

**A Prevenção das IST/Aids em Escolas Indígenas do Pantanal Sul-Mato-Grossense,
Brasil: Interfaces da Educação & Saúde¹**

**STI/AIDS Prevention in Indigenous Schools in the Pantanal Sul-Mato-Grossense,
Brazil: Education & Health Interfaces²**

Léia Teixeira Lacerda³
Giovani José da Silva⁴

Resumo: o artigo busca apresentar a estrutura e os impactos do Programa de Educação Preventiva de IST/Aids desenvolvido em parceria com professores Guató, Kadiwéu, Kinikinau e Terena, que vivem na região pantaneira de Mato Grosso do Sul, Brasil, no período de 2003 a 2010, em perspectiva freireana e dos teóricos da educação preventiva, da antropologia e da educação. Os dados evidenciam que o conhecimento a respeito dessas infecções se constituiu em atitudes preventivas, ou seja, a informação foi gradativamente incorporada à formação inicial dos sujeitos. O material didático produzido para as atividades procurou expressar a visão de educação e saúde dos(as) indígenas e as relações que estabelecem com suas culturas, as aldeias e os territórios, bem como oportunizou que se reconhecessem, pois passaram a se referir ao que vivenciam. Isso significa utilizar as escolas como espaço de fronteira, onde as trocas ocorrem e as tradições de pensamento ocidentais que geraram o processo educativo nos moldes escolares e os seus códigos culturais que demandam a escola — com suas especificidades — formam as múltiplas formas de se conhecer e pensar o mundo. Para grupos que possuem diminuta população e estão frequentemente em contato com doenças do mundo contemporâneo, ações dessa natureza geram impactos sociais responsáveis pela melhoria da qualidade de vida. A metodologia adotada estrutura-se por meio de temas geradores que pode ser replicada em outros contextos, respeitando-se as singularidades de cada povo indígena.

¹ Para o desenvolvimento das etapas da pesquisa, seguimos as orientações legais que amparam os povos originários, por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 304, de 09 de agosto de 2000 e posteriormente adotamos o protocolo ético previsto na Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012; as recomendações do Ofício Circular n.º 2/2021/CONEP/SECNS/MS e a Resolução CONEP n.º 510/2016, a fim de garantir segurança aos colaboradores.

² For the development of the research steps, we followed the legal guidelines that support the original peoples, through Resolution of the National Health Council No. 304 of August 9, 2000 and later we adopted the ethical protocol provided for in Resolution No. from 2012; the recommendations of Circular Letter No. 2/2021/CONEP/SECNS/MS and CONEP Resolution no. 510/2016, in order to guarantee the safety of employees.

³ Doutora em Educação pela USP. Docente do Curso de Pedagogia e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado e Doutorado Profissional em Educação da UEMS, Brasil. Líder do Grupo de Pesquisa: Educação, Cultura e Diversidade. Pesquisadora Associada do Centro de Pesquisa, Ensino e Extensão em Educação, Linguagem, Memória e Identidade – CELMI-UEMS. Orcid iD: <http://orcid.org/0000-0003-3752-0790>. E-mail: leia@uems.br.

⁴ Doutor em História pela UFG, com estágios de pós-doutorado em Antropologia (UnB) e em História (UFF). Docente dos Cursos de História, Direito, Licenciatura Intercultural Indígena, Pedagogia e no Mestrado Profissional em Ensino de História – ProfHistória da Universidade Federal do Amapá (Unifap), Brasil. Orcid iD: <http://orcid.org/0000-0003-4906-9300>. E-mail: giovanijsilva@hotmail.com.

Palavras-chave: Aids. Educação escolar indígena. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Indígenas de Mato Grosso do Sul.

Abstract: the article presents the structure and impacts of the STI/AIDS Preventive Education Program developed in partnership with teachers Guató, Kadiwéu, Kinikinau and Terena, who live in the Pantanal region of Mato Grosso do Sul, Brazil, from 2003 to 2010, in the perspective of Freire and theorists of preventive education, anthropology and education. The data show that knowledge about these infections constituted preventive attitudes, that is, the information was gradually incorporated into the initial training of the subjects. The didactic material produced for the activities sought to express the vision of education and health of the indigenous people and the relationships they establish with their cultures, villages and territories, as well as providing opportunities for them to recognize themselves, as they began to refer to what they experience. This means using schools as a frontier space, where exchanges occur and the Western thought traditions that generated the educational process in school molds and their cultural codes that demand the school — with its specificities — form the multiple ways of knowing and thinking about the world. For groups that have a small population and are often in contact with diseases in the contemporary world, actions of this nature generate social impacts responsible for improving the quality of life. The adopted methodology is structured through generating themes that can be replicated in other contexts, respecting the singularities of each indigenous people.

Keywords: Aids. Indigenous school education. Sexually Transmitted Infections. Indigenous People of Mato Grosso do Sul.

Introdução

O Pantanal constitui uma das maiores áreas úmidas do mundo, formado pelas cheias anuais dos rios que compõem a bacia do Alto Paraguai; suas águas fluem através de terras brasileiras, paraguaias e bolivianas, cobrindo 496.000 km², dos quais cerca de 400.000 estão no Brasil. Os principais afluentes dessa bacia, em terras brasileiras, são os rios Sepotuba, Cabaçal e Jauru pela margem direita e os rios Cuiabá, Taquari e Miranda pela margem esquerda. A planície pantaneira localiza-se na porção central da América do Sul, no extremo norte da bacia Platina, entre os paralelos 16° a 22° de latitude Sul e os meridianos 55° a 58° de longitude Oeste, nos Estados de Mato Grosso e de Mato Grosso do Sul (Silva, 1996).

Mato Grosso do Sul, é um dos Estados da federação de maior expressividade em termos de população indígena, tanto pela rica diversidade étnica, quanto pelo grande número de pessoas que abriga. Na região pantaneira desse Estado vivem, atualmente, pelo menos sete grupos distintos: Atikum, Chamacoco (*Ishir*), Guató, Kadiwéu, Kamba, Kinikinau e Terena (Ricardo; Ricardo, 2006). Há grandes contingentes, como os Terena, que perfazem cerca de 28.000 pessoas, e há aqueles grupos que ainda correm o risco de desaparecer, tais como os Atikum ou os Kamba, com menos de 100 pessoas. Desde 2001, há ações de Educação nessa região do país e, mais especificamente, de Educação Preventiva entre jovens e adultos. A partir

de 2003 foram realizadas oficinas entre os Guató, Kadiwéu, Kinikinau e Terena, com expressivos resultados.

Esses resultados, inclusive, receberam importantes premiações ao longo da sua realização, em razão da metodologia desenvolvida, que busca aproximar os conhecimentos tradicionais e os conhecimentos científicos, ao abordar a prevenção das IST/Aids, lançando um olhar e uma escuta sensíveis para as percepções de mundo desses sujeitos, no que se refere à saúde, às noções de corpo e sexualidades circulantes em suas culturas.

Paulo Freire (2000) nos ensina, por meio da sua extensa e instigante obra, os caminhos da educação que considera as necessidades de uma comunidade como prática de liberdade e, sobretudo, como movimento de emancipação das gentes, produzindo sentido aos conteúdos abordados de maneira contextualizada. Além dele, outros teóricos serviram às reflexões empreendidas: do campo da Educação (Freire, 2000; Gadotti; Romão, 2005), da Educação Preventiva no Brasil (Marques, 2003; Paiva, 1999); da Antropologia (Langdon; Garnelo, 2004; Barros, 2000; Ricardo, 2000; Ricardo; Ricardo, 2006), que possibilitaram pensar sobre a qualidade do ensino oferecido a populações, bem como a melhoria na qualidade de vida dos grupos que vivem no Pantanal de Mato Grosso do Sul.

Dessa perspectiva, a metodologia criada e desenvolvida pela equipe estruturou-se por meio de eixos geradores e pode ser replicada em outros contextos e para outras populações, uma vez que foi elaborada para ser difundida em diferentes regiões e grupos indígenas. Isso porque se constitui por meio de referenciais teóricos da Educação, da Psicologia, da Antropologia e outras áreas do conhecimento, como referido acima, a um trabalho pioneiro de aplicação prática e dinâmica, relacionado à melhoria da qualidade de vida de cidadãos e cidadãs indígenas.

Assim, as atividades desenvolvidas nas Oficinas foram estruturadas com os indígenas, isto é, como eixos geradores necessários à prática pedagógica da educação preventiva às IST/Aids. Desse modo foram considerados os seguintes elementos: contexto social dos Guató, Kadiwéu, dos Terena e dos Kinikinau; atuação dos pajés (*nijienigi* e *koixomuneti*) na cura das doenças; produção de uma cartilha abordando a prevenção das IST e da Aids em coautoria com os indígenas; reflexões sobre gênero e sexualidades; práticas sexuais seguras, arriscadas e cenas sexuais, buscando prepará-los para multiplicarem as informações e transformarem a formação dos educadores e educadoras da região.

1. Referencial teórico

O trabalho foi referenciado conceitualmente na premissa de que o acesso à escolaridade de jovens e adultos e à prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis/ Aids busca proporcionar aos indígenas da região pantaneira sul-mato-grossense, inseridos em uma sociedade em permanente contato com a sociedade não indígena, a possibilidade de analisar, criticar e enfrentar questões que fazem parte do contexto em que vivem. Para tanto, inseriu-se o debate dessa temática no contexto da formação integral, estimulando o pensamento e o raciocínio, para que pudessem transferir aprendizagens de uma situação à outra, abstraindo propriedades, fazendo generalizações e, também, utilizando conhecimentos em contextos diversos, dentro e fora dos territórios indígenas.

Segundo Gadotti e Romão (2005, p. 16), o educador Paulo Freire apresenta contribuições:

[...] tão importantes para a formação dos grupos populares certos conteúdos que o educador lhes deve ensinar, quanto à análise que eles façam de sua realidade concreta. E, ao fazê-lo, devem ir, com a indispensável ajuda do educador, superando o seu saber anterior, de pura experiência feito, por um saber mais crítico, menos ingênuo. O senso comum só se supera a partir dele e não com o desprezo arrogante dos elitistas por ele.

Nessa perspectiva, a principal referência conceitual da proposta está ancorada na vasta obra de Paulo Freire, sobretudo, na *Pedagogia do Oprimido* (Freire, 2005), que fundamenta o percurso teórico-metodológico e oportuniza pensar e implantar no currículo da Educação de Jovens e Adultos (EJA) indígenas, moradores do Pantanal sul-mato-grossense, a educação preventiva das IST/Aids, a partir das categorias de saúde, corpo e conhecimentos tradicionais, o que favorece o movimento de alteridade entre o Eu e o Outro, de maneira dialógica.

Segundo Leonardo Boff, no prefácio da obra *Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*,

A Pedagogia do Oprimido não é uma pedagogia para o oprimido ou roteiro que pessoas solidárias e de boa vontade devem usar para libertar o oprimido. Ao contrário, é uma pedagogia que permite ao oprimido extrojetar de dentro de si e, por ele mesmo, o opressor a fim de resgatar seu ser-livre e plasmar uma história na qual a prática seja a liberdade e a dialogação de todos com todos, prática que torna menos difícil a solidariedade, a fraternidade e o amor (Freire, 1997, p. 7; itálico no original).

Dessa maneira, os dados evidenciaram a necessidade de se transversalizar os temas que envolvem a sexualidade e a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis/ Aids,

inserindo-se as categorias de gênero e etnia nas matrizes curriculares que atendem aos estudantes indígenas, pois considerou-se que quanto maior a capacidade de diálogo a respeito de corpo, sexo, saúde/ doença, entre os sujeitos, menor será a exposição a essas infecções. Vale registrar também que em uma sociedade indígena marcada pela divisão sexual do trabalho, as questões de gênero e etnia devem ser debatidas em todo o processo educativo, tendo em vista que esse é um aspecto que não pode ser desconsiderado na trajetória de formação docente.

A perspectiva de gênero adotada em todo o programa de educação preventiva das IST/Aids foi baseada na concepção de relações sociais entre homens e mulheres indígenas dinamicamente construídas e clivadas por aspectos culturais inerentes aos grupos. Essas relações transformam-se a partir das experiências do cotidiano, decorrentes, sobretudo, das múltiplas transformações ambientais e sociais pelas quais passam as sociedades indígenas contemporâneas.

No que se refere às questões de gênero, o número de pesquisas entre os povos originários no Brasil é reduzido, ainda que diversos documentos e convenções internacionais ocorridas na última década reconheçam os múltiplos e diferenciados problemas vividos por essas sociedades, em que a situação das mulheres é, em grande parte, muito mais grave devido a condicionantes de ordem cultural. Esse é um aspecto que também está presente entre não indígenas.

De acordo com a análise das mulheres indígenas reunidas durante o III Encontro Continental de Mulheres Indígenas da América Latina, realizado no Panamá, em 2000:

O sulco da desigualdade de gênero se agrava por uma justificação cultural, mantendo as mulheres indígenas em desvantagem que não pode ser modificada por um aporte externo, porque será considerado mais uma intromissão da visão não-indígena nos problemas dos povos indígenas e, portanto, o trabalho para conter a desigualdade de gênero deve ser realizado pelas mulheres indígenas no interior de cada povo (Panamá, 2000, p. 7).

No que se refere à Aids, o quadro atual da América Latina se mantém heterogêneo, de acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2007). Na maioria dos países, o HIV está concentrado em populações que vivenciam as consequências da grande diferença social e econômica presente nas sociedades. Conforme o Conselho Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (CN-DST-Aids), o primeiro caso da doença entre a população indígena, no Brasil, ocorreu na região Sul, em 1988 (Brasil, 2000). Já o primeiro estudo de investigação sistemática de casos de Aids entre povos indígenas foi

realizado naquele mesmo ano, com o levantamento da situação de risco e vulnerabilidade dos Tiryiô, nas terras indígenas do Tumucumaque (AP), localizada na fronteira com o Suriname e a Guiana Francesa, ocasião em que foram notificados 2 (dois) casos da infecção.

Um levantamento posterior da vigilância epidemiológica, para efeitos de correção das notificações, detectou a existência de um caso em 1987, no Estado de Mato Grosso. Esses casos constituem a primeira referência oficial da epidemia, com ligeira interiorização na década de 1990. Em 1989 foi criado, no âmbito da Unidade Técnica de Prevenção do CN-DST-Aids, o projeto de prevenção de DST-Aids destinado aos povos indígenas. As ações desse projeto não alcançaram a dimensão social esperada e estavam voltadas para aspectos pontuais, implantados em alguns grupos étnicos. As diretrizes e ações foram definidas por meio de um acordo do Brasil com o Banco Mundial, com o surgimento de novos casos de Aids em populações indígenas.

Diante do contexto, dois aspectos passaram a orientar as ações nesse campo:

- 1) mudanças no perfil epidemiológico, caracterizadas pela interiorização, pauperização e feminização da doença;
- 2) ausência de uma política de saúde específica e precariedade da rede de serviços de atenção às populações indígenas.

O ponto de partida para enfrentar as duas questões foi, inicialmente, a elaboração de alguns indicadores de risco e vulnerabilidade. Esses indicadores de vulnerabilidade ou critérios para o reconhecimento dos riscos de transmissão de IST/ HIV/ Aids nas populações originárias foram identificados por meio de um trabalho de campo desenvolvido pela equipe do departamento de IST-Aids do Ministério da Saúde do Brasil, por meio de observações diretas.

O cruzamento das informações com dados socioeconômicos e antropológicos revelou a situação dos Estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina, Paraná, Rio de Janeiro, Sergipe, Alagoas, Amazonas e Acre. Os indicadores foram agrupados nesses critérios e aperfeiçoados ao longo do tempo com informações obtidas dos diagnósticos conclusivos das reuniões macrorregionais promovidas pelo CN-IST-Aids. Os testes de campo, por sua vez, demonstraram que as possibilidades de transmissão de IST/ HIV/ Aids são maiores ou menores de acordo com a quantidade de ocorrências de exposição a situações de vulnerabilidade e/ ou comportamentos então considerados de risco.

As possibilidades em relação ao risco envolvem diversas situações, devendo ser analisadas nos contextos epidemiológicos, culturais e sociais de cada grupo, tais como: iniciação sexual; frequência e posição social dos homens e/ ou mulheres que saem das aldeias;

ocorrência de interações entre grupos étnicos distintos; rituais e/ ou eventos envolvendo manuseio de objetos cortantes compartilhados, sem adequada desinfecção – escarificações, tatuagens, entre outros; práticas sexuais de poligamia, poliandria e poliginia; práticas de aleitamento cruzado; alcoolismo; prevalência de IST e outros fatores de risco associados à infecção pelo HIV.

De acordo com o Conselho Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (Brasil, 2000), em relação à vulnerabilidade é relevante para a implementação de ações de prevenção considerar as seguintes situações: intrusão de garimpo; extração de madeira e outros produtos em terras indígenas, tais como: construção de barragens, estradas, projetos agropecuários e de turismo; terras indígenas situadas em regiões de fronteira; presença de organizações religiosas e militares em terras indígenas; populações indígenas assentadas em áreas urbanizadas e outros fatores de vulnerabilidade.

Nesse período os técnicos que atuavam no Conselho haviam recomendado aos profissionais de saúde para buscarem reconhecer as redes sociais e os interlocutores-chave dos diferentes grupos, por meio do exercício de caracterização e identificação dos espaços em suas dimensões antropológicas e políticas, bem como a caracterização de como operam no processo de disseminação de doenças. Assim, verificou-se que a tendência do aumento do número de casos de Aids entre indígenas está diretamente relacionada a esses indicadores.

No período de 2000 a 2022, foram notificados 1.047 casos entre homens e mulheres indígenas no Brasil (Brasil, 2022). Os dados disponíveis apontam maior vulnerabilidade do segmento jovem da população: 50,1% dos casos de Aids entre os indígenas encontram-se na faixa etária entre 15 e 29 anos. No período de 1998 a 2006 foram notificados 126 casos de óbitos entre homens e mulheres indígenas. Para Marques (2003), por trás desses números está o sofrimento de milhares de pessoas atingidas de diversas formas pela Aids, no Brasil: uns por viverem com o HIV, outros por acompanharem a luta desses ou por terem perdido companheiros, filhos, pais e amigos. Além disso, a mesma autora afirma que as estatísticas comprovam que, apesar dos avanços significativos no enfrentamento da epidemia no país, esta continua em crescimento, adotando um perfil que caracteriza diferenças sociais, econômicas e culturais, entre outras. Como outros problemas de saúde pública presentes no Brasil, a Aids assumiu a função social de denunciadora dessa desigualdade.

Conforme Langdon e Garnelo, (2004), a população indígena compunha aproximadamente 0,2% da população brasileira no início dos anos 2000, ou seja, aproximadamente 350.000 pessoas (Ricardo, 2000). Além de serem numericamente poucos

em comparação com a população total, caracterizam-se por uma multiplicidade de línguas, cerca de 180 (Ramos, 1995). A maior parte dos grupos indígenas brasileiros pertence, portanto, a pequenas sociedades. Dos mais de 200 povos, 61 grupos (28,2%) tinham uma população de até duzentos indivíduos e 74% de até mil indivíduos (Ricardo, 2000).

Langdon e Garnelo (2004) salientam que os grupos indígenas se encontram em vários estágios de contato com a sociedade envolvente: em um extremo, existem os grupos isolados ou semi-isolados que ainda sofrem o impacto da violência e das doenças de contato; no outro, os grupos em permanente contato com a população não indígena. Essa última situação caracteriza a maior parte dos indígenas que estão fora da Amazônia Legal, ou seja, quase metade da população indígena brasileira (Ricardo, 2000). Esses grupos apresentam uma situação sanitária semelhante aos grupos pobres da população geral: alta incidência de desnutrição, tuberculose, problemas de saúde bucal, parasitoses, alcoolismo e mortalidade infantil. Havia grande preocupação de que a Aids se tornasse uma epidemia que ameaçasse a sobrevivência dessas pessoas nos próximos anos.

As mesmas autoras (Langdon; Garnelo, 2004) registram que, até 1991, a então Fundação Nacional do Índio (Funai) estava encarregada da saúde indígena. Em teoria, 90% dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos nas Unidades de Saúde mantidas nas áreas indígenas por Equipes Volantes de Saúde (EVS) e auxiliares de enfermagem. Os casos mais complexos, que precisassem de diagnóstico ou tratamento mais sofisticado, deveriam ser remetidos aos hospitais locais e/ ou aos serviços do Ministério da Saúde, com o qual a Funai mantinha convênios. Os casos mais sérios, encaminhados às Casas de Atendimento à Saúde do Índio, nos Centros Regionais da Fundação Nacional do Índio.

As antropólogas ressaltam que, naquela época,

Os serviços de saúde, contudo caracterizavam-se pela falta de uma rede eficiente de atendimento, de infraestrutura adequada, de profissionais preparados para trabalhar com a especificidade cultural dos povos indígenas e de recursos financeiros adequados. Tampouco havia dados sobre a situação epidemiológica desses grupos, assim como nenhuma instituição estava encarregada de centralizar os dados. Além disso, a Funai, com seus vários problemas, não era capaz de atender as áreas indígenas regularmente, e as necessidades de saúde dos índios tinham de contornar situações precárias decorrentes de fatores como marginalização, perda de território, mudanças ambientais e consequentes ruínas das técnicas tradicionais de subsistência, e agravamento da exploração por parte da sociedade envolvente (Langdon; Garnelo, 2004, p. 36).

Langdon e Garnelo, (2004) apontaram, ainda, que as reformulações das políticas de saúde para os povos indígenas, a partir da década de 1980, fizeram parte da reforma sanitária que vinha sendo implantada no Brasil, assim como compartilharam os mesmos princípios e problemas encontrados nas estratégias de atenção básica dirigida a outros segmentos da sociedade brasileira. Um dos produtos da reforma sanitária brasileira foi o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual é norteado por dois princípios, independentes de grupos ou classes particulares: a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a prevenção e manutenção de saúde e a participação da comunidade em um processo conhecido como “controle social”⁵, ambos considerados direitos de cidadania no Estado democrático.

A Política de Atenção à Saúde Indígena (Brasil, 2002) considera que a atenção básica oferecida pelas unidades de saúde deve ser vista como complemento e não como substituição das práticas tradicionais, ou seja, há, na legislação brasileira, uma preocupação explícita com a necessidade de articular as práticas sanitárias oficiais às diversas formas indígenas de auto atenção, tal como definidas por Menéndez (2003). Assim, o passo inicial para a criação do subsistema de saúde indígena foi a realização da Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986. Em face da reforma sanitária, a Conferência objetivava avaliar a situação de saúde indígena e criar uma política efetiva para essa população. Em 1995, um novo ator entrou no cenário: o Programa Nacional de DST/Aids, ligado diretamente ao Ministério da Saúde, que em 1996 começou a se preocupar com as populações indígenas.

Diferentemente da situação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e da Funai, o programa contava com maior autonomia e com maiores recursos, decorrentes de empréstimos internacionais. Sob a direção de um sociólogo assistido por um antropólogo/ médico, várias reuniões regionais foram realizadas, em 1997, em todo o país, a fim de estimular a criação de projetos de prevenção e educação entre indígenas. Em 1998, o Programa financiou vários projetos de universidades e organizações não governamentais engajadas no esforço preventivo. Frequentemente, antropólogos participaram decisivamente desses projetos e, em 1999, o Programa ampliou suas atividades e financiamentos para incluir a questão do alcoolismo entre povos originários. De 1996 a 1999, com a aprovação dos Distritos Sanitários, o Programa contribuiu para a realização de reuniões e projetos de pesquisa aplicada em saúde indígena, o que se explica parcialmente, como visto, pelos recursos financeiros. Durante esse período,

⁵ Controle social é um conceito chave na idealização do Sistema Único de Saúde no Brasil. Ao contrário da noção das ciências políticas que se refere aos mecanismos do Estado que estabelecem a ordem social, no âmbito da saúde coletiva, no Brasil, o termo refere-se à atuação da sociedade civil na gestão das políticas públicas, no sentido de controlá-las para que atendam as demandas e os interesses da coletividade.

entretanto, os serviços não conseguiram contornar a situação geral da saúde dos indígenas, inclusive no que se refere às Infecções Sexualmente Transmissíveis/ Aids.

De acordo com Paiva (1999, p. 253), na primeira década da epidemia da Aids, as campanhas de prevenção da transmissão sexual do HIV/ Aids estavam baseadas em duas ideias-chave: combater a “promiscuidade” e ameaçar com um “outro perigoso”: “Quem vê cara não vê Aids”; “Se você não se cuidar a Aids vai te pegar!”, por exemplo. Paiva salienta que as estratégias preventivas da época, foram muito criticadas por estigmatizarem os chamados grupos de risco – promíscuos sexuais e drogados, eram espelhos das concepções de *marketing* e

[...] vendia-se o perigo ameaçador e uma genérica ideia de responsabilidade individual diante do risco do HIV. Esse trabalho parecia completo, pois se organizavam palestras e produziam-se panfletos com informações médicas, acreditando-se que o consumidor seria convencido racionalmente, compraria a ideia e mudaria o comportamento (Paiva, 1999, p. 253).

A autora registra, ainda, que no início da década de 1990, como resultado do esforço de muitos ativistas e educadores em saúde, surgia nas comunidades *gays* americanas o conceito de “sexo mais seguro”, uma combinação de práticas com o uso de camisinha, que começou a ser promovido para “todos”, envolvendo adolescentes, sindicalistas, universitários, grupos de mulheres e homens em comunidades e empresas. Esses sujeitos foram incorporados nos programas de prevenção que além, de palestras, passaram a incluir atividades em grupos menores, face a face, com linguagem adequada e contextualizada, o que resultou na implementação de oficinas. Paiva (1999) afirma que a maior parte dos programas de prevenção à Aids se concentrava em mudar comportamentos ou “práticas de risco” e na ideia de que seria responsabilidade de cada indivíduo reduzir a vulnerabilidade. Tornou-se claro que aulas mais dialogadas, ou seja, sessões de informações que incluíssem técnicas mais dinâmicas e que estimulassem a participação dos educandos promoveriam melhor absorção da informação.

No cenário da prevenção, ainda de acordo com Paiva (1999) esses são atualmente os programas mais sofisticados e mais caros, para os quais equipes são treinadas, a fim de utilizar técnicas de grupo e/ ou coordenar oficinas, buscando estimular a comunicação sobre sexo e a negociação de sexo seguro. O conceito de vulnerabilidade, em particular vulnerabilidade social, pois, tem ajustado o simplismo das abordagens baseadas apenas na responsabilidade individual. Nesse sentido, Paiva salienta que:

[...] entendendo melhor como as normas culturais que definem os gêneros masculino e feminino afetam o que se faz sexualmente, bem como a necessidade de integrarmos, nos diversos programas, a orientação sobre outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) [IST], além do HIV/ Aids, e a promoção da saúde reprodutiva. Até hoje, esse vínculo está ausente ou é feito de forma precária, mantendo-se programas de planejamento familiar e de DST separados (Paiva, 1999, p. 253).

Defende-se, dessa forma, o conceito de “oficinas” como espaços educativos para compartilhar experiências íntimas de opressão enraizada em corpos diferentes e/ ou menos poderosos – o feminino, os corpos não brancos, os que expressam desejos diferentes, corpos doentes, deficientes. São espaços que possibilita desconstruir coletivamente identidades positivas, para planejar iniciativas de luta contra a discriminação (Paiva, 1999, p. 254). Na tradição da educação libertadora, a *noção de sujeito* integra a ideia de agente com a ideia de construção da cidadania, de realizar o direito de participação e de influência na sociedade. Isso torna “[...] a proposta muito diferente das práticas educacionais por modelagem, cujo objetivo é a mudança do educando, que deve adotar o comportamento definido *a priori* pelo educador” (Paiva, 1999, p. 254-255).

Segundo Vera Paiva, “o sujeito sexual” é o agente que regula cada experiência sexual, que convive com a complexidade e os múltiplos fatores que competem pela sua atenção consciente, cuja resultante pode ser o sexo arriscado ou protegido, pois se desenvolve na “vida vivida”, ou seja, não se pode “treinar”, independentemente da experiência.

Assim, considera-se o domínio do sujeito sexual na prática indica:

[...] desenvolver uma relação consciente e negociada com a cultura sexual e de gêneros; desenvolver uma relação consciente e negociada com os valores familiares e do grupo de pares de amigos; explorar (ou não) a sua sexualidade, independentemente da iniciativa do/ a parceiro/ a; ser capaz e ter o direito de dizer “não”; ser capaz de negociar práticas sexuais e seu prazer, desde que consensuais e aceitáveis pelo/ a parceiro/ a; conhecer e ter acesso às condições materiais para fazer escolhas reprodutivas e sexuais (serviços de saúde, testes, camisinha, contraceptivos, aconselhamento e informações isentas) (Paiva, 1999, p. 255).

Para a autora, o caminho mais fértil para a colaboração com esse domínio do Eu é o do exercício da conscientização dos cenários sexuais da comunidade, codificando-os e decodificando-os. Conscientização inclui a noção de Si mesmo como parte de um grupo, com vulnerabilidades e obstáculos coletivos. Ao aproximar-se a tradição da educação libertadora ao jargão da prevenção, está-se referindo à auto-observação e, também, à observação do contexto

sociocultural em que é possível decodificar cada cena sexual. A vulnerabilidade social, apontada por Vera Paiva em suas pesquisas na cidade de São Paulo, no início da década de 1990, foi constatada também entre as populações indígenas do Brasil e, particularmente, do Estado de Mato Grosso do Sul, que possuem um longo histórico de contato interétnico com não indígenas.

De acordo com a antropóloga Edir Pina de Barros (2000), não levar em consideração as coordenadas culturais das populações indígenas em campanhas educativas e preventivas, sobretudo em um país plural e pluriétnico como o Brasil, significa renunciar a qualquer possibilidade de compreensão desses conteúdos. Barros (2000, p. 94) salienta que “[...] não há como ignorar que, para além das profundas desigualdades presentes na sociedade brasileira, das etnias afro-brasileiras e estrangeiras, das diferenças de gênero, de classes sociais, de credos religiosos, dentre outras, tem-se mais de 200 etnias indígenas”. No país, para muitos monolíngue em Língua Portuguesa, fala-se cerca de 180 línguas diferentes entre si, correspondendo a cada uma delas uma ordem social e simbólica singular.

A antropóloga reitera que as IST estão incluídas no rol daquelas enfermidades rotuladas como “doenças de branco”, ou seja, que estão relacionadas ao contato interétnico. A Aids também é classificada nessa perspectiva e se, por um lado, o HIV/ Aids afirma a unidade biológica da espécie humana, por outro, desvela, com imperiosa radicalidade, a sua diversidade, em termos socioculturais. Não há como estabelecer, *a priori*, como esta ou aquela sociedade vivencia, pensa e simboliza o processo saúde/ doença relacionado ao HIV/ Aids, que evoca temas tão sensíveis como os da corporeidade, da sexualidade, da vida e da morte.

2. Metodologia

Embora sejam mantidas pelo poder público – Prefeituras, Governo do Estado –, as escolas localizadas nas Terras Indígenas do Pantanal de Mato Grosso do Sul têm buscado parcerias com outros órgãos governamentais e não governamentais para a realização de trabalhos dessa natureza, pois é inegável que:

[...] cabe ao Estado a responsabilidade de superar nosso atraso educacional. Nem a sociedade civil, nem a empresa privada têm condições efetivas, técnicas e financeiras de enfrentar esse enorme desafio. Contudo, o Estado sozinho, não dará conta de todas as tarefas. Por isso é necessário construir novas estratégias (Gadotti; Romão, 2005, p. 95).

Os Guató, por exemplo, constituíram, a partir de 1992, a organização não governamental Associação dos Índios Guató – Canoeiros do Pantanal – Corumbá e por meio dela lutaram pela criação da unidade escolar presente hoje na Ilha Ínsua. Além disso, têm realizado parcerias, como o Conselho Indigenista Missionário de Mato Grosso do Sul (CIMI/ MS), envolvendo a todos, homens e mulheres, crianças e adultos. A escola Guató é, portanto, mobilizadora e organizadora de um processo em que toda a comunidade participa, integrando os diversos espaços educacionais da sociedade indígena. Esse é apenas um exemplo de mobilização que no interior das comunidades indígenas pantaneiras, como as dos Terena (Silva; José da Silva; Lacerda, 2007).

Os trabalhos de educação preventiva entre esses indígenas foram desenvolvidos em escolas e na unidade de atendimento à saúde da aldeia Limão Verde, em Aquidauana. O plano de trabalho constou de três etapas, sendo a primeira dedicada à organização dos grupos de pesquisa, estabelecimento de tarefas e análise parcial dos resultados obtidos; a segunda foi a realização das oficinas; a terceira estava relacionada à edição experimental de cartilhas. Foram realizados dois encontros na primeira etapa com cada grupo. No primeiro encontro houve a divisão dos grupos de multiplicadores de informação, estabelecimento de tarefas e, principalmente, de prazos a serem cumpridos (Maciel; José da Silva; Silva, 2009).

Para este encontro foram definidos, pelos próprios indígenas, os eixos geradores necessários à prática pedagógica, que foram articulados, preferencialmente, aos Projetos Político-Pedagógicos das Escolas, tais como: a localização espaço-temporal ⁶ o papel do *curandeiro* na cura dos males; a linguagem mítica: os órgãos genitais na cultura indígena da região do Pantanal; corpo e sexualidade entre os indígenas da região do Pantanal; as plantas medicinais e suas aplicações; vulnerabilidades adjacentes à adolescência e à fase adulta (gravidez precoce, violência sexual, entre outros.); as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); Aids; conhecer e Prevenir as IST e a Aids e multiplicar informações, transformar a formação (Maciel; José da Silva; Silva, 2009).

Considerando que os processos de aprendizagem das populações indígenas se constituem, basicamente, em sua inserção na aldeia, na sua participação em ritos, atividades cotidianas e na observação dos mais velhos em seus afazeres diários, não há como pensar em outra forma de desencadear a ampliação desse processo se não por meio desse mesmo movimento. Entendendo, a partir do Projeto Político-Pedagógico da escola, a aprendizagem

⁶ Para cada grupo indígena (Guató, Kadiwéu, Kinikinau e Terena) os eixos geradores foram pensados levando-se em conta as particularidades das sociedades.

como um processo social, não se pode pensá-la como abstrata, universal e desconectada do social, pois cada contexto dá origem a modos diferentes de ver, compreender e intervir no mundo (José da Silva; Lacerda; Souza, 2003).

Nesse processo de conhecer – denominado na proposta como etnoconhecimento – que norteia as escolhas e as intervenções previstas na proposta. Os saberes trazidos pelos jovens e adultos indígenas são respeitados pelas escolas como ponto de partida para a aquisição de outros saberes. Assim, os jovens e adultos indígenas compreendem que os conhecimentos que constroem no cenário escolar têm relação com os da vida cotidiana e que é útil e interessante relacioná-los e ampliá-los (José da Silva; Lacerda; Souza, 2003).

No segundo encontro foi feita a análise dos resultados obtidos e correções necessárias para, posteriormente, elaborar-se as cartilhas, sendo que os primeiros exemplares foram de caráter experimental para que se realizasse as alterações e aprovação pela comunidade. Nas oficinas a abordagem foi feita partindo-se da medicina tradicional, abrigando os olhares indígenas sobre as cerimônias de cura, além das linguagens míticas relacionadas ao corpo humano e à sexualidade. Essa metodologia garantiu unir os dois saberes: o tradicional, transmitido oralmente de geração em geração e o contemporâneo, direcionado às recentes necessidades das sociedades indígenas (José da Silva; Lacerda; Souza, 2003).

A produção de cartilhas buscou romper as fronteiras das terras indígenas e chegar a outros grupos indígenas e não indígenas, mostrando que os indígenas querem viver com saúde na aldeia, o que lhes garante a própria sobrevivência, enquanto grupos étnica e culturalmente diferenciados. O Projeto, ao longo da sua existência, tem contado com o apoio da Secretaria de Estado de Educação de Mato Grosso do Sul (SED/ MS), do Projeto Saberes da Terra e da organização não governamental Instituto Brasileiro de Inovações Pró-Sociedade Saudável/ Centro-Oeste (IBISS/ CO). Os apoiadores cederam materiais utilizados nas oficinas: livros, materiais didáticos diversos — papel, lápis de cor, entre outros. Cartazes ilustrativos, camisinhas e outros materiais, tendo em vista que a autora e o coautor estão vinculados a universidades brasileiras que figuram como parceiras desse trabalho (José da Silva; Lacerda; Souza, 2003).

Outro material produzido no âmbito do Curso Normal em Nível Médio que merece ser citado foi a Cartilha EELE WE GODEWIGA GODIGELATEDI (Viver nas aldeias com saúde), que apresenta informações sobre as DST e AIDS. Essa obra também foi fruto de recursos advindos de projeto, neste caso, o referido projeto ficou com a 1ª. colocação da categoria Teologia e Ciências Humanas no III Prêmio Mostra PUC-Rio, em 2003. Tal como acontecera

com o livro foi possível produzir a cartilha, mas, até o momento, não se realizou a impressão e a publicação do material (JOSÉ DA SILVA; SOUZA, 2005).

3. Resultados

Em meados de 1996 a líder da equipe e autora do presente artigo foi convidada para trabalhar como psicóloga da rede municipal de saúde em Aquidauana, ocasião em que teve contato com mulheres Terena. Esse município localiza-se a 140 km de distância da capital do Estado de Mato Grosso do Sul e congrega cerca de 8 (oito) aldeias Terena. Esse aspecto singular da população a motivou a investigar *Os mitos e lendas do povo Terena*, no Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, em 1997. O objetivo dessa pesquisa, na época, buscava realizar um levantamento dos principais mitos e lendas do povo Terena e analisar os efeitos psíquicos e educativos entre as crianças indígenas da Educação Infantil. Contudo, a proposta não foi levada adiante porque uma das primeiras atividades a serem desenvolvidas era reativar as ações do Programa de Saúde da Mulher e da Criança, na Unidade de Saúde “João André Madsen”, localizada em Aquidauana (Lacerda, 2003).

O Programa atuou, preventivamente, em atendimentos voltados ao bem-estar biopsicossocial da mulher e da criança. No município os atendimentos às mulheres Terena, nas Unidades de Saúde, não era e não é caso raro, como é possível identificar por meio do grupo de mulheres que colaboraram com a pesquisa, residentes na aldeia Limão Verde, localizada a 21 km de distância do município. As mulheres da aldeia estavam frequentemente nas Unidades de Saúde do município, consultando-se ou levando filhos(as) para serem consultados; participavam dos Programas de Saúde da Mulher, dentre eles, o Programa da Gestante que desenvolvia, principalmente atendimentos individuais e/ ou coletivos. Os conteúdos abordados nas palestras se estruturavam de maneira informativa e abordavam cuidados preventivos com a saúde física e mental (Lacerda, 2003).

O envolvimento que a líder teve com a saúde dessas mulheres, na rede pública de saúde do município foi tão intenso que se optou por desenvolver uma pesquisa que abordasse os limites e os impasses da prevenção da Aids, do ponto de vista psíquico, com as Terena da aldeia indígena Limão Verde, descrevendo desejos privados, fantasias sexuais e a presença dos comportamentos ambivalentes, em relação ao uso do preservativo, na vida íntima dos casais. A questão que se buscou compreender, a partir dessa reflexão, foi assinalar as semelhanças e as diferenças entre mulheres indígenas e não indígenas em relação à tendência ao comportamento

sexual de risco. Esse trabalho resultou em dissertação de Mestrado em Psicologia defendida em 2003, na Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, sob o título *A AIDS e as índias Terena: uma questão epidêmica e de imaginário?*, na qual foram analisados os limites e os impasses da prevenção da Aids do ponto de vista psíquico com as mulheres da etnia indígena Terena (Lacerda, 2003).

Os resultados da investigação revelaram que é possível sugerir a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e da Aids no contexto indígena, desde que o uso do preservativo esteja diretamente ligado ao brincar sexual do casal, não abolindo o gozo de suas vidas, e nem tampouco associando à infecção ao HIV e à morte, isto é, respeitando a lógica do pensamento indígena, no que se refere aos costumes culturais e às fantasias sexuais relacionados à vida privada dos sujeitos (Lacerda, 2003).

Os dados da pesquisa demonstraram que só a possibilidade de pensar a respeito da infecção pode despertar no sujeito fantasias de morte e finitude, revelando não só como esse sujeito faz uso do prazer, mas, também, como vivencia os componentes afetivos e agressivos de personalidade, tendo que enfrentar a concepção moral e cristã, componentes também presentes na sociedade Terena, pois foram produzidos a partir dos constantes contatos interétnicos (Lacerda, 2003).

As Terena da aldeia Limão Verde muitas vezes sabiam como usar o preservativo, mas deixavam de fazê-lo porque eram presas na “armadilha” e na aventura do próprio desejo e dos sentimentos afetivos, bastando apenas um convite ou um sinal do companheiro na hora do ato sexual, para que o gozo ocorresse sem a proteção. Por isso, era cômodo para a mulher assumir que o preservativo devesse ser usado pelo homem e ele precisa ser ensinado a usá-lo, para que a iniciativa fosse exclusivamente dele. Assim, a educação preventiva das IST e Aids deveria envolver também os homens dessa etnia (Lacerda, 2003).

Esse foi o discurso defensivo e o indicador do mal-estar das Terena diante do estranho, (preservativo e/ ou HIV), discurso eminentemente de “rechaço social”, conforme assinala Carneiro (2000). A ideia causa terror, ansiedade e medo de uma catástrofe, não só interna como também externa. Tratando-se das Terena, casadas ou envolvidas afetiva e sexualmente com os seus companheiros, não há nenhuma restrição para que o ato sexual aconteça sem o uso do preservativo. Esse ato está associado à procriação no contexto da cultura, sendo também a garantia de fecundidade e apropriação da terra e do espaço geográfico (Lacerda, 2003).

Uma senhora de 37 anos que participou das atividades das Oficinas de Educação Preventiva na aldeia Limão Verde, em 1998, ressaltou a impossibilidade do uso do preservativo da seguinte forma:

[...] tem que conversar..., explicar entre o homem e a mulher. Só que os homens não ouvem as mulheres, eles levantam e deixam a mulher falando sozinha. Meu marido já me deixou falando sozinha. Só para não usar a camisinha. Ele fala que é coisa só da cabeça da mulher e com o homem não acontece nada. Eu acabo cedendo, nunca tive relações com camisinha. Os índios não aceitam usar camisinha, porque o líquido do homem é o líquido da vida, o índio acredita que carrega a semente da vida. Ter filhos para os Terena é garantir a sobrevivência do povo no mundo. Antigamente vinham muitas camisinhas para o posto de saúde da aldeia acabava vencendo e eram devolvidas para a Funasa, todas as caixas fechadas.⁷

Essa senhora retratou no seu discurso crenças culturais fundamentais para a sociedade Terena, de um lado, no imaginário social o indígena acredita que carrega o líquido da vida: o esperma; e do outro, quanto maior o número de filhos, maior o número de pessoas cultivando a terra e maior o número de descendentes Terena. Essa narrativa revela a questão central da prevenção entre as Terena do Limão Verde, a qual reproduz de maneira viva e dinâmica o mito indígena da fecundação da terra, bem como a posse e a presença da identidade *poké'e* que significa “ser da terra” e/ ou “gente da terra” (Lacerda, 2003).

Mais recentemente, entre os Guató, as Oficinas foram desenvolvidas na unidade escolar. O prédio onde ocorreu o Projeto é de alvenaria, possuindo 04 salas (sendo 02 com capacidade para 15 estudantes, em média) com quadro verde e carteiras individuais. Nas salas não havia ventiladores, embora fosse muito quente o ambiente. Havia uma sala que funcionava no corredor, por falta de espaço físico: tratava-se do 6.º ano com 7 estudantes entre 12 e 15 anos. Havia, ainda, uma sala de informática, com 04 computadores, sendo que 02 funcionavam com energia solar por 2 horas diárias e outros 02 com energia de motor à base de combustível, o dia inteiro. Contava-se, pois, com abastecimento de energia solar e de motor (Silva; José da Silva; Lacerda, 2007).

Havia uma sala que funcionava como alojamento para os professores solteiros e uma cozinha que era compartilhada entre escola e professores, com fogão e armário. Uma sala foi transformada em alojamento, também, para abrigar um casal de professores, há banheiros masculino e feminino, utilizados também pelos professores. Foi montada uma biblioteca no

⁷ Entrevistada da etnia Terena, 37 anos, Agente de Saúde, 1998. Anotações pessoais da autora.

corredor com carteiras, para incentivar as leituras. A escola utilizava uma TV e um videocassete, cedidos na época pela Professora Giani Ramona da Silva, que trabalhou material audiovisual sobre Aids (Silva; José da Silva; Lacerda, 2007).

Não havia cortinas, nem bebedouros com água fria. Em 02 armários de aço com gavetas guardavam-se os materiais didático-pedagógicos. O acervo de fitas de vídeo e outros materiais eram guardados na sala de Informática. Os estudantes encontravam-se distribuídos em salas multisseriadas, de 1.º e 2.º anos, 3.º 4.º e 5.º anos, no período matutino, somando um total de 27 estudantes (Silva; José da Silva; Lacerda, 2007).

No período vespertino era ofertado o 6.º ano com 07 estudantes e o Projeto Saberes da Terra, com 25 estudantes frequentes, na faixa etária de 15 e 60 anos. Os estudantes do 1.º ao 6.º anos tinham aulas de Agroecologia, Língua Guató, Ensino Religioso e Informática. O Projeto Saberes da Terra se estruturava por meio do arco ocupacional, ou seja, com disciplinas voltadas para agricultura familiar sustentável (Silva; José da Silva; Lacerda, 2007).

O meio de transporte mais comum para se chegar aos Guató era barco (tipo voadeira) e a viagem de Corumbá à Ilha Ínsua, onde está localizada a *Terra Indígena Guató*, durava de 8 a 12 horas, dependendo da potência do motor. São cerca de 340 km de rio que separam a Ilha da cidade. Não se dispunha, ainda, de telefone ou de acesso à internet no local. A comunicação era feita por correspondência postal, aproveitando-se as idas e vindas de pessoas. Hoje são cerca de 300 indígenas — estimativas levantadas pela comunidade — que vivem na ilha, em uma média de 35 famílias. Esse grupo vive da caça e da pesca, as mulheres fazem artesanato de acuri (*Scheelea phalerata*) – uma palmeira comum na região do Pantanal – e de aguapé (planta aquática, conhecida com jacinto d'água ou baronesa) e alguns homens utilizam o couro e a madeira para produzir canoas em miniatura. Recebem, ainda, cestas básicas do Governo Estadual (Programa de Segurança Alimentar) e plantam roças de abóbora, mandioca, banana, melancia e milho (Silva; José da Silva; Lacerda, 2007).

Entre os Guató havia uma população masculina maior que a feminina e por isso alguns jovens ainda estavam solteiros. A grande maioria, dos jovens aos mais velhos, eram exímios canoeiros. Vivem em casas tradicionais, com determinado conforto, como telas em portas e janelas, banheiro com fossa seca e cerca de 80% da população recebia água tratada; os que vivem mais distantes fazem a captação de água por motor, pois dispunham apenas de água dos rios e não tinham acesso à energia solar ou de motor. O centro da aldeia, onde se localizava o prédio escolar, possuía energia solar para desenvolver as atividades (Silva; José da Silva; Lacerda, 2007).

Havia alguns casamentos que se constituíam com mulheres não indígenas, devido à falta de mulheres disponíveis. No período que desenvolvemos as oficinas identificou-se uma adolescente de 12 anos, solteira, mãe de um bebê de alguns meses. Os jovens continuavam se casando muito cedo e havia famílias numerosas, com mais de 10 filhos, embora muitos se restrinjam, atualmente, ao máximo de 03 filhos por casamento. Outros preferem apenas um, não significando que ficarão apenas com o filho único, pois as mães aguardam a criança crescer. No entanto, foi identificada uma estudante com 5 (cinco) filhos, mas a maioria tem em média 3 (três), e poucos com apenas um filho (Silva; José da Silva; Lacerda, 2007). Os Guató permaneciam casados por longo tempo e não havia casos de abandono ou separação. Uma parte das famílias frequentavam a igreja evangélica e os que se identificavam como católicos não tinham atendimento religioso. Os jovens e adultos viam, portanto, no espaço escolar a oportunidade de socialização; muitos gostavam de estudar, pois levavam o desafio a sério e elaboravam conjuntamente propostas a serem trabalhadas. Alguns queriam avançar os estudos, e desejavam acesso a cursos universitários. A proposta das Oficinas de Educação Preventiva, nesse sentido, foi bem aceita pelo grupo (Silva; José da Silva; Lacerda, 2007).

O acolhimento da Oficina de Educação Preventiva foi produtiva, pois os estudantes gostaram muito, se envolveram e se dedicaram nas atividades. Pelo diagnóstico, a grande maioria não conhecia nenhuma informação a respeito das IST/ Aids. Boa parte dos estudantes se deslocava com certa frequência até a cidade de Corumbá e identificava perigos em relações com os não indígenas. Em razão disso foram abordados, nas Oficinas os métodos anticoncepcionais (Silva; José da Silva; Lacerda, 2007).

Para isso, contou-se, ainda, com o apoio da Funasa, por meio da participação de uma enfermeira, que repassou informações dos sintomas das infecções, bem como dados do tratamento e da prevenção. A metodologia adotada foi estruturada de forma dinâmica, com diálogos construídos de maneira aberta e objetiva. A enfermeira também informou aos estudantes a respeito do trabalho que executa no âmbito da Unidade de Saúde instalada na Aldeia, enriquecendo o conteúdo desenvolvido nas Oficinas. Algumas mulheres faziam uso de anticoncepcional e, apesar de algumas resistências, aceitaram fazer exame Papanicolau, orientadas pela professora Giani Ramona da Silva, no contexto das Oficinas. Havia muitas resistências por parte das mulheres para se submeterem aos exames ginecológicos, porque a maior parte dos profissionais da área médica que realizava os exames era de homens e isso, de

certa forma, gerava timidez e vergonha entre as indígenas, não só da etnia Guató, como também das etnias Kadiwéu e Kinikinau (Silva; José da Silva; Lacerda, 2007).

Já entre esses sujeitos as atividades foram realizadas no âmbito do Curso de Formação de Professores Indígenas. As oficinas ocorreram na Escola Municipal Indígena “Ejiwajegi” – Pólo, localizada na aldeia Bodoquena. Os discentes debateram nas aulas de Biologia e Programa de Saúde o uso dos materiais informativos sobre IST e Aids fornecidos pelo Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde. A reivindicação que fizeram baseou-se nessas discussões, pois se colocaram prontos para assumirem o desafio de elaborarem materiais nas línguas Kadiwéu e Portuguesa sobre as IST/ Aids. As Oficinas foram estruturadas a partir de conceitos e de categorias de análise definidos com os indígenas, isto é, como eixos geradores necessários à prática pedagógica da prevenção ao HIV tais como: perfil dos participantes; os Kadiwéu, os Terena e os Kinikinau: localização espaço-temporal; o papel dos pajés *nijienigi* e *koixomuneti* na cura dos males; conhecer e prevenir as IST e a Aids; gênero e sexualidade; práticas sexuais seguras, arriscadas e cenas sexuais; multiplicar informações e transformar a formação do educador (Maciel; José da Silva; Silva, 2009).

Dessa forma, abordar a Prevenção das IST e da Aids no cenário escolar desvelou as noções de corpo, as relações de gênero, o prazer, o desejo, as fantasias privadas e sexuais, sentimentos tão universais do ser humano, vinculados às sociedades indígenas e não indígenas. As reflexões da prevenção ao HIV promovidas com os discentes passaram pelo debate do cuidado com a saúde sem necessariamente desvinculá-lo do desejo e do prazer. Nas oficinas realizadas na Reserva Indígena Kadiwéu discutiu-se muito com os indígenas as formas de transmissão da doença de maneira que na visão desses indígenas, o uso corriqueiro do preservativo passasse a ser uma forma de preservar a vida, a etnia e, sobretudo a cultura das sociedades ameríndias (Maciel; José da Silva; Silva, 2009).

A equipe coordenadora do projeto elaborou um texto informativo sobre as IST e a Aids, abordando suas principais características e sintomas, tais como: Aids; Cancro Mole; Candidíase ou Monilíase; Codiloma Acuminado; Donovanose; Gonorreia ou Blenorragia; Herpes Genital; Linfgranuloma Venéreo; Sífilis; Tricomoníase; Uretrites gonocócicas e outras doenças sexuais, como Pediculose; Moluscum Contagiosum; Escabiose ou Sarna. Após a leitura, o texto de apoio foi traduzido pelos discentes para a língua Kadiwéu, na composição da cartilha bilíngue. No âmbito das dinâmicas, os professores Kadiwéu e os Kinikinau relataram aos professores dois contos que abordavam a presença de Infecções Sexualmente Transmissíveis entre as etnias, no passado (Maciel; José da Silva; Silva, 2009).

No conto narrado pela anciã Júlia Lange Kadiwéu em 2004 aos membros da equipe:

Há muito tempo atrás existiu um casal que estava com Doença Sexualmente Transmissível. Esta doença foi adquirida pelo homem e começou quando surgiram várias feridas no pênis do homem e a mulher sentiu a coceira nos lábios da vagina, que em seguida foi ferindo até chegar no ponto em que ficou em carne viva. Depois que já estava muito machucada a família da mulher se mobilizou a procura de remédio do mato. Tão logo foi achado começou a sua preparação, raspando a casca de uma árvore chamada atopogoci. A vítima passava o remédio no local, aliviava a coceira e não chegou a curar, mas aliviou bastante. Este caso foi muito constrangedor para toda a comunidade e como os antepassados Guaikuru eram nômades, o homem foi deixado para trás na viagem e acabou morrendo sem saberem o que foi feito dele. No final de tudo, a própria DST matou a mulher também.

O segundo conto é de domínio público entre os Kadiwéu:

Conta-se que havia uma índia que se casou com um homem não-índio e foi morar na mesma fazenda onde ele trabalhava. Após algum tempo, ela voltou para a aldeia já com uma doença - gonorréia - (acha-se que era essa doença devido ao pus que saía da vagina da mulher). Nessa época, a família da índia possuía seus servos e uma dessas servas tinha as unhas muito compridas e tinha por obrigação raspar bastante com as unhas as partes genitais e depois era feito um banho de assento com água morna.

Assim, no âmbito das Oficinas foi realizada com os discentes uma reflexão a respeito do processo saúde/ doença, em que os professores questionaram aos discentes como as doenças eram curadas na Reserva Indígena Kadiwéu e a maioria dos alunos informou que são conhecidas pelos Kadiwéu, Kinikinau e Terena diversas plantas do Cerrado Sul-mato-grossense que podem ser usadas no tratamento não só das doenças em geral, como, também, das IST. Assim o levantamento, abaixo, foi realizado no período das Oficinas com os discentes do Curso de Formação de Professores Kadiwéu, Kinikinau e Terena, de Mato Grosso do Sul, no período de novembro de 2003 a fevereiro de 2004 (Lacerda, 2021).

Para a elaboração desse levantamento, os discentes entrevistaram parentes próximos e moradores da Reserva. Dessa forma, é possível constatar pela quantidade das espécies identificadas que o uso dessas ervas faz parte do cotidiano e da vida desses indígenas:

1) Algodãozinho: é uma erva que brota ao pé dos morros, raramente em terra plana. Serve para limpar o útero da mulher nos dias de menstruação.

2) Angico: a casca dessa árvore cura, se houver alguma doença nos órgãos genitais, assim como também a escabiose. Para ser feito o remédio, primeiro tirar a casca, bater até amassar, misturar com água e deixar curtir por alguns minutos. Após isso, passar no local 3 vezes ao dia.

3) Barbatimão: árvore de médio porte da região do Cerrado. Essa árvore também cura doenças nos órgãos genitais, assim como o angico. O processo de elaboração do remédio é o mesmo descrito no item anterior. É indicado na lavagem dos ferimentos causados pelas IST, usando-se após o banho. Essa árvore é geralmente encontrada nos Cerrados em pequenas quantidades. O suco extraído de sua casca é de cor marrom clara e serve para lavar as feridas em qualquer parte do corpo, pois é bactericida.

4) Caetana ou São Caetano: essa planta cura a escabiose. Para fazer o remédio basta pegar a planta, tanto as folhas como as raízes, socar até amassar e misturar com água e sal. Após isso, passar no local 3 vezes por dia. O São Caetano serve também para curar a gonorreia. Ferver a folha com as raízes e depois que esfriar tomar como água.

5) Canabrava: planta de região úmida, geralmente é encontrada às margens de rios. É uma gramínea de folhas largas e alongadas. É indicada no tratamento de gonorreia. Socar o caule e as raízes, colocar em um recipiente com água e tomar constantemente.

6) Dedaleira: árvore de tronco retorcido, com casca amarela e encontrada na região do Cerrado, existe em grande quantidade na Reserva Indígena Kadiwéu. É indicada para tratamento das DST. Socar a parte interior da casca, colocar em um recipiente com água e tomar constantemente. A casca da dedaleira serve para curar qualquer ferida que apareça nos órgãos genitais, tais como a crista de galo. Alguns a chamam de dedal, dizem que o suco de sua casca é capaz de curar até câncer. Serve para lavar as feridas em qualquer parte do corpo e também se pode ingerir.

7) Feijão bravo: tem sido útil para curar qualquer tipo de coceira na pele. Existe na região de Cerrado e de montanhas. Quebrar galhos com folhas (possui uma folha escura) e colocar em uma vasilha para ferver. Para usar é necessário deixar esfriar e lavar o local infectado. Não deve ser ingerido.

8) Genciana: é uma árvore típica do Cerrado que tem uma casca grossa e lisa, com porte médio, de folhas finas e pequenas. Em certas épocas do ano produz vagens que lembram as vagens do feijão andu. Pode ser encontrada na região das aldeias Kadiwéu. É um remédio para qualquer tipo de ferida brava e também para doenças sexualmente transmissíveis. É um remédio de uso externo.

9) Jatobá: é uma árvore de madeira nobre. Serve para as feridas bravas, tanto a casca como a raiz. Ferver e passar na ferida.

10) Mangava: é uma árvore que tem a mesma indicação de preparo e uso do feijão bravo. A casca da madeira é de cor amarela e essa cor fica na água quando é fervida. Usada para qualquer tipo de problema na pele desde os tempos dos avós.

11) Mercúrio-do-campo: também serve para feridas. É uma planta rasteira e sua raiz fervida deve ser passada no local da ferida.

12) Nawanitaga: é encontrada em qualquer local no mato. Aproveita-se toda a árvore, tanto a raiz como as folhas, a casca e os ramos. Ferver bem e lavar a parte afetada pela gonorreia.

13) Quebracho: é uma árvore típica da região do Cerrado. Tem folhas finas e longas, possui casca grossa que é usada para remédio, sendo muito amarga. Para preparar é preciso ferver, depois coar e em alguns minutos, quando esfriar, pode-se beber. Serve para algumas doenças que estão no nosso organismo, entre elas as doenças sexualmente transmissíveis. Serve também para dor de barriga, pois é uma planta amarga. Algumas mulheres usam-na como abortivo.

14) Rabo-de-bugio: é uma planta trepadeira que fica sempre às margens dos córregos e aparece nos pés de bacuri. É um remédio abortivo, por isso, mulheres grávidas não podem tomá-lo. Para usar como anticoncepcional, tirar a casca (que apresenta muitos pelos), depois cortar em pedaços para cozinhar e fazer chá para tomar todos os dias de manhã.

15) Raiz de sapé ou Capim sapé: era usada exclusivamente pelos curandeiros que a ferviam junto com outros vegetais até formar uma pasta que era passada nas feridas dos órgãos genitais.

16) Tapeçuê: é um raminho rasteiro que geralmente se encontra em qualquer lugar da Reserva Indígena Kadiwéu. Geralmente é usado para fazer lavagem vaginal, quando a mulher está com corrimento muito forte. Pegar algumas folhas e ferver. Quando a água ainda estiver morna, a mulher se lava. Pode-se repetir o processo várias vezes.

Considerações Finais

Com uma abrangência social estimada em 20.000 pessoas atendidas direta e indiretamente, pretende-se que todo o trabalho com as oficinas realizado tenha continuidade ao longo dos próximos anos. Dessa forma, previu-se – por meio de um controle protagonizado pelas próprias comunidades indígenas – a ampliação e o aperfeiçoamento das experiências desenvolvidas, bem como o diálogo com outras experiências realizadas em terras indígenas brasileiras. As ações dessa proposta poderão ser, assim, implantadas por professores de escolas indígenas de todo o país e se constituir em um referencial nos temas que envolvam sexualidade e prevenção das IST/ Aids, transversalizados pelas questões de gênero e etnia. Além disso, pode servir como referência para escolas não indígenas no que se refere às questões que envolvem cidadania, diversidade e interculturalidade.

É importante produzir materiais que serão utilizados por homens e mulheres indígenas por terem sido construídos por eles mesmos e fazerem parte do seu contexto social. Muito se tem discutido na Educação Escolar Indígena sobre isso, diante da singularidade da escola e do meio em que está inserida, as aulas apoiando-se nos princípios metodológicos da produção e apropriação do conhecimento, da totalidade, da interculturalidade e da especificidade indígena, que partem do *ethos* indígenas e os materiais enviados pelo Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde do Brasil, não atendiam, ainda, a princípios tão específicos.

Os resultados, tanto para a sociedade indígena quanto a não indígena, se traduziram em uma melhor qualidade de ensino que corresponda às expectativas das comunidades indígenas e do entorno regional. Os indígenas passaram a receber informação e formação integral sobre a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e da Aids por meio da escola e será a partir da Educação Preventiva que poderão garantir sua sobrevivência enquanto membros de etnias indígenas únicas e capazes de dirigir seus próprios caminhos. Na escola isso é mais facilmente percebido, pois com as oficinas e a produção de livretos podem, finalmente, no processo de ensino-aprendizagem, incorporar informação à formação.

Muitos podem imaginar que por reivindicarem escolas, documentos, entre outros, ou até mesmo por realizarem oficinas de prevenção às IST/ Aids, os Guató, os Kadiwéu, os Kinikinau

e os Terena, ou ainda os Ofayé, e outros tantos membros de sociedades indígenas que vivem no Brasil de hoje, já teriam deixado de ser “legitimamente indígenas” ou seriam “aculturados”. Quem os vê dessa forma, não considera, ou finge não perceber, que esses grupos têm uma história de mais de quinhentos anos de contato com não indígenas e que, além disso, estão vivendo em pleno século XXI!

Se muitos os enxergam por aquilo que eles já praticamente não mais possuem: língua, tradições, entre outros, os atuais indígenas sabem que têm pela frente o desafio de reocuparem integralmente as terras que lhes foram tomadas e que agora são novamente suas de fato e de direito. “Remar contra a correnteza” não é fácil, mas pode significar o pleno exercício da cidadania por uma parcela da população que resiste, sobrevivendo a toda sorte de dificuldades. Os povos originários sabem como fazê-lo e têm muito a ensinar a todos no campo da Educação Preventiva!

Referências

BARROS, E. P. de. AIDS (“SIDA”) e Diversidade Sócio-Cultural. **Trabalhos de Antropologia e Etnologia**. Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia. v. 40 (1-2). Porto, 2000. p. 93-106.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV e Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde. Número Especial. Dez. 2022. Disponível em: <<http://forumaidssp.org.br/admin/arquivos/arquivo/73.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Povos indígenas e a prevenção às DST, HIV e AIDS: manual de diretrizes técnicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/indigena_hiv.pdf>. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2. ed. Brasília: Funasa, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] República Federativa do**

Brasil: Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em:
<<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2023.

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

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** São Paulo: Paz e Terra, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 42. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** São Paulo: Paz e Terra, 1997.

GADOTTI, M.; ROMÃO, J. E. (orgs.). **Educação de jovens e adultos: teoria, prática e proposta.** 7. ed. São Paulo: Cortez/ Instituto Paulo Freire, 2005.

JOSÉ DA SILVA, G. LACERDA, L. T.; SOUZA, J. L. de. **III Prêmio Mostra PUC-Rio.** Categoria Teologia e Ciências Humanas. Projeto Viver nas Aldeias com Saúde: Conhecer e Prevenir DST e AIDS entre os Kadiwéu, Kinikinau e Terena - Porto Murtinho MS. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2003. Mimeografado.

JOSÉ DA SILVA, G.; SOUZA, J. L. de. O Curso de Formação de Professores Kadiwéu e Kinikinau: limites e avanços de uma experiência Pedagógica Intercultural. In: **Anais do 15.º Congresso de Leitura do Brasil.** Unicamp. 2005. Disponível em: <https://alb.org.br/arquivo-morto/edicoes_anteriores/anais15/alfabetica/SouzaJoseLuizde.htm>. Acesso em: 10 set. 2023.

LACERDA, L. T. **A AIDS e as índias Terena: uma questão epidêmica e de imaginário?** Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), 2003. 127 p. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Disponível em: <<https://site.ucdb.br/cursos/4/mestrado-e-doutorado/32/mestrado-e-doutorado-em-psicologia/13135/mestrado-em-psicologia/13159/dissertacoes/13164/>>. Acesso em: 10 set. 2023.

LACERDA, L. T. **Corpos indígenas, cultura e alteridade Kadiwéu em fronteiras.** Curitiba: CRV, 2021.

LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (orgs.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.** Rio de Janeiro: ContraCapa/Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

MACIEL, L. T. L.; JOSÉ DA SILVA, G.; SILVA, G. R. **Prêmio Péter Murányi. 2009 Educação.** Educação de Jovens e Adultos e Prevenção das DST/AIDS em Escolas Indígenas do Pantanal de Mato Grosso do Sul, Brasil, Fundação Péter Murányi, Disponível em: <<http://fundacaopetermuranyi.org.br/main.asp?pag=2009>>. Acesso em: 08 set. 2023.

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

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>>. Acesso em: 10 set. 2023.

PAIVA, V. Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In: PAIVA, V. **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidade e poder. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999. p. 250-269.

PANAMÁ. **III Encontro Continental de Mulheres da América Latina**. Cidade do Panamá, 2000.

RAMOS, A. R. **Sociedades indígenas**. São Paulo: Ática, 1995.

RICARDO, C. A. (ed.). **Povos indígenas no Brasil: 1996-2000**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000.

RICARDO, C. A.; RICARDO, F. (eds.). **Povos indígenas no Brasil: 2001-2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

SILVA, C. J. da. **O que é o Pantanal?** Cuiabá: FNMA/ UFMT/ Fema/ MPI, 1996. (Série Conhecendo o Pantanal, 1).

SILVA, G. R. da; JOSÉ DA SILVA, G.; LACERDA, L. T. **II Prêmio Paulo Freire – Mestre Cidadão (Finalista)**. São Paulo: Apta/ Laboratórios Abbott, 2007. Mimeografado.

UNAIDS. **Situación de la epidemia de Sida**: informe especial sobre la prevención del VIH. SIDA. Programa conjunto de Las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. [S. l.: s. n.], dic. 2007. [Vérsion original inglesa]. Disponível em: <https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2007_epiupdate_es_1.pdf> Acesso em 11 jan. 2024.