–	–	1
24. Conversar sobre as questões de planejamento familiar	–	–	X	X	–	2
25. Planejar união, amor e carinho	–	–	–	–	X	1
26. Organização familiar	–	–	–	–	X	1
27. Desestruturação familiar	–	–	–	–	X	1

Planejamento familiar como sentido de	Participantes					T
	1	2	3	4	5	
<i>Conversar</i>						
– planejar	X	–	–	–	X	2
– discutir	X	–	–	–	–	1
– organização	X	–	–	–	–	1
– cuidado	X	–	–	–	–	1
– responsabilidade	X	–	–	–	–	1
– compreensão	X	–	–	–	–	1
– compromisso	X	X	–	–	–	2
– planejar quantos filhos o casal querem ter	–	X	–	–	–	1
– cuidado com os filhos		X	–	–	–	1
– perguntas	–	X	–	–	–	1
– dever	–	X	–	–	–	1
– gravidez planejada	–	–	X	–	–	1
– gravidez inesperada	–	–	X	–	–	1
– conversar sobre as questões de planejamento familiar	–	–	X	X	–	2
– organização familiar	–	–	–	–	X	1
<i>Afeto</i>						
– respeito	X	–	–	–	–	1
– carinho	X	X	–	–	X	3
– amor	X	–	–	–	–	1
– afeto	X	–	–	–	X	2
– esperança	X	–	–	–	–	1
– felicidade	X	–	–	–	–	1
– união	X	–	–	–	X	2
– planejar união, amor e carinho	–		X	X	–	2
<i>Dificuldade</i>						
– dificuldade	–	X	–	–	–	1
– abandono	–	X	–	–	–	1
– despesa	–	X	–	–	–	1
– desestruturação familiar	–	–	–	–	X	1
Total	14	9	4	2	6	35

TRANSCRIÇÃO DA DISCUSSÃO

Segunda atividade: conversando sobre o Planejamento Familiar.

Coordenadora: — Para vocês Planejamento Familiar é ter mais ou ter menos filhos?

O2.P1: — Eu vejo assim, que o planejamento familiar na aldeia realmente é ter menos filho mesmo, a gente já pensa mais nos gastos né que vai ter, porque antes a comunidade, a gente vê que tinha bastante filhos, e eu vejo assim que hoje realmente é ter menos filhos, a minha mãe mesmo fala que teve bastante filho, até a mulher começa a ter mais força para ter bastante filhos, que antes elas tinha até dezesseis filhos assim, não sentia dor, não sentia nada, era forte a mulher, hoje não, em casa a gente já sente a diferença da família do antes e do agora né.

O2.P2: — Eu mesmo professora em casa a minha mãe teve sete filhos, agora eu tenho três.

O2.P5: — Eu queria um casal, mas do jeito que ta as despesas, agora não, porque com esse uma que eu tenho sabe, sozinha também não dá certo, então sabe como é que eu vou ter mais um que ta me dando despesa, acho que só um já dá.

O2.P1: — Eu penso assim né, quando eu quis ter o meu né, eu pensei bastante né, se é isso mesmo que eu quero, será que o meu marido ia querer também né [risos] eu pensava né, só que graças a Deus deu tudo certo, e ta sendo muito difícil principalmente porque a gente trabalha e a gente chega do trabalho e já ta aqui de noite e daí a gente chega e não sabe se ele come direito ou não, então isso é muito difícil, por isso, esse é um outro motivo pra gente ter apenas um, igual a Mara fala, um filho ou dois filhos só, por causa de tempo que a gente não tem quase pra eles, até por isso eu mesmo optei sair da FUNASA né, porque eu não tinha tempo eu via mesmo que na minha gravidez foi difícil né e eu era recém casada, também era outra situação, o filho leva a gente escolher as coisas que tem que escolher por causa deles também né, o bem estar deles também né.

O2.P5: — Eu mesmo, não é porque eu não quero ter mais criança ou porque é muita despesa, é que eu fui traumatizada também [risos] sei lá eu tenho medo do parto sabe, porque dói, o doutor falou assim daqui uns anos você vai ter mais um né, aí eu falei pra ele assim, eu não, ele falou, não a mulher tem que ter três filhos para pagar o pecado porque quem fez o pecado foi a mulher, aí eu falei oh não fala mais isso pra mim não [risos] que eu não tenho não, que com essa daí eu já paguei todos os meus pecados, Deus me livre tudo de novo.

O2.P3: — Eu quero ter outro, depois que eu terminar a minha faculdade, vale a pena ter outro filho.

O2.P1: — O meu marido também mudou, antes não, para o homem você tem que ter filhos, tem que ter filhos né, hoje não até eles mudaram o pensamento deles, tem uns que falam não tem que se cuidar mesmo, tem uns que não, eu vejo assim na aldeia, as meninas tem filhos não porque elas querem, foi assim uma espontânea que eu falo né [risos], e quem acaba sofrendo é a criança hoje em dia. Eu falo para as minhas alunas, quando eu tinha a idade de vocês eu não sabia nada, eu era boba, eu fui conhecer as coisas depois dos dezessete anos já, antes eu era boba, agora não a gente já sabe, tem explicação dentro da escola, fora da escola né e mesmo assim acontece isso né, as vezes a menina aí engravida né sem pensar no que é ser uma mãe né; o que é uma responsabilidade cuidar de uma criança; o que a criança pode receber de você; isso ela nem imagina o que é, criança com criança; pensa que ter uma criança é igual a um objeto ou um animal, até um animal precisa de carinho de né; tem mulher que não ta nem aí quem acaba sofrendo é a criança acima de tudo. Até os homens também né vai ali abandona não ta nem aí, quem sofre é a mulher ou a família dessa mulher que ta cuidando, nem pergunta se ta precisando de alguma coisa; é assim eu acho que isso é uma responsabilidade muito grande quando a gente pensa em ter um ou dois ou mais, eu acho que isso é muito compromisso mesmo assim, quando a gente pensa né.

O2.P5: — A minha irmã mesmo com a criança dela, a minha mãe fala eu não vou pegar essa criança,

mas eu vou ajudar ela a cuidar pra ela aprender; mas ela não exige dela que cuida da criança pra ela aprender né.

O2.P1: — Eu falo assim né quando a minha mãe vem em casa, deixa eu ser mãe né, olha mas deixa eu ser mãe né, pra mim aprender né, porque quando você cuida né é diferente, eu quando vejo assim crianças jogadas [choro] mesmo que não seja meu parente eu acho muito triste, porque tem mães que abandonam seus filhos e eu acho que filho é a coisa mais importante pra gente [choro].

O2.P3: — Eu vejo assim que as mulheres na aldeia não planejam a gravidez; vem uma, vem outra, é tudo pequenininho, muita criança e não consegue cuidar. Eu vejo assim que quando eles vão na cidade, vai as crianças tudo pequenininho, pé descalço, a mãe com coisa em cima da cabeça e nos braços e outro na barriga [risos geral] é muito triste, eu fico até deprimida quando eu volto pra cá.

O2.P1: — Eu trabalhei muito com as famílias, e a gente vê as vezes a mãe ta bêbada né e a criança maiorzinha ta cuidando né, aí a criança ta engatinhando e vai lá mamar e isso aí é triste né e é chocante quando eu lembro disso; eu vivenciei muito as mães falando você não tem nada para dar pro meus filhos? As vezes a mãe brigando com o marido, falando o que vai ser dos meus filhos se eu largar dele? quem vai sustentar eles? E elas falam pra gente eu quero evitar ter filhos; eles falam pra gente né, e como eu vou fazer se as vezes o meu marido não concorda né?, ele só quer que eu tenha filho e a gente não conversa também!

O2.P4: — A esposa do meu cunhado já tinha uma filhinha de um ano e dois meses parece e a minha cunhada tava grávida de novo e ele falou é assim mesmo eu quero ver com barrigona, ficou linda assim [risos geral].

O2.P5: — Olha que o pessoal da FUNASA tão ajudando a prevenir, só que a doutora falou assim pra mim que o antropólogo parece que tava

O2.P1: — Incentivando a instituição indígena né, por isso que eu falo, por um lado os antropólogos são bons e por outro são péssimos pra gente. Eles levam mais pra questão que o índio vai acabar, só que quando eu participei num encontro de mulheres indígenas, muitas falam em planejamento familiar, daí as mulheres que tavam lá falaram que eles podem vir até com documentos, mas quem vai saber mesmo se quer ter filhos é a mulher; quem vai realmente lutar que elas realmente quer ter espaços também para as mulheres indígenas é as mulheres. Eu falo assim se elas não se organizarem e verem o que realmente elas querem vai continuar assim antropólogos dizendo para continuar tendo filhos, mas não é eles que tão sofrendo as consequências, aí a gente vê mais e mais a gente tendo filhos e onde a gente vai colocar o futuro deles também?, a criança com oito anos se drogando, não tem um espaço adequado pra mãe levar eles para esquecer, não tem esse espaço.

O2.P5: — Igual eu né, fui na farmácia que eu tomo a injeção pra não engravidar e aí eles falaram se a FUNASA souberem disso eles podem processar nós, mas eu falei assim eles podem fazer isso, se acontecer isso porque vocês não me avisam eu vou até ao fim, porque eu tenho que decidir o que eu quero, eu tenho o direito eu falei; eu vou até o fim nem que eu vá presa, mas eu enfrento.

Coordenadora: — Mas tem algum documento que diz que as mulheres indígenas tem que ter mais filhos e que elas não podem se prevenir?

O2.P1: — Não, não tem assim declarado, mas tem uma lei que a FUNAI baixou no ano retrasado dizendo que a mulher não podia fazer laqueadura, muito menos usar anticoncepcionais essas coisas, mas não diz se a gente quiser, porque quando a pessoa quer ela se responsabiliza por ela.

Coordenadora: — Mas no posto de saúde da aldeia tem anticoncepcionais?

O2.P1: — Tem, antes quando não tinha as mulheres compravam, eram cinco reais, seis reais, antes compravam, até os maridos delas comprava.

O2.P5: — Mas a enfermeira falou pra mim, que os anticoncepcionais também vai acabar, quando ela foi fazer o pré-natal com a minha irmã e eu perguntei pra ela né.

O2.P1: — Aí que eu falei que a gente tem que se organizar e mandar um documento dizendo que a gente precisa disso aí também.

O2.P5: — Essa idéia que ela falou de se organizar e ir atrás, vocês são professoras, vocês tem que ir atrás, essa enfermeira falou.

O2.P1: — Aqui a gente tem nosso conselho também que fala sobre a saúde, que se responsabiliza pela saúde indígena, se a gente se organiza levar um documento no conselho local, encaminhar para a secretaria da saúde também, que a gente tem o apoio das mulheres e levar até para o prefeito, porque isso eu não conversei mais desde que eu entrei como professora eu parei de mexer com essas coisas né, to até sentindo falta disso [risos], eu até tava conversando com o meu tio, que falta a gente fazer um movimento indígena aqui principalmente em Amambá que tem muita gente preconceituoso com as famílias, com as crianças, com os idosos, com tudo mesmo; a gente não vê uma valorização, eu não vejo isso, esses dia eu tava vendo na faculdade lá sobre questões indígenas, aí uma das que estuda com a gente né falou ah só tem sobre índio, do quarto ano, aquilo me doeu, aí uma outra aluna falou mas isso também é importante; a professora falou tem história né. Daí eu falei mesmo esses dia que é importante mesmo discutir planejamento familiar, discutir a questão indígena é muito bom e eu vejo muito aqui na cidade de Amambá muito preconceituoso.

Coordenadora: — Mas o que eles tem de preconceito?

O2.P1: — Sobre a situação social, que os índios só vem pedir as coisas; eu não vejo assim o índio trabalhar no comércio; trabalhar num, já pensa assim o índio ta ali só pra roubar; o índio só presta pra beber; pra se drogar; pra se prostituir; eu vejo assim.

O2.P3: — Os trabalhadores não são vistos.

O2.P1: — E hoje o Dr. César ta exigindo da própria FUNASA daqui, tem que ter o registro civil e tem que servir o quartel; o indígena aqui se quiser tirar algum documento, aí o Sérgio também participou e chamou o meu pai que conhece as leis de cor né, mesmo que não seja estudioso [risos] mas ele conhece, daí fizeram outro documento dizendo que não é obrigado; agora não tem nenhuma lei dizendo que é obrigado que o índio tem que estar no quartel.

O2.P3: — Eu vejo que os índios é maltratado pelas lojas, se o índio ta mal vestido, eles nem atende.

O2.P5: — Até pra tirar carteira de habilitação você tem que ter o registro civil se não, não tira; por isso que eu falo, o negócio ta feio pro nosso lado [risos].

(Silêncio.)

Coordenadora: — Vamos para a segunda questão, falar de planejamento familiar é algo novo? Como era antes?

O2.P3: — Eu acho que é, porque hoje a minha mãe fala pra nós né que ela não sabia como era por isso ela teve bastante filho.

O2.P2: — Isso é verdade mesmo a minha mãe teve sete filhos, só que ela já faleceu e ela falava que teve bastante filho porque não tinha esses remédios.

O2.P1: — A minha mãe já desde pequena falava pra nós né, explicava que quando ela era nova a minha avó obrigou ela casar, se não casava ia levar ela pra zona essas coisas e isso ela colocava isso muito pra gente né, que nós achasse um marido pelo menos que conversasse com a gente; o que a gente realmente quer; você tem achar um parceiro que converse, que realmente te entenda, ela falava pra gente.

O2.P2: — Que nem o meu marido né, ele sempre conta pra mim que ele não gosta de criança principalmente de menina assim, só que a primeira que eu tive foi a minha filha [risos geral].

Coordenadora: — Como ele reagiu quando ela nasceu?

O2.P2: — Ele cuidou, teve que cuidar só que ele falava que não gostava, quando ele era solteiro ele saia assim e quando ele vê assim ele tem raiva, porque eles eram assim em dois irmãos [risos].

O2.P3: — É verdade a maioria dos homens só querem guri, só mesmo, tem mais afinidade.

O2.P1: — Eu sentia que eu ia ter menina e eu falava pra ele eu sentia, aí ele falava se vier menina vai ser bem vinda também.

O2.P3: — Eu tive guri e as minhas duas irmãs tiveram gurias e eu vejo que o meu filho é muito mais querido pelos meus irmãos, todos eles gostam dele e já com as outras eles conversam, brincam, mas não é como o meu guri.

O2.P1: — É porque antes eu tava numa conferencia né e só tinha homem né e poucas mulheres, aí uma psicóloga que tava veio né com a doutora Zilda Arns da Pastoral e daí perguntou porque os homens indígenas dá pouco carinho pra menina né? Porque isso né ela perguntou? Daí um senhor lá da outra aldeia falou assim né, porque na nossa cultura a menina tem que ficar com a mãe e o guri pode ficar onde quiser porque se a menina ficar muito com o pai aí já pensam que o pai vai querer só abusar da menina né, já a sociedade vê isso, por isso que o pai não chegava muito assim pra dar carinho pra filha, por isso poucos homens chegam perto da menina. Eu vejo que deve ser isso, porque a distancia é muito grande né.

Coordenadora: — Mas vocês observam isso na cultura de vocês, na aldeia os homens tem esse distanciamento das meninas?

O2.P1: — Vixe tem, tem bastante, o meu pai mesmo nunca chegou assim a abraçar a gente, mas já a minha mãe dava carinho pra gente. Quando eu era adolescente só uma vez o meu pai conversou comigo, que ele veio conversar sobre namorado, eu só percebi o meu pai, quando esse dia ele conversou comigo, mas acho assim que muita distancia de todos os homens. Por isso que quando eu falo pro meu marido dá carinho pro meu filho né, porque eu não tive isso do meu pai e eu procuro falar isso pra ele né, porque a gente não teve isso. Principalmente os antigos, eu vejo assim essa conversa de planejar família a gente não tinha isso, porque não tinha essa conversa, hoje o meu pai e a minha mãe conversa mais depois que eles foram para Campo Grande, e esses dias a gente tava conversando, se é verdade que os índios fazem sexo em frente dos filhos né, que eles escutaram isso, muitos perguntam por causa disso, porque não conversavam, os antigos era muito frio mesmo.

O2.P3: — Eu acho importante os filhos ter quarto separado pra eles.

O2.P2: — Os meus filhos tem quarto separados pra eles.

O2.P1: — O meu avô fala branco é que faz isso [risos]. Eu acho que hoje em dia os adolescentes tão precisando de um pouquinho de planejamento familiar, tens uns que não estão nem aí, não pensam o que é uma família; tens uns que pensam, não eu quero ter uma família, a minha casa primeiro.

O2.P3: — A mulher é que toma a iniciativa primeiro, se a mulher tem que tomar remédio ela tem que procurar, porque o homem nunca vai chegar e falar pra ela você tem que se cuidar tal, o índio não fala. Eu já tive namorado branco, aí ele sempre me falava você tem que se cuidar ele falava pra mim, agora o índio não [risos] e quando eu tive esse namorado eu não engravidei, aí depois e fiquei com o índio eu engravidei [risos].

O2.P1: — A minha mãe já fala assim, o índio puro mesmo, ele não pensam em planejar, eles pensam em casar e ter filhos e filhos, e o índio que é misturado ele já pensa.

Coordenadora: — Mas o que é esse índio misturado?

O2.P1: — É a mistura de sangue, índio com branco, índio com paraguaí, índio guarani com kaiowá, porque na nossa aldeia nós somos misturados, eu por exemplo sou registrada como kaiowá, porque o meu pai era kaiowá, já a minha mãe era paraguaia, a minha mãe falava isso né, não sei porque eles falavam isso.

O2.P5: — Também eu acho que tá interferindo no cruzamento é a convivência com os brancos, é porque hoje na escola mesmo os alunos questionam porque isso e antes não.

O2.P1: — Até a mulher, hoje eu percebo que a mulher era mais submissa, mas eu sentia por o lado da minha mãe né, eu não quero assim uma família, assim eu quero expor as minhas idéias, eu pensava mais nesse lado quando eu pensei em ter uma família, que eu colocava assim: será que o homem que vai querer me mandar? [risos] eu pensava vai mandar até um certo ponto né, ter uma família assim né

que eu possa expor as minhas idéias né; o que eu quero fazer e o que eu não quero fazer, eu pensava nisso; porque a minha mãe falava isso, colocava isso na minha cabeça, você não deve deixar que um homem te domine, você tem que trabalhar, estudar, conhecer realmente as coisas, acho que isso eu colocava na minha cabeça; já a minha irmã era diferente né, eu falava assim, eu não vou ser igual a minha mãe né que aceitava as coisas; até o meu sobrinho fala assim você manda no teu marido; não é questão de mandar né, é questão de conversar, de expor o que eu acho, o que eu não quero, eu sempre coloquei isso pra mim né; quando eu viaja assim para encontro de mulheres eu perguntava assim pra elas que eram de mais idade, como era antes né, e elas davam conselhos né que antes era o homem que mandava, você não podia fazer nada, nem trabalhar, só cuidava dos filhos, só engravidava, só tinha que ir pra roça né, o marido fazia o que bem entendia e você não podia fazer nada, elas davam conselho pra mim e eu já levava isso na minha cabeça, nesses encontros de mulheres, muitas falavam que não conversavam com o marido, elas falavam eu nunca expus minha idéias, nunca senti o que, elas falam assim: as brancas sentem, elas tem prazer, elas falam muito sobre isso, uma vez eu perguntei né numa reunião aí eu perguntei né, tinha bastante senhoras assim, aí eu perguntei em relação a isso né, perguntei em guarani pra elas, e elas falavam o que é isso pra mim, elas falavam eu nunca senti isso, planejar, sobre ter relação sexual com o marido, elas falavam depende do homem, quando o homem quer a gente faz, quando ele não quer também não tá nem aí, aí eu percebi que eles não conversam e nem planejavam realmente sobre a família, e eu coloco pra eles né, que a mulher quer carinho né, quer atenção, e o homem índio é muito frio, eu coloco pra eles né [risos] é muito frio né, eles podem até sentir, mas eles não fazem igual o homem branco te abraçar isso é muito difícil.

O2.P3: — Eles não demonstram o carinho principalmente na frente dos outros, eles tem vergonha, acho que eles são muito frios.

Coordenadora: — O que dizem homens e mulheres quando se fala em planejar o número de filhos para mais ou para menos?

O2.P1: — Se dependesse dos homens, eu vejo assim, antigamente pode até ser mais mesmo, não tá nem aí pra mulher mesmo, eu vejo assim. Quando eles não quisessem ter mais filhos com a mulher principal, eles iam engravidar as outras, isso era quando eu me cuidava pra não ter mais filho e tomava remédio caseiro, pra ele isso era parece uma potencia ter filhos. Hoje eu vejo assim os parentes do meu pai né, os homens né machistas mesmo porque a mulher tem que ter filhos, só assim ela é mulher, se a mulher não quiser ter filhos, ou querer se exhibir, se arrumar, sair, já pensa ou vai abandonar eles ou vai achar outro. E agora a gente conversa com as mulheres antigas e elas falam eu tive o meu filho não porque eu quis, eu não sabia evitar, não sabia isso, não tinha remédio caseiro que não funcionasse no corpo dela, ou ela não sabia também. Hoje já mudou bastante né, até tem palestras pro índios também, tens uns que já falam: não tem que se cuidar, porque ter um filho é muito difícil né.

Coordenadora: — Quais são os métodos utilizados para evitar a gravidez?

O2.P1: — Antes era o remédio caseiro né.

Coordenadora: — Quais eram esses remédios, vocês sabem o nome?

O2.P1: — Não sabemos.

O2.P5: — Tem vários tipos de remédios caseiros assim, só as idosas que sabem e eles não querem contar assim, quando a gente vai comprar assim custa bem caro mesmo.

O2.P1: — Hoje em dia é muito difícil a gente comprar esses remédios caseiros, eles vendem muito caro, por cem, duzentos reais. E é muito difícil de encontrar as ervas.

Coordenadora: — Quais são os métodos anticoncepcionais que vocês utilizam hoje?

O2.P1: — Anticoncepcional a pílula né, o DIU, a injeção.

Coordenadora: — A injeção tem na FUNASA ou vocês comprem na farmácia?

O2.P1: — Tem na FUNASA e tem na prefeitura também.

O2.P5: — Geralmente eu compro.

O2.P2: — Eu também comprava, agora a injeção eu nunca tomei, porque falam que não é seguro.

O2.P1: — Esses remédios faz muito mal pra mulheres e os remédios caseiros é muito difícil de achar hoje né, os fazendeiros ali já acabaram com tudo a mata que tinha ali, e daí tem que tomar esses remédios mesmo fazendo mal ou não fazendo mal tem que tomar.

Coordenadora: — E quais são os métodos utilizados para ajudar a mulher a ficar grávida?

O2.P1: — Na aldeia tem um monte [risos], alguém pessar em baixo da tua cama, estes tem vários tipos, eu pesquisei eu acho que tem mais de 30 tipos, esses são simpatias, não pode tocar no remédio caseiro, só quem pode são as idosas.

Coordenadora: — Quem tocar nesse remédio acontece o que?

O2.P1: — Fica grávida uma em cima da outra.

O2.P2: — Esse remédio é uma planta cheio de espinhos e é bastante e os espinhos são os filhos; tem remédios pra ter meninos e tem pra meninas.

Coordenadora: — Que outras pessoas que não são da comunidade falam sobre o planejamento familiar, o que eles falam?

O2.P1: — Quando eu trabalhava como agente de saúde, as enfermeiras da FUNASA elas falavam pra evitar ter filhos, pra usar anticoncepcionais; conversar com o marido também sobre isso e hoje nas escolas os professores dão palestras nas escolas sobre isso.

OFICINA 3 - MATERNIDADE E PATERNIDADE

1. OBSERVAÇÕES GERAIS

Número de participantes: de 5 a 12 pessoas.

Tempo mínimo previsto: 2 horas.

Material necessário: canetas, formulários para registro, folhas de papel em branco, tiras de papel, lousa (cartolina ou *flip chart*) e canetas hidrográficas ou giz, gravador, pilhas e fitas. Se possível, providenciar um lanche.

Convite aos participantes: ao fazer o contato inicial com os participantes, explicar os objetivos da oficina, conforme explicitado no Termo de Consentimento Informado, enfatizando a necessidade de uso de gravador para registro das discussões para fins de análise.

Consentimento informado: antes de iniciar a oficina, explique novamente os objetivos e solicite que os participantes assinem o Termo de Consentimento.

Trabalho em dupla: como o potencial de mobilização da oficina é alto, é aconselhável que a condução dos grupos seja feita em dupla, de preferência com algum profissional que tenha experiência com atividades de grupo.

Ajuda a quem não escreve: é necessário definir procedimentos para os casos em que as pessoas não têm facilidade de escrever. Nesses casos, podemos oferecer ajuda, por isso, também, é importante garantir a presença de um observador.

Ambiente confortável: é aconselhável realizar o grupo em ambientes informais, de preferência com os participantes e pesquisadores sentados no chão. No caso de preferir sentar à volta de uma mesa, sugerimos que todos possam se ver e que haja espaço para os participantes se movimentarem e levantarem para mudar as tiras de papel, fato que ocorre com frequência.

Linguagem adequada ao grupo: como vamos trabalhar com populações muito diferentes, não dá para padronizar a linguagem. Fica “artificial”. Mas, é importante padronizar os procedimentos.

Limites de cada um: cabe frisar que nenhum participante deve ser forçado a revelar as situações de risco vivenciadas. A revelação deve ser voluntária. Isso deve ser reiterado tantas vezes quanto parecer ser necessário.

Atenção à duração dos exercícios: os participantes tendem a se estender nas discussões. Portanto, é importante estar atento ao tempo previsto para cada exercício.

Registros necessários: vale lembrar que as oficinas têm duplo papel: 1) são intervenções visando a sensibilização para os riscos da vida cotidiana; e 2) são instrumentos de coleta de dados. Por isso, é importante o registro das informações, assumindo estas várias formas:

- a) Formulário 1: registro de informações sobre os participantes;
- b) Formulário 2: registro dos repertórios associados as palavras: Maternidade e Paternidade (Atividade 1);
- c) Gravação das discussões (Atividade 2);
- d) Observações gerais sobre a dinâmica do evento (papel do observador).

2. PROCEDIMENTOS

Apresentação.

Atividade 1. Associação de repertórios com as palavras: Maternidade e Paternidade.

Atividade 2. Conversando sobre o que é ser pai e o que é ser mãe dentro e fora da comunidade indígena.

APRESENTAÇÃO

Tempo previsto: 15 minutos

Em primeiro lugar, disponha os participantes em círculo, de modo que todos possam se ver e ouvir.

Coordenadores – apresentar os dois coordenadores (se necessário).

Objetivo – identificar as associações de repertórios com as palavras: Maternidade e Paternidade.

Procedimento – explicar que a oficina está dividida em duas atividades.

Autorização para gravar – falar da dupla função da oficina (pesquisa e sensibilização) e conseqüente necessidade de gravar. Pedir permissão e explicar que o material será tratado de forma a garantir sigilo.

Assinatura do Termo de Consentimento – explicar que a conduta ética em pesquisa com seres humanos requer a explicitação dos objetivos e a assinatura de um Termo de Consentimento para assegurar que os participantes entenderam os objetivos e os procedimentos. Distribuir uma cópia para cada pessoa, dando tempo para a leitura individual (ou grupal, se os participantes preferirem).

Apresentação dos participantes – verificar se todos os participantes se conhecem. Caso contrário, fazer uma breve apresentação de cada um (por exemplo, primeiro nome e profissão).

PRIMEIRA ATIVIDADE

ASSOCIAÇÃO DE REPERTÓRIOS COM AS PALAVRAS: MATERNIDADE E PATERNIDADE

Material: papéis em branco e canetas.

Tempo previsto: 20 minutos.

Instruções:

Em primeiro lugar, distribua uma folha de papel e uma caneta para cada integrante. Depois diga as seguintes instruções:

1.	<p>Livre associação:</p> <p>Escreva neste papel a palavra: PATERNIDADE.</p> <p>Agora, escreva abaixo todas as palavras que vêm à sua cabeça quando se fala essa palavra.</p> <p>Quando você sentir que as palavras não estão saindo naturalmente, pode parar. Não se importe com o número de palavras que você escrever.</p>
Tempo previsto: 10 minutos.	

2.	<p>Livre associação:</p> <p>Escreva neste papel a palavra: MATERNIDADE.</p> <p>Agora, escreva abaixo todas as palavras que vêm à sua cabeça quando se fala essa palavra.</p> <p>Quando você sentir que as palavras não estão saindo naturalmente, pode parar. Não se importe com o número de palavras que você escrever.</p>
Tempo previsto: 10 minutos.	

3.	<p>Listar associações:</p> <p>Agora, vamos fazer uma lista de todas as palavras que surgiam de modo a identificar as associações mais frequentes.</p>
Tempo previsto: 10 minutos.	
<p>Obs.: um (a) coordenador (a) escreve as associações numa lousa, quadro, cartolina ou em <i>flip chart</i>, de modo que todos os integrantes possam ver as palavras, enquanto o outro observador anota as palavras no <i>formulário 2</i>.</p>	

4.	<p>Alertar para a diversidade:</p> <p>Ao final, comente que, como podemos observar a partir da variedade de palavras que o grupo produziu, fica claro que não existe uma definição única, nem a mais correta, mas que, como muitas outras, maternidade e paternidade são palavras com múltiplos sentidos.</p>
-----------	--

SEGUNDA ATIVIDADE

CONVERSANDO SOBRE O QUE É SER MÃE E O QUE É SER PAI DENTRO E FORA DA COMUNIDADE ÍNDIGENA

Tempo previsto: 45 minutos.

Instruções:

- As perguntas abaixo visam propiciar a discussão sobre o que é ser MÃE e o que é ser PAI, dentro e fora da comunidade indígena. Faça as perguntas, uma por vez, gravando toda a discussão.

1.	Para vocês o que é ser mãe na sua comunidade?
Tempo previsto: 10 minutos	

2.	Para vocês o que é ser pai na sua comunidade?
Tempo previsto: 10 minutos..	

3.	Para vocês o que é igual e o que é diferente. Que atividades que as mulheres fazem e que atividades que os homens fazem?
Tempo previsto: 10 minutos.	

4.	Para vocês o que é ser mãe fora da comunidade?
Tempo previsto: 10 minutos.	

5.	Para vocês o que é ser pai fora da comunidade?
Tempo previsto: 10 minutos.	

6.	Levando em conta tudo o que nós conversamos aqui, sobre os sentidos de ser mãe e ser pai na comunidade e fora da comunidade, vocês acham que ser pai e ser mãe na comunidade e fora da comunidade é muito diferente?
Tempo previsto: 10 minutos.	

Encerre a oficina perguntando o que as pessoas acharam dos exercícios e da dinâmica. Verifique se alguém ficou por demais mobilizado e dê atenção especial a esta pessoa.
--

REGISTRO DA OFICINA

FORMULÁRIO 1

DESCRIÇÃO DO GRUPO

Data: 24/10/2007

Horário: 8h

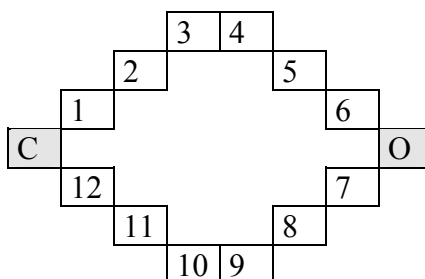
1. Identificação:

Grupo: Universitárias da Etnia Indígena Guarani-Kaiowá

Local: FIAMA

Coordenador: Verônica Lemes Pinto Berzuini

Duração: 8h às 9h30.

2. Disposição espacial:**3. Características do grupo:**

Participante	Sexo	Idade (anos)	Estado civil	Escolaridade	Profissão
O3.P1	F	24	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
O3.P2	F	22	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora
O3.P3	F	22	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
O3.P4	F	23	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
O3.P5	F	24	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora

FORMULÁRIO 2

ASSOCIAÇÃO DE REPERTÓRIOS

Associações com a palavra “paternidade”	Participantes					T
	1	2	3	4	5	
1. Carinho	X	X	–	X	X	4
2. Atenção	X	X	–	X	–	3
3. Educação	X	–	–	–	–	1
4. Afeto	X	–	–	–	–	1
5. Cuidado	X	–	–	X	–	2
6. Amor	X	X	–	X	X	4
7. Respeito	X	–	–	X	–	2
8. Pai não é só aquele que faz, mas é aquele que cuida	–	X	–	–	–	1
9. Pai	–	–	X	–	–	1
10. Sonhos	–	–	X	–	–	1
11. Felicidade	–	–	X	–	–	1
12. Desejos	–	–	X	–	–	1
13. Desespero	–	–	X	–	–	1
14. Ansiedade	–	–	X	–	–	1
15. Responsabilidade	–		X	X	X	3
16. Organização da família	–	–	–	–	X	1
17. Responsabilidade pelos sonhos de seus filhos	–	–	–	–	X	1

Paternidade como sentido de	Participantes					T
	1	2	3	4	5	
<i>Afeto</i>						
– carinho	X	X	–	X	X	4
– afeto	X	–	–	–	–	1
– amor	X	X	–	X	X	4
– respeito	X	–	–	X	–	2
– felicidade	–	–	X	–	–	1
– desejos	–	–	X	–	–	1
<i>Educação</i>						
– educação	X	–	–	–	–	1
– cuidado	X	–	–	X	–	2
– pai não é só aquele que faz, mas é aquele que cuida.	–	X	–	–	–	1
– responsabilidade	–	–	X	X	X	3
– organização da família	–	–	–	–	X	1
– responsabilidade pelos sonhos de seus filhos.	–	–	–	–	X	1
– sonhos	–	–	X	–	–	1
– pai	–	–	X	–	–	1
– atenção	X	X	–	X	–	3
<i>Negativo</i>						
– desespero	–	–	X	–	–	1
– ansiedade	–	–	X	–	–	1
Total	7	4	7	6	5	29

Associações com a palavra “maternidade”	Participantes					T
	1	2	3	4	5	
1. Amor	X	–	X	–	X	3
2. Felicidade	X	–	X	–	–	2
3. Alegria	X	–	–	–	–	1
4. Carinho	X	–	X	X	X	4
5. Responsabilidade	X	X	X	–	–	3
6. Respeito	X	–	–	–	–	1
7. Educação	X	–	–	–	–	1
8. Ajuda	X	–	–	–	–	1
9. Ouve	X	–	–	–	–	1
10. Conversa	X	–	–	–	–	1
11. Ensina	X	–	–	–	–	1
12. Prepara	X	–	–	–	–	1
13. Amiga	X	X	X	X	X	5
14. Anima	X	–	X	–	X	3
15. Sonhos	X	–	X	–	–	2
16. A mãe é tudo	–	X	–	–	–	1
17. A mãe é pai	–	X	–	–	X	2
18. Sempre quer o melhor para o filho	–	X	–	X	X	3
19. Desejos	–	–	X	–	X	2
20. Coragem	–	–	X	–	–	1
21. Ansiedade	–	–	X	–	–	1
22. Força	–	–	X	–	X	2
23. Vontade	–	–	X	–	X	2
24. Mãe	–	–	X	–	–	1
25. Angústia	–	–	X	–	–	1
26. Vitória	–	–	X	–	–	1
27. Consoladora	–	–	X	–	–	1
28. Atenção	–	–	–	X	X	2
29. Cuidar e educar na higiene	–	–	–	X	–	1
30. Cuidar	–	–	–	–	X	1
31. Paz	–	–	–	–	X	1

Maternidade como sentido de	Participantes					T
	1	2	3	4	5	
<i>Afeto</i>						
– amor	X	–	X	–	X	3
– felicidade	X	–	X	–	–	2
– alegria	X	–	–	–	–	1
– carinho	X	–	X	X	X	4
– respeito	X	–	–	–	–	1
– desejos	–	–	X	–	X	2
<i>Educação</i>						
– responsabilidade	X	X	X	–	–	3
– educação	X	–	–	–	–	1
– ajuda	X	–	–	–	–	1
– ouve	X	–	–	–	–	1
– conversa	X	–	–	–	–	1
– ensina	X	–	–	–	–	1
– prepara	X	–	–	–	–	1
– consoladora	–	–	X	–	–	1
– atenção	–	–	–	X	X	2
– cuidar e educar na higiene	–	–	–	X	–	1
– cuidar	–	–	–	–	X	1
– sonhos	X	–	X	–	–	2
– anima	X	–	X	–	X	3
– sempre quer o melhor para o filho	–	X	–	X	X	3
– mãe	–	–	X	–	–	1
– amiga	X	X	X	X	X	5
– a mãe é tudo	–	X	–	–	–	1
– a mãe é pai	–	X	–	–	–	1
<i>Oportunidade</i>						
– coragem	–	–	X	–		1
– força	–	–	X	–	X	2
– vontade	–	–	X	–	X	2
– vitória	–	–	X	–		1
– paz	–	–	–	–	X	1
<i>Negativo</i>						
– angústia	–	–	X	–	–	1
– ansiedade	–	–	X	–	–	1
Total	15	5	16	5	12	43

TRANSCRIÇÃO DA DISCUSSÃO

Segunda atividade: conversando sobre o que é ser mãe e o que é ser pai dentro e fora da comunidade.

Coordenadora: — Para vocês o que é ser mãe na sua comunidade?

O3.P1: — Ser mãe na nossa comunidade é tudo, porque ajuda e cuida e dá comida para os filhos e o pai é muito difícil a gente ver cozinhar para os filhos, raramente a gente encontra, assim na comunidade é a principal mesmo é a mãe, pra tudo, se a mãe tiver que ir no mato os filhos vai junto com ela.

O3.P5: — Mãe é que cuida, tem mais responsabilidade na educação do seu filho, quando fica doente a mãe que tenta curar pra não acontecer nada e o pai não, a mãe que cuida, dá educação, carinho, amor, dá consolo, tudo é só a mãe, por isso que a mãe é a mais importante aqui na comunidade. Tem mãe que trabalha mais e quando tem mais filhos, fica mais pensando no seu trabalho, que é com esse que vai melhorando a vida do seu filho, dá a melhor educação pra ele, que se depende do marido, tem hora que não te ajuda né.

O3.P4: — Mãe é tudo.

O3.P1: — Porque por mais que a mãe ta pior, ela aconselha a gente a melhorar de vida também, dá apoio pra gente por mais que ela não concorda né com o que a gente ta fazendo, mas ela dá apoio, aquele ânimo pra gente de superar as dificuldades.

O3.P3: — Porque a minha mãe, a minha irmã ta grávida só que sem marido, aí a minha briga, fala alto pra ela né, só que quando a gente vai na cidade ela fala eu vou comprar esse daqui vai que sabe se é menina ou eu vou comprar esse. Sabe, mais quando chega perto dela já vai falando as coisas pra ela [risos] eu falo é mentira dela, ela ama ela, só que fala isso só pra machucar né.

O3.P5: — A minha mãe mesmo por mais que ela é alcoólatra né, ta começando a ser alcoólatra mesmo, esses dias ela perguntou pra mim: como que você ta na tua faculdade? Que nenhum parente meu chega e pergunta pra mim e ela fala pra mim como que você tá? Passou direto? Ou ta faltando algumas nota? Ta faltando muito? Daí eu falei pra ela: não fiquei de exame de quatro [risos] daí ela me falou estuda pra você passar, pra não perder esse ano todo que você foi, ela falou pra mim. Daí o ônibus não veio, aí ela falou pro meu marido me levar de bicicleta e falou pra nós levar algumas coisas pra se proteger. Por mais que ela é alcoólatra ela se preocupa com a minha faculdade, no meu trabalho e os meus filhos.

O3.P3: — A minha mãe também, eu falei pra ela: mãe fiquei de exame, aí ela falou assim: sei que Deus vai te ajudar, ela falou assim, eu vou torcer por você, eu sei que você vai conseguir e que você é capaz. Então você acha que outra pessoa ia falar isso pra voce? Nem amiga fala isso.

(Vozes dizendo: É mesmo !)

(Silêncio.)

Coordenadora: — Para vocês o que é ser pai na sua comunidade?

O3.P2: — O pai é ausente, a educação fica tudo na responsabilidade da mãe, porque o pai não participa na educação dos filhos, fica longe.

O3.P3: — É por isso que os filhos só obedecem a mãe né, não obedecem o pai, porque o pai sempre não ta em casa né, sempre num ta lá, as vezes quando o pai chega e fala as coisas pro filho, eles não aceitam né.

O3.P2: — Ou quando o filho ta assim por aí, ele fala assim: vai buscar seu filho, vai buscar, como se fosse só da mãe, como se ele não fosse o pai. Eu vejo assim muitos homens tratar assim a mulher, vai lá pegar ser filho, é filho dele também porque que ele não vai pegar, porque o filho é dele também, não

é só dela. Eu acho assim que na comunidade indígena, assim o pai ele não tem conhecimento do que é ser pai, ele é pai porque aconteceu, porque pra ele saber dar carinho, atenção pro filho, ele não sabe dar, ele deixa tudo pra mãe, como se a mãe praticamente ela é tudo é a mãe, pai, avó.

O3.P3: — Eu falo assim, quando a minha filha tinha seis ou sete meses né, eu falava pro pai dá pra você pegar ela pelo menos até eu cozinhar o arrozinho pra nós, aí ele falou assim: se vira o filho é teu né, aí que a gente brigava né, eu não fiz sozinha, nós fizemos juntos eu falei, você vai ter que cuidar também, aí que a gente brigava né. Eu acho assim o pai ele é pai porque teve filho, porque pra ele não é importante isso pra ele, ele não ta nem aí pra isso, sabe.

O3.P1: — Eu vejo assim que o pai indígena, ele é muito resguardado né, por mais que ele gosta do filho, ele não mostra né, não abraça né, ele guarda pra ele, eu vejo assim que eles gostam da gente, mas não chega assim a abraçar ou a perguntar o que a gente ta fazendo, hoje pelo menos a gente conversa mais né, mas antes não, a gente não via esse carinho assim. O meu pai mesmo a participação dele era muito distante da gente, ele ajudava a minha mãe, mais assim pouca coisa, a minha mãe dava os pulos dela pra cuidar da gente né [risos]. É muito distante mesmo, eu acho que é todos os homens da aldeia mesmo [risos] e é isso que eu cobro do meu marido que ele participa mais da educação do nosso filho né, ensina ele do jeito dele também né, não só do jeito da mulher né, que as vezes o menino ta ali e sabe mais coisas da mulher do que do próprio homem né, eu cobro muito isso dele.

(Silêncio.)

Coordenadora: — Para vocês o que é igual e o que é diferente, por exemplo que atividades que as mulheres fazem na comunidade e que atividades os homens fazem?

O3.P1: — Eu acho que igual é cuidar da roça, que tanto a mulher pode cuidar, tanto o homem pode plantar e colher ao mesmo tempo. Que antes eu vejo mais que a mulher vai junto com o marido carpi, se vai buscar mandioca, vai junto né, eu acho que é igual essa parte.

(Silêncio.)

Coordenadora: — E o que é só da mulher e o que é só de homem fazer?

O3.P3: — Eu acho que é só de carregar peso [risos em geral].

Coordenadora: — Quem carrega peso?

O3.P3: — Os homens né, eu geralmente eu não carrego peso, eu chamo o meu marido, o meu pai, porque eu não carrego.

O3.P1: — Antes era assim, eu vejo assim né o homem que leva menos a criança no colo, alguns ajuda assim quando a mulher leva coisa na cabeça e o filho no colo, muito raramente a gente vê o homem fazer isso.

(Silêncio.)

Coordenadora: — Para vocês o que é ser mãe fora da comunidade?

O3.P1: — A educação é muito diferente, eu vejo assim que a criança participa pouco com a mãe, eu vejo assim essa distância, a criança pelo menos fica junto da gente, a mãe branca eu vejo assim que ela deixa mais na creche, com a baba do que na família.

O3.P3: — Porque ela leva essa criança na creche, ela trabalhando e as vezes a noite ela não vê o filho, aí quando ela vê a criança já ta crescendo né, já não tem mais como aproveitar aquilo, já foi. Aqui não né, os filhos a gente carrega junto, porque onde a gente vai, a gente vai junto, dorme com a gente [risos]. Quando a gente foi para Dourados né, tinha um quarto lá no hotel né e ele falou assim tem um quarto com berço, eu falei pra ele u não quero quarto com berço o meu filho dorme comigo. Eu acho que ele achou estranho né, eu falei assim nós dorme tudo junto né (risos em geral).

(Silêncio.)

Coordenadora: — Para vocês o que é ser pai fora da comunidade indígena?

O3.P3: — Geralmente eles escondem que tem filhos [risos].

O3.P2: — Eu vejo assim que os pais lá da cidade são mais carinhosos, dá mais atenção, pega o filho no colo, passeia, eu percebo essa grande diferença daqui e lá.

O3.P1: — Dá mais carinho na mulher, finge mais mostra né [risos em geral], abraça, pelo menos leva o filho na escola.

O3.P3: — É que a diferença mesmo é que eles pegam tanto o homem como a mulher, eles pegam o filho, mesmo sendo grande, eles pegam e põe no colo né. Você acha que o homem aqui faz isso? Se fazer a comunidade já fala que esse daí tá tendo caso com a filha.

O3.P1: — Isso que é muito restrito ainda, isso eu já ouvi falar de uma liderança mesmo, que o homem tendo uma amizade com uma filha ou levar ela em algum lugar, o pessoal já fala. Isso mesmo pra não falar mal da filha ou dele mesmo já evita isso, já fica distante.

(Silêncio.)

Coordenadora: — Vocês acham que ser pai e ser mãe na comunidade indígena e fora dela é muito diferente?

O3.P1: — É, eu acho é como nós falamos anteriormente né, tem muita diferença no jeito de educar.

(Vozes dizendo: É verdade !)

OFICINA 4 - DROGAS, RISCO E PREVENÇÃO EM SAÚDE REPRODUTIVA**1. OBSERVAÇÕES GERAIS**

Número de participantes: de 5 a 12 pessoas.

Tempo mínimo previsto: 2 horas.

Material necessário: canetas, formulários para registro, folhas de papel em branco, tiras de papel, lousa (cartolina ou *flip chart*) e canetas hidrográficas ou giz, gravador, pilhas e fitas. Se possível, providenciar um lanche.

Convite aos participantes: ao fazer o contato inicial com os participantes, explicar os objetivos da oficina, conforme explicitado no Termo de Consentimento Informado, enfatizando a necessidade de uso de gravador para registro das discussões para fins de análise.

Consentimento informado: antes de iniciar a oficina, explique novamente os objetivos e solicite que os participantes assinem o Termo de Consentimento.

Trabalho em dupla: como o potencial de mobilização da oficina é alto, é aconselhável que a condução dos grupos seja feita em dupla, de preferência com algum profissional que tenha experiência com atividades de grupo.

Ajuda a quem não escreve: é necessário definir procedimentos para os casos em que as pessoas não têm facilidade de escrever. Nesses casos, podemos oferecer ajuda, por isso, também, é importante garantir a presença de um observador.

Ambiente confortável: é aconselhável realizar o grupo em ambientes informais, de preferência com os participantes e pesquisadores sentados no chão. No caso de preferir sentar à volta de uma mesa, sugerimos que todos possam se ver e que haja espaço para os participantes se movimentarem e levantarem para mudar as tiras de papel, fato que ocorre com frequência.

Linguagem adequada ao grupo: como vamos trabalhar com populações muito diferentes, não dá para padronizar a linguagem. Fica “artificial”. Mas, é importante padronizar os procedimentos.

Limites de cada um: cabe frisar que nenhum participante deve ser forçado a revelar as situações vivenciadas. A revelação deve ser voluntária. Isso deve ser reiterado tantas vezes quanto parecer ser necessário.

Atenção à duração dos exercícios: os participantes tendem a se estender nas discussões. Portanto, é importante estar atento ao tempo previsto para cada exercício.

Registros necessários– vale lembrar que as oficinas têm duplo papel: 1) são intervenções visando a sensibilização para os riscos da vida cotidiana; e 2) são instrumentos de coleta de dados. Por isso, é importante o registro das informações, assumindo estas várias formas:

- a) Formulário 1: registro de informações sobre os participantes;
- b) Formulário 2: registro das palavras associadas a drogas (Atividade 1);
- c) Recolhimento das tiras e registro das situações que envolvem o uso de drogas lícitas e ilícitas (Atividade 2 e 3);
- d) Gravação das discussões (Atividade 2);
- e) Observações gerais sobre a dinâmica do evento (papel do observador).

2. PROCEDIMENTOS

Apresentação

Atividade 1. Associação de idéias com a palavra drogas.

Atividade 2. Memórias de situações em que envolvem o uso de drogas lícitas e ilícitas.

Atividade 3. Os sentidos da prevenção.

APRESENTAÇÃO

Tempo previsto: 15 minutos

Em primeiro lugar, disponha os participantes em círculo, de modo que todos possam se ver e ouvir.

Coordenadores – apresentar os dois coordenadores (se necessário).

Objetivo – compreender os sentidos atribuídos as drogas e as situações que envolvem o uso de drogas lícitas e ilícitas.

Procedimento – explicar que a oficina está dividida em três atividades.

Autorização para gravar – falar da dupla função da oficina (pesquisa e sensibilização) e conseqüente necessidade de gravar. Pedir permissão e explicar que o material será tratado de forma a garantir sigilo.

Assinatura do Termo de Consentimento – explicar que a conduta ética em pesquisa com seres humanos requer a explicitação dos objetivos e a assinatura de um Termo de Consentimento para assegurar que os participantes entenderam os objetivos e os procedimentos. Distribuir uma cópia para cada pessoa, dando tempo para a leitura individual (ou grupal, se os participantes preferirem).

Apresentação dos participantes – verificar se todos os participantes se conhecem. Caso contrário, fazer uma breve apresentação de cada um (por exemplo, primeiro nome e profissão).

PRIMEIRA ATIVIDADE

ASSOCIAÇÃO DE IDÉIAS COM A PALAVRA DROGAS

Material: papéis em branco e canetas.

Tempo previsto: 20 minutos.

Instruções:

- Em primeiro lugar, distribua uma folha de papel e uma caneta para cada integrante. Depois diga as seguintes instruções:

1.	<p>Livre associação:</p> <p>Escreva neste papel a palavra DROGAS.</p> <p>Agora, escreva abaixo todas as palavras que vêm à sua cabeça quando se fala a palavra DROGAS.</p> <p>Quando você sentir que as palavras e frases não estão saindo naturalmente, pode parar. Não se importe com o número de palavras que você escrever.</p>
Tempo previsto: 10 minutos.	

2.	<p>Listar associação:</p> <p>Agora, vamos fazer uma lista de todas as palavras que surgiam de modo a identificar as associações mais freqüentes.</p>
Tempo previsto: 10 minutos.	
<p>Obs.: um (a) coordenador (a) escreve as associações numa lousa, quadro, cartolina ou em <i>flip chart</i>, de modo que todos os integrantes possam ver as palavras, enquanto o outro observador anota as palavras no <i>formulário 2</i>.</p>	

3.	<p>Alertar para a diversidade:</p> <p>Ao final, comente que, como podemos observar a partir da variedade de palavras que o grupo produziu, fica claro que não existe uma definição única, nem a mais correta, mas que, como muitas outras, drogas é uma palavra com múltiplos sentidos.</p>
-----------	--

SEGUNDA ATIVIDADE

SITUAÇÕES QUE ENVOLVEM O USO DE DROGAS LICITAS E ILÍCITAS

Material: tiras de papel e canetas.

Tempo previsto: 45 minutos.

Instruções:

- Em primeiro lugar, distribua três tiras de papel para cada integrante e disponha o restante no centro do círculo formado pelos participantes.

1.	<p>Recordação – situações de presenciar o uso de drogas:</p> <p>Pense em sua vida desde quando você era criança, até hoje e procure lembrar-se de situações em que você presenciou o uso de drogas de qualquer tipo. Deixe sua memória fluir concentrando-se apenas nas suas emoções e sentimentos.</p> <p>Escreva cada situação num desses pedaços de papel. Uma situação para cada papel.</p> <p>Se você precisar de mais papel pegue aqui no meio.</p>
Tempo previsto: 15 minutos	

2.	<p>Continuando com suas lembranças, procure descrever como se sentiu diante das situações em que você acabou de escrever.</p>
Tempo previsto: 5 minutos.	

Ligar o gravador

3.	<p>Discussão:</p> <p>Agora, pensando nas situações que vocês descreveram, vamos conversar um pouco. Quem, por exemplo, gostaria de falar de uma situação em que você presenciou o uso de drogas, seja ela de qualquer tipo. Quem gostaria de estar falando dos sentimentos e emoções que vocês sentiram diante das situações que vocês escreveram.</p>
Tempo previsto: 20 minutos.	

Recolha as papeletas.

TERCEIRA ATIVIDADE

É POSSÍVEL PREVENIR O USO DE DROGAS?

Tempo previsto: 45 minutos.

Instruções:

- As perguntas abaixo visam propiciar a discussão sobre prevenção de drogas. Faça as perguntas, uma por vez, gravando toda a discussão.

1.	A partir das discussões que vocês fizeram até o momento, vocês acham que todas as drogas são iguais ou são diferentes?
Tempo previsto: 10 minutos	

2.	É possível prevenir o uso de drogas?
Tempo previsto: 10 minutos..	

3.	Pensando em saúde reprodutiva, quais são os riscos existentes por causa das drogas?
Tempo previsto: 10 minutos.	

<p>Encerre a oficina perguntando o que as pessoas acharam dos exercícios e da dinâmica. Verifique se alguém ficou por demais mobilizada e dê atenção especial a esta pessoa.</p>

REGISTRO DA OFICINA

FORMULÁRIO 1

DESCRIÇÃO DO GRUPO

Data: 8/11/2007

Horário: 20h30

1. Identificação:

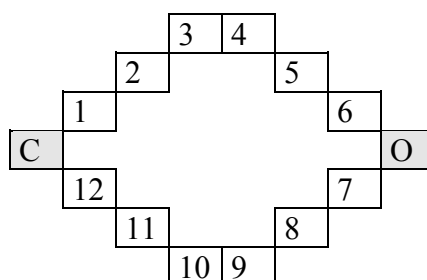
Grupo: Universitárias da Etnia Indígena Guarani-Kaiowá

Local: FIAMA

Coordenador: Verônica Lemes Pinto Berzuini

Observador: Miriam Santana Rocha Fernandes

Duração: 20h30 às 22h10

2. Disposição espacial:**3. Características do grupo:**

Participante	Sexo	Idade (anos)	Estado civil	Escolaridade	Profissão
O4.P1	F	24	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
O4.P2	F	24	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora
O4.P3	F	33	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
O4.P4	F	22	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora
O4.P5	F	26	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora
O4.P6	F	24	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
O4.P7	F	23	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora

FORMULÁRIO 2

ASSOCIAÇÃO DE REPERTÓRIOS

Associações com a palavra “drogas”	Participantes							T
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Violência	X	X	X	X	X	X	X	7
2. Alcoolismo	X	–	–	–	–	–	–	1
3. Cocaína	X	–	–	–	X	–	–	2
4. Raxixe	X	–	–	–	–	–	–	1
5. Maconha	X	–	–	–	–	–	–	1
6. Perder a memória	X	–	–	–	–	X	–	2
7. Perdição	X	–	–	–	–	–	–	1
8. Revolta	X	–	–	–	–	–	–	1
9. Curtição	X	–	–	–	–	–	–	1
10. Medo	X	X	X	X	–	X	–	5
11. Perder algo ou alguém	X	X	–	–	–	–	–	2
12. Alucinação	X	–	–	–	–	–	–	1
13. Craque	X	–	–	–	X	–	–	2
14. Vida que não tem sentido	X	–	–	–	–	–	–	1
15. Morte	–	X	X	X	X	X	X	6
16. Consequência	–	X	–	–	–	–	–	1
17. Sofrimento	–	X	–	–	–	–	–	1
18. Agressão	–	–	X	–	–	–	–	1
19. Pavor	–	–	X	–	–	–	–	1
20. Prejuízo	–	–	X	–	–	–	–	1
21. Palavrão	–	–	X	–	–	–	–	1
22. Tristeza	–	–	X	–	–	–	–	1
23. Decepção	–	–	X	–	–	–	–	1
24. Destruição	–	–	X	–	–	–	–	1
25. Estupro	–	–	–	X	–	–	–	1
26. Abandono	–	–	–	X	–	–	–	1
27. Desespero	–	–	–	X	–	–	–	1
28. Bebida alcoólica	–	–	–	–	X	–	–	1
29. Cigarro	–	–	–	–	X	–	–	1
30. Ladrão	–	–	–	–	X	–	–	1
31. Mais crianças envolvidas nesse caminho	–	–	–	–	–	X	–	1
32. Alcoólatra	–	–	–	–	–	X	–	1
33. Esperança	–	–	–	–	–	X	–	1
34. Não tem mais amor nas pessoas	–	–	–	–	–	X	–	1
35. Bebida	–	–	–	–	–	–	X	1
36. Tentativa de abuso	–	–	–	–	–	–	X	1
37. Quando o marido bate na mulher	–	–	–	–	–	–	X	1

Associações com a palavra “drogas”	Participantes							T
	1	2	3	4	5	6	7	
<i>Substância psicoativa</i>								
– alcoolismo	X	–	–	–	–	–	–	1
– cocaína	X	–	–	–	X	–	–	2
– raxixe	X	–	–	–	–	–	–	1
– maconha	X	–	–	–	–	–	–	1
– <i>crake</i>	X	–	–	–	X	–	–	2
– bebia alcoólica	–	–	–	–	X	–	–	1
– cigarro	–	–	–	–	X	–	–	1
– bebida	–	–	–	–	–	–	X	1
– alcoólatra	–	–	–	–	–	X	–	1
<i>Sentido positivo</i>								
– curtição	X	–	–	–	–	–	–	1
– esperança	–	–	–	–	–	X	–	1
<i>Sentido negativo</i>								
– violência	X	X	X	X	X	X	X	7
– perdição	X	–	–	–	–	–	–	1
– revolta	X	–	–	–	–	–	–	1
– medo	X	X	X	X	–	X	–	5
– vida que não tem sentido	X	–	–	–	–	–	–	1
– morte	–	X	X	X	X	X	X	5
– sofrimento	–	X	–	–	–	–	–	1
– agressão	–	–	X	–	–	–	–	1
– pavor	–	–	X	–	–	–	–	1
– prejuízo	–	–	X	–	–	–	–	1
– palavrão	–	–	X	–	–	–	–	1
– tristeza	–	–	X	–	–	–	–	1
– decepção	–	–	X	–	–	–	–	1
– destruição	–	–	X	–	–	–	–	1
– estupro	–	–	–	X	–	–	–	1
– abandono	–	–	–	X	–	–	–	1
– desespero	–	–	–	X	–	–	–	1
– não tem mais amor nas pessoas	–	–	–	–	–	X	–	1
– mais crianças envolvidas nesse caminho	–	–	–	–	–	X	–	1
– tentativa de abuso	–	–	–	–	–	–	X	1
– quando o marido bate na mulher	–	–	–	–	–	–	X	1
<i>Consequência</i>								
– perder a memória	X	–	–	–	–	X	–	2
– perder algo ou alguém	X	X	–	–	–	–	–	2
– alucinação	X	–	–	–	–	–	–	1
– consequência	–	X	–	–	–	–	–	1
– ladrão	–	–	–	–	X	–	–	1
Total	14	6	10	6	7	8	5	56

Situações que envolvem o uso de drogas lícitas e ilícitas	Participantes
Situações familiares	
<i>O fato que me marcou foi o dia que meu pai estava bebado e queria bater na minha mãe quando eu tinha 13 ano de idade foi coisa que me marcou muito porque eu nunca esperava isso do meu pai.</i>	O4.P1
<i>No ano de 98 tive um tio na cadeia um tio na cadeia, ele matou um primo dele mais era dependente de droga e quando eu fui visitar ele só sentia o cheiro de maconha e aos pouco foi destruindo ele e foi esse ano mataram ele, mais ele nunca me fez mal era um tio muito querido.</i>	O4.P1
<i>No ano de 2003 eu perdi um primo que eu gostava muito, ele era um artista desenha e ilustrava livro infantil mais por causa do uso de bebida alcoólica eu acho por causa de droga ele se suicidou. Até hoje sinto muito por que foi.</i>	O4.P1
<i>Hoje eu presencio o dia-a-dia do meu pai, que bebe e não consegue para e muito difícil e avós e tio que os adolescente e até criança nas aldeias que fica bêbado por causa de bebida.</i>	O4.P1
<i>Foi quando criança que alguém da minha família consumiu e eu nunca vi um bêbado assim e daí os meus pais disseram que quando uma pessoa toma pinga fica ou deixam dessa forma embriado.</i>	O4.P2
<i>Com ao passar do tempo começaram os meus irmãos a consumir até o momento presente, mas faz quase um dos meus irmãos que deixou de consumirem.</i>	O4.P2
<i>Outra vez foi quando 3 rapaz me encontrou e quase grudou no meu braço. Eles estava drogado, por sorte que encontrei varias pessoas no caminho.</i>	O4.P3
<i>Eu vi o meu irmão usando ou melhor fumando droga, depois ficou quase louco ou melhor ficou louco e não lembrou mais de nada e veio bater em todo mundo, que mora na casa ou melhor com os meus pais e meus irmãos. Aconteceu uma coisa triste naquele momentos decepcionou todos</i>	O4.P4
<i>Quando eu tinha cinco anos eu vi o meu pai bebendo bebida alcoólica que ele bebia e batia na minha mãe, e até agora bebe e maltrata ela, mas agora a até a minha mãe bebe.</i>	O4.P6
<i>Quando o meu marido participou com seu amigo, eu não vi mais ele me contou, que ele tinha fumado isso e por isso ele perdeu sua memória, e ele me bateu quase me matou ele destruiu tudo o que tinha em casa. E por causa disso que nós não estamos mais bem, sempre discutindo.</i>	O4.P7
<i>Quando o meu irmão fumou com seu amigo e foi primeira vez. Ele estava tudo diferente não conhecia mais a família dele. Ele só queria bater em todo mundo que aparece na frente dele.</i>	O4.P7
Situações de uso	
<i>O que marcou em minha vida foi quando estava grávida de 4 mês. Tomei no chimarrão, mas não foi porque eu quis. Fui enganada pensei que era remédio.</i>	O4.P3
<i>Eu pratiquei droga no momento em que mi decepcionei com minha família, tomei bebida alcoólica, fiquei tão chapada. Depois briguei com os meus pais. Depois queria fugir para bem longe da minha família. Foi o momento mais cruel que passei na minha vida.</i>	O4.P4
<i>Já quando eu tinha 15 anos eu vi a minha amiga fumando maconha eu senti o cheiro dela que me deu vontade de fumar, mas só que tenho sorte não me acostumei, se eu me acostumassem eu não ia mais para de fumar, foi algumas vezes que eu fumava com ela. Depois eu venho parar de fumar. Quando alguém fuma ele tem muita coragens.</i>	O4.P4
Situações vivenciadas por pessoas não familiares	
<i>No ano de 2000 fomos para Campo Grande conheci os que usa drogas, mais era pessoas legais, mais eles aconselhava a nós não fumar nunca porque isso não tinha volta.</i>	O4.P1
<i>A morte de uma amiga, ela foi faquiada no coração, eu não presenciei, mas vi ela antes de morrer. A prima dela drogada que matou ela e elas sempre se drogava.</i>	O4.P4

TRANSCRIÇÃO DA DISCUSSÃO

Segunda atividade: memórias de situações que envolvem o uso de drogas lícitas e ilícitas.

Coordenador: — Nesse momento vocês estarão falando sobre situações que vocês viram alguém usando drogas, seja ela de qualquer tipo. Quem gostaria de falar de uma situação?

O4.P4: — A primeira vez que, que eu vi essa situação foi a morte de uma mulher. Foi numa noite que eu sai pra ir numa festinha, aí chegando lá era uma oito horas, e passou uma mulher correndo na nossa frente e um homem atrás dela, aí ele matou a mulher por engano, ele achou que era a mulher dele, ele faquiou a mulher bem no coração dela, aí ele saiu correndo. Aí quando eu fui vê, a mulher tava assim no chão sangrando assim, eu falei assim quem era o parente dela, daí ninguém ligou assim, assim, tinha um irmãozinho dela sentado, aí eu falei assim pri irmãozinho dela, tipo assim, eu falei alguém tem que chamar um agente de saúde pra socorrer ela, daí todo mundo falou, não, se chamar, vai vir o capitão e vai parar o baile, assim desse jeito.

Coordenador: — E ele estava drogado?

O4.P4: — Estava.

Coordenador: — Qual droga que ele usou?

O4.P4: — Ele estava bêbado.

Coordenador: — Alguém mais gostaria de falar de uma situação?

O4.P1: — A minha situação foi o envolvimento do meu tio com drogas né, ele já tinha sido assassino, drogas, alcoolista, fumava e era muito triste isso e a minha avó e o meu avô não aceitava isso, pra eles era o filho querido deles e era muito triste isso pra gente. Ele fumava fazia as coisas. Uma vez o colega da gente de um maço, eu tinha em casa né, só que eu nunca fumei assim né, eu tinha assim pra no caso quando ele falava pra gente, quando a gente jogava bola né, a gente tinha que colocar para passar a dor né, a gente usava pra isso né, só que uma vez ele viu isso na minha casa né e a minha irmã foi da pra ele um pedaço né e eu não sabia disso né, aí como ele quis mais né, ele queria um pedaço maior, quando eu descobri daí eu coloquei tudo no álcool, a droga né, daí isso era muito triste pra gente, você ver o teu próprio tio, amigo da gente né envolvido na droga, no alcoolismo e isso era muito triste, quando você vê já ta assim ele ta assim mais envolvido, do que você querer ajudar e a pessoa próprio não quer. Esse ano ele foi assassinado, ele consumia mesmo e falava pra gente que ele levava também pra aldeia para vender, eu nuca vi isso, mais ele comentava isso pra gente, daí isso é um choque pra gente, assim a própria família da gente envolvida né, o tio da gente, assim é muito triste pra gente, pelo menos pra mim né. A gente não sabia como ajudar a pessoa, você queria ajudar e se sentir incapaz, a maioria da gente sente isso né. Alcoolismo também, que eu vivo, assim, as próprias crianças né, que tão começando, o pai e a mãe as vezes, eu falo isso pelo meu pai né, que ele bebe, quando ele vem pra cá é só pra beber né, eu já conversei com ele com calma, mas é muito difícil, ele não enxerga, é triste a gente vê o pai da gente bebendo. Uma época ele tentou bater na minha mãe né, isso também foi uma coisa marcante pra mim, parece que fica aquela magoa na gente né e até hoje a gente sente, ele não bate mais na minha mãe, mais a gente sente né, a gente quer uma coisa melhor, mais [...] eu acho que assim a família da gente, a gente quer o melhor né [choro] eu vejo assim o meu falecido tio bebendo, a minha avó bebendo, a gente ta ali né presenciando a nossa família bêbada sem poder fazer né alguma coisa por eles né. Agora se a gente vai fazer pro os outros e aí a gente acha que é mais fácil, mais quando está na nossa família é mais difícil isso, eu sinto assim né, a gente fala, conversa, mais parece que a gente fala em vão né e também uma coisa que eu uma vez presenciei foi em Campo Grande né, a gente tinha uns colegas né, conhecido do meu irmão, ele era experiente de drogas, só que ele falava assim pra gente, que a droga não tinha volta, ele falava eu não tenho volta, ele falava pra gente, eu fumo ele falava pra gente não porque eu quero, mais eu fumo assim porque eu já sou dependente dele, se eu parar eu morro ele falava pra gente, daí ele sempre aconselhava a gente a não

fumar porque isso aí não tinha futuro, eu sei assim que é pouca pessoa que a gente acha que dá conselho desse tipo pra gente né, na aldeia os adolescentes de nove anos começam a ser agressivos, pegam mulher, pegam idosas.

Coordenador: — Pegar mulher como assim?

O4.P1: — Assim tipo um estrupo né, pra vocês é um estrupo, eles se juntam em nove e dez meninos e quando eles vêem uma mulher sozinha eles falam que vão pegar por prazer para eles, hoje é muito perigoso né, antes não era assim.

O4.P6: — Eu tenho medo disso professora, cada dia mais a gente vê assim, por exemplo eu tenho um filho de nove anos e eles tem amiguinhos que já estão começando a se envolver, que a gente trabalha e a gente deixa ele assim né, a minha família mesmo são tudo alcoólatra, o meu pai mesmo é alcoólatra é dependente mesmo, meu pai é, ele não para nem um dia sem beber, a minha avó também é e os meus filhos tá vivenciando mais ali. Então o que eu posso fazer professora? Pra começar o meu marido também é, pra quem eu vou pedir ajuda? [choro] pro meu pai? Pra minha mãe que tá até roubando as coisa pra comprar a bebida? Pro meu marido? A família toda viciada, vou pedir ajuda pra quem? Eu não sei como vai ser o futuro dos meus filhos, eu estou sozinha, eu falo pro meu pai e a minha mãe parar. O meu pai tem cinco netos, todos homens e eles fazem isso que não presta, como vai ser o futuro deles? Como que vai ser? Dói, dói, muito, quando a gente trabalha, mas a cabeça fica na família [choro].

Coordenador: — A situação que você está contando realmente é muito difícil para você e as outras pessoas da família, porque você se sente impotente para ajudar eles e eles também não conseguem superar essa situação. Mas, com certeza eles precisam de ajuda e nós temos que recorrer a várias instituições como a FUNASA, por exemplo, porque essa situação é saúde, as famílias estão passando por esses problemas de alcoolismo e os adolescentes estão presenciando isso.

O4.P7: — Quando eu e o meu filho chega pra visitar a minha mãe professora, ele tá bêbado no chão.

(Silêncio.)

Coordenador: — Quem gostaria de estar falando das reações que vocês sentiam quando presenciavam essas situações que vocês descreveram, apesar de algumas meninas já terem dito.

O4.P4: — Assim, a segunda situação eu fiquei bem triste assim porque foi a minha amiga, que a prima dela matou ela, só que eu não presenciei assim quando ela foi faquiada, eu cheguei quando ela tava morrendo. Foi bem triste porque ela vivia lá em casa, ele almoçava, a gente jogava bola juntas e foi muito triste. Ela tinha quinze anos e ela era tipo assim, ela bebia assim e já começava a arrumar briga e eu sempre falava pra ela: desse jeito você não vai muito longe e quando eu saía com ela eu que cuidava dela, eu defendia ela nas festas e naquele dia eu não saí com ela e o engraçado é quando ela foi faquiada eu senti uma dor bem forte no coração e depois o irmão dela chegou em casa falando a minha irmã foi faquiada na perna, mas não foi, foi no coração, eu sempre avisava ela pra não fumar, pra não beber, que ela era bem nova.

(Silêncio.)

Coordenador: — Alguém mais gostaria de estar falando sobre o que sentiu?

(Silêncio.)

Terceira atividade: *É possível prevenir o uso de drogas?*

Coordenador: — Vamos para a terceira atividade: É possível prevenir o uso de drogas? A primeira questão a ser discutida por vocês é: vocês acham que todas as drogas são iguais ou são diferentes?

O4.P1: — São diferentes né, por exemplo a bebida é líquida né, outras se usa pelo nariz né, outras pela veia né, outras colocam na bebida, tem vários tipos de drogas né.

(Silencio.)

Coordenador: — Vocês acham que é possível prevenir o uso de drogas?

O4.P4: — Eu acho que é, assim por uma lado a família pode ajudar muito né, porque a escola pode fazer uma parte, mais primeiro vem a família, porque eu acho que tem que ser a família né, porque se o pai for um alcoólatra, se a mãe for uma alcoólatra, aí vai depender também da pessoa.

O4.P1: — Tem os amigos que também oferecem. Eu acho que em primeiro lugar envolve a família, em segundo os amigos, porque são os amigos que oferecem né.

O4.P6: — Eu acho que depende mais da pessoa, porque se ele quiser sair assim, ele sai, ele consegue, se ele não se entregar né,

O4.P4: — O meu irmão que se droga, chega em casa e agride o meu pai e a minha mãe, parece que eles que tem culpa de tudo o que acontece com ele. Eu falo pra ele eu vou te denunciar, mas eu não tenho o número da polícia.

O4.P5: — Só que os policiais também não liga, quando a gente liga pra eles, eles não vai.

O4.P4: — A minha mãe fala pra mim não denunciar ele, mas eu vou denunciar, a minha fala que vai junto com ele pra cadeia [risos].

O4.P1: — A mãe é a última pessoa que não quer enxergar as coisas né.

O4.P4: — O meu pai já pensa diferente que a minha mãe né, porque o meu pai é mais chegado em nós que é mulher assim, ele conversa mais com nós.

Coordenador: — Pensando em Saúde Reprodutiva, quais são os riscos existentes por causa das drogas?

O4.P1: — Pode gerar violência, a pessoa pode perder os sentidos, ficam agressivos, não tem mais afeto e carinho pela família, só eles e eles mesmos.

O4.P4: — Eu acho engraçado que quando o meu irmão agride o meu pai, hoje o filho dele agride ele, tudo o que ele faz, o filho dele faz com ele, e os dois filhos dele é alcoólatra que nem ele.

O4.P1: — Quando eu converso com as crianças e adolescentes eles falam pra mim que não tinha carinho do pai e da mãe, eles falam eu encontro na bebida, nos colegas, eles falam pra mim por que você não bebe? [risos] eu falo porque eu não quero, porque eu não quero essa vida pra mim, o que eu vou ganhar com isso eu falava pra eles; quando você tiver sozinho, vai jogar bola ou escutar musicas assim que seja agradáveis, ou ir na igreja.

O4.P4: — Eu acho assim que muitas pessoas não procuram saber porque a pessoa ta bebendo, ta se drogando, fica falando aquele bêbado, mas eu acho que essas pessoas tem seus motivos pra ta bebendo, se drogando.

O4.P1: — Eu vejo assim, principalmente os brancos né, só criticam, criticam, criticam, em vez de dizer assim, vamos dar algumas coisa pra eles fazer né, pra ajudar eles, o esporte, alguma coisa, além de criticar né, os alunos trouxeram faca; tal veio bêbado; ah isso não vai mudar nunca! Eu vejo eles falarem assim.

O4.P4: — Os professores brancos vem da aula e entra na sala dos professores e ficam lá, ficam tudo lá dentro mesmo e na hora de chegar o ônibus vão tudo embora e nem sabe o que acontece na aldeia. Eles vem pra aldeia porque precisam do trabalho.

O4.P1: — Eu vejo assim na reportagem mesmo só sai, índio matando índio; adolescente com drogas...

O4.P2: — As pessoas que fazem faculdade que nem nós nunca apareceu no jornal; aparece índio dormindo na praça bem grande no jornal na foto, só mostram o negativo.

Coordenador: — Como as lideranças vêm às drogas dentro da comunidade?

O4.P2: — Eu acho que é normal porque eles não fazem nada.

O4.P1: — Eles falam assim tal lugar tem, quando eles vão, eles vão bêbado também aí que é o ponto negativo, eles falam assim: eles tiram a bebida da gente, mas eles tomam porque isso? O adolescente já critica, porque eles vão tirar de mim e se vai dar pra eles de novo.

O4.P4: — A questão de dinheiro também, é só dar dinheiro pra eles que eles não vêem nada. E tem a questão de poder também, que pra ser capitão acontece muitas brigas entre eles.

OFICINA 5 - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

1. OBSERVAÇÕES GERAIS

Número de participantes: de 5 a 12 pessoas.

Tempo mínimo previsto: 2 horas.

Material necessário: canetas, formulários para registro, folhas de papel em branco, tiras de papel, lousa (cartolina ou *flip chart*) e canetas hidrográficas ou giz, gravador, pilhas e fitas. Se possível, providenciar um lanche.

Convite aos participantes: ao fazer o contato inicial com os participantes, explicar os objetivos da oficina, conforme explicitado no Termo de Consentimento Informado, enfatizando a necessidade de uso de gravador para registro das discussões para fins de análise.

Consentimento informado: antes de iniciar a oficina, explique novamente os objetivos e solicite que os participantes assinem o Termo de Consentimento.

Trabalho em dupla: como o potencial de mobilização da oficina é alto, é aconselhável que a condução dos grupos seja feita em dupla, de preferência com algum profissional que tenha experiência com atividades de grupo.

Ajuda a quem não escreve: é necessário definir procedimentos para os casos em que as pessoas não têm facilidade de escrever. Nesses casos, podemos oferecer ajuda, por isso, também, é importante garantir a presença de um observador.

Ambiente confortável: é aconselhável realizar o grupo em ambientes informais, de preferência com os participantes e pesquisadores sentados no chão. No caso de preferir sentar à volta de uma mesa, sugerimos que todos possam se ver e que haja espaço para os participantes se movimentarem e levantarem para mudar as tiras de papel, fato que ocorre com frequência.

Linguagem adequada ao grupo: como vamos trabalhar com populações muito diferentes, não dá para padronizar a linguagem. Fica “artificial”. Mas, é importante padronizar os procedimentos.

Limites de cada um: cabe frisar que nenhum participante deve ser forçado a revelar as situações de risco vivenciadas. A revelação deve ser voluntária. Isso deve ser reiterado tantas vezes quanto parecer ser necessário.

Atenção à duração dos exercícios: os participantes tendem a se estender nas discussões. Portanto, é importante estar atento ao tempo previsto para cada exercício.

Registros necessários: vale lembrar que as oficinas têm duplo papel: 1) são intervenções visando a sensibilização para os riscos da vida cotidiana e 2) são instrumentos de coleta de dados. Por isso, é importante o registro das informações, assumindo estas várias formas:

- a) Formulário 1: registro de informações sobre os participantes;
- b) Formulário 2: registro dos repertórios associados as palavras: Violência Doméstica (Atividade 1);
- c) Recolhimento das tiras e registro das situações de violência doméstica (Atividade 2 e 3);
- d) Gravação das discussões (Atividade 2);
- e) Observações gerais sobre a dinâmica do evento (papel do observador).

2. PROCEDIMENTOS

Apresentação

Atividade 1. Associação de repertórios com as palavras: Violência Doméstica.

Atividade 2. Memórias de situações envolvendo violência doméstica.

Atividade 3. Os sentidos da prevenção.

APRESENTAÇÃO

Tempo previsto: 15 minutos

Em primeiro lugar, disponha os participantes em círculo, de modo que todos possam se ver e ouvir.

Coordenadores – apresentar os dois coordenadores (se necessário).

Objetivo – entender como se pensa violência doméstica na vida em geral.

Procedimento – explicar que a oficina está dividida em três atividades.

Autorização para gravar – falar da dupla função da oficina (pesquisa e sensibilização) e conseqüente necessidade de gravar. Pedir permissão e explicar que o material será tratado de forma a garantir sigilo.

Assinatura do Termo de Consentimento – explicar que a conduta ética em pesquisa com seres humanos requer a explicitação dos objetivos e a assinatura de um Termo de Consentimento para assegurar que os participantes entenderam os objetivos e os procedimentos. Distribuir uma cópia para cada pessoa, dando tempo para a leitura individual (ou grupal, se os participantes preferirem).

Apresentação dos participantes – verificar se todos os participantes se conhecem. Caso contrário, fazer uma breve apresentação de cada um (por exemplo, primeiro nome e profissão).

PRIMEIRA ATIVIDADE

ASSOCIAÇÃO DE IDÉIAS COM AS PALAVRAS: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Material: papéis em branco e canetas.

Tempo previsto: 20 minutos.

Instruções:

- Em primeiro lugar, distribua uma folha de papel e uma caneta para cada integrante. Depois diga as seguintes instruções:

1.	<p>Livre associação:</p> <p>Escreva neste papel as palavras: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.</p> <p>Agora, escreva abaixo todas as palavras ou imagens que passam pela cabeça de vocês quando se fala sobre VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.</p> <p>Quando você sentir que as palavras e frases não estão saindo naturalmente, pode parar. Não se importe com o número de palavras que você escrever.</p>
Tempo previsto: 10 minutos.	

2.	<p>Listar associação:</p> <p>Agora, vamos fazer uma lista de todas as palavras que surgiam de modo a identificar as associações mais frequentes.</p>
Tempo previsto: 10 minutos.	
<p>Obs.: um (a) coordenador (a) escreve as associações numa lousa, quadro, cartolina ou em <i>flip chart</i>, de modo que todos os integrantes possam ver as palavras, enquanto o outro observador anota as palavras no <i>formulário 2</i>.</p>	

3.	<p>Alertar para a diversidade:</p> <p>Ao final, comente que, como podemos observar a partir da variedade de palavras que o grupo produziu, fica claro que não existe uma definição única, nem a mais correta, mas que, como muitas outras, violência doméstica é uma expressão com múltiplos sentidos.</p>
-----------	---

SEGUNDA ATIVIDADE

RELATOS DE SITUAÇÕES ENVOLVENDO VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Material: tiras de papel e canetas.

Tempo previsto: 45 minutos.

Instruções:

- Em primeiro lugar, distribua três tiras de papel para cada integrante e disponha o restante no centro do círculo formado pelos participantes.

1.	<p>Recordação – situações envolvendo violência doméstica:</p> <p>Pense em sua vida desde quando você era criança até hoje e procure lembrar-se de situações em que você ou alguém presenciou ou ouvir falar sobre violência doméstica. Deixe sua memória fluir concentrando-se apenas nas suas emoções e sentimentos.</p> <p>Escreva cada situação num desses pedaços de papel. Uma situação para cada papel.</p> <p>Se você precisar de mais papel pegue aqui no meio.</p>
Tempo previsto: 15 minutos	

Ligar o gravador

3.	<p>Discussão:</p> <p>Agora, pensando sobre as situações que vocês descreveram, vamos conversar um pouco. Quem, por exemplo, gostaria de falar de uma situação em que presenciou ou ouviu falar sobre violência doméstica.</p>
Tempo previsto: 20 minutos.	

Recolha as papeletas.

TERCEIRA ATIVIDADE

É POSSÍVEL PREVENIR A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA?

Tempo previsto: 45 minutos.

Instruções:

- As perguntas abaixo visam propiciar a discussão sobre prevenção de drogas. Faça as perguntas, uma por vez, gravando toda a discussão.

1.	Quais são os riscos da violência doméstica?
Tempo previsto: 10 minutos	

2.	É possível prevenir a violência doméstica?
Tempo previsto: 10 minutos..	

<p>Encerre a oficina perguntando o que as pessoas acharam dos exercícios e da dinâmica. Verifique se alguém ficou por demais mobilizada e dê atenção especial a esta pessoa.</p>

REGISTRO DA OFICINA

FORMULÁRIO 1

DESCRIÇÃO DO GRUPO

Data: 1º/12/2007

Horário: 19h

1. Identificação:

Grupo: Universitárias da Etnia Indígena Guarani-Kaiowá

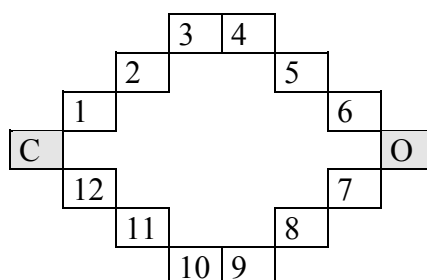
Local: Aldeia Amambaí-MS

Coordenador: Verônica Lemes Pinto Berzuini

Observador: Miriam Santana Rocha Fernandes

Duração: 19h às 20h30

2. Disposição espacial:



3. Características do grupo:

Participante	Sexo	Idade (anos)	Estado civil	Escolaridade	Profissão
O5.P1	F	24	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
O5.P2	F	22	Solteira	Cursando o 3º Grau	Professora
O5.P3	F	22	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
O5.P4	F	23	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora
O5.P5	F	24	Casada	Cursando o 3º Grau	Professora

FORMULÁRIO 2

ASSOCIAÇÃO DE REPERTÓRIOS

Associações com a expressão “violência doméstica”	Participantes					T
	1	2	3	4	5	
1. Sofrimento	X	–	X	X	X	4
2. Dor	X	X	X	–	X	4
3. Angústia	X	X	X	X	–	4
4. Mágoa	X	X	X	–	X	4
5. Desespero	X	X	X	X	X	5
6. Estupro	X	–	–	–	–	1
7. Infelicidade	X	–	–	–	–	1
8. Ferida que não se apaga	X	–	–	–	–	1
9. Iludida pelo amor	X	–	–	–	–	1
10. Tristeza	X	X	–	X	X	4
11. Ansiedade	X	–	X	–	–	2
12. Raiva	–	–	X	–	–	1
13. ódio	–	–	X	–	–	1
14. Chantagem	–	–	X	–	X	2
15. Abuso sexual	–	–	–	X	X	2
16. Angústia na gravidez	–	–	–	X	–	1
17. Palavrão	–	–	–	X	–	1
18. Medo de falar as coisas	–	–	–	X	–	1
19. Apanhar	–	–	–	X	–	1
20. Maus tratos	–	–	–	–	X	1
21. Maus tratos pela palavra	–	–	–	–	X	1
22. Desprezo	–	–	–	–	X	1
23. Sem paz	–	–	–	–	X	1

Violência doméstica como	Participantes					T
	1	2	3	4	5	
<i>Sentido negativo</i>						
– sofrimento	X	–	X	X	X	4
– dor	X	X	X	–	X	4
– angústia	X	X	X	X	–	4
– magoa	X	X	X	–	X	4
– desespero	X	X	X	X	X	5
– infelicidade	X	–	–	–	–	1
– ferida que não se apaga	X	–	–	–	–	1
– iludida pelo amor	X	–	–	–	–	1
– tristeza	X	X	–	X	X	4
– ansiedade	X	–	X	–	–	2
– raiva	–	–	X	–	–	1
– ódio	–	–	X	–	–	1
– chantagem	–	–	X	–	X	1
– medo de falar as coisas	–	–	–	X	–	1
– desprezo	–	–	–	–	X	1
– sem paz	–	–	–	–	X	1
– palavrão	–	–	–	X	–	1
<i>Consequência</i>						
– estupro	X	–	–	–	–	1
– abuso sexual	–	–	–	X	X	2
– angústia na gravidez	–	–	–	X	–	1
– apanhar	–	–	–	X	–	1
– maus tratos	–	–	–	–	X	1
– maus tratos pela palavra	–	–	–	–	X	1
Total	11	5	9	9	11	45

Situações que envolvem violência doméstica	Participantes
Situações familiares	
<i>Meu pai agredindo minha mãe em palavras que ela não fazia. E quando o meu pai estava bêbado e queria bater na minha mãe eu fui para separar e meu pai pegou no meu cabelo isso eu não esqueci.</i>	O5.P1
<i>Minha tia teve DST'S por causa do seu marido e ela foi acusada pelo marido que ela que o traiu e eu presenciei.</i>	O5.P2
<i>Quando eu era criança meu pai bateu na minha mãe cada vez que bebia cachaça ele expulsava a gente de casa, e nois pegava o nosso coberto dormia atrás da casa no chão, até agora ele continua assim grosseiro, chinga qualquer um que aparece na frente, até a minha mãe é alcoólatra.</i>	O5.P4
<i>Quando eu tinha 15 anos a minha prima sofreu abuso sexual, aquele homem machucou ela, e ela quase foi morta.</i>	O5.P4
<i>A minha vizinha sofre bastante, uma e minha cunhada, que o marido é muito ciumento, que é o meu irmão. Ele bate nela, maltrata o filho com palavrões.</i>	O5.P2
<i>Já vi o meu pai bater na minha mãe porque ele era alcoólico. Saia de casa de manhã e chegava só de tarde bêbado e brigava com todo mundo. Quebrava tudo que a minha mãe tinha. E machucava a minha mãe fisicamente e psicologicamente, porque magoava a minha mãe com as palavras que dizia, eu só chorava sem saber o que fazer, só pensava em me formar em algum e levar a minha mãe longe dele. Mas cada ano passava eu ficava mais esperta onde então eu não chorava mais, eu arranjava um jeito de pegar o meu pai e eu e a minha irmã Marinalva amarrávamos ele e a minha mãe ajudava nós a por ele na cama até ele dormir, depois nós desamarrava. Graças a deus hoje ele é evangélico e mudou tudo.</i>	O5.P3
<i>Quando eu era criança o meu pai trabalhava nas usinas, ele leva os pessoal para trabalhar e através disso, o meu judiava da minha mãe, brigava com ela com a faca e com outras coisas. Até agora a minha mãe está vivenciando, nunca teve paz na sua casa e com a sua família.</i>	O5.P5
<i>Agora que eu me casei eu sou infeliz no meu casamento, eu não amo o meu marido depois que ele me traiu, só que ele é muito grosso comigo, mas acho que não vou agüentar, não gosto do jeito dele.</i>	O5.P4
<i>Com meu primeiro marido ele era muito mulherengo eu estava grávida ele começava me umilhar e fala sobre várias coisas, quando eu reclamava pra ele, ele fica bravo e me bate por causa disso.</i>	O5.P5
<i>Com meu terceiro marido, quando foi um mês, ele já me batia, até que eu me separei dele.</i>	O5.P5
Situações vivenciadas por pessoas não familiares	
<i>Meu vizinho batendo na sua mulher isso me incomodava quando eu era criança.</i>	O5.P1
<i>Tenho outra vizinha que o marido é alcoólatra. Tem 3 filho, ela sofre muito porque o marido não da nada para ela e não traz comida, as vezes passam fome. O filho agora está se embriagando, bebendo direto, vem maltrata o pai, a mãe, os meus pais que não tem nada a ver.</i>	O5.P2
<i>Uma colega de profissão que sofre porque o marido dela não deixa ela nem ir nos cursos, porque o marido ameaça bater nela se ela desobedecer a ordem dele, ele bate mesmo! E ela faz tudo que o marido manda porque ela tem medo de denunciar e porque ela diz que ama ele. Tem medo de perder ele.</i>	O5.P3

TRANSCRIÇÃO DA DISCUSSÃO

Segunda atividade: relatos de situações envolvendo violência doméstica

Coordenadora: — Pensando sobre as situações em que vocês escreveram, vamos conversar um pouco. Quem gostaria de falar de uma situação em que presenciou ou ouviu falar sobre violência doméstica.

O5.P4: — Eu já vi o meu pai batendo na minha mãe porque ele é alcoólico.

O5.P3: — O meu pai também, ele saía de casa de manhã e chegava só de tarde em casa bêbado e brigava com todos e quebrava tudo o que a minha mãe tinha e machucava a minha mãe fisicamente e psicologicamente, porque magoava a minha mãe com as palavras que ele dizia eu só chorava sem saber o que fazer, só pensava em me formar em alguma coisa e levar a minha mãe longe dele, mas cada ano que passava eu ficava mais esperta e crescidinha, onde eu não chorava mais, eu arranjava um jeito de pegar o meu pai, eu e a minha irmã amarrávamos ele e a minha mãe ajudava nós a por ele na cama até ele dormir, depois nós desamarrávamos e graças a Deus, hoje ele é evangelho e mudou tudo.

O5.P2: — Eu tenho uma cunhada que é a mulher do meu irmão, ele bebe também bastante e ele é muito ciumento, qualquer coisa assim ele fica desconfiado, aí ele já sai beber por aí, vem maltrata ela, o filho, a minha mãe, o meu pai, todo mundo e ele é bem agressivo né, aí agora o filho dele também ta bebendo, ele copiou o pai né, porque ele é agressivo, ele briga com todo mundo, ta se drogando, ele chega faz bagunça, iche, o pai e o filho ta perdido, ele não era assim, ele era um guri bem calmo, carinhoso, era um guri bem tranqüilo, agora não, ele tem dezesseis anos e ta nesse caminho também, porque o pai mesmo bebe, maltrata todo mundo, até a mãe dele.

O5.P1: — Eu fui quando eu vi o meu pai agredindo a minha mãe com palavras, chegava e falava coisas que ela não fazia e eu achava isso muito ruim, a minha mãe e o meu pai brigando eu assistindo isso, escutando, a gente fingia que dormia e ele só falava pra minha mãe. Chegou uma época que eu tive coragem de falar pra ele nunca mais maltratar a minha mãe, acho que isso foi o que marcou bastante a minha vida, a minha mãe falava que essa vida ela queria pra gente nunca e que os homens era quase todos iguais né e sempre falava pra gente que agressões fisicamente as vezes cura né, mas mentalmente é muito difícil isso, acho que até hoje, eu assim olho assim no meu pai, eu vejo assim muita magoa né, eu tento procurar disfarçar e não levar isso em consideração né, e também como um dia o meu pai chegou bêbado e ele tinha carro né e ele levava as pessoas para trabalhar nas usinas e chegou bêbado e queria agredir a minha mãe né, e quando foi pra gente separar eles, ele pegou no meu cabelo e queria me derrubar né, mas a gente não deixou que isso acontecesse, foi uma coisa que ficou assim na gente né, mágoa. Até hoje eu falo pra minha mãe que se isso acontecesse comigo um dia, que eu não suportaria mesmo, que até hoje eu vejo a minha mãe sofrendo com isso, graças a Deus assim o meu pai nunca bateu assim na minha mãe, mas já tentou uma vez. Muitas vezes a minha mãe tentou abandonar ele, só que eu falava: mãe o pai mesmo tem uma doença né, que ele não consegue deixar a bebida, ele para uma semana, no final de semana ele toma. Só que assim eu vejo que prejudica ele né, as vezes quando ele vem pra cá eu converso bastante com ele né, procuro mostrar pra ele né, que por mais que ele bebe, ele tem o carinho da gente né. A minha mãe fala que ele nunca vai parar de beber né, e eu falo que ele precisa de ajuda, precisa da minha mãe, da gente, de todo mundo, se a gente não ajudar ele, quando que ele vai parar né, eu tento colocar isso na cabeça da minha mãe né. Mas, graças a Deus a gente nunca teve essa violência mesmo né, muitos que batem nos filhos né, o que teve foi somente agressões em palavras assim né.

(Silêncio.)

Coordenadora: — Alguém mais gostaria de falar?

O5.P5: — Eu vou falar também que o meu pai também é alcoólatra e a minha mãe antes ela não era alcoólatra né, mas o meu pai já era mesmo, mas o meu trabalhava nas usinas e quando ele chega das usinas ele fica batendo na minha mãe, batendo mesmo, assim com a faca e a gente corria na casa da minha avó para pedir socorro e a minha mãe ficava lá.

O5.P4: — Quando a gente era criança ele rasgava toda a roupa da minha mãe, ele mandava a gente dormir atrás da casa, isso quando a gente era criança, porque depois que a gente cresceu, eu principalmente sou agressiva mesmo também, agora quando ele bate na minha mãe, eu bato no meu pai também.

O5.P5: — A gente não tinha mais medo dele né, a gente chega e tem que salvar nossa mãe né, porque antes ela não bebia mesmo e agora não, agora os dois tá se acompanhando, são alcoólatra.

Coordenadora: — Mas vocês acham que ela começou a beber por quê?

O5.P4: — Depois que a minha avó morreu que ela bebeu.

O5.P5: — E a gora o meu pai não fica mais batendo com a faca, ou assim, com chute ou com cinto, só nas palavras que ele maltrata ela mesmo e por que agora ele não bate mais nela? Agora que eles dois tá tomando, será que por causa disso ele acha que é bom tomar junto? Eu eu também agora que me separei daquele lá também, eu falava pra ele que eu ia me separar se ele me batesse né, já basta a minha mãe e o meu pai alcoólatra né, a minha família toda, e eu falava pra ele assim que você me tocar eu me separo de você e quando fez um mês de casada ele me bateu, bateu na minha mãe e na minha sogra e derrubou tudo o que tinha dentro de casa e eu falei pra ele se você continuar assim eu me separo e parece que foi um ano ele me bateu de novo, daí esses meses que eu ia me separar dele, ele me bateu e até me mandou para o hospital, a gente brigava mais por causa dos meus filhos, ele falava mal dos meus filhos, eu não sei do que as parentadas falava pra ele né e ele vinha e falava as coisas pra mim e a gente saía brigando e na frente de todo mundo ele fala que gosta, que não sei o que, mais quando vai brigando né, já inclui todo mundo né, um monte de coisa, aí eu falo pra ele ta bom o caminho ta livre pode ir embora, daí que eu falava pra ele que eu ia me separar, daí que ele ficava mais bravo comigo e ficava me chantagiando eu mato você, num sei o que ele falava e depois que eu decidi me separar dele que ele começou a me bater mesmo, ele me bateu na frente dos meus filhos e antes ele não fazia na frente dos meus filhos, ele me pegou pelo cabelo e me arrastou lá fora né, me bateu e o meu pai e a minha mãe viram e eu expulsei ele de casa e ele me ameaçou né, que quando eu saísse na estrada que ele ia me pegar, ele quase me matou mas eu me separei dele.

Coordenadora: — Tem quanto tempo que você se separou dele?

O5.P5: — Tem cinco meses.

Coordenadora: — E ele já tentou nesse tempo fazer alguma coisa com você?

O5.P5: — Graças a Deus não aconteceu nada, ontem mesmo eu encontrei com ele na estrada, eu tava tremendo porque eu achei que ele ia me bater né, mas ele me falou um monte de coisa, mas não tocou em mim.

(Silencio.)

Terceira atividade: *É possível prevenir a violência doméstica?*

Coordenadora: — Quais são os riscos da Violência Doméstica?

O5.P2: — A mulher pode ficar inválida.

O5.P1: — Aborto né, perder o filho por causa disso.

O5.P3: — Com o meu tio aconteceu isso né, ela tava grávida de gêmeos né, só que ele sabia né, mas

não sei o que aconteceu que eles brigaram e ela caiu e parece que bateu a barriga na quina da cama e perdeu as crianças né, ela não tinha coragem de denunciar ele né e ela amava o marido e sentia medo de perder, por isso ela não fez isso né, ela falou pra nós né, se eu contar pro doutor o que aconteceu, ele vai preso e eu não quero que ele vai, ela fala, eu amo ele e eu não vou fazer isso com ele e ela falava eu também provoquei ele, por isso ele fez isso, daí nós explicava pra ela você tem que denunciar.

O5.P1: — Eu acho que é um trauma né que deixa na mulher, ela não queria denunciar porque não tem uma perspectiva de vida mesmo né. Eu vejo assim que muitas mulheres que eu visitava assim nas casas né, elas diziam pra onde que eu vou? o que eu vou fazer? elas não tinha saída, tinha que ficar com o marido porque pelo menos ele dava alguma coisa pro filho dela né e não era porque ela gostava dele ou de estar lá. Eu acho que psicologicamente machuca bastante as mulheres e deixa um sofrimento que ao mesmo tempo que ela quer tirar isso, mas como ela vai fazer isso? E vem com isso a destruturação da família mesmo, as vezes o filho ou a filha fica drogado, sai bebendo também, ah o meu pai tá assim mesmo e eu não vou escutar a minha mãe porque ela bebe também.

(Silêncio.)

Coordenadora: — É possível prevenir a Violência Doméstica?

O5.P3: — É possível sim, porque eu acho que depende da mulher né, porque se ela não tá se sentindo bem porque ela tá com ele? Eu acho assim né, eu não sei se eu tô certa ou errada, mas eu acho assim né.

O5.P1: — Eu acho que é possível sim né, basta você querer tomar uma decisão, assim eu não quero mais, e nem por isso você vai morrer de fome também né, eu acho que é possível sim.

O5.P3: — Ou pelo menos denuncia, mesmo que você ama eu acho que pelo menos ele vai aprender a respeitar, eu acho que depende de você, se você tá mal lá, porque você tá lá? Sai dali, mesmo que você não tem nada pra comer e se você sabe lavar roupa tá bom, da pra você lavar roupa em qualquer lugar e você ganha dinheiro pra comer.

(Silêncio.)

Coordenadora: — Mas, como que a gente poderia prevenir uma mulher sofrer uma Violência Doméstica?

O5.P1: — Eu acho que é com muita conversa com as mulheres né, por exemplo mostrar que tem a lei Maria da Penha, explicar pra ela como denunciar, porque as vezes a mulher não sabe como reagir contra isso e ir atrás das pessoas que podem ajudar ela, pelo menos nós mulheres indígenas muitas não sabem os seus direitos né, que independente de ser índia, negra ou branca que os direitos são iguais e a lei é pra todo mundo.


ANEXO A - Autorizando a realização da pesquisa

EU, Nanci de Jesus Albuquerque Pissini, diretora da Faculdade de Amambaí-FIAMA, estou ciente que a mestranda em Psicologia, da Universidade Católica Dom Bosco, Verônica Lemes Pinto Berzuini, estará desenvolvendo a sua pesquisa com as universitárias da etnia Guarani-Kaiowá, da Aldeia Amambaí-MS, acadêmicas do curso de Pedagogia desta Instituição de Ensino Superior Particular.

Data: 27 / 10 / 2006



ANEXO B - Declaração do Comitê de Ética




Missão Salesiana de Mato Grosso
Universidade Católica Dom Bosco
Instituição Salesiana de Educação Superior

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de direito, que o projeto “Saúde Reprodutiva em Foco: Conversando com Universitárias da Etnia Guarni-Kaiowá” nº. 58, de responsabilidade de Verônia L. P. Berzuini, após análise do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Católica Dom Bosco CEP/UCDB e encaminhamento para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/CONEP, foi considerado aprovado sem restrições.

Campo Grande, 28 de Fevereiro de 2007.


Laura Lavagnoli
Secretária do Comitê de Ética