

RELATÓRIO FINAL

FORTALECENDO SERVIÇOS INTEGRADOS PARA MULHERES INDÍGENAS INFECTADAS POR HIV E AFETADAS PELA VIOLÊNCIA



RELATÓRIO FINAL

FORTALECENDO SERVIÇOS INTEGRADOS PARA MULHERES INDÍGENAS INFECTADAS POR HIV E AFETADAS PELA VIOLÊNCIA

Investigação Qualitativa para Identificar a Atual Situação sobre Violência e HIV entre Mulheres e Meninas em Boquerón, no Paraguai



ONU MULHERES

Assunção, Paraguai, Outubro de 2016



TABELA DE CONTEÚDO

EQUIPE DE INVESTIGAÇÃO	6
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	7
1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS DO ESTUDO	9
3. MARCO DE REFERÊNCIA	10
3.1 Contexto geográfico, econômico e de saúde no Departamento de Boquerón	10
3.1.1 Pobreza	10
3.1.2 Morbidade	11
3.1.3 Mortalidade	11
3.1.4 Recursos, serviços e cobertura	11
3.2 Enfoque de Direitos Humanos e povos indígenas	13
4. MARCO JURÍDICO	14
4.1 Situação legal em matéria de HIV/AIDS e Educação sobre sexualidade	14
4.2 Situação legal relacionada à Igualdade de gênero, incluindo a violência contra a mulher	16
4.3 Situação de violência contra mulheres indígenas no Paraguai	17
5. ASPECTOS METODOLÓGICOS	
5.1 Tipo de estudo	19
5.2 Participantes	19
5.2.1 Grupos focais em comunidades indígenas	19
5.2.2 Entrevistas individuais a referências institucionais	20
5.3 Definição de variáveis e indicadores	20
5.3.1 Necessidades de mulheres e meninas indígenas para intervenções em HIV e violência	20
5.3.2 Mapeamento de agentes chave e serviços	20
5.4 Projeto e validação de instrumentos	22
5.5 Trabalho de campo	22
5.6 Análise da informação	23
5.7 Estrutura, formato e abrangência dos Instrumentos de coleta de informação	24
5.8 Aspectos éticos e culturais	25
6. ABRANGÊNCIA E LIMITAÇÕES	26
7. RESULTADOS	27
7.1 Necessidades das mulheres e adolescentes indígenas em matéria de violência e HIV	27
7.1.1 Percepção e atitudes sobre a violência	27
7.1.2 Estratégias de abordagem e solução em caso de violência	31
7.1.3 Crenças, atitudes e comportamentos relacionados à exposição ao HIV	
7.1.3.1 Fontes de informação e confiança para as comunidades indígenas	37
7.1.3.2 Atitudes em relação às pessoas que vivem com HIV	37
7.1.4 Acesso aos serviços de saúde e solicitação	
FORTALECENDO SERVIÇOS INTEGRADOS PARA MULHERES INDÍGENAS INFECTADAS POR HIV E AFETADAS PELA VIOLENCIA	

de apoio em caso de violência e exposição ao HIV	39
7.1.4.1 Serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o HIV	39
7.1.4.2 Atendimento para a violência expectativas e necessidades em relação a prevenção e atendimento em casos de violência e a exposição ao HIV	42
7.1.5.1 Serviços de saúde	42
7.1.5.2 Maior participação em processos de tomada de decisões	43
7.1.5.3 Serviços relacionados com a abordagem da violência	43
7.2 Análise dos serviços disponíveis em HIV e prevenção da violência/atendimento a vítima de violência	45
7.2.1 Capacidades institucionais	45
7.2.1.1 Atividades e ações	45
7.2.1.2 Recursos Humanos	46
7.2.1.3 Estrutura física, infraestrutura, recursos materiais e financeiros	47
7.2.1.4 Coordenação interinstitucional	47
7.2.1.5. Atitudes e motivação para a abordagem da violência e do HIV com população indígena e com mulheres em particular	47
7.2.2 Resposta institucional em relação à violência e HIV no Departamento de Boquerón e em povoados indígenas	48
7.2.2.1 Referência no tema violência	48
7.2.2.2 Referência no tema da saúde	50
7.3 Mapa de agentes chave e instituições referência na violência e HIV no Departamento de Boquerón	52
7.3.1 Setor da Saúde	52
7.3.2 Atendimento e encaminhamento em casos de violência	54
7.4 Quadro resumo do contexto das comunidades e povoados indígenas entrevistados, e os principais problemas identificados por sua população	55
Conclusões e recomendações: lacunas, boas práticas e oportunidades de trabalho	62
7.5.1 Conceção, percepção e atitude particular relacionados ao fenômeno e abrangência do conceito de violência e aspectos relacionados ao HIV como ponto de partida para o empoderamento das mulheres	63
7.5.2 Acesso e demanda de serviços de saúde e relacionados com a violência pelas mulheres e jovens indígenas	66
7.5.3 Fortalecimento e democratização das instituições formais de decisão ao interior	

das comunidades (líderes e conselhos) 69

7.5.4 Resposta institucional no âmbito

departamental e local em matéria de

violência e HIV 72

EQUIPE DE INVESTIGAÇÃO 75

EQUIPE DE INVESTIGAÇÃO

Faustina Alvarenga, Consultora e investigadora Principal

Martín Negrete, Consultor metodológico e coinvestigador

Orlando Gómez, Entrevistador (intérprete língua guarani)

Daniela Benítez, Entrevistadora (intérprete língua nivaclé)

Maria Elena Chamorro, Entrevistadora

Agradecemos às Voluntárias Online da ONU, Débora De Aranha Haupt e Nadine Filipe, pela tradução deste documento para Português.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARV	antirretrovirais	ONG	Organização Não Governamental
CDE	Centro de Documentação e Estudos	ONU	Organização das Nações Unidas
CEDAW	Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher	UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
CN	Constituição Nacional	PEP	Profilaxia Pós-Exposição
CODEHUPY	Coordenadoria dos Direitos Humanos do Paraguai	PVV	Pessoa com HIV
CODENI	Conselho Municipal pelos direitos das crianças e dos adolescentes	SAI	Serviço de Atenção Integral
DH	Direitos Humanos	SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
DGEEC	Direção Geral de Estatísticas, Pesquisas e Censo	STP	Secretaria Técnica de Planejamento
RH	Recursos Humanos	TB	Tuberculose
FEDAVIFA	Federação de Associações pela vida e família	TM	Taxa de Mortalidade
FIMI	Fórum Internacional de Mulheres Indígenas	USF	Unidade de Saúde da Família
F.O.F.A..	Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças	HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBS	Indicadores Básicos de Saúde	VNU	Voluntários das Nações Unidas
ITS	Infecções de Transmissão Sexual MIPY		
MSPBS	Ministério de Saúde Pública e Bem-estar Social		
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio		
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável		
OG	Organização Governamental		
OIT	Organização Internacional do Trabalho		

1. INTRODUÇÃO

A investigação qualitativa para identificar a atual situação sobre violência e HIV entre mulheres e meninas, em Boquerón, no Paraguai é um marco dentro do Projeto Regional - América Latina e Caribe, para o fortalecimento dos serviços integrados para as mulheres indígenas, afetadas pelo HIV e pela violência.

É assim que a ONU Mulheres, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS) e o programa de Voluntários das Nações Unidas (VNU) vêm trabalhando em conjunto sobre a temática do HIV e povos indígenas, e explorando áreas potenciais de maior trabalho conjunto nos países da América Latina. A sede do programa VNU, que estimula projetos interagenciais com fundos semente, tem mostrado interesse em uma proposta que busca reduzir a violência e a vulnerabilidade ao HIV entre mulheres indígenas no Paraguai e no Brasil. Através desta consultoria, as três agências buscam conhecer a situação de violência e HIV entre as mulheres indígenas, e os serviços existentes em três lugares de Boquerón, no Paraguai.

Alguns elementos importantes desta articulação intersetorial e interagencial dentro do sistema das Nações Unidas, e com a participação ativa e protagonista de referências indígenas, foram os estudos realizados no biênio anterior, no Equador e na Guatemala, quando se analisaram os fatores que limitam o acesso às mulheres indígenas aos serviços de atenção integral ao HIV, incluindo as discriminações de gênero e condição socioeconômica. Ao mesmo tempo, foram identificados os fatores que motivam as mulheres indígenas a demandar e utilizar os serviços integrais de HIV. Esta análise permitiu avançar em uma das recomendações da Conferência Mundial dos Povos Indígenas de 2014, com respeito ao HIV, que sustenta e promove a repercussão para que os

Estados definam estratégias para superar as barreiras, e consigam que a atenção seja mais efetiva e de acordo com as especificidades e realidades socioculturais dos povos indígenas; gerando documentos como material para influenciar os tomadores de decisão nos âmbitos nacional, regional, das Agências de Cooperação e das Nações Unidas, sobre a urgência de resposta ao HIV de maneira integral e inclusiva dos grupos vulneráveis e emergentes.

Levando em consideração as lições aprendidas e a cooperação Sul-Sul, VNU, UNAIDS e ONU Mulheres planejam realizar um diagnóstico preliminar sobre o HIV e a violência contra as mulheres em povos indígenas, e o valor agregado do trabalho de voluntariado, em três lugares de Boquerón, no Paraguai. Um estudo semelhante realizar-se-á em Alto Solimões, no Brasil. Estes dois países foram escolhidos por que: (1) contam com diagnósticos de gênero ou estudos similares; (2) priorizaram a necessidade de melhorar os dados e as intervenções sobre HIV/VCM nos povos indígenas; (3) existem escritórios/pessoal do VNU, UNAIDS e ONU Mulheres nestes países. Os estudos contribuirão para fortalecer a base de evidências para a proposta de financiamento, que será submetida à sede do VNU para melhorar os serviços existentes.

Este estudo qualitativo realizar-se-á em três lugares de Boquerón, no Paraguai:

- 1) Filadelfia -Uj'he Lavos, Nivacle -Novo assentamento central Filadelfia, Ayoreo - Cacique Mayeto, Enlhet Norte;
- 2) Neuland -Cayim O Clim, Nivaclé; e
- 3) Loma Plata Yalve Sanga, Nivaclé e Enlhet Norte e Enxet Sur.

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Geral: o objetivo geral é conhecer a situação de violência e HIV entre mulheres indígenas, e os serviços existentes, para poder projetar intervenções apropriadas, em três lugares de Boquerón, no Paraguai.

Específicos: i) identificar as necessidades de mulheres e meninas indígenas, para intervenções em HIV e violência; ii) mapear serviços existentes para uma abordagem

integral do HIV e da violência, assim como o mapeamento das organizações no âmbito municipal e comunitário, trabalhando na área de violência baseada em gênero e/ou HIV; iii) identificar oportunidades e o valor agregado do trabalho de voluntariado e a cooperação Sul-Sul, incluindo as redes de voluntariado existentes nesta área e que podem ser agentes chave.

3. MARCO DE REFERÊNCIA

3.1 Contexto geográfico, econômico e de saúde no Departamento de Boquerón

O Departamento de Boquerón é a maior divisão político-administrativa do Paraguai (Chaco), com uma extensão de 91.669 km² e uma população de apenas 62.784 habitantes, o que o torna o terceiro departamento do país com menos densidade populacional, somente 0,8 habitantes por km², sendo a média nacional de 16,7 habitantes por km².

É o segundo departamento com maior quantidade de população indígena (21,2%) e o terceiro departamento com maior quantidade de comunidades indígenas (46 comunidades que representam 9,3% do total do país). Do total de comunidades indígenas em Boquerón, 41% não possui escritura de terras ou terras próprias, sendo o terceiro departamento com maiores problemas de acesso às terras por parte dos povos indígenas (STP/DGEEC, 2012)¹.

Este grave problema de acesso à terra se agrava ainda mais pelo corte de 50% no Orçamento Geral de Gastos da Nação para o período de 2016, nas dotações orçamentárias para "terras", que é de onde se pagam as aquisições e/ou indenizações, derivadas das compras ou desapropriações de imóveis, que devem ser destinados às comunidades indígenas². Com menor orçamento para realização desta política, menos acesso à terra para os indígenas, o que perpetua a situação de migração interna forçada a centros urbanos, a pobreza extrema e as desigualdades sociais em conjunto geram e mantém os cenários de violência e exclusão descritos neste relatório.

3.1.1 Pobreza

O Departamento de Boquerón é um dos departamentos mais pobres do Paraguai. A porcentagem de pobres é de 23% e de pobres extremos 14%. Em relação ao índice de pobreza segundo o idioma, observa-se uma enorme lacuna entre os pobres que falam castelhano, que fica em 5,4% e os que falam línguas indígenas, quando a incidência de pobreza se eleva para 54%. (DGEEC, 2015)³.

No âmbito nacional, 63% dos indígenas vivem em pobreza extrema, 93% não tem acesso à água, 70% vive sem energia elétrica e em casas de piso de terra e 41% das crianças de 5 anos tem desnutrição crônica. (Tekoha, 2014)⁴.

Boquerón, por ser um dos departamentos com maior pobreza e desigualdade, e com uma das maiores populações indígenas, não foge deste contexto.

Apesar de muitos esforços nas esferas política e privada, a população indígena em Boquerón e no resto do país, seguem sendo das mais vulneráveis. Movidos pela falta de terras e de acesso aos recursos naturais, que historicamente foram suas fontes de vida, cada vez mais se apresenta o fenômeno da migração interna, que comunidades inteiras são forçadas a se mudar para zonas urbanas em busca de trabalho e recursos para sustentar suas famílias, ou veem-se obrigadas a ceder ou vender suas áreas de terra para empresas agrícolas e pecuárias⁵.

Permanente de Lares (EPH), 2015.

1 Secretaria Técnica de Planejamento-Direção Geral de Estatísticas, Pesquisas e Censo III Censo Nacional de População e Casas para Povos Indígenas Censo Comunitário, 2012.
2 Ayala, Oscar (2015). Direitos dos Povos Indígenas. Em: CODEHUPY, 2015. Relatório de DH no Paraguai. Assunção, Paraguai.
3 Direção de Estatística, Pesquisa e Censo. Pesquisa

4 Ayala, Oscar (2015). Direitos dos Povos Indígenas. Em: CODEHUPY, 2015. Relatório de DH no Paraguai. Assunção, Paraguai.
5 Tekohá/União Europeia. Sistematização do Primeiro Encontro Nacional de Mulheres Indígenas no Paraguai. Defensoras da Identidade e da Vida. Assunção, 2014.

3.1.2 Morbidade

O percentual de recém-nascidos com baixo peso é de 6,5%, acima dos valores da região do Chaco e do país. O Departamento de Boquerón é o terceiro departamento com maior incidência de recém-nascidos com baixo peso.

A taxa de Tuberculose é de 95,8 casos para cada 100 mil habitantes em Boquerón, três vezes maior do que a taxa nacional de 30,5 casos para cada 100 mil habitantes. Novamente, Boquerón situa-se como o terceiro departamento com maior taxa de tuberculose do país.

Em relação à incidência de HIV, constata-se 29,7 casos novos para cada 100 mil habitantes, muito superior a taxa nacional e da região do Chaco. Levando em conta a baixa densidade populacional, esta taxa coloca Boquerón como o departamento com maior incidência de HIV de todo o país.

3.1.3 Mortalidade

Em relação aos indicadores de mortalidade, Boquerón apresenta uma das taxas mais altas de todo país, destacam-se as taxas para as mortes

neonatais (24,4 em comparação com a taxa nacional de 10,6 por mil habitantes); mortalidade infantil (29,7 em comparação a taxa nacional de 14,6 por mil nascidos vivos) e mortalidade em menores de 5 anos (34,2 em comparação a taxa nacional de 17 por mil nascidos vivos).

Em relação à mortalidade materna, Boquerón ocupa o 4º lugar no país com uma TM de 152,2 em comparação com a taxa nacional de 96,3 por 100 mil nascidos vivos.

Finalmente, a taxa de mortalidade para doenças transmissíveis, Boquerón está em 3º lugar no âmbito nacional com uma TM de 34,4 em comparação com a taxa nacional de 32,3 por 100 mil nascidos vivos.

3.1.4 Recursos, serviços e cobertura

De acordo com os dados sobre recursos, serviços de saúde e sua cobertura, o Departamento de Boquerón conta com menor número de leitos em relação a quantidade de habitantes, somente 0,4 leitos para cada mil habitantes; o segundo lugar com menos atendimentos ambulatoriais e na cobertura da saúde materno infantil, ocupa o 5º lugar com mais

TABELA 1
Indicadores de morbidade (IBS, 2013)⁶

	% de recém-nascidos com baixo peso ao nascer	Incidência de TB Taxa por 100 mil habitantes	Incidência de HIV
Total país	6,1	30,5	14,6
Região Ocidental	6,3	100,4	22,3
Boquerón	6,5	95,8	29,7
Ranking país	3º	3º	1º

6 Ministério de Saúde Pública e Bem-estar Social (MSPBS)/Direção Geral de Informação Estratégica em Saúde (DIGIES). Indicadores Básicos de Saúde Paraguai 2015

TABELA 2

Indicadores de mortalidade (IBS, 2013)⁷

	TM Geral por mil habitantes	TM Neonatal por mil habitantes	TM infantil por mil nascidos vivos	TM menores de 5 anos por mil nascidos vivos	Razão de mortalidade e materna por 100 mil nascidos vivos	TM por doenças transmissíveis por 100 mil habitantes
Total país	4,1	10,6	14,6	17	96,3	32,3
Região Ocidental	4,3	14,8	22,3	28,3	199,8	38,4
Boquerón	4	24,4	29,7	34,2	152,2	41,4
Ranking país (de 18 departamentos)		1º	1º	1º	4º	3º

TABELA 3

Indicadores de recursos, serviços e cobertura (IBS, 2013)⁸

	Nº de leitos por mil habitantes (MSPBS)	Atendimentos ambulatoriais de todo tipo por habitantes no ano (MSPBS)	% de partos institucionais	% de mães com 4 ou mais exames pré-natais
Total país	1,1	1,5	96,2	80,6
Região Ocidental	1,2	2	91,6	71,2
Boquerón	0,4	1	94,9	72,5
Ranking país (de 18 departamentos)	Mais baixo do país	2º mais baixo	4º mais baixo	5º mais baixo

partos institucionais Neste sentido, 5% dos partos ainda são realizados fora dos serviços de saúde e ao mesmo tempo, é o 5º departamento com menos controles pré-natais, somente 7 a cada 10 mulheres têm 4 ou mais exames pré-natais durante a gravidez.

Estes indicadores descritos colocam o Departamento de Boquerón como um dos departamentos da Região Ocidental com maior problema de saúde, agravado pela péssima infraestrutura e cobertura sanitária, e pelos altos níveis de pobreza e exclusão, concentrados especialmente nas comunidades indígenas.

7 MSPBS/DIGIES (2015) op cit.

8 MSPBS/DIGIES (2015) op cit.

3.2 Enfoque de Direitos Humanos e povos indígenas⁹

Quando se fala de discriminação étnica, geralmente refere-se ao trato desigual que recebem certos grupos da sociedade, baseados em pertencer a um grupo étnico ou linguístico. Este trato desigual faz referência a falta de acesso e oportunidades de usufruir de todos os Direitos Humanos garantidos pelo marco internacional e nacional. Entre os DH menos respeitados nos povos indígenas destacam-se o direito a terra, trabalho, educação, saúde, vida digna, vida livre de violência, entre outros.

Os povos indígenas lutam por "igualdade de direitos", embora isto não se deva confundir com "os mesmos direitos"¹⁰ que a população não indígena.

O direito de viver sua própria cultura, em seu próprio território, não implica a necessidade de "se integrar" à sociedade nacional com direitos iguais aos demais, mas sim o respeito a suas identidades culturais por parte do conjunto da sociedade paraguaia.

A causa da discriminação aos povos indígenas é o etnocentrismo, um fenômeno universal em todas as sociedades humanas, inclusive nos povos indígenas. O Etnocentrismo significa a supervalorização da própria cultura em detrimento das demais.

Este fenômeno coloca os "outros" em um grupo diferente, ameaçador e que deve ser controlado através de uma série de mecanismos simbólicos, ideológicos e institucionais.

9 Lehner, Beate (2002). Discriminação dos povos indígenas. Em: Bareiro (comp.). Discriminações. Debate teórico paraguaio. UNFPA/CDE.

10 Um exemplo disso é o direito dos povos indígenas à propriedade comunitária dos territórios, que se contrapõe à noção de "propriedade privada" por parte dos não indígenas e que é interpretada como uma violação ao princípio de igualdade perante a lei, e por outro lado, o direito a educação formal garantido pela Constituição Nacional e pelas leis, pode ser considerada uma imposição aos povos indígenas por seu conteúdo, procedimentos e abordagens etnocentristas, que ainda é rechaçada por muitos povos indígenas (Lehner, Beate, 2002).

4. MARCO JURÍDICO

O Paraguai conta desde os anos oitenta com um dos marcos normativos indígenas mais progressistas do continente, como a Lei 904/81, Estatuto das Comunidades Indígenas, que assegura o acesso às terras aos povos indígenas, reconhece legalmente suas comunidades e garante o respeito de suas normas consuetudinárias¹¹.

Segundo a Constituição Nacional (CN), vigente desde 1992, o Paraguai reconhece-se como país pluricultural e plurilíngue, abrindo caminhos legais de reivindicação de direitos especiais para os povos indígenas. O Capítulo V da CN reconhece a existência dos povos indígenas como grupos anteriores à Constituição do próprio Estado Paraguai. Somadas as leis 904/81 e 234/93 configura-se um conjunto legal altamente favorável e respeitoso com nossa diversidade.

A ordem jurídica paraguaia apresenta tratados, recomendações e normas internacionais, que comprometem o Estado Paraguai ao cumprimento dos direitos humanos dos povos indígenas, com um número importante de leis e decretos dedicados ao tema. Entre eles o convênio 169 da OIT e a Declaração sobre os Direitos dos Povos Indígenas da ONU. Embora este marco normativo seja amplo no reconhecimento dos direitos no papel, a aplicação efetiva fica longe de ser real para os povos e comunidades indígenas.

Um avanço importante foi que em 7 de setembro de 2015, o Poder Executivo promulgou a lei nº 5469/2015 "Da Saúde dos Povos Indígenas", pela qual

¹¹ A inclusão de "comunidades" na lei 904/81 e na Constituição Nacional gerou conflitos entre os povos indígenas, já que eles não tiveram em sua cultura a noção de conceito de "comunidade" (que é de origem protestante e anglo-saxônica), mas, pelo contrário, se organizavam tradicionalmente em clãs ou grandes famílias.

cria a Direção nacional de Saúde dos Povos Indígenas e o Conselho de Saúde Indígena. Este último órgão orientado a garantir a participação dos povos interessados na gestão pública dos serviços de saúde e integrado por cada um dos 19 povos indígenas do Paraguai.

4.1 Situação legal em matéria de HIV/AIDS e educação sobre sexualidade¹²

Depois de 15 anos da Declaração do Milênio, na qual 189 países (incluindo o Paraguai) se comprometeram a cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), ainda persistem importantes lacunas no cumprimento da universalização do acesso a prevenção, tratamento e apoio às pessoas que vivem com HIV, especificamente o ODM relativo ao combate do HIV/AIDS, malária e outras doenças.

Contudo, o Paraguai conseguiu avanços importantes, especialmente no aumento da cobertura na oferta de testes, para diagnóstico gratuitos a todos os serviços de saúde, um aumento significativo no acesso ao tratamento gratuito das pessoas que o requerem e uma adequação do marco legal através da promulgação e regulamentação da lei nº 3940/2009¹³.

¹² Negrete, Martin (2015). Universalizar os DH das Pessoas que Vivem com HIV Um novo desafio para os próximos anos. Em: CODEHUPY, 2015. Relatório de DH no Paraguai. Assunção, Paraguai.

¹³ Lei Nº 3940 de 14 de dezembro de 2009. Que estabelece direitos, obrigações e medidas preventivas, com relação aos efeitos produzidos pelo vírus da imunodeficiência humana HIV e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Disponível em: <http://digesto.senado.gov.py/ups/leyes/7946.pdf>.

No entanto, considerando estes avanços no Paraguai, como se destacou, persistem importantes lacunas no acesso ao diagnóstico e tratamento adequado, e sobretudo no acesso à justiça e reparação nos casos de violação dos direitos humanos (DH) das pessoas que vivem com HIV, especialmente da população particularmente vulnerável, especificamente nas populações chave. Em consonância com isso, a estratégia da UNAIDS 2011-2015 orientada a "zero novas infecções, zero discriminações e zero mortes relacionadas ao HIV", adverte que é pouco provável chegar às metas de reduzir as infecções e mortes, se não se consegue reduzir o estigma e a descriminalização, principais barreiras para conseguir a interrupção e o retrocesso da epidemia(UNAIDS, 2010).

Neste sentido, identifica-se como uma clara barreira, a falta de vontade política, para tratar e aprovar o anteprojeto de lei, "contra toda a forma de discriminação", que vem sendo impulsionado por uma coalizão da sociedade civil, há vários anos.

A lei nº3940/2009 e a regulamentação dela através da resolução SG Nº 675/2014 segue sendo a única normativa no marco legal nacional, que sanciona explicitamente atos de discriminação, em todos os casos, baseados no estado sorológico das pessoas.

Da mesma forma, durante 2015, não foram identificados avanços significativos em relação a promulgação de leis complementares a lei nº 3940, que garantem o pleno exercício dos DH de todas as pessoas e em especial das mais vulneráveis¹⁴. No dia 31 de outubro de 2015 foi realizada uma mobilização chamada "Marcha pela vida

e pela família", realizada por organizações unidas na Federação de Associações pela Vida e Família (Fedavifa), onde o conteúdo central foi um ataque aberto contra as agências do Sistema das Nações Unidas, em especial a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a organização de DH Anistia Internacional, as quais foram acusadas de impor uma "ideologia gay e de gênero"¹⁵, evidenciando um claro rechaço aos instrumentos internacionais em matéria de DH e Saúde assinados pelo Paraguai¹⁶.

Esta mobilização foi uma resposta às recentes recomendações do relator especial da Organização das Nações Unidas (ONU), Sr. Dainius Puras, sobre o direito de toda a pessoa gozar de plena saúde física e mental, em relação a necessidade de aprovar uma lei, contra toda forma de discriminação, afirmando que o "Paraguai é um dos poucos países desta região, que não conta com dita lei o que significa uma dívida histórica com a sociedade paraguaia". Ao mesmo tempo, também recomenda a implementação do Plano Nacional de Educação em direitos Humanos no âmbito escolar, com ênfase na educação sexual e adverte as consequências da intromissão nas escolas de grupos religiosos, que socializam informações não baseadas em documentos, dificultando assim uma correta tomada de decisão por parte dos adolescentes, em relação ao exercício da sua sexualidade, contribuindo para o aumento de adolescentes grávidas e o risco de infecção por HIV e outras ITS (Nações Unidas, 2015).

Os próximos anos constituem uma oportunidade para o Paraguai fechar lacunas identificadas no fim do período de avaliação dos ODM e iniciar uma nova etapa com a nova agenda 2030.

14 Entre 2004 e 2010, discutiu-se uma série de projetos de lei no Parlamento paraguaio, em matéria de direitos sexuais, reprodutivos e não discriminação em todas as suas

formas. Estes projetos são: (1) lei que cria um programa de prevenção e assistência às vítimas de fatos puníveis contra a autonomia sexual e contra menores; (2) de saúde sexual, reprodutiva e materno perinatal; (3) contra todas as formas de discriminação; e (4) marco de orientação pedagógico de educação da sexualidade. Nenhuma destas iniciativas foi aprovadas, grande parte como resultado da pressão de grupos conservadores, através de uma articulada campanha de desinformação.

15 Diari ABC Color (01/11/2015) Disponível em: <http://www.abc.com.py/nacionales/religiosos-contra-la-onu-oms-y-amnistia-internacional-1422589.html> (Acesso em: 11/06/16).

16 O Paraguai ratificou todos os tratados e convenções em matéria de DH, exceto a Convenção Interamericana contra Toda Forma de Discriminação e Intolerância e a Convenção Interamericana contra o Racismo, a discriminação Racial e Formas Conexas de Intolerância.

A partir de 2015, baseados nos ODM os Estados Membros da ONU estabeleceram uma Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que inclui um conjunto de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para colocar fim à pobreza, lutar contra a desigualdade e a injustiça, e enfrentar as mudanças climáticas. O objetivo 3 "Boa Saúde" adota uma visão integral, orientada a uma cobertura universal de saúde, e um férreo compromisso para colocar fim às epidemias de AIDS, tuberculose, malária e outras doenças contagiosas até 2030.

Os novos Objetivos Mundiais e a agenda para o desenvolvimento sustentável vão muito mais além dos ODM, abordando as causas fundamentais da pobreza e das desigualdades.

Como complemento a este novo compromisso mundial, a Junta de Coordenação do UNAIDS aprovou uma nova e ambiciosa estratégia para o período 2016-2021, com o objetivo de colocar fim à epidemia de AIDS como ameaça à saúde pública para o ano 2030, sendo esta uma das primeiras do sistema das Nações Unidas que se alinha de forma estratégica aos ODS.

4.2 Situação legal relacionada à igualdade de gênero, incluindo a violência contra a mulher

As leis e políticas existentes fazem parte do contexto favorável para fomentar o acesso equitativo a serviços, segundo as necessidades das mulheres, meninas e adolescentes. Entre as leis aprovadas e serviços que são providos de acordo com os compromissos assumidos pelo Paraguai, baseados na Declaração de Pequim e na Convenção para eliminar todas as formas de discriminação contra a mulher (CEDAW) encontram-se:

Lei 1/1992: Modificação parcial do Código Civil

Lei 34/1992: Criação da Secretaria da Mulher da Presidência da República

Lei 834: Código Eleitoral (Cota mínima de 20% de mulheres nas listas de candidatos/as nas eleições).

Lei 1160: Modificação do Código Penal (introduz vários artigos vinculados à proteção das mulheres frente a violência).

Anteprojeto de lei de SSR: Processo impulsionado pela Sociedade Civil. Não chega a se apresentar ao Parlamento.

Lei 1600/00: Contra a Violência Doméstica.

Lei 1863: Estatuto Agrário (Tratamento preferencial para adjudicação de lotes às mulheres chefes de família).

Lei 2907/06: Blinda recursos para SSR e kit de partos para que os fundos não sejam reprogramados.

Lei 3440/08: Modificação do Código Penal (artigos sobre Violência Doméstica.)

Lei 3940/09: Que estabelece direitos, obrigações e medidas preventivas com relação aos efeitos produzidos pelo HIV e pela AIDS

Lei 4084/2010: Proteção da maternidade e estabelecimento da proteção às estudantes grávidas ou mães.

Lei 4313/2011: Da segurança para o orçamento dos programas de saúde. Reprodutiva e abastecimento de kits de parto do Ministério de Saúde Pública e Bem-estar Social.

Lei 4675: Que eleva a Secretaria da Mulher à categoria de Ministério.

Lei 4788/2012: Lei de proteção integral contra o tráfico de pessoas.

Segundo Line Bareiro, membro do Comitê para Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW) da ONU, na legislação paraguaia ainda persiste o conceito de "habitualidade" em relação à violência intrafamiliar, para que um caso de violência, numa relação de casal, chegue à esfera penal deve haver "habitualidade", ou seja, as agressões tem que ser habituais, não é suficiente que tenha acontecido apenas uma vez. Também, relembrou que o CEDAW

já recomendou várias vezes ao estado paraguaio que acabe com o conceito de habitualidade dentro do direito neste país¹⁷.

4.3 Situação de violência contra mulheres indígenas no Paraguai

Os principais desafios que enfrentam os povos indígenas na América Latina, em geral, e no Paraguai, em particular, seguem sendo a situação de pobreza extrema e a falta de acesso à terra. Esta situação, por sua vez, prejudica de forma desproporcional as mulheres e crianças indígenas, que são os principais afetados pela pobreza, pela falta de acesso à educação, à saúde e à justiça, assim como maior porcentagem de monolinguismo entre os homens, menos chances de acesso ao trabalho remunerado, e de atividades fora das comunidades, que somadas aos sistemas patriarcais que dominam a cultura ocidental e muitos dos povos indígenas, acaba colocando a mulher em um cenário particular de vulnerabilidade: por ser mulher, pobre e indígena (Sieder e Sierra, 2010)¹⁸. Neste caso observa-se claramente como as condições de gênero, classe social e etnicidade se cruzam gerando situações de enorme desigualdade.

Neste sentido, o Fórum Internacional de Mulheres Indígenas (FIMI, 2006) denunciou que a violência física, psicológica e sexual, que sofrem as mulheres indígenas, está baseado no gênero, classe social, etnia e história¹⁹, que se agrava ainda mais pelo contexto de violência estrutural e institucional que sofrem os povos indígenas em geral.

Alguns estudos em âmbito local mostram que muitas comunidades estudadas dizem que seus

direitos foram violados, em especial observa-se claramente uma violência estrutural e institucional especialmente contra as mulheres. Foi mencionado em várias ocasiões que juízes e fiscais se aproveitam da falta de informação e de formação em temas específicos, por parte dos indígenas, especialmente por desconhecimento das normas e leis vigentes. Este problema se agrava no caso das mulheres, com menos grau de instrução que os homens e com maior proporção de analfabetismo. Seguindo nesta temática, outros tipos de violência institucional são mais sutis e tendem a passar despercebidos, inclusive pelas mulheres indígenas, que muitas vezes não consideram como "fatos de violência". É o caso da exclusão de mulheres em espaços de tomada de decisões, em especial, argumentando sua "falta de capacidade técnica" para compreender certos assuntos. Muitas instituições públicas não adequam seus conteúdos e procedimentos para garantir que as mulheres compreendam as explicações técnicas, por outro lado, internamente também se observam barreiras para a participação das mulheres nos espaços de tomada de decisão, onde geralmente estão sub-representadas. (Oviedo, S; Alvarenga, F e Mongelós, N, 2012)²⁰.

No âmbito nacional, segundo Luis Caputo (2013)²¹ tanto a violência intrafamiliar como o tráfico de mulheres indígenas estão relacionadas com o roubo das terras ancestrais, que impacta no sustento de suas famílias (produção e alimentação familiar), agravado por modelos de desenvolvimento econômicos vigentes e da crescente militarização de seus territórios.

Conforme Caputo (2013), a principal violência às mulheres indígenas no Paraguai é a violência intrafamiliar e de gênero. No entanto, identifica como os diferentes tipos de violência se cruzam e se entrelaçam.

17 Disponível em: <http://ea.com.py/una-mujer-fue-asesinada-cada-11-dias-em-2012-por-razões-de-gênero/>.

18 Rachel Sieder e María Teresa Sierra. (2012). Acesso à justiça para as mulheres indígenas na América Latina. Chr. Michelsen Institute en Bergen, Noruega.

19 Grupo de Acompanhamento a Comunidades Indígenas de Itapúa - GACIL (2014). Orientações para a Incorporação da Perspectiva de Gênero no documento "Proposta de Políticas Públicas Elaborado pela FAPI. Itapúa, Paraguai.

20 Sofía Espínola Oviedo, Faustina Alvarenga e Nora Mongelós. Da palavra e do sentir coletivo das mulheres indígenas. Guia metodológico para incorporar o enfoque de gênero em comunidades indígenas, sob a perspectiva de abordagem intercultural. IEPALA – AECID, 2012.

21 Luis Caputo (2013). Situações de violência e tráfico de mulheres jovens indígenas no Paraguai. BASE/Sobrevivência/ IBISS-CO. Assunção, Paraguai, maio de 2013.

Identificou, por exemplo, como a exploração de trabalho é cruzada com a violência sexual e a violência institucional, ou a submissão com o abuso sexual (violação).

Somado às concepções de Caputo (2013), pode-se adicionar outros tipos de violência pouco documentados, mas que as mulheres de diferentes povos sentem como tal. Nas conclusões da Sistematização de oficinas sobre prevenção da violência contra as mulheres indígenas, nos Departamentos de Amambay, Boquerón y Canindeyú²² as mulheres indígenas participantes identificaram outros tipos de violência, como a cultural, que justifica muitos dos atos de violência dos quais são

vítimas as mulheres e as adolescentes. Uma situação particular é a vivida pelas mulheres que, em alguns povos, exercem o "xamanismo", que em alguns casos já ocasionou a morte destas mulheres acusadas de "bruxaria". Por trás deste tipo de violência verifica-se a negação do direito da mulher indígena de exercer seu poder de cura e o exercício pleno de sua espiritualidade.

Ao mesmo tempo, percebe-se um aumento da violência contra as mulheres que formam casais interétnicos com homens "paraguaios" (que não pertencem a grupos indígenas), ou a prática ainda vigente de casamentos forçados de meninas e adolescentes em alguns povos.

GRÁFICO 1

Tipos de violência contra as mulheres indígenas no Paraguai, segundo informações das entrevistadas (Caputo 2013)

VIOLÊNCIA FÍSICA, EXPLORAÇÃO LABORAL E SEXUAL POR TRAFICANTES DE DROGAS

ABUSO E EXPLORAÇÃO E VIOLÊNCIA SEXUAL DE JOVENS

DESRESPEITO À SOBERANIA TERRITORIAL

SUBMISSÃO OU TRÁFICO TRÁFICO LABORAL E SEXUAL DE MULHERES E TRÁFICO DE BEBÊS

VIOLÊNCIA DE TRAFICANTES DE DROGAS E FAZENDEIROS (HOMICÍDIOS)

DESAPARECIMENTO DE CRIANÇAS ADOLESCENTES

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E DE GÊNERO (INCLUÍDO FEMICÍDIO)

²² *contra as mulheres indígenas em nossos territórios*" Sistematização de oficinas sobre prevenção da violência contra as mulheres indígenas, nos departamentos de Amambay, Boquerón e Canindeyú. Relatório não publicado.

5. ASPÉCTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de estudo

Para atingir os objetivos geral e específicos traçou-se um estudo descritivo de corte transversal e enfoque qualitativo, com a finalidade de caracterizar as necessidades, barreiras, fortalezas e oportunidades das

mulheres e adolescentes indígenas, em matéria de violência e exposição ao HIV, assim como caracterizar a resposta diante destas situações no âmbito institucional/comunitário, através do mapeamento de agentes existentes nas comunidades do estudo.

5.2 Participantes

5.2.1 Grupos focais em comunidades indígenas

TABELA 4

Comunidade	Participantes	Nº de participantes	Povoado
Betania	Homens jovens	10	Nivaclé
Betania	Mulheres adultas	7	Nivaclé
Betania- Yalve Sanga	Mulheres e homens adultos	15	Nivaclé
Betania- Yalve Sanga	Mulheres adultas	15	Nivaclé
Yalve Sanga-Comunidade Efeso	Mulheres adultas	7	Enlhet
Cacique Mayeto-Filadelfia	Mulheres	5	Enlhet
Cacique Mayeto-Filadelfia	Mulheres adolescentes	10	Enlhet
Comunidade Guidai Ichai	Adolescentes de 16 anos	1	Ayoreo
Comunidade Uje Lhavos	Homens jovens e adolescentes (uma mulher)	10	Nivaclé
Cayin O Clim	Mulheres adultas	7 mulheres e 1 homem	Nivaclé

5.2.2 Entrevistas individuais a referências institucionais

TABELA 5

Instituição	Setor	Organismo do qual depende
Cruz Vermelha Paraguuaia - Filial Boquerón	Saúde	Organismo Internacional - Cruz Vermelha Suíça
Clínica Indígena- Filadelfia	Saúde (privada)	Hospital de Filadelfia que depende da Cooperativa dos Colonos Menonitas
Posto de Saúde - Município de Filadelfia	Saúde (Municipal)	Município de Filadelfia
Centro Regional da Mulher	DH das mulheres, crianças e adolescentes	Ministério da Mulher
Governo de Boquerón	Governo Local	Poder Executivo
Município de Loma Plata	Governo Local	Governo de Boquerón
USF Cayin ou Clim (Colonia Neuland)	Saúde (pública)	Ministério de Saúde Pública
USF Uje Lhavos (Filadelfia)	Saúde (pública)	Ministério de Saúde Pública
Conselho Municipal pelos direitos das crianças e adolescentes (CODENI) - Filadelfia	DH das crianças e adolescentes	Município de Filadelfia

5.3 Definição de variáveis e Indicadores

5.3.1 Necessidades de mulheres e meninas indígenas para intervenções em HIV e violência

Serão exploradas variáveis relacionadas com as percepções, expectativas, necessidades demandadas, das mulheres e adolescentes indígenas, em relação à situação de violência (interna e externa), assim como

fatores facilitadores e protetores vinculados à vulnerabilidade diante do HIV e outras ITS.

5.3.2 Mapeamento de agentes chave e serviços

As variáveis foram selecionadas a partir dos objetivos da consultoria e incluem o perfil das organizações, suas capacidades institucionais, experiências de coordenação interinstitucionais e as atitudes diante da participação institucional no desenvolvimento das ações, relacionadas à violência e ao HIV, dirigidas aos povos indígenas no âmbito local.

TABELA 6

Variáveis	Indicadores
a) Percepção e concepção da violência	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos e cenários de violência identificados • Agentes envolvidos nos atos de violência • Crenças sobre a violência. Motivos e causas • Percepção da violência como causa ou efeito de determinantes sociais (gênero, idade, grupo étnico, lugar de residência, nível educativo, posse de terras, pobreza, acesso a recursos, etc.) • Percepção da violência contra adolescentes e crianças • Ações preparadas para a abordagem da violência (interna e externa)
b) Atitudes contra a violência	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstração da violência e critérios de gênero • Avaliação da violência de acordo com o agente agressor (interno e externo) • Iniciação sexual (precoce), casamentos ou uniões forçadas e trabalho doméstico infantil, com meninas e adolescentes, como expressão de violência de gênero ou práticas culturais consensuais • Cultura de denúncia e impunidade
c) Crenças, atitudes e comportamentos relacionados à exposição ao HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Crenças e informação sobre o HIV • Fontes de informação sobre o HIV. Nível de confiança e credibilidade de ditas fontes. • Valorização e aceitação sobre métodos modernos de planejamento familiar, incluindo o preservativo masculino. • Identifica fatores de risco e de vulnerabilidade para o HIV e outras ITS • Práticas preparadas para prevenir o HIV e ITS • Percepção e atitude sobre as pessoas que vivem com HIV
d) Percepção de autoeficácia (controle sobre seus determinantes sociais)	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção de risco diante da violência e do HIV • Crença sobre o nível de controle sobre situações que expõe ao risco diante da violência e do HIV (capacidade de negociação com os homens, controle sobre o exercício da sexualidade, tomada de decisões, controle sobre os filhos/as, capacidade de acessar serviços de saúde, etc.) • Identifica e relaciona as categorias de gênero, classe social, etnicidade e idade como fatores de vulnerabilidade diante da violência e do HIV
e) Acesso aos serviços e solicitação de apoio e ajuda em casos de exposição à violência e ao HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de serviços e recursos disponíveis na comunidade que são identificados pelas mulheres • Estratégias de solução preparadas para casos de violência e a exposição ao VIH • Valorização deste tipo de serviço e recursos • Percepção de confiança em relação aos serviços de saúde, polícia, justiça, governos locais, ONG, líderes comunitários, entre outros. • Valorização sobre benefícios e perdas em relação a busca de ajuda/apoio, em caso de fatos de violência ou exposição ao HIV (Identificar se as mulheres percebem mais barreiras que potenciais benefícios) • Nível de organização das mulheres e percepção de benefícios ou custos sobre sua participação na tomada de decisões no âmbito público. Motivação para sua participação
f) Expectativas e necessidades em relação a prevenção da violência e do HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidades sentidas e percebidas pelas mulheres vs. necessidades programáticas e políticas • Interesses básicos e estratégicos das mulheres e adolescentes indígenas • Expectativas em relação aos serviços, instituições e agentes disponíveis na comunidade (como devem funcionar de acordo com as necessidades das mulheres e seus interesses) • Definição/percepção de saúde e qualidade de vida, e estratégias identificadas para consegui-las

TABELA 7

Variáveis	Indicadores
g) Perfil Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de organização • Missão e objetivos • Agenda temática • Âmbito de ação
h) Capacidades institucionais	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades e ações realizadas sobre violência e prevenção, atenção e apoio, vinculados ao HIV em populações indígenas • População beneficiária das ações diretas e indiretas • Competências técnicas dos recursos humanos na prevenção da violência e do HIV, assim como abordagem sob a perspectiva de DH, gênero e interculturalidade • Produção de informação sobre violência e HIV em populações indígenas • Recursos organizacionais e planejamento, materiais e financeiros, existentes para sustentabilidade das ações
i) Coordenação interinstitucional	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação com outras organizações em relação à violência e prevenção do HIV • Coordenação dentro dos centros de saúde, para oferecer serviços integrados de saúde/HIV e atenção às vítimas de violência (PEP, testes, conselho, saúde mental, referências a outros serviços sociais e de justiça) • Articulação com comunidades indígenas. Mecanismos de participação das comunidades indígenas nas tomadas de decisões. • Atividades intersetoriais • Modalidades de coordenação • Articulação e coordenação com outras instituições locais, especialmente com grupos de voluntários e redes de organização e/ou pessoas.
j) Atitudes e motivação dos agentes chave na abordagem da violência e do HIV, em populações indígenas e com mulheres em particular	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção sobre a importância dos temas do Projeto (violência e HIV, perspectiva de gênero e interculturalidade) • Motivação para participar nas estratégias chave do Projeto em âmbito local • Interesses programáticos/temáticos • Organizações/grupos prioritários • Estratégias de coordenação • Compromisso institucional

5.4 Projeto e validação de instrumentos

Os instrumentos de coleta de informação foram elaborados a partir dos objetivos da consultoria, assim como as variáveis identificadas para cada objetivo específico. Ambos os instrumentos validaram-se através de revisão pela equipe de consultores e da equipe técnica do Escritório Regional da UNAIDS, do programa VNU e ONU Mulheres. As versões finais de ambos os instrumentos foram utilizadas posteriormente para a capacitação da equipe de entrevistadores selecionados para o trabalho de campo.

5.5 Trabalho de campo

Depois da validação do instrumento, realizou-se o trabalho de campo executando as seguintes estratégias:

- Coordenação com instituições públicas e organizações civis, com trabalho em âmbito estadual, na identificação e seleção das instituições e agentes chave nos municípios/distritos selecionados. Elaborar-se-á um resumo de apresentação da abrangência e objetivos do estudo.

- b) Consulta prévia, livre e informada com as comunidades indígenas sujeitas ao estudo, com apresentação dos objetivos de projeto, assim como a elaboração consensual de um calendário das atividades que serão implementadas, com as referências de cada comunidade indígena selecionada, para acessar as mulheres e os adolescentes para as entrevistas em grupos focais.
- c) Uma vez identificadas as comunidades indígenas, assim como agentes chave, instituições e serviços, a Equipe de Consultoria formalizou um convite para participar do estudo, através de mecanismo adequado, informando às instituições selecionadas sobre o projeto em geral e as atividades da presente consultoria em particular, apresentando à equipe de trabalho responsável pelo trabalho de campo.
- d) Depois da comunicação formal para as instituições correspondentes, a equipe de consultoria foi responsável por coordenar com cada comunidade, instituição, serviços e agentes chave um calendário de entrevistas. No caso das entrevistas às mulheres, homens e adolescentes indígenas, foram realizadas *in situ*, através de grupos focais. A qualidade da informação foi garantida pela correta utilização dos instrumentos de coleta de dados fornecidos. A equipe de consultoria manteve reuniões semanais de avaliação e sequência, com a finalidade de minimizar as potenciais dificuldades de coleta de informações, primárias e secundárias, e garantir a maior qualidade dos dados obtidos.

5.6 Análise da informação

A informação foi processada seguindo o processo de coleta de dados, sistematização, consolidação, organização, análise e difusão.

- **Coleta de dados:** Os dados foram obtidos em dois níveis: 1) diretamente das fontes primárias (informantes chave de instituições e mulheres indígenas das comunidades) através

de entrevistas em grupo, individuais ou telefônicas, usando os instrumentos correspondentes de coleta de informação e 2) complementados com dados obtidos de fontes secundárias (pesquisas, estudos prévios, documentos institucionais, etc.)

- **Sistematização:** toda a informação obtida foi organizada e classificada em pastas arquivo, devidamente compiladas, com as fontes de informação, pessoas entrevistadas, lugar e data da coleta de dados. Estes documentos foram os meios de verificação que foram utilizados, e cuja informação foi extraída e consolidada em uma base de dados única. Este processo é de suma importância porque posteriormente a base de dados resultante poderá ser verificada, através dos meios de verificação físicos em pastas arquivos, em auditorias e avaliações posteriores.
- **Consolidação:** toda a informação obtida através do processo de trabalho de campo foi consolidado em uma base de dados eletrônica projetada para este fim. Esta base foi administrada pelos consultores designados e tem toda a informação das variáveis presentes nos instrumentos de coleta de informação utilizados.
- **Análise da informação:** depois do processo de coleta, sistematização e consolidação da informação, realizou-se a análise de tal informação, levando em conta as variáveis selecionadas. As entrevistas foram retiradas e convertidas em textos, o que permitiu a análise qualitativa da informação, identificando semelhanças e diferenças na área do conteúdo do discurso dos informantes. Também foram classificadas as variáveis exploradas através da lista de verificação, elas foram classificadas e agrupadas em uma base de dados para sua posterior descrição e análise.
- **Validade da informação:** a validade da informação será garantida através 1) da representatividade da pessoa que será entrevistada. A equipe de consultores junto com outros agentes chave (líderes de comunidades, referências locais, etc.) identificarão instituições e agentes que representem todos os setores envolvidos

(governamental, municipal, forças públicas, justiça, saúde, sociedade civil, grupos religiosos, etc.), observando que a participação seja proporcional e que nenhum grupo ou setor esteja sobrerrepresentado.

2) através da triangulação de dados, por meio do cruzamento de informações de diversas fontes (entrevistas a diferentes agentes, fontes governamentais relatórios da sociedade civil, relatórios de agências multilaterais e bilaterais, dados estatísticos nacionais e regionais, entre outros). Somado a isso, decidiu-se realizar entrevistas com a equipe de investigação, já que cada

entrevistador contava com informações importantes e complementares sobre as comunidades com as quais trabalharam. Nem toda a informação obtida nas entrevistas está refletida nas gravações, porque muita informação relevante se deu fora dos grupos e do momento das entrevistas, todos os pesquisadores contavam com seu diário de campo, onde registravam e anotavam este tipo de informação, e 3) finalmente toda a informação será revisada e validada internamente pela equipe técnica do projeto e com representantes do Escritório Regional da UNAIDS, do programa VNU e ONU Mulheres.

5.7 Estrutura, formato e abrangência dos instrumentos de coleta de informação

TABELA 8

Instrumento	Objetivos (segundo TDR)	Técnica e tipo de instrumento	Fonte de informação	Tipo de investigação	Método de validação
Guia de entrevista para Grupos Focais com mulheres e adolescentes indígenas de Boquerón		Grupo Focal	Uma amostra de mulheres e adolescentes indígenas de comunidades de povos indígenas selecionados do Departamento de Boquerón	De campo Identificaram e selecionaram mulheres que cumpriram critérios de inclusão estabelecidos pela equipe de investigação e que realizarão grupos focais por comunidades selecionadas	Painel com especialistas
Guia de entrevista semiestruturada para agentes chave	Mapeamento e caracterização dos agentes, das instituições e dos serviços envolvidos na prevenção e atenção da VCM e da resposta ao HIV em Boquerón e orientada à população indígena	Entrevistas individuais	Entrevistas com uma amostra de informantes chave, selecionados previamente, separados por tipo de instituição/organização (OG, ONG, privado, religioso, grupo de base, rede, cooperantes, etc.) e âmbito de atuação (municipal, estadual, nacional, regional).	De campo Identificar-se-ão e selecionar-se-ão agentes chave e serviços dos municípios e distritos do Departamento de Boquerón, que fazem parte da área de influência das comunidades indígenas do projeto.	Painel com especialistas
Lista de verificação para serviços		Observação e mapeamento dos serviços	Ao mesmo tempo, visitar-se-ão os diferentes serviços e instituições existentes, para a aplicação da lista de verificação e caracterização do nível de resposta.		

5.8 Aspectos éticos e culturais

A participação das mulheres, dos homens e dos adolescentes foi de caráter voluntário, iniciou-se um acordo prévio com os líderes da comunidade. Foi assinado o documento "Consentimento Informado"²³ para documentar a aceitação do projeto. Além disso, em cada comunidade, foi entregue ao líder e também aos postos de saúde, UFS e outras referências chave, uma cópia impressa do resumo da abrangência e objetivo do estudo.

Para isso receberam informação verbal em uma linguagem clara, culturalmente apropriada e acessível, sobre as características, intervenções e possíveis consequências de sua participação. A equipe foi acompanhada, durante todo tempo, por um acompanhante local e em algumas

entrevistas por um representante do escritório local da ONU MULHERES.

As guias, os questionários e outros instrumentos de coleta de dados foram revisados e trabalhados pelos acompanhantes locais, em suas próprias línguas, que também acompanharam aos entrevistadores/as nos grupos focais, como também nas entrevistas individuais.

O documento final do estudo, não só da equipe de investigação, será entregue posteriormente para as comunidades envolvidas. A equipe de trabalho de campo, em cada missão, visitará primeiramente os responsáveis das USF mais próximas da comunidade onde se realizará o trabalho de campo, para estimar a quantidade de trabalho.

23 Este documento será assinado pelo líder e/ou pelos padres segundo corresponda.

6. ABRANGÊNCIA E LIMITAÇÕES

O estudo realiza uma abordagem descritiva e exploratória, de corte qualitativo, porque não é possível generalizar os resultados ao universo das comunidades indígenas de Boquerón. Embora, pela quantidade e variedade de sujeitos entrevistados, seja uma boa aproximação da situação que vivem muitos indígenas na zona estudada.

Quanto ao levantamento de dados, o trabalho de campo foi limitado pelo tempo e pelos recursos, para uma maior cobertura geográfica, levando em conta as distâncias entre as comunidades.

Por este motivo, todos os dados foram obtidos em um único encontro, com horário limitado, o que resultou que muita informação não fosse captada. Os povos indígenas têm seus tempos e espaços diferentes de outras culturas, em geral precisam

mais tempo para adquirir confiança e dar informações. A metodologia do grupo focal pode não estar adaptada a estas particularidades culturais.

Deve-se identificar e preparar abordagens metodológicas que requerem um tempo maior de observação, podendo instalar-se na comunidade, para contrastar o discurso com as práticas cotidianas. (Etnografia, observação participante, entre outros)

Em relação aos adolescentes e jovens, o grupo focal não seria a melhor estratégia para obter informações. Para este grupo especificamente deve-se ter um processo prévio e utilizar metodologias mais vivenciais e participativas. Uma boa estratégia seria contar com o apoio das instituições educativas e de seus professores, que tem vínculos formados com os adolescentes e seriam bons facilitadores do processo.

7. RESULTADOS

7.1 Necessidades das mulheres e adolescentes indígenas em matéria de violência e HIV

7.1.1 Percepção e atitudes sobre a violência

Um ponto de partida para descrever o ciclo de violência que vivem as populações indígenas, e sobretudo as mulheres e adolescentes, é indagar e descrever a concepção própria deste fenômeno desde a cosmovisão destes povos. A violência como fenômeno social associado às desigualdades e o desequilíbrio de poder em relação à etnia, classe social, idade e sexo, entre outros, e especialmente, nas relações homem-mulher, compreende uma assimetria cuja função relacional determina o status e poder que exerce um gênero sobre o outro, neste caso, o homem sobre a mulher, validado pelo sistema patriarcal assimétrico e hegemônico. Esta definição de violência está objetivada e tipificada na ordem do marco normativo e legal paraguaio²⁴. Embora

a percepção da violência também possua um elemento subjetivo, porque nasce no "observador" dos direitos e isso está determinado, principalmente, pela cultura em geral e por outras variáveis como a classe social, idade e o gênero.

Neste sentido, e partindo da construção subjetiva de quais fatos são considerados "violência" e quais não, desde a visão particular de

²⁴ Violência doméstica ou intrafamiliar é aplicável a toda a pessoa que sofre lesões, maus-tratos físicos, psíquicos ou sexuais por parte de um dos integrantes do grupo familiar, que compreende o originado pelo parentesco, no casamento ou união de fato, ainda que tenha cessado a convivência, mesmo em casais que não convivem mais e seus filhos sejam ou não comuns. Artigo 1, Lei 1600 "contra a violência doméstica".

os entrevistados se realiza a seguinte análise descritiva:

Em termos gerais, para todos os grupos entrevistados, (mulheres adultas, homens adultos, adolescentes e homens e mulheres jovens) a violência, a priori, seria todo ato que gere um dano observável, mensurável e comprovável, que implique em alguma consequência ou sequela visível, ou outro tipo de sequela. Neste sentido violência seria o sinônimo de dano, sofrimento ou desgraça.

"A violência é o que nos faz mal, o que nos faz sofrer, o que elimina a tranquilidade e o que causa as desgraças. Onde mais se vê é nas famílias e é esta última que deixa muitas famílias com sequelas graves... porque chega a tocar às pessoas... se o marido bate na mulher, deixa ela com hematomas, olhos inchados pelas pancadas, braços quebrados, e lhe dá chutes no estômago ou nas costas, é a coisa mais grave que uma pessoa pode sentir, ver isso na sua casa" (*Mulheres adultas – Comunidade Cayin O Clim*)

uma briga muito grande, vi o homem dando socos na cara da sua esposa, até ela cair no chão e dava chutes, até que desmaiou, isso pra mim é uma violência grave" (*Mulheres adultas – Comunidade Cayin O Clim*)

"Em seguida se dá conta que estás frente a uma situação de violência... quando você vê que lhe atinge" (*Mulheres adultas – Comunidade Cayin O Clim*)

"Eu vi uma situação em uma família que tiveram

Mas nem em todos os casos a violência é interpretada somente como dano físico visível e comprovável. Também existe o dano "espiritual", um dano que não se vê, mas se sente e perturba, tirando a "tranquilidade" e a "felicidade" de quem a sofre.

"Outra das violências que vejo é, por exemplo, se a "outra" (a amante do marido/esposo) vem reclamar algo comigo e me diz coisas que possam me ofender, aí sim que **me arrasa e tira a minha alegria**. Isso também é violência porque trabalha a mente e é perigoso porque pode te matar. As duas questões são perigosas (física e emocional/espiritual), mas também, diante do caráter da pessoa que te ofende intencionalmente, também coloca tua vida espiritual em perigo. Essa também é uma forma de violência." (Mulheres adultas – Comunidade Cayin O Clim)

"Outra forma também, é quando todos os dias ele vem te desafiar e reclamar, por exemplo, no meu lar, na minha casa, se meu marido me diz coisas ofensivas, isso também **mata minha espiritualidade e tira minha alegria**." (Mulheres adultas – Comunidade Cayin O Clim).

Outras formas de violência são a traição, a infidelidade, assim como as mentiras que ferem a honra da mulher, ou a violação da propriedade comunitária por pessoas alheias.

"Outra forma de violência é quando dizem para você que você tem um amante ou que você fez algo, e que não é verdade, você sabe que é uma mentira, e por mais que você negue, da mesma forma seu marido diz que você fez." (Mulheres adultas – Comunidade Cayin O Clim)

"Violência também é quando pessoas ou autoridades entram no teu território, sem perguntar ao líder, sem permissão e se instalam, é violência. Ex. Se temos um território bem fechado e não é respeitado... estão violando nosso regulamento interno e nossa lei de constituição." (Homens jovens - Comunidade Betania Yalve Sanga)

Ao mesmo tempo, observa-se que, em outras comunidades, identifica-se claramente pelo menos três tipos de violência: física, sexual e emocional, mais próximos da definição de violência na área institucional, que são abordados nos diferentes planos e programas públicos. Como novo elemento surge de forma particular a violência exercida pelos filhos contra os pais/mães.

"A violência é o sofrimento, quando te dizem palavras que machucam... quando batem em teus filhos e o abuso sexual também é violência" (Mulheres adultas - Comunidade Betania)

"Outro tipo de violência surge a partir dos filhos contra os pais... nossos filhos agem de maneira violenta quando estão embriagados" (Mulheres adultas - Comunidade Betania)

Somado ao dito antes, particularmente para as mulheres jovens entrevistadas, o conceito de violência estaria ligado também a situações e condutas que "quebram regras" estabelecidas ou "ultrapassam limites" impostos ou estabelecidos, por consenso, por pessoas vistas como autoridades legítimas (família, pais/mães, etc.)

"Para mim violência é sair da minha casa sem permissão dos meus pais para se divertir (sair para uma festa)... tatuar-se é outro tipo de violência... responder aos pais seria outro tipo de violência" (Mulheres adultas - Comunidade Betania)

"Tenho uma tia que não dá atenção (ao seu filho) nem cuida dele, sua prioridade é jogar vôlei e bingo, e eu acho que isso seria outro tipo de violência" (*Mulheres jovens - Comunidade Betania*)

Ao mesmo tempo, a diferença da percepção de violência das mulheres e homens adultos, que percebem a violência como um ato externo, cujo objetivo é realizar algum dano (físico, emocional/espiritual ou sexual), já as mulheres introduzem uma variante da violência que é "contra si mesmo".

"Tomar bebida alcoólica aos 12 anos é outra forma de violentar a si mesmo" (*Mulheres jovens - Comunidade Betania*)

Em relação aos fatores que geram este tipo de violência identificados pelos/as entrevistados/as, sem dúvida e de forma unânime focam o alto consumo de álcool, por parte dos homens, em geral, e nos mais jovens, em particular. Neste parágrafo o entrevistador explorou a identificação e a conscientização, que outros fatores mais distantes ou estruturais teriam também influência no fenômeno da violência, gerando níveis de maior ou menor vulnerabilidade. Embora alguns entrevistados não tenham identificado a relação entre a violência e outras variáveis como gênero, etnia, idade, pobreza, discriminação, falta de acesso à recursos, bens e serviços e outros.

"Não acreditamos que a violência está relacionada com isso (gênero, idade, etnia, posição econômica, acesso à recursos, entre outros determinantes sociais), mas sim pelas bebidas alcoólicas... Às vezes, os jovens, por causa da bebida gritam com seus pais,

mães, irmãos e irmãs".
(*Mulheres e homens adultos - Comunidade Betania-Yalve Sanga*).

das mulheres entrevistadas, crenças relacionadas ao

Como explicação alternativa ao abuso do álcool, em alguns casos, sobre tudo com mulheres entrevistadas, é visto como causa possível de atos de violência o fator econômico, onde a falta de recursos poderia gerar conflitos no interior das famílias.

"Se não tem dinheiro, falta uma coisa, pedem à sua mãe, e a mãe diz que não tem e maltrata seu filho... e quando é assim seu pai (alcoólatra) também faz com que falte dinheiro em casa". (*Mulheres adultas-Comunidade Cacique Mayeto, Filadelfia*)

Em alguns casos, entre os jovens de ambos os sexos, também se percebe a violência como um desequilíbrio de poder, onde uma das partes, que ostenta o poder exercendo controle por meio da violência, com o fim de submeter a parte subordinada da relação. Neste caso, a violência como resultado deste desequilíbrio de poder, interpreta-se não só como diferença na força física, mas também se estabelece o fator de poder econômico como estratégia de controle e poder. Isto sem ser explícito nos discursos de algumas mulheres indígenas, poderia ser interpretado como a conscientização que a violência também é uma manifestação da subordinação da mulher em relação ao homem.

"A violência é um abuso de força contra o mais fraco"; "A mulher indígena sempre é calada"; "O que gera a violência é o ciúme excessivo dos homens, daí vem também da falta de financiamento econômico" (*Homens e mulheres jovens - Comunidade Betania-Enlhet Norte*)

Embora se perceba, em algumas falas

empoderamento da mulher como fatores protetores da violência.

"Meus pais aconselhavam-me e diziam que não fosse uma mulher fraca, ensinaram a valorizar-me pelo que sou e a respeitar minha família ou meu marido, mas sem esquecer o valor que tenho como mulher.. creio que levando em consideração estes ensinamentos e ao coloca-los em prática é o que causa qualquer tipo de violência" (Mulheres adultas - Comunidade Betania)

Algumas mulheres conscientizaram-se desta mudança de papéis e isso gerou um maior respeito, em relação a elas, dentro da comunidade.

"Somos respeitadas ao falar, pelo menos nesta comunidade... Antes a mulher só tinha

que ir buscar lenha e juntar alfarroba.

Somente devia seguir e acatar a palavra do Cacique, mas hoje em dia, não existem situações assim" (Mulheres adultas - Comunidade Betania)

A respeito da percepção sobre grupos mais vulneráveis, serem objeto de violência e causada por quem, foram identificadas na maioria das entrevistas, tanto por homens ou mulheres, que as principais vítimas da violência seriam mulheres, adolescentes e crianças, sendo os principais agressores os homens. A explicação para esta divisão de papéis seria o maior consumo de bebidas alcoólicas, e em alguns casos de drogas, pelos homens, tanto jovens como adultos.

Seguindo esta linha de discurso, para os homens jovens, os atos de violência também estariam vinculados, na maioria das vezes, com o alto consumo de álcool. Embora coloquem outras explicações como o ciúmes dos homens e a falta de disciplina, principalmente dentro de casa.

"Pode ser também que os homens sejam muito ciumentosos. Não querem que suas meninas estejam com outros, e começam a bater". "São muito desobediantes então as mães batem neles" (Homens jovens – Comunidade Uje Lhavos)

Como foi descrito, assim como os adultos mulheres e homens, os adolescentes e jovens de ambos os sexos, também associam de forma direta a violência ao consumo de álcool, especialmente pelos homens, tanto adultos como jovens. Por isso, muitos adolescentes associam os espaços público, as ruas, especialmente, e os fins de semana a uma probabilidade de atos de violência e maior consumo de álcool.

Quando e onde há mais violência? Nas sextas-feiras e sábados... quando tem festas, aí começa (Homens jovens - Comunidade Uje Lhavos)

Finalmente a equipe de investigadores colabora com sua experiência, como entrevistadores e conhecedores da realidade das comunidades indígenas estudadas, Alguns conteúdos que reforçam ou ampliam o já descrito neste parágrafo.

Sob o ponto de vista dos entrevistadores, a violência mais além das definições operacionais no marco dos planos e programas institucionais e do marco legal vigente, é um fenômeno "holístico", que afeta todo "ser espiritual" da pessoa e nem sempre é um fato concreto, visível e mensurável.

"A violência é algo que te suga, te entristece... é todo ato que fere o ser e a alma... quando chega à alma, perde-se a força e a energia vital... nem sempre pode ser mensurado nem comprovado, mas sim vivenciado (comprovado pela vivência), algo que se sente e que as mulheres reconhecem e falam em diferentes lugares, nem sempre nos espaços formais de

entrevista" (*Equipe de investigação*
)

Em relação aos fatores que geram estas situações de violência, apesar de coincidir com grande parte dos entrevistados indígenas, que focam como um fator reconhecido o consumo de álcool e drogas, vão mais além deste fator e refletem a cerca das "causas das causas", ou seja, dos determinantes subjacentes que condicionam o alto consumo de álcool nos homens jovens e adultos indígenas, assim como em hábitos de jogos de azar ou de outro tipos que muitas mulheres indígenas estão imersas em algumas comunidades.

O fator estrutural fundamental identificado é sem dúvida a situação de pobreza que estas comunidades estão imersas, e que facilitam uma série de condições que finalmente propiciam o alto consumo de álcool, drogas e jogos já descritos.

A pobreza, especialmente nas comunidades assentadas em centros urbanos gera uma cadeia de exclusões, exploração laboral e sexual causada por pessoas de fora das comunidades, promoção do consumismo, incluindo venda de bebidas alcoólicas, cigarros e drogas, acesso a jogos de azar, superlotação, etc. Esta exclusão reflete-se em diferentes áreas e cenários, que geram alta vulnerabilidade para a violência e a exposição ao HIV.

"O tema da violência estrutural está muito naturalizado. É de destacar que expressaram que por falta de recursos econômicos, ou seja, por "serem pobres", não são atendidos ou são maltratados em vários serviços, como o de saúde, em espaços públicos, educação, etc." (*Equipe de investigação*)

Somado à violência, como resultado dos processos de exclusão que, por sua vez, são gerados por situações de pobreza extrema é cruzada a variável gênero. Sobre a mulher indígena pesa um triplo padrão de discriminação: por um lado por "ser mulher", o que tem um grande peso dentro de suas comunidades e fora delas; seguido pelo fato de "ser indígena", o que se vê refletido no momento de acessar ou demandar serviços externos à comunidade; e, por último, por "ser pobre", o que potencializa o processo de exclusão ainda maior.

7.1.2 Estratégias de abordagem e solução em caso de violência

Identificou-se que a decisão de denunciar casos de violência está relacionado com a percepção de gravidade destes casos, ou seja, a avaliação da gravidade é dada pelo nível do dano causado ou das sequelas ocasionadas nas vítimas.

"Ainda não vimos um caso muito grave para denunciá-lo" (*Mulheres adultas-Comunidade Betania*)

Muitos casos não seriam denunciados porque não considerariam casos de intensidade ou gravidade suficiente para realizar uma intervenção, embora, quando estas condições existam, a primeira instância resolutive que todos os entrevistados se referiram foram as autoridades da comunidade.

Como primeira instância de solução de conflitos e problemas, incluindo casos de violência, é citado o líder da comunidade, o conselho e os pastores. No caso de que esta instância não de resultado ou, quando o ato de violência é de extrema gravidade, recorre-se às instituições externas a comunidade, como a polícia e a promotoria.

"Primeiro reúnem-se os conselhos, e o conselho chama a igreja, que é o Pastor, e também chama a família afetada para solucionar. Se não há solução, diretamente à promotoria. (*Mulheres e homens, Comunidade Betania Yalve Sanga*)

"Temos um conselho dentro da comunidade encabeçado pelo líder, pela ordem pública e pelo pastor da igreja. Se dentro deste conselho e na ordem pública não se soluciona, toma-se outra providência. Levar à delegacia ou à promotoria." (*Homens jovens, Comunidade Betania Yalve Sanga*)

"De acordo com o estatuto de Yalve Sanga CNU (Comunidade Nivaclé Unida)... No início do estatuto diz que primeiro tem que resolver na religião (com o pastor), se for o caso falar com o líder e ordem pública, se for o caso ou se não te respeita, fazer chegar à polícia e se ainda não houver solução fazer uma denúncia diretamente à promotoria (são as instituições que devemos recorrer se existir violência em nossa comunidade, é o que diz o estatuto)". *(Mulheres e homens, Comunidade Betania Yalve Sanga)*

A estratégia de solução destas instituições parece ser interceder entre as partes afetadas, e a solução ente as partes tende ser a reconciliação em casos sem gravidade.

"Se não for tão grave, tivemos sucesso e perdoa-se outra vez" (caso de um jovem casal). *(Mulheres e homens, Comunidade Betania Yalve Sanga)*

Para outro grupo de jovens, a violência também implica certa "cumplicidade" por quem é afetada, ou seja, pela mulher, que não denuncia estes fatos por medo de perder benefícios, especialmente do tipo econômico, nos casos em que o homem é o principal provedor dos recursos econômicos da família.

"Mas o que acontece quando você se mete nos problemas da família dos outros, dizem que você não se meta no nosso problema, porque a própria esposa (mulher) está consentindo esta violência dentro da

família... existe uma cumplicidade, a mulher que diz: se levam meu marido (detido, arrasado) ninguém vai trazer comida aqui (na casa)... essa é a desculpa

então o processo não dá em nada... (para-se o processo e ele termina sem resultado)" *(Mulheres e homens jovens-Comunidade Betania- Enlhet Norte)*

No relato anterior observa-se como o fator econômico exerce influência na tomada de decisões das mulheres que estão expostas às situações de violência. Na maioria dos casos, as mulheres manifestam uma dependência econômica de seu parceiro, já que estes são os principais provedores do lar, e perder esta sustentação econômica, poderia ser visto por muitas mulheres, como uma situação muito mais ameaçadora que a própria exposição a violência.

Esta "cumplicidade" das vítimas de violência descrita por alguns entrevistados (não denunciar seus parceiros para as autoridades públicas externas como a polícia, a promotoria e o juizado de paz), estaria reforçada e legitimada pelas instituições encarregadas de administrar estes problemas, no interior da comunidade: o líder da comunidade e o conselho, os quais são contrários a intervenção de instituições externas às comunidades e optam por resolvê-los de forma interna.

As informantes reconhecem o poder e autoridade destas instituições, inclusive acima das próprias instituições do estado.

"O líder, junto com o conselho de idosos, têm o poder de resolver os problemas internos em última instância, se eles poderiam avisar às autoridades nacionais. É um direito que cada comunidade tem... de fato a polícia não pode entrar na comunidade depois das 6 (da tarde)... até as 6 podem entrar, depois não tem direito". O líder tem poder absoluto, como qualquer juiz, se o líder estiver errado, estarão todos errados... então a pessoa eleita como líder é juiz, escrivão, advogado, é tudo."

(Mulheres e homens jovens-Comunidade Betania- Enlhet Norte)

"Primeiro o conselho se reúne, e chama a igreja, que é o Pastor, e chama a família afetada para solucionar. Se não há solução,

diretamente à promotoria"

(Homens jovens-Comunidade Betania Yalve Sanga)

Percebe-se especialmente em algumas mulheres adultas entrevistadas, grande confiança na autoridade e poder resolutivo de conflitos pelo pastor da comunidade, o que reforçaria ainda mais o papel, não só pastoral e espiritual dele, mas também que teriam até um papel institucional como mediadores e administradores de conflitos familiares e comunitários, com a autoridade para fazer justiça em casos de danos e reparação.

"Quando temos problemas de família vão à igreja, junto ao Pastor... porque os pastores sabem muito... quando alguém vê violência na rua ou na família, deve avisar os pastores" (*Mulheres adultas-Comunidade Efeso, Yalve Sanga*)

"A única coisa que podemos fazer é recorrer ao conselho de idosos e aos pastores, como mediadores, eles falam com a família ou o casal e sempre houve sucesso" (*Mulheres adultas - Comunidade Betania*)

Pelo que parece, a autoridade da igreja através de seus representantes (os pastores), não só está legitimada pela comunidade, que os veem como agentes chave, munidos de autoridade, mas também esta autoridade vem dos mesmos estatutos que regem a organização de algumas comunidades. Os pastores, inclusive, são a primeira instância de busca de apoio e ajuda, somente quando esta instância se esgota recorrem ao líder da comunidade e às instituições públicas.

"No início do estatuto diz que primeiro tem que resolver na religião (com o pastor), se for o caso falar com o líder e ordem pública, se for o caso ou se não te respeita, fazer chegar à polícia e se ainda não houver solução fazer uma denúncia diretamente à promotoria... são as instituições que devemos recorrer se existir violência em nossa comunidade, é o que diz o estatuto". (homens jovens-Comunidade Betania, Yalve Sanga)

como uma ferramenta de controle e poder,

Em contraposição a isto, percebe-se pouca confiança nas instituições e órgãos do Estado, afirmam que a polícia e a promotoria "ignoram os indígenas", só defendem os brancos. A percepção comum é que recorrer à estas instituições externas à comunidade não gera maiores benefícios, e em muitas ocasiões, não têm nenhum resultado positivo, por isso voltam a recorrer às instituições internas de resolução de conflitos (líder, conselho e pastores).

"Nós nos dirigimos primeiro às autoridades da comunidade, eu não falo de outra família, eu falo da minha" (*Mulheres adultas de Cayin O Clim*)

"Nenhuma (em relação a resultados de denúncias às autoridades externas à comunidades como a polícia ou a promotoria)... ficam em pastas (as denúncias), ficam engavetadas na promotoria e creio que já devam estar comidas pelos ratos" (*Mulheres e homens jovens - Comunidade Betania- Enlhet Norte*)

"Se é indígena lhe ignoram se comete erros... não é nosso problema diz a polícia, se é branco, eles têm outra postura" (homens jovens-Comunidade Betania, Yalve Sanga)

Em relação aos mais jovens, sobre tudo no grupo de homens jovens, identifica-se uma atitude agressiva diante dos atos de violência, ou seja, a violência dirigida contra eles deve ser respondida com igual ou maior proporção de violência, como uma estratégia de solução.

No extrato da entrevista a um grupo focal com homens jovens, observa-se como este ciclo de violência se inicia, e como a violência é concebida como uma estratégia de solucionar os problemas e cujo objetivo principal é derrotar o oponente.

Neste extrato percebe-se como a violência é concebida

necessária diante de uma ameaça que sempre se percebe externa (a violência é um ato que vem de fora e deve ser respondida).

Se alguém te agride, te bate? **Vou revidar...**

Vai revidar da mesma forma? Vamos reagir muito rápido... E de que forma vai reagir? Se puxarem meu cabelo, eu também faço isso, se me atacam falando algo muito grosseiro eu também lhe digo outra grosseria, e assim a briga começa... E tem alguma maneira de solucionar antes que chegue a esse ponto? Sim, eu vou poder solucionar, mas a outra pessoa não vai querer, porque são todos assim, não vão querer. Vai estar tão irritado e vai querer brigar para acalmar a raiva... Tem que acalmar a raiva de alguma forma? Sim, se ele nos bate e deixaremos passar assim... então temos que reagir" (*Homens jovens-Comunidade Uje Lhavos*)

A respeito do padrão de busca de ajuda, no caso de violência, assim como os adultos, a principal referência para os jovens com autoridade, para administrar conflitos, dentro da comunidade é o líder, já que declaram desconhecer outras instituições.

"Nós sempre chamamos nosso líder" (em casos de violência) (*Homens jovens-Comunidade Uje Lhavos*)

E segundo os adultos, no caso dos/as adolescentes

geralmente quando eles são objeto de violência não realizam nenhuma denúncia, por medo e vergonha.

"Tem vergonha (as adolescentes)... as meninas escondem-se e não querem se mostrar" (*Mulheres adultas - Comunidade Cacique Mayeto, Filadelfia*)

A equipe de investigadores realiza uma análise cruzando as variáveis de gênero, etnia e pobreza como fatores que explicam os processos de discriminação e exclusão que especialmente as mulheres experimentam, tanto dentro de suas comunidades como em cenários externos.

Por ser mulher, internamente os líderes, muitas vezes, não levam em conta as necessidades nem as demandas das mulheres, mais do que para questões menores, ou situações que afetam crianças ou idosos, dando por certo que é o papel natural da mulher e sua responsabilidade.

Muitas mulheres nos dizem: "Não nos deixam participar, se falamos, nos ignoram" (Equipe de investigação)

Ao mesmo tempo, suas vozes também não são levadas em consideração quando solicitam serviços externos à comunidade.

"Ainda que nos grupos focais não se tenha dito, fora do espaço formal das entrevistas, as mulheres indígenas detalham as diferentes formas de discriminação, como formas constantes de violência contra elas, como por exemplo, a forte discriminação que sofrem nos serviços públicos de saúde pela condição de mulheres pobres e indígenas, porque não falam guarani e/ou entendem pouco o castelhano. A falta de intérpretes e tradutores nos serviços de saúde, no ministério público, polícia nacional, juzizados, etc. São vistos como uma forma de discriminação e exclusão social" (Equipe de investigação)

"Por serem mulheres, nas instituições públicas não são levadas em consideração suas reclamações, denúncias ou pedidos, diferentemente dos homens, que são aceitos sem mais como líderes... Por exemplo, no governo não "nos dão bola", dizem... até desinfetam os espaços de reunião quando são realizadas com a presença de indígenas...no caso das mulheres é pior porque, às vezes, nem as convidam." (Equipe de investigação)

TABELA 9

Resumos das constatações sobre aspectos relacionados com a percepção, atitude e tomada de decisões relacionados à violência

Dimensão	Principais constatações
Percepção em relação à violência	<ul style="list-style-type: none"> • Atos que geram "danos" físicos observáveis (homens) ou danos "espirituais" (mulheres) que não se vêem, mas se sentem • Traição e infidelidade (mulheres) • Violar a propriedade comunitária (homens e mulheres) • Situações que violam normas/limites ou quebram regras (homens e mulheres jovens)
Fatores relacionados à violência	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de álcool e outras drogas (todos os grupos) • Altos níveis de ociosidade, que geram dependência a jogos de azar (mulheres) • Pobreza, exclusão e aglomeração (grupos investigador e mulheres) • Desequilíbrio de poder, controle e subordinação (jovens) • Violência como estratégia para solução de conflitos (homens jovens) • Falta de disciplina em casa (jovens e mulheres) • Empoderamento da mulher como fator protetor (mulheres) • Triplo padrão de exclusão: ser mulher, indígena e pobre (grupo de investigação e mulheres)
Grupos vistos como mais vulneráveis	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças e adolescentes • Jovens • Mulheres
Estratégias de abordagem em caso de violência	<ul style="list-style-type: none"> • Denuncia-se casos de acordo com uma avaliação de gravidade do fato (dano físico visível) • Primeira instância resolutive: autoridades da comunidade (líderes e conselho) • Importante papel da igreja e seus pastores na resolução de fatos de violência • Em casos de gravidade extrema ou quando as instituições comunitárias e a igreja não solucionam o problema recorre-se a instituições externas (polícia, promotoria, etc.)

7.1.3 Crenças, atitudes e comportamentos relacionados à exposição ao HIV

Todas as pessoas entrevistadas, independentemente de idade e gênero, afirmaram ter escutado informação sobre o HIV e podem reproduzir de forma correta as formas de transmissão e meios de prevenção. Enxergam o HIV como uma ameaça para a comunidade, também existe a noção de que é uma doença causada por um vírus e que não tem cura. Reconhecem também outros fatores que incidem no curso da doença (alimentação, estresse, meio ambiente, adesão ao tratamento).

"O HIV é um vírus, um bichinho que entra, mas que está aí, quando a gente não come bem, quando a gente fica muito frágil, quando baixam as defesas, aí o bichinho começa a se multiplicar. Mas quando a gente vive bem, se cuida, come bem, não se embriaga, não usa droga, vive tranquilo e tem um bom ambiente em casa, se não há fragilidade a gente pode viver e morrer de outra coisa, não dele (o HIV). Mas tem que tomar durante toda a vida o medicamento, sem falhar" (Mulheres e homens-Comunidade Betania Yalve Sanga)

"Sabemos que é uma doença que não tem cura e advertimos nossa gente, porque não há tratamento pra isso (para prevenir)" (Mulheres adultas - Comunidade Betania)

O HIV é visto como uma ameaça, mas existe a crença em alguns grupos que a epidemia é alheia, externa a realidade indígena, e que os principais responsáveis por introduzir o vírus no interior das comunidades indígenas seriam os estrangeiros (incluindo os paraguaios).

"Por exemplo, este HIV não é uma doença que apareceu dentro dos indígenas... não é uma doença dos indígenas... Nossos antepassados, ninguém morreu de AIDS". (Mulheres e homens jovens - Comunidade Betania- Enlhet Norte)

A percepção de risco está focada nas causas ou fatores relacionadas à conduta sexual individual (ter vários parceiros sexuais, trabalho sexual, não uso de preservativo), e outros fatores de predisposição como o álcool. Não enxergam fatores distais ou estruturais, tais como a discriminação, pobreza, falta de acesso a recursos, bens e serviços. Assim, foca-se em uma decisão pessoal, e a responsabilidade a respeito da infecção é claramente individual, sem que se

percebam outros fatores ou determinantes sociais que condicionam a tomada de decisões das pessoas.

"Antes ninguém sabia, ninguém nem ouvia falar sobre essa doença, hoje em dia como dizem cada um dos participantes, eles mesmos estavam buscando, estavam preparando sua forma de viver com a doença. A própria pessoa planta sua vida"; "A comunidade não sabe bem o que é o HIV (doença incurável). Mas tem que saber bem. Alguns escutaram a rádio falar disso". (Mulheres e homens - Comunidade Betania Yalve Sanga)

A crença de que o HIV é uma doença dos "outros" (pessoas não indígenas) e que está determinada

claramente por condutas individuais relacionadas com a sexualidade, sem identificar determinantes sociais como gênero, idade, etnia, posição socioeconômica, discriminação e barreiras de acesso a uma série de recursos, bens e serviços. Estas crenças poderiam gerar uma distorcida percepção de risco, que dificultaria a correta tomada de decisões, em matéria de sexualidade (98% dos casos de HIV são explicados por relações sexuais sem proteção), expondo as pessoas das comunidades indígenas à situação de alta vulnerabilidade.

Apesar de conhecerem os meios de transmissão e métodos de prevenção, declaram uma baixa taxa de uso de preservativo, muitas vezes por influência dos pastores da comunidade. Em alguns casos, o preservativo é visto como um mal necessário, por causa das consequências se não utilizado.

"Não se usa preservativo. Não se conscientiza, os pastores não falam disso"; "se alguém vai apenas perguntar, então é um mau exemplo"; "Em parte para evitar as relações sexuais dos jovens, mas é uma loucura, se forem conscientizados vão poder trabalhar e comprar esse preservativo, até aonde eles vão chegar, mas assim seria melhor. Por isso chegamos apenas até aí". (Mulheres e homens - Comunidade Betania Yalve Sanga)

Ao mesmo tempo, existem crenças que geram atitudes negativas em relação ao uso e efetividade do preservativo, como modo de prevenção: por um lado os homens mantem a crença de que o preservativo "pode estourar" e algumas mulheres dizem ter medo de que o preservativo "fique dentro delas".

Assim como o grupo de adultos, os homens e as mulheres jovens, quando questionados sobre os fatores de risco que identificam para adquirir o HIV, todos coincidiram o foco nas condutas sexuais: o não uso do preservativo

início sexual precoce, múltiplos parceiros sexuais, trabalho sexual, e relações sexuais com pessoas do mesmo sexo. Embora não tenham identificado nenhuma relação entre um maior risco e vulnerabilidade diante

do HIV e outros determinantes diferentes do comportamento sexual: Ser vítima de violência, estar em situação de pobreza, casamento precoce ou forçado e barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Os jovens entrevistados não enxergam relação alguma entre vulnerabilidade ao HIV e outros determinantes sociais e estruturais da saúde, e só vêm como fator de risco a conduta individual das pessoas.

Entre todos os fatores de risco identificados destaca-se como o de maior risco as relações de pessoas do mesmo sexo, especificamente relações de homens que fazem sexo com homens.

7.1.3.1 Fontes de informação e confiança para as comunidades indígenas

A rádio comunitária, no caso da comunidade Betania, faz suas transmissões em língua Nivacle, é uma das principais fontes de informação, além dos serviços de saúde. A igreja também é outra fonte de informação importante. A igreja gera mensagens contraditórias em relação à informação provida pela rádio e pelos serviços de saúde, onde o preservativo é promovido como principal estratégia sanitária para a prevenção do HIV, ao contrário do que promove a igreja, baseada na abstinência e na fidelidade mútua.

Em outras comunidades, como Efeso, identifica-se a escola como fonte principal de informação sobre prevenção do HIV. Também os postos de saúde e as palestras que em ocasiões se organizam para isso.

“Na rádio. Escutamos os programas de saúde na rádio comunitária, que depende da ZP 30 e fazem as transmissões no idioma Nivacle. Existe uma rádio comunitária em Yalve Sanga (transmitem todas as quartas-feiras). Ensinam-nos, nos oferecem informações. Os enfermeiros não tem tempo às vezes”. *(Mulheres e homens adultos - Comunidade Betania Yalve Sanga)*

"As congregações e os pastores conscientizam. Mulher alheia, para nosso criador é um grande pecado". Se a pessoa não crê cairá em um grave pecado, ou terá uma doença que não se cura, diz a Bíblia. " *(Mulheres e homens, Comunidade Betania Yalve Sanga)*

"Quando temos dúvida sobre o HIV, ou qualquer doença, recorremos à clínica ou posto de saúde da nossa comunidade". *(Mulheres e homens jovens - Comunidade Betania- Enlhet Norte)*

Vê-se que a participação em atividades informativas e de prevenção relacionada ao HIV e a saúde sexual e reprodutiva é de responsabilidade exclusiva da mulher, sem a participação masculina.

"Trouxeram palestras sobre saúde sexual para todas as comunidades e a adesão é praticamente só de mulheres, não há um homem sequer na palestra... nem na consulta (médica) os homens vão, somos sempre nós mulheres que fazemos o checkup" *(Mulheres adultas, Comunidade Betania)*

Em relação aos jovens e adolescentes de ambos os sexos, a maioria identifica a principal fonte de informação sobre o HIV e outras Infecções de Transmissão Sexual a escola. Os principais provedores de informação são os professores e de acordo com o dito pelos entrevistados, os professores são fontes de informação confiáveis neste assunto.

7.1.3.2 Atitudes em relação às pessoas que vivem com HIV

Identificam-se atitudes antagônicas em relação as pessoas que vivem com HIV, que são indígenas e estão inseridas nas comunidades. Por um lado, as mulheres tendem a manifestar uma atitude mais

maternalista, onde o apoio e a compaixão seriam a abordagem mais adequada. Embora os homens tendam a ver esta situação como uma ameaça, em ocasiões tem exigido aos serviços de saúde dar os nomes das PVV com a finalidade de "proteger a comunidade", assumindo uma atitude mais controladora e punitiva.

"Não, na comunidade não sabemos de ninguém (que viva com HIV), mas se houvesse alguém passando por isso teríamos compaixão com esta pessoa e daríamos nosso apoio" (*Mulheres adultas Comunidade Betania*)

"Por isso decidimos que se existem (Pessoas que Vivem com HIV) dentro da nossa comunidade, todos nós corremos perigo... então como vamos nos prevenir se ninguém sabe quem tem AIDS, não é?... Diziam-nos os avós que quando alguém tinha sífilis, comunicava-se ao povo, cuidado com esse que tem sífilis (naquele tempo), mas nos disse o palestrante (do Ministério da Saúde) que isso (revelar a identidade das PVV) não se pode fazer" (*Homens jovens - Comunidade Betania- Enlhet Norte*)

TABELA 10

Resumo das constatações relacionados com as crenças, atitudes e comportamento contra o HIV e a AIDS

Dimensões	Principais constatações
Conhecimentos, atitudes e percepção de risco	<ul style="list-style-type: none"> • Bom conhecimento sobre meios de transmissão e métodos de prevenção do HIV e outras ITS • Conhecimento básico sobre o HIV (noção de um vírus que destrói as defesas do organismo) • Percepção das ameaças do HIV e que é uma doença sem cura e potencialmente mortal • Percepção da doença como alheia (uma doença dos outros) • Percebe-se o risco ligado às condutas relacionadas a sexualidade: múltiplos parceiros sexuais, início sexual precoce, relações entre homens e trabalho sexual • Não se percebe razão direta de risco com outros determinantes sociais: gênero, etnia, pobreza, discriminação, entre outros • O risco é visto como uma decisão individual: a responsabilidade da infecção é pessoal • Atitude negativa em relação ao preservativo masculino e baixo uso dele. Influência da Igreja ao "não uso" do preservativo
Fontes de informação e credibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Rádio comunitária (em língua nivaclé) • Serviços de Saúde • Igrejas • Instituição educativa: os professores são vistos como fontes confiáveis nesta temática
Atitudes contra as pessoas indígenas que vivem com HIV (PVV)	<ul style="list-style-type: none"> • Atitudes "maternalistas": compreensão, apoio e cuidado (mulheres) • Atitudes "controladoras e punitivas": percebe-se as Pessoas que Vivem com HIV como um "perigo" para a comunidade, o que deve ser "identificado" e posto sob "controle" (homens)

7.1.4 Acesso aos serviços de saúde e solicitação de apoio em casos de violência e de exposição ao HIV

7.1.4.1 Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva, incluindo o HIV

Relativo ao uso de métodos de planejamento familiar, os adultos entrevistados afirmam que usam métodos tradicionais, como comprimidos e injeções para as mulheres. De acordo com a maioria, as decisões sobre o número de filhos e métodos de planejamento familiar são tomadas pelo casal. No entanto, algumas mulheres afirmaram que o homem ainda tem grande influência sobre as escolhas reprodutivas das mulheres, uma vez que muitos esposos e parceiros "desaprovam" ou até "irritam-se" quando as mulheres usam os métodos fornecidos pelos serviços de saúde sem o seu "conhecimento".

O acesso aos serviços de saúde pode ocorrer de duas maneiras. Por um lado, o acesso à rede pública de serviços de saúde é gratuito para todos e, ao mesmo tempo, algumas pessoas das comunidades têm acesso à segurança social (mútua), para a qual devem pagar 5% dos seus lucros. Este seguro depende das Cooperativas das Colônias Menonitas e para serem beneficiárias do fundo mutual, devem ter algum tipo de relação laboral com os colonos. Se o indígena não pagar a segurança social, deve dirigir-se a um serviço público onde também recebem gratuitamente insumos de planejamento familiar.

"No nosso caso, se pagarmos a segurança social, o seguro cobre, ou seja, temos acesso a cuidados de saúde. Mas se não pagarmos, vamos para o centro de saúde de San Miguel (Villa Boquerón). Temos acesso a este centro de saúde público, mas no outro é mais difícil quando não temos dinheiro". *(Mulheres adultas - Comunidade Betania Yalve Sanga)*

Embora, como mencionado anteriormente, as decisões reprodutivas sejam tomadas pelo casal, o planejamento

e é raro o uso de preservativo masculinos (métodos para os homens).

Embora os entrevistados afirmem que na maioria dos casos é uma decisão compartilhada, identifica-se que o número de filhos e a frequência de nascimentos são os principais fatores que influenciam a tomada de decisão, os recursos econômicos para sustentar uma família numerosa, quanto maior o número de filhos, maior é a probabilidade de decidir usar algum método de planejamento familiar.

Reconhece-se a existência de barreiras para acessar aos serviços de saúde. Por um lado, os serviços geridos pelos menonitas não são gratuitos na sua totalidade (apenas para programas básicos do Ministério da Saúde), logo, deverão ser pagos. Ao mesmo tempo, quando acedem a um serviço público alguns provedores de saúde "recomendam-lhes" que se dirijam aos "seus hospitais", ou seja, aos serviços de saúde indígenas. Muitos dos entrevistados reconhecem que existe discriminação em relação aos povos indígenas em alguns serviços de saúde.

"Confiamos nos centros de saúde e os resultados são consistentes. Mas deveria haver ainda mais confiança entre os médicos menonitas e as mulheres e os homens indígenas. Mas temos de ter dinheiro para sermos atendidos". *(Mulheres e homens - Comunidade Betania Yalve Sanga)*

"Muitas vezes por motivos econômicos. Não há trabalho, é difícil. No Centro de Saúde San Miguel de Villa Boquerón atendem-nos, mas, às vezes, o médico do centro, que é público, diz-nos: porque não vais à consulta no teu hospital? (com o microfone desligado diz: ridiculariza-nos

mas, ainda assim, atende-nos. Dizem-nos que temos o nosso hospital". *(Mulheres e homens)*

familiar continua a ser de responsabilidade, quase exclusiva, das mulheres, ou seja, os métodos de planejamento são

principalmente comprimidos ou injeções (métodos para as mulheres)

- Comunidade Betania Yalve Sanga

Ao mesmo tempo, em algumas comunidades as mulheres afirmaram que a situação conjugal seria uma

QUADRO 1

Resumo das conclusões relacionadas com o acesso aos serviços de saúde

- A gratuidade de todos os serviços fornecidos pelo Ministério da Saúde Pública: teste de VIH e sífilis, injeções e cuidados pré-natais
- As atividades de Saúde Sexual e Reprodutiva destinam-se principalmente a mulheres adultas com pouca ou nenhuma participação dos homens adultos e adolescentes
- Decisões sobre aspectos reprodutivos e de saúde sexual tomadas em conjunto e em alguns casos apenas pelos homens
- Uso maioritário de métodos modernos de planeamento familiar: medicamentos,
- Oferta tendenciosa do teste de VIH Apenas é gratuita para mulheres grávidas ou com algum fator de risco (profissionais do sexo, homens que praticam sexo com homens, entre outros). Não é gratuita para todas as pessoas sexualmente ativas
- Verifica-se discriminação em alguns serviços de saúde

condicionante para acessar aos métodos de prevenção e de planeamento familiar, ou seja, as mulheres solteiras ou sem um relacionamento estável teriam maior dificuldade em acessar tais insumos.

“Existe uma lista de mulheres que vão buscar (medicamentos), mas tem que ser uma senhora casada, com parceiro” (*Mulheres adultas de Yalve Sango - Comunidade Efeso*)

No entanto, independentemente do tipo de acesso ao serviço de saúde, todos incluem programas do Ministério da Saúde Pública, que inclui o teste para o HIV e para a sífilis, que são gratuitos mesmo em serviços que não pertencem à rede pública.

A dificuldade detectada nos casos de teste é o fato de ser uma escolha tendenciosa no momento da oferta de testes de HIV e de sífilis, uma vez que os provedores tendem a oferecer testes apenas às mulheres grávidas e a algumas mulheres com certos fatores de risco, e não aos homens nem a pessoas mais jovens.

Outra barreira importante, no caso das pessoas com diagnóstico confirmado, é a distância entre os centros de teste e o centro de referência para o diagnóstico e tratamento do HIV.

O Serviço de Cuidados Integrados (SCI) opera somente

de Mariscal Estigarribia, a 600 quilômetros de algumas das comunidades entrevistadas para este estudo. Isso significaria investir recursos econômicos e tempo, de forma mensal ou bimestral, para acessar ao único centro de referência para o VIH no Departamento de Boquerón e, em alguns casos, isso iria constituir uma barreira a adesão tratamento.

7.1.4.2 Atendimento em casos de Violência

Como descrito anteriormente, existe um consenso em todos/as os/as entrevistados/as de que a ajuda de prioridade é dada no Hospital Regional de Boquerón, localizado na cidade

meira instância, em caso de violência, vem do líder da comunidade e do conselho e, ao mesmo tempo, também se valoriza a figura dos pastores das igrejas evangélicas, como mediadores em tais situações.

Este tipo de intervenção no âmbito interno, descrito em alguns casos, divergiria das normativas nacionais em matéria de violência, que estabelece um protocolo de atendimento e um fluxograma de encaminhamento²⁵,

4 Qualquer pessoa afetada pode relatar esses fatos ao Juiz de Paz da comunidade, de forma oral ou escrita, a fim de obter medidas de proteção para si ou a para a sua família. As atuações são gratuitas. Nos casos em que a pessoa afetada não estivesse em condições de realizar a denúncia, ela poderia ser realizada por parentes ou por quem tenha conhecimento do ocorrido. Nos casos em que a denúncia é feita à Polícia Nacional ou aos centros de saúde, esta será encaminhada para o Juiz de Paz imediatamente. Artículo 1. Lei 1600 “De violência doméstica”.

ao mesmo tempo, o quadro jurídico prevê que depois de ser verificada a credibilidade da denúncia, serão estabelecidas uma série de medidas urgentes para a proteção das vítimas, entre elas: a) Ordenar a exclusão do denunciado da casa habitada pelo grupo familiar, b) Proibir o acesso do denunciado à casa ou aos locais que representem perigo para a vítima (Lei 1600, Art. 2).

Neste caso podem ser identificadas duas abordagens distintas. Por um lado, no interior da comunidade, através das autoridades legitimamente constituídas (líderes e conselho) e por outro lado, através da influência dos pastores de igrejas evangélicas, cujos representantes são valorizados como autoridades comunitárias, que tendem a manter a ligação (família) entre o agressor e a vítima, incentivando a vítima a manter-se na mesma residência do agressor. Ao mesmo tempo, as instituições de prote

ção (Procuradoria, Ministério Público, Juízes de Paz) obrigadas pelo marco normativo e legal vigente em matéria de violência doméstica, são obrigadas a proteger a vítima, neste caso as mulheres e os respectivos filhos, através de medidas de implementação imediata e urgentes, que envolvem em alguns casos (o oposto, ao recomendado pelas autoridades comunitárias), a restrição de contato entre o agressor e a vítima.

Para os mais jovens, esta organização do exercício da autoridade e o dever de exercer justiça no interior das comunidades, cria um desequilíbrio de poder, uma vez que nas instâncias citadas (o líder, o conselho de idosos e, em alguns casos, os pastores da igreja)

é proibida a participação das mulheres, sendo uma instância de decisão exclusivamente masculina. Nesse sentido, percebe-se e reconhece-se que os direitos das mulheres estão longe de serem garantidos no momento de exercer justiça e de resolver os problemas da comunidade.

"Infelizmente, na nossa comunidade, os direitos das mulheres não são, até agora, digamos, garantidos, uma vez que como dizemos na comunidade, existe uma lei consuetudinária, que estabelece que não é permitida a entrada na comunidade de nenhuma autoridade (externa) para fazer justiça, porque existe um líder que não quer que as autoridades (externas) intervenham, e também existe, lamentavelmente, a cumplicidade entre as autoridades" (Mulheres e homens jovens- Comunidade Betania- Enlhet Norte)

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde e ao conhecimento dos organismos responsáveis pela violência, os jovens e os adolescentes afirmam não saber a que instituições devem dirigir-se em caso de violência, e apenas reconhecem o líder da comunidade como a instância de resolução destes problemas. No que diz respeito aos serviços de saúde, embora conheçam os serviços próximos das suas comunidades, não recorrem a eles para pedir preservativos, já que afirmam sentir vergonha. Neste sentido, apesar de os jovens conhecerem o preservativo e a respectiva função, não o usam nas relações sexuais.

QUADRO 2

Principais conclusões relativas à abordagem e ao atendimento em casos de violência

- Divergência entre a abordagem comunitária e institucional: as autoridades comunitárias e as Igrejas tendem a solucionar o conflito sem a dissolução do casal. A nível institucional, procura-se proteger a mulher e os filhos através de restrições ou da exclusão do agressor
- As decisões das autoridades comunitárias e da Igreja são consideradas tendenciosas: são formadas, quase exclusivamente, por homens
- Os jovens e adolescentes não identificam as instâncias institucionais, as quais podem recorrer, caso sejam vítimas de violência

7.1.5 Expectativas e necessidades em relação à prevenção e atenção em casos de violência e exposição ao HIV

Em termos gerais, os/as entrevistados/as identificam as necessidades e as expectativas que poderiam ser agrupadas em três categorias distintas: melhoria dos serviços de saúde, maior participação na tomada de decisões e melhor formação sobre as questões do HIV e da violência.

7.1.5.1 Serviços de saúde

As demandas em relação aos serviços de saúde estão orientadas para duas necessidades básicas:

1) Serviços de saúde exclusivos para indígenas, nas respectivas comunidades, é entendido como uma necessidade e um direito, além de ser uma maneira de evitar conflitos com pessoas que não são indígenas.

“Existem sempre problemas, deve existir um posto de saúde ou um hospital para Povos Indígenas.

Para que não existam conflitos em relação aos P.I (Também existe discriminação em Villa Choferes, Mariscal Estigarribia, Posto de Saúde dos latinos, Menonitas)” *(Mulher ou homem, Comunidade Betania Yalve Sanga)*

“Porque nos postos (de saúde) dos latinos não querem atender indígenas *(Mulher ou homem, Comunidade Betania Yalve Sanga)*

Neste sentido, existe a crença de que ter serviços de saúde exclusivos, poderia garantir um melhor atendimento aos indígenas. Ao mesmo tempo, entende-se a desconfiança em ir aos serviços de saúde não indígenas, já que foram relatados casos de abuso, de discriminação e existe a ideia de que

nestes lugares as pessoas não indígenas recebem “bom” tratamento.

2) Mais medicamentos e profissionais de saúde que atendam os indígenas com qualidade e com cordialidade, em número suficiente para atender a demanda de pacientes, e que sejam geograficamente acessíveis.

“Existem dificuldades no atendimento nos serviços de saúde, devido à falta de médicos permanentes e dedicados”. *(Focal Betania do grupo de Agustín Juárez)*

“O Dr. está sempre ocupado, tem de fazer o recenseamento, tem que inserir os dados, as consultas que faz, duas ou três pessoas lá (no serviço de saúde) não podem atender 7 mil pessoas. *(Focal Betania do grupo de Agustín Juárez)*

“Temos um hospital indígena que está localizado a 400 ou 600 quilômetros, que não serve de nada para o Chaco. É melhor ser atendido no Chaco central, porque às vezes o paciente é transferido e no meio da viagem não resiste e morre”. *(Mulher ou homem, Comunidade Betania Yalve Sanga)*

Algumas barreiras identificadas nos serviços de saúde, frequentados por pessoas das comunidades entrevistadas, relacionam-se com a falta de suprimentos, a sobrecarga de atividades dos profissionais de saúde que afeta o bom atendimento ao paciente (deve esperar muito tempo para ser atendido), e as barreiras geográficas, especialmente as longas distâncias que devem percorrer para acessar a alguns serviços de saúde.

7.1.5.2 Maior participação nos processos da tomada de decisões

Em alguns grupos, tanto de homens como de mulheres, entende-se a necessidade de promover uma maior participação nos processos de tomada de decisão, especialmente posicionar-se como interlocutores válidos diante das instâncias tomadoras de decisões, (os governos locais, como o governo e o município, assim como outros órgãos institucionais do Estado). Para atingir este objetivo, identificam a necessidade de "conhecer" e de "entender" melhor, como são realizados estes processos de participação.

Ao mesmo tempo, valorizam o trabalho conjunto entre as diferentes instituições e reconhecem que, para exercer os seus direitos, devem primeiro conhecê-los.

"Deveríamos saber um pouco mais qual é o papel do Estado, do Município e do Governo. "Não sabemos qual é a sua função específica, por isso não reclamamos de quem nos atende ... temos que saber mais e de dialogar mais com o Governador, o Administrador e outros, para que esta comunidade perto de Filadelfia não sofra das doenças de que sofrem as comunidades mais distantes, que não estão situadas perto de um posto de saúde "(Focal Betania do grupo de Agustín Juárez)

A organização, tanto de homens como de mulheres indígenas, é vista como um primeiro passo para a participação e para o empoderamento.

"Temos uma organização composta por 7 pessoas ... ganhamos confiança dentro das nossas organizações, tanto das mulheres como dos homens,

porque falamos mais" (Focal Betania do grupo de Agustín Juárez)

Ao contrário dos adultos, a maioria dos adolescentes percebe a necessidade de mais formação,

No entanto, mas não em todos os casos, a organização requer objetivos políticos e de participação em espaços públicos. Mas, pelo contrário, muitas mulheres organizam-se entre si com objetivos religiosos e, ocasionalmente, desenvolvem atividades solidárias e assistenciais.

"A minha comissão é composta por 12 mulheres. Temos secretaria, segunda secretaria, tesoureira e conselheiras ... há mulheres que têm experiência em falar sobre a Bíblia ... fazemos visitas de casa em casa, fazemos reuniões e, por vezes, também cantamos e oramos com as mulheres ... E também fazemos jejum para orar e melhorar as famílias" (Mulheres adultas - Comunidade Cacique Mayeto, Filadelfia)

7.1.5.3 Serviços relacionados com a abordagem da violência

Em relação ao tema da violência, não se identificam nas entrevistas necessidades nem expectativas específicas nem concretas.

No entanto, as necessidades são mais orientadas para fortalecer a capacidade de resposta dos tribunais nacionais, como os líderes e os conselheiros, bem como dos pasto-

tores que são considerados fundamentais para abordar este tipo de situação. A demanda, neste caso, seria um maior apoio por parte dos líderes da comunidade e dos pastores.

"Têm de apoiar para não incentivar mais brigas, consumo de álcool... os pastores têm que dar mais conselhos" (Mulheres adultas de Yalve Sanga. Comunidade Efeso)

no idioma nativo, para mães e adolescentes com o objetivo de originar mais e melhor compreensão sobre estas questões.

“Conversamos muito pouco sobre violência, apesar de na escola nos darem informação sobre saúde sexual...na igreja organizam-se ativi-

dades, mas não sobre violência, direitos e outros temas, por isso não sabemos quantos tipos de violência existem” (*Jovens - Comunidade Betania*)

frequentam

“Queremos informação clara sobre a violência, o HIV, a sífilis e as respectivas consequências (*Jovens - Comunidade Betania*)

Do mesmo modo, os homens jovens identificam como necessidades ter mais segurança e mais espaço para reuniões e formações. Apesar de reconhecerem a existência de grupos juvenis, os homens jovens estão inseridos

em grupos de confissão, nos quais apenas participam membros das igrejas,

“Na igreja há (grupos de jovens), reuniões para os jovens que são de lá ... para aqueles que são membros daquela igreja” (*Adolescentes e homens jovens- Comunidade Uje Lhavos*)

Alguns jovens entrevistados não se identificam nem com as igrejas nem com a escola, uma vez que não

nenhuma das instituições. Para eles, a escola não é um ponto de referência para realizar atividades de sensibilização, nem de formação sobre o HIV, nem sobre a violência. Embora expressem interesse em participar de tais atividades, veem com grande interesse a estratégia de intervenção em pares, ao deixar de lado os métodos tradicionais (oficinas e palestras) e, em vez disso, adotar novas estratégias, como a sensibilização e a educação da comunidade e dos jovens, através do teatro ou de outras atividades artísticas.

QUADRO 11

Principais expectativas e necessidades identificadas que se relacionam com a violência e com o HIV

Mulheres e homens adultos

Mulheres e homens jovens e adolescentes

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Formação diferenciada sobre o HIV para homens, mulheres e jovens. • Reconhecem a importância dos colaboradores de saúde e dos voluntários indígenas inseridos na comunidade. • Mais atividades de informação e de comunicação com os intermediários, que traduzem para a sua língua materna. Percebe-se a necessidade de compreender e de entender exatamente o que implica o HIV e a violência, e também como evitá-los. • Reconhecem o valor da rádio comunitária na língua materna, como o principal meio de comunicação, de informação e de maior confiança. • Fortalecer as organizações locais para lhes conceder maior poder de resolução, em situações de conflito ou em problemas que são gerados nas comunidades. • Tomar medidas para evitar o abuso de álcool e de drogas entre os jovens indígenas (principal problema identificado pela maioria dos entrevistados) | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar os líderes jovens e agrupamentos espontâneos de jovens (fora dos grupos jovens em igrejas) para desenvolver estratégias de sensibilização, de formação e de empoderamento, através de estratégias não convencionais, como o teatro ou outras atividades semelhantes. • Identificar e convidar os líderes de grupos de jovens orientados (em igrejas e em escolas), e formá-los para serem educadores na prevenção da violência e do HIV. • Articular e coordenar ações e esforços entre as Unidades de Saúde da Família (USF), os líderes dos clãs da comunidade, as escolas, as igrejas e os jovens para conceber e implementar campanhas de prevenção |
|---|---|

QUADRO 12

Principais expectativas e necessidades identificadas relacionadas com a violência e com o HIV

Instituição	Setor	Organismo do qual depende
Cruz Vermelha Paraguuaia - Filial de Boquerón	Saúde	Organismo Internacional - Cruz Vermelha Suíça
Clínica Indígena - Filadelfia	Saúde (privada)	Hospital de Filadelfia, que depende da Cooperativa dos Colonos Menonitas
Posto de Saúde- Município de Filadelfia	Saúde (Municipal)	Município de Filadelfia
Centro Regional da Mulher	Direitos Humanos das mulheres, crianças e adolescentes	Ministério da Mulher
Governo de Boquerón	Governo Local	Poder Executivo
Município de Loma Plata	Governo Local	Governo de Boquerón
USF Cayin ou Clim (Colônia Neuland)	Saúde (pública)	Ministério de Saúde Pública
USF Uje Lhavos (Filadelfia)	Saúde (pública)	Ministério de Saúde Pública
Conselho Municipal para os direitos das crianças e dos adolescentes (CODENI) - Filadelfia	Direitos Humanos das crianças e dos adolescentes	Município de Filadelfia

7.2 Análise dos serviços disponíveis para HIV e prevenção da violência/atendimento à vítima de violência

Para efetuar a caracterização da resposta institucional em relação à violência e ao HIV, o departamento de Boquerón utilizou uma amostra de 9 instituições que trabalham em ambas as áreas.

As instituições que acessaram as entrevistas foram:

7.2.1 Capacidades institucionais

7.2.1.1 Atividades e ações

Evidencia-se a existência de uma sobre representação de instituições de saúde na região e que poucas

Poucas que trabalham as temáticas dos Direitos Humanos, incluindo a violência contra mulheres, crianças e adolescentes. Isso refletiria as necessidades básicas sem resposta em matéria de saúde da população desses municípios e estados, no que diz respeito às necessidades em matéria de prevenção, de proteção e de atendimento nos casos de violência em todas as suas formas.

No entanto, todas as instituições têm relatado que trabalham na área da Saúde Sexual e Reprodutiva e do HIV, exceto o Centro Regional para a Mulher e o CODENI de Filadelfia. Especialmente na área da prevenção, uma vez que todas estas instituições possuem Recursos Humanos e ações orientadas para as comunidades, através de palestras e de oficinas informativas e de formação, especialmente sobre a prevenção do HIV e sobre os métodos modernos de planejamento familiar.

Em relação ao atendimento e ao apoio a pessoas com HIV, todos os serviços de saúde incluem o teste voluntário

e gratuito do HIV e da sífilis através de testes rápidos, que se apresentarem resultados reativos são encaminhados para o Hospital Regional de Boquerón, o único Serviço de Atendimento Integral (UPS) que possui laboratório, atendimento médico e farmácia para medicamentos antirretrovirais (ARV) em todo o território do Chaco Paraguai.

Nos casos de violência, especialmente a violência sexual, todos os serviços de saúde têm protocolos de atendimento e um mecanismo de encaminhamento para as instituições encarregadas de dar seguimento a estes casos. Nem todos os serviços possuem um kit de profilaxia pós-exposição, e por isso devem ser encaminhados para o Hospital Regional de Boquerón.

No que diz respeito ao atendimento, ao acompanhamento e à assistência jurídica em casos de violência, independentemente da sua natureza, bem como da abordagem dos Direitos Humanos e da discriminação, apenas o Centro Regional da Mulher, o CODENI, o Governo de Boquerón e os municípios têm protocolos e estratégias de assistência e pessoal especializado para resolver este problema. Os serviços de saúde limitam-se apenas ao primeiro atendimento dos casos e ao respectivo encaminhamento às autoridades competentes.

De todas as instituições, apenas o Governo de Boquerón possui abrigo para as vítimas de violência e para as respectivas famílias, assim, a única ação de urgência para as mulheres que não têm esse serviço nas respectivas comunidades é a restrição e a exclusão do agressor da residência onde habita a mulher e os filhos. Em muitas ocasiões, esta situação não ocorre uma vez que, como já foi descrito em seções anteriores, muitas mulheres são altamente dependentes dos recursos fornecidos pelos seus maridos, e por não terem dinheiro, comida nem apoio institucional são obrigadas a voltar para os agressores.

Todas estas ações são orientadas para a população em geral. De acordo com as próprias instituições, estas não possuem estratégias diferenciadas para populações indígenas. No entanto, identifica-se ações específicas para com estas comunidades, especialmente relacionadas com a violência, a gravidez precoce, a assistência médica (especialmente a

grávidas), os testes gratuitos de HIV e da sífilis, bem como a prevenção e o tratamento da tuberculose.

7.2.1.2 Recursos Humanos

Todas as instituições possuem uma equipe técnica que inclui diversos profissionais, de acordo com o tipo de instituição e as respectivas linhas de atuação, entre eles: médicos, enfermeiros, obstetras, advogados, assistentes sociais, psicólogos, administrativos, policiais, voluntários e colaboradores.

As únicas instituições que relataram ter voluntários na sua equipe técnica são o Governo de Boquerón e a USF Uje Lhavos (Filadelfia). No que diz respeito aos colaboradores, apenas a USF Cayin o Clim (Colônia Neuland) afirmou ter um voluntário, as restantes instituições possuem profissionais remunerados.

Todas as instituições afirmam que os respectivos recursos humanos são, ou foram, qualificados em relação às questões de Violência de gênero, Saúde sexual e reprodutiva, de HIV e de DH. No que diz respeito à autoavaliação institucional, é de salientar que, a maioria dos Recursos Humanos possui um nível "médio" de qualificação em relação às diferentes abordagens selecionadas no instrumento: Direitos Humanos, gênero, Interculturalidade e Intergeracionalidade.

No entanto, a questão dos Direitos Humanos e de gênero tem sido a questão com maior avaliação positiva (muito qualificados), enquanto que as temáticas da interculturalidade e da intergeracionalidade foram autoavaliadas entre "moderadamente e pouco capacitadas".

Apesar de trabalharem com população indígena, não possuem protocolos nem estratégias diferenciadas para uma abordagem adequada e com uma perspectiva intercultural. Existem protocolos de atendimento em casos de violência e de HIV. No entanto, são os mesmos aplicados a todas as pessoas ou à população em geral.

Os serviços oferecidos são principalmente de assistência, orientados para as necessidades básicas, tais como a assistência médica, jurídica, técnica, psicossocial e, especialmente, formativa (sobretudo informativa e de sensibilização), em diferentes temáticas. Não se identificaram programas nem projetos dirigidos à transferência de competências, com exceção do Centro Regional da Mulher, que conta com cursos de cabeleireiro, de manicure e de cozinha para mulheres. Também se identificaram ações de empoderamento econômico através de projetos de empreendedorismo, microcréditos para iniciar negócios produtivos, entre outros.

7.2.1.3 Estrutura física, infraestrutura, recursos materiais e financeiros

Foram citadas várias necessidades em termos de estrutura e de recursos materiais. Algumas USF não têm as suas próprias instalações e devem atender os seus pacientes em espaços fornecidos por outras instituições, que muitas vezes não cumprem com os requisitos mínimos de conforto e de privacidade. Ao mesmo tempo, evidencia-se a falta de recursos econômicos para melhorar as infraestruturas/edifícios e para o pagamento de determinados recursos humanos.

Uma das necessidades urgentes, especialmente para as instituições que prestam serviços à população, é a falta de telefones celulares para acessar às diferentes comunidades e para aproximar os serviços, os bens e os recursos que oferecem. O Departamento de Boquerón é o terceiro departamento com maior extensão territorial do país e com a menor densidade populacional. Ou seja, as comunidades, os assentamentos, as vilas, os distritos e as cidades estão separados por grandes distâncias, tornando difícil ou, em alguns casos, impossível que as pessoas tenham acesso às instituições e exijam os respectivos serviços e, ao mesmo tempo, as instituições também não podem fazer chegar suas ações às comunidades.

7.2.1.4 Coordenação interinstitucional

Em termos gerais, observa-se que as ações coordenadas e articuladas que as instituições

relatam são majoritariamente na área das atividades. No entanto, não existe nenhuma evidência de que prescindam de planos interinstitucionais ou intersetoriais. As ações são segmentadas e com pouco envolvimento de outros agentes.

De acordo com as informações fornecidas, as áreas de maior coordenação e/ou articulação no âmbito das atividades são as áreas da Saúde Sexual e Reprodutiva e do HIV, seguidas pela violência e pela pouca atividade na área dos Direitos Humanos.

Independentemente da instituição, a totalidade da amostra relatou que a principal contrapartida nos trabalhos articulados vem dos organismos do estado e, em alguns casos, algumas universidades. Não se identificou participação nem articulação com organizações da sociedade civil.

7.2.1.5 Atitudes e motivação para a abordagem da violência e ao HIV, em populações indígenas e com mulheres em particular

Em geral, todas as instituições entrevistadas mostraram abertura, boa atitude e vontade política para participar, colaborar e/ou coordenar ações relacionadas com as atividades do potencial projeto "Reforço dos serviços integrados para as mulheres indígenas afetadas pelo HIV e pela violência".

Observou-se que algumas atividades mostraram uma maior adesão por parte das instituições e outras atividades menos.

As atividades que apresentam uma avaliação melhor em termos da sua viabilidade no Departamento de Boquerón e nas comunidades indígenas selecionadas são:

atividades com avaliação "muito viável"

- 1) Organizar oficinas para mulheres indígenas, líderes locais, funcionários dos serviços de saúde e outras partes interessadas no HIV, na violência contra as mulheres e nos resultados da avaliação.

- 2) Desenvolver a capacidade do governo local e das comunidades para implementar planos, políticas e programas para melhorar a prevenção, o atendimento e o tratamento do HIV e dos serviços de saúde relacionados, destinados aos povos indígenas, com especial atenção para a discriminação, as necessidades e os direitos das mulheres e das meninas.
- 3) Realizar atividades promocionais, conjuntas entre as partes interessadas, nacionais e regionais, a fim de apoiar atividades semelhantes em outras comunidades indígenas.
- 4) Prestar assistência técnica para integrar serviços destinados a vítimas de violência, entre os quais se destaca o acesso à justiça e aos serviços de saúde, relacionados com o HIV, em colaboração com os líderes tradicionais e do governo.
- 5) Desenvolver um plano de ação com base nas barreiras e nas prioridades identificadas, nos dados disponíveis, nas intervenções em curso e nas melhores práticas, acordado por todas as partes interessadas.

Atividades com avaliação "moderadamente viável" e "pouco viável"

- 6) Promover serviços não discriminatórios relacionados com o HIV e programas destinados a mulheres indígenas, que são profissionais do sexo e aos respectivos clientes, bem como a vítimas indígenas de exploração sexual.
- 7) Capacitar as mulheres indígenas com HIV e que são afetadas pela doença, em matéria de direitos humanos, de questões de gênero, de HIV e de serviços disponíveis, através de técnicas de voluntariado.
- 8) Documentar os ensinamentos aprendidos, as melhores práticas e os materiais para serem partilhados entre os quatro países e com os restantes países da região, utilizando as redes de voluntários existentes com o objetivo de alcançar áreas vastas e remotas.

- 9) Capacitar os dirigentes locais, os homens e os rapazes em matéria de direitos humanos, de HIV, de gênero e masculinidade, empregando técnicas de voluntariado.

7.2.2 Resposta institucional em relação à violência e ao HIV no Departamento de Boquerón e em povoados indígenas

Foram efetuadas três entrevistas aprofundadas aos principais agentes chave, com informação detalhada sobre os serviços de prevenção, cuidado e apoio em casos de violência e HIV. A entrevistada para fornecer informação sobre a violência foi a Lic. Deisi Jarado, do Centro Regional da Mulher da Cidade de Filadelfia e as referências de saúde foram o Dr. José Álvarez da Unidade de Saúde da Família (USF) da Comunidade Uje Lhavos e a Lic. Estellita Peña da USF de Santa Teresita.

7.2.2.1 Referência no tema da Violência

O Centro Regional da Mulher depende do Ministério da Mulher e é a principal referência na prevenção da violência baseada no gênero, incluindo a violência contra as crianças e contra os idosos, bem como a proteção das vítimas.

Uma das principais atividades na socialização da Lei 1600 "Contra a Violência Doméstica", sobretudo com mulheres, para que elas saibam os respectivos direitos e, desse modo, promova-se o hábito da denúncia através de atividades de formação e de informação. Outras atividades incluem a prevenção e o apoio, mas não incluem serviços de cuidados, caso seja necessário identificar a necessidade, são realizadas os encaminhamentos necessários.

Atualmente realizam uma campanha denominada "Namoro sem violência" destinada principalmente a adolescentes e jovens.

Em relação às comunidades e aos povos indígenas, o Centro Regional da Mulher trabalhou de forma

articulada com a Plataforma da Mulher Indígena de Chaco, principalmente em atividades de sensibilização e de formação. Foi relatado que contaram com o apoio dos líderes comunitários, que expressaram preocupação com a questão.

No momento trabalham com as seguintes comunidades: Mayeto, Guaraní, Yalve Sanga e Uje Lhavos.

De acordo com a informante, no período de 2014-2015, a maioria das pessoas que foram assistidas foram mulheres das comunidades indígenas. A maioria das demandas recebidas são casos de violência física e também econômica, especialmente em matéria de pensão alimentícia por parte dos homens.

Neste sentido, identifica-se um grave problema que consiste no fato de que, em casos de violência comprovada, é realizado o processo de exclusão e, em seguida, é iniciado o processo de pensão alimentícia, sendo que a maioria das mulheres não tem renda própria e depende dos recursos gerados pelo homem. Quando esta situação ocorre e o processo de pensão alimentícia se prolonga, muitas mulheres veem-se obrigadas a voltar para os seus agressores.

Muitas mulheres afirmam que: “E, enquanto isso, os meus filhos comem o quê? Vou para onde?...alguns homens respondem às mulheres: “Não vou pagar o aluguel se não voltar para mim” (Lic. Jara, Centro Regional da Mulher)

Uma das principais barreiras encontradas é o fato de

aquelas mulheres que por motivos econômicos, muitas vezes, desistem dos processos iniciados contra os seus agressores e voltam para eles, porque são eles o único sustento para elas e para os filhos. Para agravar a situação, no Departamento de Boquerón não existem abrigos nem creches às quais estas mulheres possam recorrer e, desse modo, não serem obrigadas a voltar para casa nem a viver com os seus agressores.

Para remediar, em parte, estas dificuldades, o Centro Regional da Mulher realiza atividades destinadas a melhorar as oportunidades de emprego para as mulheres, embora não sejam projetos produtivos nem de transferência de recursos, são formações em profissões como cabeleireiro, manicure e cozinha (padaria e confeitaria). Estas formações destinam-se a permitir que as mulheres possam trabalhar em casa e a gerar seus próprios recursos econômicos.

As principais barreiras identificadas são a falta de recursos econômicos e materiais, uma vez que não possuem recursos humanos suficientes, nem um telefone celular que facilite o acesso às diferentes comunidades, tendo em consideração as grandes distâncias entre elas. No entanto, para resolver essas dificuldades desenvolveram um acordo com o Governo, que lhes proporciona um telefone celular para realizar os atendimentos.

Também se identificam barreiras, em especial quando os indígenas mostram atitudes negativas para com o quadro legal e normativo nacional, ou quando procuram soluções em instâncias internas antes de recorrer a instâncias públicas.

“Chegamos, conversamos e colhemos opiniões porque é bom conhecer a cultura e a opinião que existe sobre o assunto..., no entanto algumas comunidades citam “a tua lei branca” (referindo-se à Lei 1600 sobre a Violência doméstica) ...não queremos mudar a cultura, mas é necessário que saibam, tanto os homens como as mulheres, que existe

uma lei que protege as vítimas de violência doméstica e que nem tudo se resolve com violência (Lic. Jara, Centro Regional da Mulher)

desistem dos processos iniciados

“Primeiro tentam solucionar internamente e se não houver nenhuma solução, são os próprios líderes que solicitam e que acompanham o procedimento de exclusão e que monitoram o seu cumprimento”(Lic. Jara, Centro Regional da Mulher)

Em relação à articulação temática, juntamente com o tema da violência, apenas são abordados alguns aspectos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva, especialmente em casos de violência sexual e de prevenção da gravidez precoce, bem como conteúdos sobre gênero, DH e antidiscriminação. Atualmente, em relação ao HIV não se realiza nenhuma ação.

Outra barreira identificada é a baixa taxa de denúncia. Ao mesmo tempo, algumas das denúncias poderiam ter sido administradas no interior da comunidade, através dos pastores e dos líderes e, assim, não são encaminhadas para instituições públicas. No entanto, foi identificada uma estratégia válida para gerar denúncias, que é realizada através de formações que o Centro Regional realiza nas comunidades. Verificou-se que, em algumas ocasiões, enquanto são distribuídos alguns instrumentos de avaliação nas oficinas, algumas mulheres escrevem mensagens anônimas para informar que estão passando por situações de violência.

"Em alguns questionários escrevem mensagens como: 'Estou passando por isto', 'Obrigada', 'Existem coisas que não sabia e que me acontecem diariamente, qualquer coisa telefonarei...' Então antes de terminar as oficinas, damos os nossos números e os telefones começam a tocar ... então vamos prestar ajuda, verificamos a denúncia...e, em alguns casos, nós mesmos fazemos a denúncia com o consentimento da mulher ...trabalhamos assim muitas vezes" (Lic. Jara, Centro Regional da Mulher)

Quanto à abordagem com os homens, o Centro Regional não tem qualquer experiência nem estratégia para abordar os homens agressores. Em alguns casos, só são referidos no Conselho da Rádio ZP30. Na esfera

pública também não existem profissionais que abordem o agressor.

Como estratégias para melhorar as intervenções e para superar as barreiras identificadas, determinaram-se algumas estratégias como: i) o trabalho interinstitucional

através de mesas redondas entre os diferentes agentes chave e as diferentes instituições envolvidas; ii) promover a participação das comunidades, especialmente das mulheres, a todos os níveis de intervenção, desde o planejamento até à implementação de ações; iii) promover a incorporação e a participação da força de voluntariado, em especial composta por membros das comunidades indígenas, que tenham acesso às comunidades que são geralmente muito fechadas em relação às instituições externas.

7.2.2.2 Referência no tema da Saúde

O Dr. Jose Alvarez, da Unidade de Saúde Familiar (USF) da Comunidade de Uje Lhavos, a Lic. Estelita Peña da USF de Santa Teresita 26 e o Dr. Iván Vera, do posto de saúde de Filadélfia 27 identificaram na entrevista, uma série de barreiras e de boas práticas, que consideram estratégias abordar para melhorar a prevenção, o atendimento e o apoio às pessoas afetadas pelo HIV nos serviços de saúde dos quais estão encarregados.

Uma das principais barreiras é na esfera estrutural. A USF de Uje Lhavos é composta por três médicos licenciados e técnicos de enfermagem, para uma população de aproximadamente 6.000 pessoas, mais do que o dobro do recomendado. Um serviço de saúde com essas características e com a quantidade de recursos humanos que possui, não pode atender mais do que 2.500 pessoas. Ao mesmo tempo, a USF de Santa Teresita possui dois médicos: um dentista e uma doutorada em Medicina, uma licenciada em enfermagem, uma

técnica de enfermagem e uma voluntária. Esta USF presta atendimento numa localidade de Mulheres Guarani e está de modo precário há algum tempo. O teto não está em bom estado, falta proteção médica, não possui os serviços básicos, como água potável ou sanitários. As enfermeiras têm de ir às suas casas para utilizar

26 As Unidades de Saúde Familiar são serviços públicos de saúde que dependem da Direção de Cuidados de Saúde Primária do Ministério da Saúde Pública e Bem-estar Social.

27 O posto de saúde de Filadélfia é um serviço de saúde dependente do Conselho Local de Saúde, do Município de Filadélfia.

o banheiro. Também não possui um meio de transporte em casos de emergência. Apenas se podem usar veículos particulares e são necessários requisitos para pagar um colaborador voluntário.

Ao mesmo tempo, os aspetos culturais das comunidades representam barreiras que, em algumas ocasiões, geram dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a respectiva vinculação entre ambos. Em primeiro lugar, por não ter colaboradores indígenas que falem as diferentes línguas das comunidades, é difícil obter uma correta compreensão dos participantes durante as palestras e as oficinas de formação.

"Uma enfermeira estudante que é da minha comunidade me disse que as pessoas que frequentam as minhas palestras não me entendem... e ela disse-me que precisamos de um profissional de saúde para nos acompanhar e para traduzir as conversas... precisamos de um colaborador qualificado" (Dr. Alvarez USF Uje Lhavos)

O profissional de saúde também identifica que a influência das igrejas teria um efeito potencialmente positivo na tomada de decisões das pessoas em matéria de saúde.

"Na verdade, aqui a gestão é toda realizada pela Igreja e apenas através das suas próprias regras, não têm muita abertura, aqui tudo é resolvido através da Igreja e não permitem da entrada do CODENI, da Secretaria da Mulher, da polícia" (Dr. Alvarez USF Uje Lhavos)

Esta influência por parte das referências internas das comunidades (pastores, líderes e conselheiros) origina, em algumas circunstâncias, um conflito entre os interesses das instituições públicas, que têm o dever de proteger as pessoas mais vulneráveis e expostas a riscos, e a postura não intervencionista dos agentes externos por parte das autoridades internas indígenas.

"Falar de meninas de 12 anos grávidas é normal por aqui... no início explicava aos líderes que isto é um problema social e que, via de regra, por detrás destes casos há sempre violência...por causa disso recebi um puxão de orelhas, disseram-me que é um problema deles, que o solucionam entre eles e que não tenho o direito de chamar o CODENI, a Secretaria da Mulher e que eu não tenho nada a ver com isso... disseram-me para me afastar de assuntos como este...eles tratam destes assuntos e excluem-nos" (Dr. Alvarez- USF Uje Lhavos)

"Também existem meninas menores de idade (dos 13 aos 16 anos) que fazem o seu próprio controle... elas são controladas porque vão para a rua nos fins de semana (trabalho sexual), ou seja, fazem o controle pré-natal... ninguém diz nada. De acordo com as Manjui, a gravidez precoce faz parte da cultura. (Lic. Peña - USF de Santa Teresita)

De acordo com o entrevistado, a postura de não intervenção das instituições externas chega ao ponto de tomar atitudes violentas contra a "intromissão" dos agentes chave, externos à comunidade.

"É muito difícil que eles (a polícia) entrem aqui, mesmo que entrem com a patrulha são agredidos" (Dr. Alvarez- USF Uje Lhavos)

No que diz respeito à atitude das pessoas das comunidades indígenas, sob a influência da USF de Uje Lhavos, o Dr. Alvarez relata que enfrentam dificuldades no momento de facilitar o acesso e posteriormente a vinculação entre as pessoas e o serviço de saúde.

Atualmente, a USF de Uje Lhavos detectou quatro casos de indígenas infectados pelo HIV. No entanto, a abordagem a essas pessoas

é difícil, uma vez que de acordo com o profissional, em dois dos casos os adultos “negam” estar infectados e não cumprem o tratamento, nos outros dois casos a transmissão ocorreu por transmissão perinatal, em que a mãe foi diagnosticada com o vírus durante um controle pré-natal, mas, posteriormente, não voltou ao serviço de saúde. As tentativas de entrar em contato com a mãe não obtiveram resultados, sendo que mudava constantemente de domicílio. Apenas quando chegou o momento do parto regressou ao serviço de saúde, mas nesse momento já não foi possível realizar uma cesariana. Enquanto isso, na USF de Santa Teresita foram detetados alguns casos de sífilis.

"Nós tentamos fazer um bom controle, procuramos eles, mas fogem...não têm consciência ou talvez tenham e evitem-nos" (Dr. Alvarez - USF Uje Lhavos)

Pelo exposto até aqui, os entrevistados afirmam que é muito difícil realizar campanhas de promoção e de prevenção para as comunidades indígenas nos serviços da saúde. A explicação é que as pessoas “não cooperam” e existe “muito pouca participação social”. Por vezes, não fornecem os dados de contato verdadeiros

o que posteriormente dificulta o contato, caso não continuem as consultas de controle.

Ao mesmo tempo, também não possuem materiais concebidos e adaptados aos povos indígenas. Os materiais e os manuais são aplicáveis na esfera central, mas não para as comunidades. Não existe integração da abordagem intercultural em nenhuma das estratégias nem dos materiais do Ministério da Saúde.

No entanto, foram estudadas estratégias alternativas que tiveram resultados positivos.

Uma das estratégias para motivar as pessoas a participar nas palestras e nas oficinas organizadas pelo serviço de saúde é oferecer comida no final das atividades de formação. Esta iniciativa tem tido muito êxito e muitas pessoas participam na atividade, pelo fato de receberem comida.

"No início não prestavam atenção porque não oferecíamos comida, mas agora oferecemos uma panela com comida, uma merenda, um café da manhã e deste modo conseguimos mais atenção" (Dr. Alvarez- USF Uje Lhavos)

"Precisamos de mais dinheiro para as sessões de formação, para as mulheres e para os homens, ou então ninguém presta atenção" (Lic. Peña - USF de Santa Teresita)

Outra estratégia que estamos pensando em implementar é o uso de recursos não convencionais para as atividades de formação, neste caso, usar meios audiovisuais e o cinema que, de acordo com o entrevistado,

chama muito a atenção dos indígenas.

"Estamos pensando em usar o cinema... chama-lhes muito a atenção... com um projetor e um computador podemos projetar vídeos 4 noites por mês. Seriam coisas que poderiam ser úteis" (Dr. Alvarez- USF Uje Lhavos)

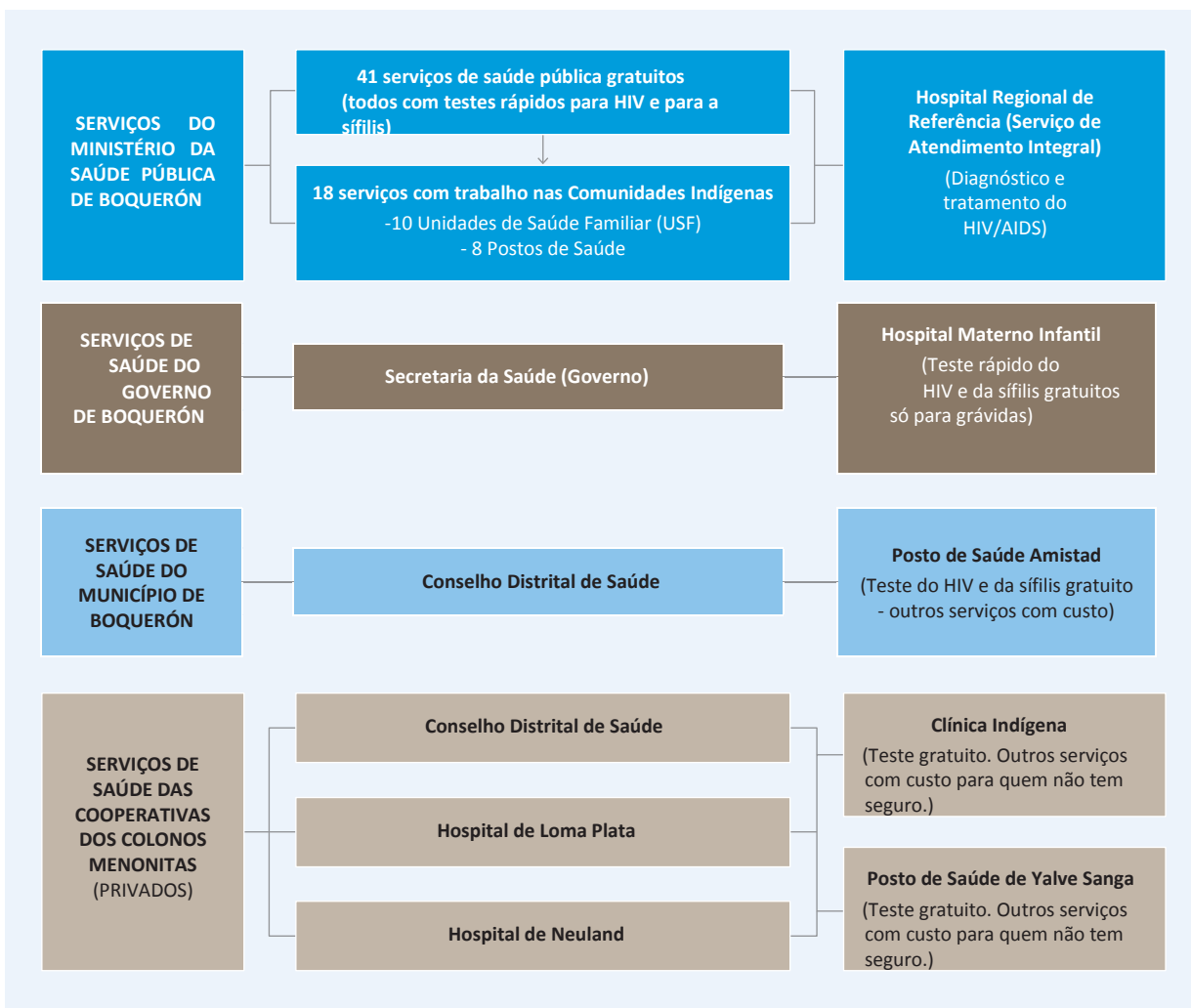
7.3 Mapa de agentes chave e instituições de referência em violência e HIV no Departamento de Boquerón

7.3.1 Setor da Saúde

A estrutura dos serviços no Departamento de Boquerón apresenta diferentes setores e agentes chave. Por um lado, o principal fornecedor de serviços de saúde é o Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social, que possui uma rede de serviços públicos integrados que variam desde as unidades de cuidados básicos, como Unidades de Saúde Familiar (USF), até ao Hospital Regional de Boquerón, localizado na cidade de Filadelfia e que é um hospital geral, de maior complexidade. Este hospital é o único serviço em toda a Região Ocidental

(Chaco)

GRÁFICO 2



onde funciona um Serviço de Atendimento Integral (SAI) para o HIV/AIDS, que fornece diagnóstico, atendimento e tratamento a pessoas com HIV. Portanto, é o centro de referência para onde são encaminhados pelos serviços todos os casos de HIV, incluindo os privados, autárquicos, departamentais e municipais.

Ao ter maior cobertura dos serviços, o Ministério da Saúde também é o principal fornecedor de serviços de saúde para os povos indígenas. Para isso, conta com serviços específicos que estão instalados nas proximidades das diferentes comunidades e que

atendem populações, na sua maioria indígenas. No total são 18 serviços de saúde (10 USF e 8 postos de saúde) que prestam atendimento principalmente à população indígena.

Outros setores, diferentes do setor público, que prestam atendimento no Departamento é o Governo, que através da Secretaria da Saúde gere o Hospital Materno-Infantil de Filadelfia, e o Posto de Saúde Amistad, na esfera municipal. Ambos os serviços com grande fluxo de indígenas.

Assim como os serviços dependentes do Ministério da Saúde, esses serviços são gratuitos para todos.

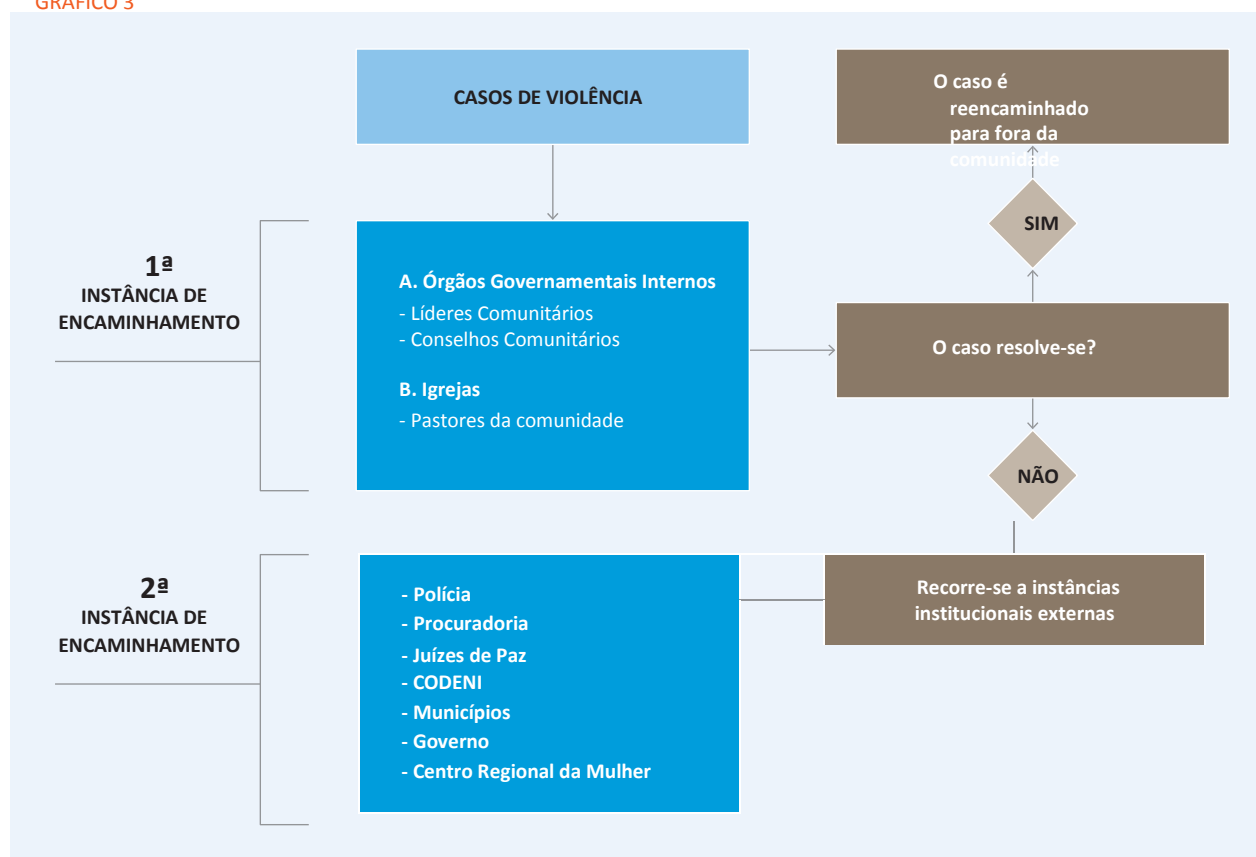
Finalmente, como terceiro setor importante de prestação de serviços, encontram-se os Hospitais e os postos de saúde dependentes das Cooperativas de Colonos Menonitas: são três e dependem da única Clínica Indígena da região. Esta Clínica Indígena, que depende do Hospital de Filadelfia, atende exclusivamente as populações de diferentes comunidades indígenas. No entanto, apesar da designação do serviço (indígena), não satisfazem os critérios de acessibilidade que esta população precisa, com uma elevada percentagem de níveis de pobreza extrema: acesso universal e serviço gratuito. Ao ser um serviço de gestão privada, só tem acesso à totalidade do pacote de serviços as pessoas, na sua maioria colonos menonitas, que contribuem para a cooperativa. Apenas alguns indígenas, que são funcionários dos menonitas e que devem pagar 5% dos seus salários para a segurança social, têm acesso aos serviços. No entanto,

ainda assim não é gratuito, uma vez que devem pagar um seguro mensal. Apenas os serviços que dependem de alguns programas ministeriais, especialmente os programas de saúde sexual e reprodutiva, o programa de Tuberculose e o Programa de HIV são gratuitos, independentemente do estatuto profissional, possuem um convénio prévio com o Ministério da Saúde. O restante dos serviços não garantidos pelo Ministério da Saúde e devem ser pagos.

7.3.2 Atendimento e encaminhamento em casos de violência

Conforme descrito no capítulo dos resultados, de acordo com os/as entrevistados/as, em caso de situações de violência que a comunidade encare como um fato denunciável e seja necessário a intervenção de uma instância formal recorre-se, como primeira opção,

GRÁFICO 3



às autoridades da comunidade, legalmente constituídas, como líderes e conselheiros. Ao mesmo tempo, de acordo com cada comunidade, também recorrem aos pastores das igrejas para seu "conselho" e apoio. Muitos casos de violência são administrados e resolvidos nestas instâncias, sem necessidade de recorrer às instituições externas, com exceção de casos em que as autoridades comunitárias não possam resolver ou devido à gravidade do caso, este será comunicado e encaminhado para instituições denominadas fontes receptoras de denúncias, especialmente os policiais, os procuradores, os juizes de paz e nos locais que carecem de procuradoria e em caso de violência a crianças e a adolescentes, os CODENIS.

No entanto, de acordo com alguns relatos dos/as entrevistados/as, existiriam acordos "tácitos" entre as autoridades comunitárias e as instituições públicas.

Neste sentido, quando se apresenta um caso que passa pela autoridade comunitária e vai direto para uma instituição externa, a abordagem adotada é "solicitar" ao denunciante que tente primeiro "resolver" o caso dentro da comunidade ou caso não se solucione que venha "acompanhada" por algum líder ou membro do conselho.

No caso do Governo, dos municípios e do Centro Regional da Mulher (que depende do Ministério da Mulher), apesar de não serem órgãos de execução, tais como a polícia, a procuradoria, os juizes ou o CODENIS, que têm o poder de aplicar as normas em vigor no caso de violência, estes podem receber denúncias e facilitar o encaminhamento às instâncias competentes. Estas são as instituições mais orientadas para a formação, a orientação, o apoio, o encaminhamento e o seguimento.

7.4 Quadro resumo do contexto das comunidades e dos povos indígenas entrevistados e os principais problemas identificados pelos habitantes

QUADRO 13

Comunidade	UJ'E LHAVOS-Filadelfia
Povoado	Nivacé
Número de famílias registadas	1050 (5930 pessoas) de acordo com o censo anterior. Atualmente, estimar-se-iam 7500 pessoas.
Quantidade de terras	40 hectares, escriturado em nome da comunidade.
Ano de estabelecimento	Em 1995 iniciaram-se as limpezas e algumas famílias mudaram-se e em 1997 para a comunidade nova.
Origem dos povoadores	San José Esteros, Colonia 22, Fischat San Leonardo, Escalante e Filadelfia.
Serviços existentes na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Uma escola básica que funciona desde o ensino pré-escolar até ao 7º ano. • Uma igreja menonitas. • Uma igreja católica. • Unidade de Saúde Familiar (Posto de Saúde).
Estrutura organizacional da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • A comunidade tem um único líder eleito periodicamente e através de assembleia. Atualmente a assembleia é dirigida por Agustín Juárez. • Possui 15 membros do Conselho Comunitário, todos homens. • Existe uma comissão desportiva (homens e mulheres). • Existe uma comissão de mulheres que se dedicam aos temas da Saúde e da Educação (palestras com mulheres). • Uma organização de artesãs. • Geralmente, a assembleia é realizada de dois em dois anos. As decisões são tomadas nas assembleias comunitárias.

Principais atividades laborais, de acordo com o gênero	
Homens	Mulheres
Alvenaria - Pinturas - Oficina Mecânica - Carpintaria - Tratoristas - Empregados de supermercados, postos de gasolina e fazendeiros.	<ul style="list-style-type: none"> • Empregada doméstica em casa dos colonos menonitas - Recolhimento de lixo - Recolhimento e reciclagem de plásticos. • Algumas mães solteiras trabalham na rua (vendedoras ambulantes). • Um grupo de mulheres, que integram um grupo de cerca de 15 pessoas, dedicam-se a realizar trabalhos artesanais.
Principais problemas com crianças, adolescentes e mulheres, identificados pelos habitantes	
Crianças	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de aprendizagem e abandono escolar por motivos econômicos. • Pobreza extrema, desnutrição e falta de roupa. • Início precoce no consumo de álcool e de tabaco (a partir dos 13 anos). • Conflitos familiares: "Não respeitam os pais".
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades de aprendizagem - elevado abandono escolar. • Início precoce da vida sexual: Parceiros jovens • Problemas de dependência: tabaco, álcool (mencionaram que circula maconha, cocaína e crack [derivado da cocaína, muito barato e altamente viciante]). • Violência, formação de gangues (comportamento agressivo e antissocial). • Falta de trabalho: "Não querem trabalhar".
Mulheres adultas	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso e rendimento laboral desigual (por exemplo, salário inferior ao dos homens). • Obstáculos na participação da tomada de decisões (liderança). • Discriminação por parte de pessoas não indígenas. • Violência contra as mulheres por parte de indígenas e de não indígenas (Brasileiro - Menonitas). • Algumas dedicam-se ao trabalho sexual nas ruas. • Início precoce da vida sexual. Gravidez precoce. Concubinato precoce. • Casos de tuberculose (alguns) e de sífilis (alguns/muitos).

QUADRO 14

Comunidade	BETANIA
Povoado	Nivaclé
Número de famílias registradas	171 (aproximadamente 420 pessoas)
Quantidade de terras	700 hectares, escriturados em nome da comunidade
Ano de estabelecimento	Alguns afirmam ter sido em 1927 e outros em 1970
Origem dos povoadores	Zona de Pilcomayo; Mistolar, Pedro. Peña, Yalve Sanga, Nish'a toyi'sh, Santa Teresita.
Serviços existentes na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Jardim de infância e escola desde o 1º ano até ao 6º ano • Uma igreja unicamente evangélica (menonita).
Estrutura organizacional da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Um único líder e 11 membros do Conselho Comunitário. Todos homens (inclui Pastores da igreja, comissão desportiva, de saúde, de educação e da igreja). • Uma organização de mulheres da igreja: integram também jovens, comissões desportivas, de saúde e de educação.

Principais atividades laborais, de acordo com o gênero	
Homens	Mulheres
<ul style="list-style-type: none"> • Alvenaria, Mecânico, Motorista, Tratoristas, Empregados nas postos de gasolina, nas colônias, • Nas fazendas: limpeza do campo, tratar das cercas, jardineiros. • Nas comunidades: atividades de agricultura. 	<p>Trabalhos na horta familiar, colheitas nas colônias dos menonitas, colheita de gergelim e de feijão. Trabalhos de horticultura. Trabalhos artesanais. Empregadas domésticas (Loma Plata, Yalve Sanga, casa de pastores menonitas).</p>
Principais problemas com crianças, adolescentes e mulheres, identificados pelos habitantes	
Crianças	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de aprendizagem e abandono escolar por motivos econômicos. Falta de merenda escolar nas escolas. • Pobreza extrema, desnutrição, falta de roupa (em especial no Inverno faltam agasalhos).
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades na aprendizagem: elevado abandono escolar por razões de dependência de álcool e de outras drogas. • Início precoce da vida sexual: parceiros jovens. • Violência • Pobreza
Mulheres adultas	<ul style="list-style-type: none"> • Obstáculos na participação da tomada de decisões (liderança). • Discriminação por parte de pessoas não indígenas. • Violência contra as mulheres por parte dos indígenas e das instituições (violência institucional e estrutural). • Início precoce da vida sexual. Gravidez precoce. Concubinato precoce.

QUADRO 15

Comunidade	GUIDAICHAÍ
Povoado	Ayoreo
Número de famílias registradas	104 (aproximadamente 4.286 pessoas) de acordo com o censo de 2013. Estima-se que atualmente estariam registradas 130 famílias.
Quantidade de terras	2 hectares, escriturados no nome da comunidade.
Ano de estabelecimento	2 de janeiro de 2015
Origem dos povoadores	Campo Loro, Ebetogue, Garay
Serviços existentes na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de serviços básicos: precisam comprar água potável. • Escola desde o 1º ano até ao 4º ano. Tem dois professores (uma mulher e um homem). • Duas igrejas (uma de mórmons e uma evangélica)
Estrutura organizacional da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Não é uma comunidade. De acordo com a Prefeitura Municipal de Filadelfia, o povoado reconhece que é um Bairro. No entanto, contam com um representante e não com um líder. O representante é o atual professor do Bairro. Tem quatro conselhos, um por cada rua. • Existe uma comissão de mulheres dedicadas ao artesanato e a várias atividades.

Principais atividades laborais, de acordo com o gênero	
Homens	Mulheres
Alvenaria, tratorista e nas fazendas (Os Ayoreos dedicam-se muito pouco a trabalhar na horta ou nos supermercados).	<ul style="list-style-type: none"> • Algumas trabalham no artesanato e outras recolhem e reciclam o lixo. • Trabalho sexual "Trabalhadoras de rua". • Empregadas domésticas.
Principais problemas nas crianças, com adolescentes e mulheres, identificados pelos habitantes	
Crianças	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de aprendizagem e abandono escolar por motivos econômicos. Falta de merenda escolar nas escolas. • Falta de medicamentos nos serviços de saúde. • Início precoce de "dependências": tabaco e álcool.
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado abandono escolar por razões de dependência de álcool e de outras drogas. • Início precoce da vida sexual - parceiros jovens e casamentos precoces. • Violência • Pobreza
Mulheres adultas	<ul style="list-style-type: none"> • Violência contra as mulheres por parte dos indígenas e das instituições (violência institucional e estrutural). • Início precoce da vida sexual. Gravidez precoce.

QUADRO 16

Comunidade	CACIQUE MAYETO
Povoado	Enlhet Norte
Número de famílias registradas	250 (aproximadamente 1500 pessoas)
Quantidade de terras	2 hectares, escriturados em nome da comunidade
Ano de estabelecimento	Sem dados
Origem dos povoadores	Aldeões, alguns da zona de Puerto Casado
Serviços existentes na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Possui serviços básicos: água potável e energia elétrica. • Escola Básica que funciona desde a pré-escola até ao 7º ano. • Ensino desde o 8º até o 9º ano. • Posto de saúde • Rádio comunitária FM • Escritório dos membros do conselho • Uma igreja evangélica • Campo comunitário
Estrutura organizacional da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Um líder principal • Um conselho comunitário composto por homens e mulheres. • Possuem uma comissão de mulheres da igreja, de esportes, de saúde e de educação. • De acordo com a decisão dos habitantes ou do líder principal, não existe período de mandato. Se não funcionar, mudam a regra e os conselhos convocam a assembleia.

Principais atividades laborais, de acordo com o gênero	
Homens	Mulheres
Alvenaria, tratorista e nas fazendas (Os Ayoreos dedicam-se muito pouco a trabalhar na horta ou nos supermercados).	<ul style="list-style-type: none"> • Algumas trabalham no artesanato e outras recolhem e reciclam o lixo. • Trabalho sexual: "Trabalhadoras de rua". • Empregadas domésticas
Principais problemas com crianças, adolescentes e mulheres, identificados pelos habitantes	
Crianças	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de aprendizagem e abandono escolar por motivos econômicos. Falta de merenda escolar nas escolas.
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado abandono escolar por razões de dependência de álcool e de outras drogas. • Início precoce da vida sexual - parceiros jovens e casamentos precoces. • Início precoce e elevado consumo de tabaco e de álcool. • Violência: maltratam os pais e as mães. • Pobreza
Mulheres adultas	<ul style="list-style-type: none"> • Violência contra as mulheres por parte dos indígenas (parceiros). • Pouca participação na tomada de decisões. • Início precoce da vida sexual. Gravidez precoce.

QUADRO 17

Comunidade	CAYIM O CLIM-NEULAND
Povoado	Nivacé
Número de famílias registradas	535 (aproximadamente 2600 pessoas)
Quantidade de terras	281 hectares
Ano de estabelecimento	1954
Origem dos povoadores	Pedro P. Peña, San José Esteros, Escalante.
Serviços existentes na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Uma escola do 1º até ao 7º ano. Uma escola do 8º ao 9º ano. • Um Posto de Saúde indígena e uma USF (Unidade de Saúde Familiar). • Água e um escritório, uma rádio e um campo comunitários. • Uma igreja católica, uma mórmon e uma evangélica.
Estrutura organizacional da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Tem dois líderes reconhecidos pelo INDI (Instituto Paraguai do Indígena). Um principal e outro vice. Eleito pela assembleia, de acordo com a decisão da comunidade. • Tem Conselho Comunitário integrado por homens e por mulheres. • Conselho administrativo - assessor (menonita). • A comunidade tem várias comissões: esportes, meio ambiente, educação. • Tem Colaboradoras de saúde.

Principais atividades laborais, de acordo com o gênero	
Homens	Mulheres
Alvenaria, tratorista, Cooperativa Neuland, outros trabalhos, postos de gasolina, empregados de grandes armazéns. Oficinas mecânicas e de pneus da colônia menonita.	<ul style="list-style-type: none"> • Empregadas domésticas em casa dos menonitas e dos pastores da igreja. • Empregadas no supermercado. • Como empregadas de limpeza no Hospital Concordia. • Recolhem o lixo. • Profissionais do sexo.
Principais problemas com crianças, adolescentes e mulheres, identificados pelos habitantes	
Crianças	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de aprendizagem e abandono escolar por motivos econômicos. Falta de merenda escolar nas escolas.
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado abandono escolar por razões de dependência de álcool e de outras drogas • Início precoce da vida sexual - parceiros jovens e casamentos precoces. • Início precoce e elevado consumo de tabaco, de álcool e de outras drogas (crack). • Violência: maltratam os pais e as mães. • Pobreza • Casos de sífilis
Mulheres adultas	<ul style="list-style-type: none"> • Violência doméstica por parte dos parceiros. • Falta de recursos econômicos (as mulheres agredidas são obrigadas a voltar para os agressores porque são economicamente dependentes deles). • Pouca participação na tomada de decisões. • Início precoce da vida sexual. Gravidez precoce. • Casos de sífilis.

QUADRO 18

Comunidade	YALVE SANGA-NEULAND
Povoado	Enlhet
Número de famílias registradas	837
Quantidade de terras	5.832 hectares
Ano de estabelecimento	1932
Origem dos povoadores	Campo Loa
Serviços existentes na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços básicos: água potável e energia elétrica. • Clínica indígena • Cooperativa comunitária • Igreja (menonita) • Escola: do 1º até ao 7º ano. • Escola do 8º ano até ao 3º ano do ensino médio. • Escola Agrícola • Internato • Campo comunitário

Estrutura organizacional da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Um líder principal que lidera todas as comunidades de Yalve Sanga (Robustiano Alemán). • Tem Conselho Comunitário integrado por homens, por pastores da igreja e por mulheres. • Comissão de mulheres: da igreja, artesãs e trabalho comunitário.
Principais atividades laborais, de acordo com o gênero	
Homens	Mulheres
Alvenaria, tratorista, postos de gasolina, empregados de grandes armazéns. Oficinas mecânicas e de pneus da colônia menonita.	<ul style="list-style-type: none"> • Empregadas domésticas em casa dos menonitas e dos pastores da igreja. • Empregadas no supermercado.
Principais problemas com crianças, adolescentes e mulheres, identificados pelos habitantes	
Crianças	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de aprendizagem e abandono escolar por motivos econômicos. Falta de merenda escolar nas escolas. • Doenças respiratórias e gastrointestinais leves e graves.
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado abandono escolar por razões de dependência de álcool e de outras drogas. • Início precoce da vida sexual. Parceiros jovens e casamentos precoces. • Gravidez precoce • Início precoce e elevado consumo de tabaco, de álcool e de outras drogas (crack). • Violência: maltratam os pais e as mães. • Pobreza • Casos de sífilis
Mulheres adultas	<ul style="list-style-type: none"> • Violência doméstica por parte dos parceiros. • Falta de recursos econômicos (as mulheres agredidas são obrigadas a voltar para os agressores porque são economicamente dependentes deles). • Pouca participação na tomada de decisões. • Início precoce da vida sexual. Gravidez precoce. • Casos de sífilis

QUADRO 19

Comunidade	YALVE SANGA-EFESO
Povoado	Enlhet
Número de famílias registradas	837
Quantidade de terras	5.832 hectares
Ano de estabelecimento	1932
Origem dos povoadores	Campo Loa

Serviços existentes na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços básicos: água potável e energia elétrica • Clínica indígena • Cooperativa comunitária • Igreja (menonita) • Escola: do 1º até ao 7º ano. • Escola: do 8º ano até ao 3º ano do ensino médio. • Escola Agrícola • Internato • Campo comunitário
Estrutura organizacional da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Um líder principal que lidera todas as comunidades de Yalve Sanga (Robustiano Alemán). • Tem Conselho Comunitário integrado por homens, por pastores da igreja e por mulheres. • Comissão de mulheres: da igreja, artesãs e trabalho comunitário.
Principais atividades laborais, de acordo com o gênero	
Homens	Mulheres
Alvenaria, tratorista, postos de gasolina, empregados de grandes armazéns. Oficinas mecânicas e de pneus da colônia menonita.	<ul style="list-style-type: none"> • Empregadas domésticas em casa dos menonitas e dos pastores da igreja. • Empregadas no supermercado.
Principais problemas com crianças, adolescentes e mulheres, identificados pelos habitantes	
Crianças	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de aprendizagem e abandono escolar por motivos econômicos. Falta de merenda escolar nas escolas. • Doenças respiratórias e gastrointestinais leves e graves.
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado abandono escolar por razões de dependência de álcool e de outras drogas. • Início precoce da vida sexual - parceiros jovens e casamentos precoces. • Gravidez precoce • Início precoce e elevado consumo de tabaco, de álcool e de outras drogas (crack). • Violência: maltratam os pais e as mães. • Pobreza • Casos de sífilis
Mulheres adultas	<ul style="list-style-type: none"> • Violência doméstica por parte dos parceiros. • Falta de recursos econômicos (as mulheres agredidas são obrigadas a voltar para os agressores porque são economicamente dependentes deles). • Pouca participação na tomada de decisões. • Início precoce da vida sexual. Gravidez precoce. • Casos de sífilis

7.5 Conclusões e recomendações: lacunas, boas práticas e oportunidades de trabalho

Depois de realizar uma triangulação entre as diferentes fontes de informação (populações indígenas, referências institucionais sobre violência e saúde e equipe de investigação composta por alguns

entrevistadores indígenas e todos com grande conhecimento das comunidades do estudo) foram identificadas vários pontos positivos e oportunidades, que em conjunto, originam fatores facilitadores para a implementação de ações com o objetivo de melhorar a resposta institucional em casos de violência e de HIV. Da mesma maneira, também foram identificadas desvantagens e ameaças que devem ser tidas em consideração no planejamento das intervenções, uma vez que estes fatores

constituem um risco para a programação que iria condicionar a viabilidade e a eficácia das ações.

Para esta análise utilizou-se a estratégia F.O.F.A. (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) para descrever os cenários internos e externos que permitem identificar os aspectos positivos que devem ser mantidos e fortalecidos, e os aspectos negativos que devem ser minimizados de maneira a desenvolver um plano/programa/projeto/estratégia orientado para os resultados abordados.

Os fatores identificados situam-se entre níveis lógicos: i) um nível individual e coletivo das mulheres como sujeitos de direitos políticos derivados das suas crenças, dos seus conhecimentos, das suas atitudes e das suas práticas, ii) um nível intermediário comunitário que explora a organização do poder e, ao mesmo tempo, o acesso aos diferentes serviços, e iii) um nível de resposta institucional, que explora a capacidade de responder aos casos de HIV e de violência por parte das instituições públicas, bem como o nível de articulação e de trabalho organizado.

Estes fatores têm a propriedade de se situar em diferentes campos de análise de cenários, ou seja, são simultaneamente vantagens/desvantagens e oportunidades/ameaças.

Os materiais para a análise constituíram as entrevistas a diferentes informantes (indígenas e agentes chave institucionais) e a elaboração em conjunto com a equipe de investigação das conclusões e das recomendações.

7.5.1 Concepção, percepção e atitude particularmente relacionadas ao fenômeno e abrangência do conceito de violência e aspectos relacionados ao HIV, como ponto de partida para o empoderamento das mulheres

Vantagens e oportunidades: A percepção da violência nas comunidades indígenas entrevistadas oscila entre o objetivo (situações concretas) e o subjetivo (situações vividas internamente e nem sempre observáveis). As situações objetivas são do tipo situacional, com fatores desencadeadores concretos

e com consequências visíveis e mensuráveis. Ou seja, a violência seria qualquer ato que é causado por um fator conhecido (álcool, falta de dinheiro, infidelidade) e cujo objetivo seria originar um dano objetivo, visível e/ou sentido (lesões, sequelas, dor, sofrimento, infelicidade).

Os principais tipos de violência são: física, psicológica e sexual. Em poucos casos também é reconhecida a violência econômica.

Ao mesmo tempo, o conceito de violência como uma perturbação/lesão do "ser" e da "alma" também foi identificada nos discursos analisados. Aparentemente este tipo de violência tem uma consequência ou uma sequela que não é imediatamente visível. No entanto, origina um grande sofrimento, desequilíbrio, perturbação e infelicidade nos entrevistados, especialmente nas mulheres e nas jovens.

A maioria das pessoas está familiarizada com as instâncias de denúncia, internas ou externas, e recorrem a elas de acordo com a avaliação de cada caso em particular.

Todos os grupos apresentam conhecimentos sobre o HIV (doença infecciosa causada por um vírus, incurável e com tratamento crônico). Também identificam corretamente os meios de transmissão (sobretudo a sexual) e os métodos de prevenção (abstinência, fidelidade mútua e o uso do preservativo). No que diz respeito aos fatores de risco, identificam os fatores relacionados com o comportamento sexual (vários parceiros sexuais, início precoce da vida sexual, não usar preservativo, trabalho sexual e relações sexuais com pessoas do mesmo sexo).

Ter informação correta sobre as questões relacionadas com o HIV é um bom ponto de partida, no entanto, não é suficiente para motivar mudanças nos comportamentos nem para adotar condutas preventivas.

Desvantagens e Ameaças: outros tipos de violência não visivelmente reconhecidos nem contundentes, não seriam considerados violência. No caso da violência estrutural ou simbólica, ao não existirem sequelas tão evidentes, a violência seria naturalizada e/ou legitimada culturalmente (o caso do sexo ou do casamento precoce).

Existem também os "pontos cegos" no momento de refletir sobre as causas ou sobre os fatores de risco da violência. Apenas o elevado consumo de álcool, de drogas, a escassez de recursos econômicos, o ciúme, a infidelidade, entre outros, são encarados como fatores relacionados com a violência.

Entende-se o conceito de "causas das causas", ou seja, os fatores distais que originam cenários de vulnerabilidade conducentes à violência, tais como o gênero, o sexo, a idade, a pobreza, a desigualdade de oportunidades, a perda da casa e das terras, as migrações forçadas para centros urbanos, a violência institucional, a discriminação, entre outros.

Estes determinantes sociais, apesar de não explicitados diretamente, são percebidos como fatores que se relacionam com a violência em todas as suas manifestações.

É citado que existem problemas de acesso às terras e essa situação origina superlotação em uma área urbana, o que favorece um ambiente agressivo (alcoolismo, jogos, abuso sexual, entre outros.). Os entrevistados estão cientes das causas profundas e distais da violência. Refere-se o fato de ser mulher e tentar gerir problemas com as autoridades, as quais prestam mais atenção aos homens. Isso indica que existe alguma consciência do fator gênero (embora não o expliquem com palavras nem com frases tecnicamente corretas).

A maioria, e afirmou-se de outra forma, testemunha violência institucional, especialmente nos postos de saúde, onde não são atendidos e são excluídos por pertencerem a postos de saúde frequentados por menonitas, quando têm seguro. Ao mesmo tempo, também considera um ato de exclusão (violência) o fato de que as instituições não tenham colaboradores/voluntários das comunidades, que facilitem a comunicação na língua materna e a compreensão dos conteúdos muitas vezes técnicos e complexos.

A percepção e a atitude em relação à violência não são uma questão menor nem meramente teórica, uma vez que esta cosmovisão da violência determina o comportamento das pessoas e a tomada de decisões em relação ao fenômeno percebido.

Da mesma maneira que possuem conhecimento sobre a violência, as pessoas também identificam claramente os fatores predisponentes relacionados com a infecção pelo HIV. No entanto, a análise termina com o reconhecimento dos fatores mais próximos e evidentes, especialmente aqueles relacionados ao comportamento sexual. Este conceito de risco focaliza a conduta e o comportamento individual, ou seja, a pessoa que contrai o HIV é porque "fez alguma coisa", sendo que a responsabilidade é sua. Não se compreende uma reflexão além deste nível, tal como realizar um vínculo com outros determinantes, como a pobreza, o gênero ou a etnia.

O HIV, embora seja encarado como uma ameaça, também é considerado como algo "externo" ou dos "outros". Tal pensamento poderá distorcer a percepção de risco, tanto individual como coletiva.

Apesar de dominar informações corretas sobre o HIV e sobre os meios de prevenção e de transmissão, isso não se reflete na adoção de comportamentos preventivos. O elevado consumo de álcool na população masculina, especialmente entre os mais jovens, o início precoce da vida sexual, legitimado por motivos culturais, e a percepção de ameaças do HIV como algo distante e externo (o HIV é uma doença dos "outros", dos paraguaios e dos estrangeiros, não é uma doença dos indígenas), focalizado em "grupos de risco", tais como HSH e as mulheres profissionais do sexo. Gera, sobretudo, uma percepção distorcida do risco que condiciona uma correta tomada de decisão. Uma boa gestão dos riscos envolve a clara percepção das ameaças, por um lado, o HIV e, ao mesmo tempo, a avaliação do próprio grupo como sendo vulnerável ao vírus, através da identificação correta dos fatores de risco associados.

O risco de contrair o HIV está relacionado com o comportamento "individual", ou seja, a responsabilidade é pessoal e não é encarada como responsabilidade dos fatores estruturais, políticos, econômicos e sociais que afetam certas pessoas no momento de tomar decisões, uma vez que estes fatores originam desigualdades e diminuem a capacidade de controlar as pessoas em relação aos seus determinantes sociais e fatores de risco, expondo-as a cenários de maior vulnerabilidade.

Recomendações: esta última análise, mais contextual e estrutural da violência, e da vulnerabilidade ao HIV, foi descrita pela equipe de investigação com base nos relatos dos/as entrevistados/as. Apesar de ser evidente para a equipe a relação entre pobreza, gênero, etnia e violência, nem sempre este nível de reflexão se encontra de forma explícita nos relatos dos indígenas.

A maioria das comunidades que foram entrevistadas está localizada em centros urbanos e estão expostas a diferentes processos de exclusão e de discriminação baseados principalmente na pobreza extrema e em outras variáveis como o gênero e a etnia.

A este respeito, é de fundamental importância criar espaços de análise e de reflexão, na esfera comunitária, que permitam que as pessoas reconheçam a existência de fatores distais, nem sempre visíveis, mas que originam e mantêm os processos de exclusão e de subordinação dos povos indígenas.

O processo de empoderamento inicia-se quando as pessoas vulneráveis identificam e reconhecem quais são os determinantes sociais, que diminuem o seu poder para exercer controle sobre os seus fatores de risco, de forma que possam controlá-los.

Em especial no caso das mulheres, reconhecer que o gênero, a classe e a etnia são variáveis que, no seu conjunto, exercem um controle sobre os seus processos de tomada de decisão, em favor dos grupos dominantes, perpetuando esta dependência. É um elemento fundamental para iniciar um processo de empoderamento e de participação na tomada de decisões, tanto internamente dentro das comunidades, como na esfera das políticas públicas do estado.

Identificam-se várias hipóteses que devem ser tomadas em consideração no momento de desenvolver estratégias de empoderamento para as mulheres indígenas:

- A necessidade de construir um espaço político alternativo. Os poderes são construídos de forma coletiva.
- A tomada do poder através da organização e da participação implica mudanças no interior

das organizações indígenas. O exercício do poder tradicional através dos líderes e dos conselhos, na sua maioria formados por homens, precisa de uma mudança em direção a práticas mais horizontais, participativas e democráticas. As mulheres têm um papel fundamental neste processo.

- A liderança deve ser desenvolvida por e para as mulheres, como uma maneira alternativa de exercício do poder.
- A participação da mulher deve ser fortalecida, primeiro no interior das comunidades e posteriormente através da conquista do espaço público, onde se originam as mudanças políticas e culturais.
- Para exercer este papel (liderança mediante a participação e o exercício do poder), as mulheres devem ser previamente sensibilizadas e empoderadas no que diz respeito às suas identidades culturais, respeitando as suas origens e características. Deve revitalizar-se a identidade da mulher indígena.
- A tomada e o exercício do poder não são obtidos através de um processo de empoderamento individual nem através de uma liderança única, mas sim tendo em consideração a visão do "coletivo", que se tem a partir da identidade da mulher e do indígena. As mulheres indígenas construíram o seu poder desde o coletivo, com outras mulheres, e para tal, a articulação é um processo fundamental.
- A formação é um requisito fundamental. Não é possível que as mulheres exijam os seus direitos, se não os conhecem. A noção de "sujeito de direitos" constrói-se desde o conhecimento dos direitos e do respectivo exercício. A formação não deve estar orientada apenas para originar informações e conhecimentos, mas deve estar também orientada para construir sujeitos políticos, com poder de decisão e desta maneira desenvolver os interlocutores válidos perante os tomadores de decisões, tanto no interior das comunidades como nas instituições públicas.
- Deve-se garantir e promover espaços de encontro, de diálogo e de reflexão entre as mulheres, com um

acompanhamento por parte de instituições sensíveis e capacitadas, com uma abordagem intercultural e que desenvolvam conteúdos relacionados com o poder, com a participação, com a liderança e com a tomada de decisões. Neste sentido, é essencial o papel e a participação no processo de Articulação da Mulher Indígena

do Paraguai (MIPY), sendo a primeira rede de mulheres indígenas, de diferentes povoações, organizadas com a finalidade de promover as políticas públicas e o empoderamento das mulheres indígenas.

- Garantir os recursos materiais, financeiros e humanos exigidos pelo Estado pelos organismos de cooperação, para que este processo de empoderamento, de participação e de liderança seja possível.

7.5.2 Acesso e demanda de serviços de saúde e relacionados com violência das mulheres e jovens indígenas

Vantagens e Oportunidades: Todos os entrevistados, independentemente do gênero e da faixa etária, foram capazes de identificar corretamente as instâncias de ajuda e de apoio em caso de violência e de exposição ao HIV, tanto na esfera interna como externa à comunidade.

Internamente, a principal instância de decisão no caso de violência são os organismos governamentais da comunidade (líderes e conselhos) e em alguns casos a igreja. No entanto, reconhecem outras instituições externas, tais como a polícia, a procuradoria, os CODENIS, entre outros, como fontes institucionais de ajuda e de apoio.

Ao contrário da violência, cujo principal âmbito operativo reside no interior da comunidade, no que diz respeito ao HIV, os entrevistados reconhecem claramente o sistema de saúde (estadual, departamental, municipal e privado) como a principal fonte de aconselhamento, apoio, tratamento e encaminhamento.

Um fator que é valorizado e que gera um elevado nível de confiança nos serviços de saúde, ao contrário do que acontece nas instituições responsáveis pelos

casos de violência, é que estes serviços possuem membros das comunidades na qualidade de funcionários, de colaboradores e/ou de voluntários. Como tal, estes prestadores de serviços têm a facilidade de acessar e de abordar as comunidades e as pessoas que recorrem aos diferentes serviços de saúde, não apenas no seu idioma, mas também através de uma abordagem culturalmente adequada, porque possuem as mesmas características culturais. Estas pessoas são um importante elo entre as instituições (neste caso os serviços de saúde) e os povos indígenas.

Os métodos de prevenção (preservativos) e de planejamento familiar (métodos modernos, como comprimidos e injeções) são conhecidos pelos entrevistados e também conhecem as fontes de acesso a eles (serviços de saúde pública e privada). É identificada uma avaliação positiva e um uso generalizado dos métodos modernos de planejamento familiar por parte das mulheres. Também é relatado que as decisões sobre a saúde sexual e reprodutiva são realizadas em conjunto na maioria dos casos.

Estão disponíveis gratuitamente métodos de prevenção e de planejamento familiar nos serviços de saúde.

No que diz respeito aos meios de informação sobre saúde e HIV são identificadas diversas fontes, de acordo com a idade dos entrevistados. Os adultos consideram os serviços de saúde e, em alguns casos, as estações de rádio comunitárias e as igrejas como fontes válidas de informação. Os adolescentes e os mais jovens identificam como principal fonte de informação as instituições de ensino e os/as professores/as, nos quais confiam.

No que diz respeito à participação em formações, todos os grupos afirmaram ter participado, pelo menos uma vez, neste tipo de atividades organizadas principalmente pelos serviços de saúde e por outras instâncias departamentais e municipais.

Existem profissionais qualificados nos quais as comunidades confiam, já que são considerados entendidos na matéria.

Além disso, foram identificadas técnicas dos enfermeiros, colaboradores de saúde e voluntários indígenas, que colaboram de forma ativa com alguns serviços de saúde. Deste modo, facilita o acesso e a vinculação das mulheres indígenas, especialmente no que diz respeito aos serviços de saúde.

Desvantagens e Ameaças: É perceptível uma elevada influência das instâncias de governo interno (pastores, líderes e conselho), devido a pouca ou nenhuma confiança dos povos indígenas em relação às instituições do Estado, especialmente aquelas que trabalham a questão da violência (polícia, procuradoria, juízes, CODENI, entre outros).

As pessoas consideram estas instituições como alheias aos seus interesses e às suas realidades. Os seus instrumentos (leis e regulamentos) são considerados contraditórios em relação a alguns aspetos de sua cultura e da sua tradição (alguns as denominam "leis brancas", dando a entender que só se aplicam às pessoas não indígenas).

Essa atitude negativa também seria reforçada pela falta de participação e de envolvimento das comunidades no processo de construção, de execução e de validação de políticas públicas, que suas exigências específicas sejam atendidas.

Ao mesmo tempo, e ao contrário do setor da saúde, as instituições públicas que trabalham a questão da violência, não possuem nos seus recursos humanos membros de comunidades indígenas, na qualidade de colaboradores ou voluntários, que realizem a primeira abordagem, a vinculação, a ligação e o encaminhamento dos casos de violência detectados dentro das comunidades.

Também não possuem protocolos nem estratégias culturalmente adequados. Como já foi descrito, o conceito de violência e a respectiva abrangência, não é sempre o mesmo entre as culturas indígenas e o restante da população paraguaia, e esta percepção nem sempre se reflete nas normas e nas leis nacionais.

Em relação ao HIV, o principal obstáculo identificado é a baixa taxa de uso do preservativo, principalmente pelos homens.

Existem crenças associadas ao uso do preservativo que originam atitudes negativas ("o preservativo

pode romper-se" ou "o preservativo pode ficar dentro da mulher"). Outra explicação seria que o preservativo, como método de prevenção, não seria culturalmente adaptado às práticas sexuais dos povos estudados e, ao mesmo tempo, a influência das igrejas nas comunidades também constitui um fator relevante. As igrejas promovem métodos alternativos ao uso do preservativo como meio de prevenção do HIV e da gravidez indesejada. Por último, acrescenta-se a estas barreiras, a dificuldade de acesso por parte dos homens e, especialmente, dos mais jovens aos métodos de prevenção, ao contrário das mulheres, que recorrem com mais regularidade aos serviços de saúde, o que facilita o acesso aos métodos modernos de planeamento familiar. De acordo com o relatado nas entrevistas com os jovens, mesmo que o preservativo esteja disponível nos serviços de saúde, tanto os homens como as mulheres não o solicitam porque sentem "vergonha". Neste sentido, os aspetos culturais constituem obstáculos importantes ao acesso a determinados suprimentos e serviços, acima de outras barreiras de acesso como a disponibilidade de suprimentos ou as barreiras geográficas. Mesmo com serviços acessíveis e culturalmente adequados, e suprimentos gratuitos disponíveis, de qualidade e em quantidade suficiente, não irá existir um aumento nas demandas se não se abordarem previamente outras barreiras culturais.

Relacionado com o parágrafo anterior, o acesso aos serviços de saúde em geral e a participação em atividades de informação e de formação em particular, também estariam condicionados por aspetos culturais, mais especificamente por causa do género. É relatado que a responsabilidade da prevenção do HIV e o planeamento familiar recaem principalmente sobre as mulheres. Neste sentido, o homem permanece alheio a estas atividades. Via de regra, as mulheres participam nas formações em maior número quando comparado com os homens. Isto também se reflete na demanda de serviços de saúde, nos quais a lacuna de acesso em relação às mulheres continua a ser maior. Embora não haja estatísticas separadas por grupo étnico, no âmbito nacional, a demanda dos serviços de CTV (teste voluntário do HIV com aconselhamento) por parte dos homens é de apenas 20%, ou seja, em cada 10 pessoas que fazem o teste do HIV, apenas 2 são homens e as 8 restantes são mulheres (PRONASIDA, 2013).

Por fim, outro grande obstáculo no acesso e na demanda de serviços de saúde, relacionado com a violência, é o abuso e a discriminação que muitos indígenas relataram ter sofrido em várias instituições públicas.

Apesar de o setor da saúde ser encarado como "mais amigável" para com os indígenas, devido à incorporação de membros das comunidades nos serviços e também por ter alguns serviços exclusivos, como clínicas indígenas, ainda são relatados abusos. Em alguns casos a vantagem descrita anteriormente (clínicas de indígenas) torna-se uma barreira porque, conforme citado, alguns funcionários de saúde "convidam" os indígenas (que recorrem a alguns serviços públicos) a recorrer às suas "clínicas" (ou seja, as clínicas indígenas), uma atitude preconceituosa e evidentemente segregacionista. Tais atitudes são claramente mais perceptíveis nas instituições públicas que trabalham a questão da violência (polícia, governo, município, procuradoria, CODENI, entre outros.).

Foi descrito neste estudo, o fato de algumas mulheres entrevistadas ter afirmado que as suas denúncias não eram tidas em consideração por parte de algumas instituições, já que os funcionários lhes solicitavam a "autorização" do seu líder para fazer a denúncia ou então que voltassem novamente à instituição, mas "acompanhada" pelo líder. Este tipo de abordagem poderia ser interpretado como misógino, racista e classista, sendo que a denúncia de uma mulher indígena valeria menos se a realizasse sozinha. No entanto, teria mais valor, se se fizesse acompanhar pela "autorização" de um homem, neste caso o líder da comunidade.

Este tipo de atitudes e de comportamentos originam receio e muita desconfiança em relação às instituições públicas, o que origina pouca motivação para recorrer a elas, principalmente em casos de violência. Como resultado, as situações de violência tendem a ser encaminhadas para o líder e para o conselho, e o nível de atividade permanece num espaço interno e doméstico.

Recomendações: O que foi conquistado no setor da saúde através da incorporação de referências locais e de indígenas nos serviços de saúde como funcionários, colaboradores e voluntários é uma

boa prática que poderia ser reproduzida no âmbito das instituições na abordagem à violência.

Nenhuma instituição que trabalha, direta ou indiretamente, com a temática da violência têm recursos humanos pertencentes às comunidades indígenas. Instituições como o governo, o município, a polícia, a procuradoria e outros não têm capacidade para acessar nem para se vincular aos indígenas, que poderiam procurar os respectivos serviços, de fato, a única instância mediadora são os líderes e o conselho, que têm o poder de decidir que casos são encaminhados e que não são.

Neste sentido, é estratégico formar um grupo de indígenas e inseri-los em tais instituições como mediadores e facilitadores de acesso às pessoas afetadas pela violência. Estas instituições, como já foi descrito, são consideradas alheias aos interesses e às necessidades dos indígenas, o que juntamente com experiências de abuso e de discriminação são vistas com grande desconfiança e com pouco poder de resolução.

Contar com funcionários indígenas, colaboradores legais, voluntários qualificados em matéria de direitos humanos, gênero, infância e com um bom conhecimento do quadro jurídico existente poderia ser um elemento facilitador para desenvolver um vínculo de confiança entre as pessoas e as suas instituições, facilitando assim o acesso através de duas maneiras, por um lado, das pessoas para com as instituições e, por outro, o acesso das instituições públicas ao interior das comunidades através do trabalho externo dos recursos humanos como agentes de ligação.

Ao mesmo tempo, é necessário ter em consideração que o acesso e a demanda de serviços não estão apenas relacionados com a discriminação nem com a disponibilidade de suprimentos, mas também é essencial o aspecto cultural, uma vez que origina padrões de comportamento em relação à demanda de serviços de saúde. Neste sentido, observa-se uma lacuna de acesso aos serviços de saúde para os homens, principalmente os mais jovens. Não existem estratégias nem abordagens adequadas para homens nem para adolescentes e jovens, para promover

os serviços de saúde, levando em consideração as suas necessidades específicas. A estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde estão tradicionalmente orientados para a saúde materna e infantil.

No que diz respeito às estratégias e aos protocolos de atendimento em caso de violência, não se identificam abordagens específicas ao agressor no âmbito institucional. A violência é um fenômeno integral que envolve as partes envolvidas e o respectivo meio ambiente, abordar a vítima sem integrar nesse processo a família, a comunidade e, principalmente, o parceiro, limita o sucesso das intervenções.

Assim, estabelecem-se as seguintes linhas de ação estratégicas:

- Identificar, selecionar e formar as referências das comunidades indígenas, de maneira a inseri-las nas diferentes instituições que trabalham a temática da violência. Ampliar este trabalho ao setor da saúde.
- Realizar trabalho de advocacia juntamente com as autoridades departamentais e nacionais, para garantir recursos financeiros para a contratação de Recursos Humanos para as comunidades e garantir a sua incorporação formal nas instituições.

O trabalho voluntário deve ser promovido. No entanto, não pode substituir o papel e a função das instituições. O voluntariado é um complemento importante que cumpre funcionalidades específicas, particularmente relacionadas com o envolvimento das comunidades nos processos de planejamento, implementação e avaliação das ações. As comunidades devem entender que são parte do processo de tomada de decisões e apropriar-se das iniciativas, apenas dessa maneira a sustentabilidade das ações é garantida.
- Desenvolver um processo de adaptação cultural das medidas adotadas pelas instituições. Como já foi mencionado, as crenças, as atitudes e as percepções dos indígenas sobre a violência e o HIV são peculiares, e essas peculiaridades devem ser incorporadas nas estratégias de abordagem para terem impacto nas pessoas, respeitando as suas identidades culturais, e se

possível, a sua língua materna. Sem isto, os indígenas continuam a encarar as ações institucionais como alheias à sua realidade.

- Desenvolver estratégias que contemplem as diferenças de gênero e de idade, para aumentar a demanda especialmente de serviços de saúde. Deve incidir principalmente no acesso dos homens e dos adolescentes. O homem deve estar envolvido em qualquer processo de tomada de decisões, relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, bem como na prevenção do HIV. Muitas mulheres apesar de terem acesso à informação e métodos de proteção, não têm nenhum controle sobre os mesmos, porque, na maioria dos casos, os seus parceiros é que tomam decisões a este respeito (não usam o preservativo, e são contra os métodos de planejamento familiar). Os serviços de saúde devem identificar as estratégias adequadas para envolver os homens na tomada de decisões em conjunto com as mulheres.
- Realizar um estudo sobre as atitudes em relação ao preservativo como meio de prevenção e com base nos resultados, conceber estratégias para melhorar a receptividade deste método preventivo, principalmente por parte dos jovens.
- Formar e sensibilizar os funcionários e os prestadores de serviço sobre questões relacionadas com a abordagem dos Direitos Humanos e do multiculturalismo. Existe um marco normativo e legal que deve ser cumprido pelas instituições públicas. Desenvolver o mecanismo de controle, de acompanhamento e de monitoramento da qualidade do atendimento e da satisfação do utilizador/a.

7.5.3 Fortalecimento e democratização das instâncias formais de decisão no interior das comunidades (líderes e conselhos)

Vantagens e Oportunidades: como mencionado durante a apresentação dos resultados, as instâncias governamentais internas das comunidades (líderes e conselhos) desempenham um papel fundamental na vida organizacional das comunidades.

Como instâncias de tomada de decisões e com grande capacidade de resposta para vários problemas, a sua existência e o seu funcionamento são oportunidades que, se bem orientadas, permitiriam realizar mudanças e progressos em matéria de violência e de exposição ao HIV.

É uma plataforma de organização política e de governança elegida pela assembleia, necessária para que as comunidades indígenas sejam representadas nas instâncias políticas externas e, ao mesmo tempo, necessária para conseguir espaços de diálogo e de tomada de decisões internamente.

Ao mesmo tempo, é importante levar em consideração a influência das igrejas em algumas comunidades, que as consideram um elemento fundamental com líderes de opinião importantes, e que poderiam tornar-se aliados ou barreiras, que iriam condicionar ou até impedir o desenvolvimento de estratégias integrais contra a violência e contra a tomada de decisões em relação à prevenção do HIV.

Desvantagens e Ameaças: Os líderes e os conselhos constituem a primeira instância de resolução de conflitos no interior das comunidades, incluindo os casos de violência. São instâncias fechadas, que não permitem a participação de agentes chave externos nem das instituições do Estado, que trabalham a temática da violência. As denúncias são condicionadas pelas decisões do líder e do conselho, que decidem quais são os casos que devem ser encaminhados para as instâncias institucionais (polícia, procuradoria, CODENI, entre outros), e quais não devem ser.

Ao mesmo tempo, estas instâncias não têm uma abordagem concreta nem definida em caso de violência, aparentemente aborda-se de acordo com cada caso em particular. No entanto, independentemente do caso de violência, a estratégia de solução passaria por manter e preservar a "ligação" entre o agressor e a vítima. Esta abordagem diverge das medidas de proteção, de implementação imediata, estabelecidas no quadro jurídico relacionado com a violência de gênero, que visa preservar a vida e a integridade física e psicológica da vítima, acima da relação entre os envolvidos.

Por vezes, os interesses do líder e do conselho não poderiam estar em sintonia com os interesses

da comunidade em geral, e muito menos com as necessidades, demandas e reivindicações particulares de grupos específicos, especialmente mulheres, jovens e adolescentes, ou seja, grupos que não são vistos como referências importantes na tomada de decisões dentro da comunidade.

A estrutura destes órgãos de governo internos tem um forte viés masculino, já que são maioritariamente constituídos por homens. De fato, algumas mulheres disseram que os seus direitos estão longe de ser garantidos nestas instâncias de estruturas verticais, em que o poder está centrado principalmente nos homens.

Algumas entrevistadas reconhecem que apesar de algumas mulheres fazerem parte de alguns conselhos e de formarem comissões, elas não estão fortalecidas nem exercem uma participação importante na tomada de decisões no interior dos conselhos.

Voltando ao papel das igrejas, às vezes, a primeira instância a que recorrem muitos indígenas, especialmente as mulheres, em caso de violência é ao pastor da comunidade e não ao líder nem ao conselho.

A abordagem pela igreja não é clara nem segue um protocolo estabelecido. As suas ações seriam limitadas ao "conselho", à vítima, ao agressor e a proporcionar apoio espiritual. Identificou-se que na maioria dos casos o objetivo destas intervenções seria preservar o vínculo e a família dos envolvidos, o que promove a prática que a vítima permaneça vinculada ao seu agressor, inclusive na mesma casa.

Em relação à prevenção do HIV, os profissionais de saúde entrevistados identificaram claramente como uma barreira a intervenção dos pastores e sua influência na tomada de decisões, principalmente em relação às mulheres. O uso do preservativo não é valorizado, pelo contrário, de acordo com os funcionários de saúde, até promovem a não utilização.

Recomendações: esta seção está estreitamente vinculada às recomendações sobre a participação, a articulação e o empoderamento das mulheres.

Nesta seção descreveu-se o modo como as mulheres são chamadas para exercer o poder através da organização e do empoderamento, processos que se iniciam com uma maior participação na tomada de decisões no interior das suas comunidades. Como descrevemos neste estudo, embora existam organizações de mulheres, estas não têm um propósito político, mas sim um propósito assistencialista e com pouca relevância nas decisões da comunidade, mesmo se existirem mulheres nos conselhos.

O líder e o conselho concentram grande poder nas decisões que afetam toda a comunidade. No entanto, muitas vezes, essas decisões não refletem o conjunto de necessidades e de interesses de vários grupos, especialmente das mulheres e dos adolescentes.

Neste sentido, muitas mulheres consideram necessário construir uma alternativa válida ao exercício e à prática do poder, através da participação ativa das mulheres. Por sua vez, os mais jovens também demandam mais participação e que as suas vozes sejam ouvidas pelos líderes e pelos conselhos.

Neste estudo, foram detestadas atitudes ambíguas em relação ao papel dos conselhos e do tipo de liderança dos respectivos representantes. Por um lado, existem pessoas que aceitam essa organização do poder como parte da autonomia da comunidade e como uma maneira de preservar a ameaça "externa" das instituições "brancas". Ao mesmo tempo, existem as vozes discordantes que, cada vez mais, denunciam e exigem mudanças no interior dessas estruturas, que consideram muito vinculadas a interesses econômicos e políticos externos (algumas pessoas identificam interesses econômicos entre os líderes e determinados grupos empresariais e político-partidários).

Não se questiona, via de regra, a existência destas instâncias de poder e governamentais. De fato, sabem que é necessário. No entanto, questionam o seu papel e o seu funcionamento e, sobretudo, as decisões tendenciosas, verticais e pouco pragmáticas.

Face ao exposto, identificam-se as seguintes linhas de intervenção:

- Fortalecer as organizações de mulheres existentes e orientar as respectivas ações, com o objetivo de participar nas políticas e de aumentar o envolvimento na tomada de decisões comunitárias. Promover a constituição deste tipo de grupos nas comunidades que não os possuem.
- Identificar, formar e empoderar as líderes comunitárias, eleitas pelas próprias colegas, como pontos focais de cada comunidade, e que elas tenham a autoridade para representar as mulheres das respectivas comunidades em diferentes espaços. Formá-las em relação às ferramentas conceituais e processuais necessárias para negociar com os órgãos de poder, promovendo a tomada de decisões que beneficiem as mulheres.
- Criar comissões de mulheres com influência no conselho da comunidade, conceder-lhes o poder e a autoridade de decidir os procedimentos governamentais e eleitorais dos representantes para o conselho.
- Promover a modificação dos estatutos que regem o funcionamento dos conselhos e os papéis dos líderes, com o objetivo de refletir adequadamente todos os interesses dos diferentes grupos que compõem a comunidade e que não estão representados em tais órgãos de poder (mulheres, jovens, adolescentes, crianças e idosos).
- Fomentar espaços de intercâmbio de experiências interétnicas entre mulheres de diferentes povoações e comunidades, com o objetivo de estabelecer agendas comuns e ações coordenadas.
- Promover espaços de diálogo e de reflexão entre os adolescentes e os jovens indígenas, através de técnicas participativas e vivenciais. A participação dos jovens na tomada de decisões comunitárias tem um fim em si mesmo, considerando que são eles os principais protagonistas de muitos dos problemas identificados relacionados com a violência, com o HIV e com a saúde reprodutiva, mas sem representantes perante os responsáveis pela tomada de decisões.

7.5.4 Resposta Institucional no âmbito departamental e local em matéria de violência e HIV

Vantagens e oportunidades: existem instituições com diferentes capacidades de resposta e com Recursos Humanos formados na temática. Possuem a tarefa de abordar todos os tipos de violência através de protocolos e de estratégias já estabelecidas pelo marco normativo e legal existente.

As esferas do governo local (governo e município) e central (Centro Regional da Mulher dependente do Ministério da Mulher) realizam atividades de sensibilização e de formação para as mulheres, adolescentes e para as pessoas idosas, com uma abordagem de Direitos Humanos e de gênero.

Em alguns casos observa-se certa articulação em relação às atividades. Por exemplo, se o Centro Regional da Mulher realiza uma oficina numa área remota, o Governo fornece apoio logístico e meios de transporte.

Existem Recursos Humanos com compromisso e formação em questões de gênero, de violência e Direitos Humanos.

Em geral, todas as instituições entrevistadas mostraram abertura, boa atitude e vontade política para participar, colaborar e/ou coordenar as ações relacionadas com as atividades do projeto potencial “Reforço dos serviços integrados para as mulheres indígenas afetadas pelo HIV e pela violência”, e valorizam de forma muito positiva a incorporação de voluntários das próprias comunidades indígenas como uma estratégia válida e eficaz para trabalhar com esta população.

No que diz respeito à resposta institucional em relação ao HIV, este é o aspecto que foi mais trabalhado, levando em consideração que os recursos destinados à saúde são maiores do que aqueles destinados às instituições que tratam de casos de violência.

Existe uma rede integrada de serviços de saúde que abarca desde os atendimentos mais simples até aos serviços de alta

complexidade. Também se valoriza a existência de serviços financiados por fontes privadas que trabalham com os indígenas, é o caso da clínica indígena de Filadelfia, um serviço exclusivo financiado e gerido pelas Cooperativas de Colonos Menonitas.

Independentemente do regime de financiamento dos serviços (públicos, departamentais, municipais ou privados, ou uma combinação destes), em todos eles existem acordos com o Ministério da Saúde Pública, que permite que alguns programas ministeriais sejam oferecidos, de forma gratuita. É o caso, entre outros, dos programas de saúde sexual e reprodutiva e de HIV. Em todos estes serviços o teste do HIV e da sífilis é gratuito.

As pessoas com diagnóstico positivo para o HIV são encaminhadas para o Hospital Regional para dar início ao tratamento.

Outro aspecto positivo e uma boa prática, já descrita em seções anteriores, é a inclusão de indígenas nos serviços de saúde. Existem algumas técnicas de enfermagem e colaboradores de saúde que trabalham em alguns serviços e que estabelecem vínculos com as comunidades.

Ao mesmo tempo, os serviços de saúde oferecem sistematicamente atividades de informação e de formação sobre questões relacionadas com o HIV, apesar de algumas dificuldades de convocatória e de participação, os prestadores de cuidados de saúde souberam experimentar estratégias alternativas para facilitar o acesso a estas palestras e motivar a permanência nelas. Esta situação reflete o interesse e o empenho de algumas referências de saúde em relação às necessidades dos indígenas, aspectos que devem ser reforçados.

As instituições nacionais e departamentais relatam ter dados estatísticos sobre casos de violência por parte das instituições notificadoras (polícia, serviços de saúde, colaboradores, juízes de paz, entre outros.), bem como estatísticas sobre o HIV e casos confirmados. Para ambos os casos, existem instrumentos de notificação padronizados, fluxogramas de encaminhamento e protocolos de atuação.

Desvantagens e Ameaças: A capacidade de resposta institucional está condicionada à colaboração dos líderes indígenas e dos conselhos comunitários indígenas. Via de regra, a política de não intervenção externa imposta pelas autoridades das comunidades indígenas proíbe a participação em casos de violência. Desta maneira, não é possível abordar de forma integral os casos de violência, no interior das comunidades, através da aplicação de protocolos de intervenção já estabelecidos (denúncia, verificação, exclusão do agressor e/ou restrição de se aproximar da vítima, proteção, apoio e acompanhamento à vítima).

Ao mesmo tempo, por vezes estas instâncias não recebem as denúncias dos indígenas se não forem acompanhadas pela "autorização" do líder ou se a vítima não estiver acompanhada pelo líder.

Também foi relatado que, às vezes, quando as denúncias são diretamente realizadas a essas instâncias públicas, a resposta institucional é "retornar" o denunciante à sua comunidade e incitá-lo a procurar ajuda nas "suas" autoridades (líder e conselho) e, se não se obtiver nenhuma solução, recorrer novamente à instituição pública.

Tais práticas legitimam o poder e a autoridade das instâncias de decisão internas acima das instituições departamentais e nacionais, e geram pouca confiança por parte das pessoas que denunciam os atos de violência.

No que diz respeito à infraestrutura, apesar das instituições terem os recursos humanos e materiais mínimos necessários, eles não são suficientes para satisfazer as necessidades e as demandas da população. Observa-se lacunas em matéria de recursos econômicos, materiais e quantidade de Recursos Humanos formados.

Apesar de se viabilizar o trabalho articulado operacionalmente (atividades), não se comprovou a existência de uma articulação na esfera programática (planos ou programas interinstitucionais e intersetoriais de abordagem integral à violência e ao HIV).

A resposta institucional à violência e ao HIV é mais segmentada e pouco articulada. Neste sentido, as ações perdem impacto porque tendem a ser isoladas e pouco sistemáticas, e não são orientadas para indicadores nem para metas comuns, também não foram identificadas estratégias consensuais. Embora existam políticas, planos e programas nacionais em matéria de violência e de HIV, não estão em operação nem no âmbito local nem departamental. Além disso, os protocolos de atuação também não são culturalmente adequados a essas populações, funcionam mais como linhas de ação gerais para a população. As referências de saúde reconhecem que não possuem uma estratégia eficaz para chegar aos indígenas que foram diagnosticados com HIV. Muitas vezes, essas pessoas não ficam vinculadas ao serviço de saúde e não permitem que se recorra a eles. O serviço de saúde por si só não possui os recursos para dar seguimento a esses casos e, por vezes, perde-se o contato com o paciente.

Quanto às ações implementadas pelas diferentes instituições, elas estão orientadas para cobrir as necessidades básicas da população, como a assistência médica, jurídica, técnica, psicossocial e, especialmente, formações (informativas e de sensibilização) em diferentes temáticas. Não foram identificadas atividades cujo objetivo seja abordar necessidades estratégicas, ou seja, impactar as relações de poder entre os diferentes grupos, especialmente as relações de gênero por meio de ações de empoderamento da mulher e de promoção de uma nova masculinidade para os homens.

A maioria das ações reportadas são nas atividades de informação, sensibilização e formação. Estas atividades de formação são também limitadas pela falta de voluntários e colaboradores indígenas que realizem esta tarefa com a adequação cultural e a língua materna de cada comunidade. Não se avalia o nível de compreensão do/as participantes indígenas dessas atividades.

Apenas foram relatadas formações para o desenvolvimento de profissões para mulheres (padaria, cabeleireiro, entre outros), mas estas ações não são seguidas de acompanhamento

nem de assistência técnica posterior e também não são fornecidos recursos materiais nem econômicos para iniciar os microempreendimentos. Isto faz com que as formações não tenham um resultado concreto, uma vez que as mulheres não têm os recursos mínimos necessários para iniciar os empreendimentos.

Também não foram descritas ações do tipo estrutural que tentem a modificar os determinantes que geram e que mantêm as desigualdades e que refletem atos de violência e casos de infecção pelo HIV. Institucionalmente não foram identificadas ações para melhorar as condições de pobreza e de exclusão, especialmente das comunidades indígenas localizadas nos centros urbanos, as mais expostas às situações de marginalização, de discriminação e de violência institucional e estrutural.

Em relação à capacidade de resposta baseada nas evidências, não se comprovou o uso das informações para a tomada de decisões nem para o planejamento e avaliação. A informação fica centralizada e o departamento tem pouco controle sobre a própria informação estratégica.

Ao mesmo tempo, existirá uma lacuna importante, de dados não registrados especialmente em casos de violência nas comunidades indígenas, uma vez que estas são reencaminhadas, em primeira instância, às autoridades internas (líderes, conselhos e pastores de igrejas). Somente os casos que não puderem ser resolvidos por estas instâncias, ou casos de extrema gravidade, será responsabilidade das instituições departamentais e nacionais, e podem ser registrados.

Recomendações: As barreiras e as dificuldades encontradas poderiam ser classificadas em quatro áreas principais:

- i) barreiras estruturais (infraestrutura inadequada, falta de recursos materiais, financeiros e de recursos humanos);
- ii) programáticos (falta de articulação em políticas, planos e programas);
- iii) operacionais (ações e atividades segmentadas, isoladas e desconectadas de planos mais amplos e integrais) e
- iv) monitoramento e avaliação (pouco controle em relação aos dados gerados no âmbito local o que impede a tomada de decisão adequada).

Com base nestas descobertas, delinham-se algumas linhas de ação:

- Promover o voluntariado em todas as instâncias e em todas as instituições no âmbito departamental. A força do voluntariado é fundamental para que as instituições tenham acesso às comunidades. As instituições devem ser orientadas para as pessoas e não o contrário. Sugere-se o seguinte:
 - Destacar a situação dos colaboradores de saúde em todo o Departamento de Boquerón, especialmente dos/as médicos/as tradicionais, dos/as líderes espirituais, que são os primeiros que atendem à comunidade em casos de doença.
 - Apoiar o trabalho voluntário das parteiras tradicionais (experientes), bem como a sua formação, e incorporá-las no sistema de saúde com enfoque intercultural.
 - Valorizar o trabalho voluntário dos/as líderes comunitários através de programas de formação e reconhecimento público daqueles que se destacam no respectivo serviço comunitário.
 - Expandir a prestação de serviços de voluntariado além do setor da saúde e incluí-los especificamente nas instituições que abordam a problemática da violência: Polícia, Procuradoria, Juízes, CODENI, Municípios e Governo.
- Desenvolver, validar, implementar e avaliar planos e programas locais já existentes que respondam às políticas em matéria de violência e de HIV. Os planos e os programas devem contar com indicadores e metas consensuais e com estratégias diferentes para cada população. Cada instituição envolvida deve atuar no seu campo de especialização de forma articulada com as demais instâncias envolvidas.
- Envolver as comunidades indígenas, especialmente as mulheres e os adolescentes, como os segmentos

da população mais vulneráveis à violência e ao HIV em todo o processo de tomada de decisões, desde o planejamento, passando pela implementação e terminando com a avaliação todo o processo.

- Criar espaços de participação das comunidades, como mesas redondas, nas quais os membros das comunidades representam as populações perante as autoridades institucionais. A participação deve ampliar-se além da presença dos líderes, porque deve ser assegurada a presença dos grupos mais vulneráveis e com menos capacidade de representação nos conselhos comunitários (em particular as mulheres e os adolescentes). Estes mecanismos de participação ampliados devem ser negociados e acordados entre as autoridades institucionais e comunitárias indígenas.
- Praticar advocacia para aumentar as verbas destinadas às instituições departamentais. Os recursos mínimos necessários devem ser garantidos para uma correta implementação de ações.
- Os Conselhos Locais de Saúde devem ser fortalecidos e deverá ser promovida a participação das referências indígenas dentro dos respectivos conselhos.
- Operacionalmente, as atividades devem ser ampliadas mais além das palestras de sensibilização, de informação ou de formação de conhecimentos. As mulheres e os adolescentes requerem processos de empoderamento para serem capazes de gerar ações destinadas a mudar as estruturas que mantêm as desigualdades. Apenas com a informação e a sensibilização sobre temas de violência e HIV não se originam, necessariamente, mudanças nesta estrutura.
- Existem boas práticas em outros contextos que sugerem que a violência pode ser combatida com sucesso através do empoderamento econômico

das mulheres. Neste trabalho, descreveu-se como a violência econômica opera em conjunto com outras manifestações de violência. Muitas mulheres são condicionadas voltar para seus agressores ao verem-se desprovidas de recursos econômicos para sustentar as suas famílias.

É importante que se desenvolvam planos institucionais de autonomia econômica das mulheres indígenas, através de programas de formação em profissões, acompanhamento técnico e acesso ao microcrédito para empreendimentos que gerem recursos próprios para as mulheres mais vulneráveis.

- Aproveitar a visão comunitária das mulheres indígenas e desenvolver estes projetos produtivos de forma coletiva (hortas comunitárias, empreendimentos onde as mulheres trabalham coletivamente, cooperativas sociais formadas por mulheres produtoras, entre outros).
- No âmbito do monitoramento e avaliação, promover o desenvolvimento de salas de situação relacionadas com a violência e com o HIV, que sejam abastecidas das diferentes fontes de notificação para que sejam insumos para a planejamento, implementação e avaliação de ações no âmbito local.

7.6 Equipe de investigação

Faustina Alvarenga, Consultora e investigadora Principal

Martín Negrete, Consultor metodológico e Coinvestigador

Orlando Gómez, Entrevistador (Intérprete língua guarani)

Daniela Benítez, Entrevistadora (Intérprete língua nivaclé)

Maria Elena Chamorro, Entrevistadora

A ONU MULHERES É A ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS DEDICADA A PROMOVER A IGUALDADE DE GÊNERO E O EMPODERAMENTO DAS MULHERES. COMO DEFENSORA MUNDIAL DAS MULHERES E MENINAS, A ONU MULHERES ESTABELECEU-SE PARA ACELERAR O PROGRESSO QUE IRÁ MELHORAR AS CONDIÇÕES DE VIDA DAS MULHERES E PARA RESPONDER ÀS NECESSIDADES QUE ENFRENTAM NO MUNDO.

A ONU Mulheres apoia os Estados Membros das Nações Unidas no estabelecimento de normas internacionais para alcançar a igualdade de gênero. Trabalha com os governos e com a sociedade civil na criação das leis, das políticas, dos programas e dos serviços necessários para implementar essas normas. Também promove a participação igualitária das mulheres em todos os aspectos da vida, principalmente em cinco áreas prioritárias: aumento da liderança e da participação das mulheres, eliminação da violência contra as mulheres, participação das mulheres em todos os processos de paz e de segurança, aumento do empoderamento econômico das mulheres e inclusão da igualdade de gênero como elemento fundamental do planejamento do desenvolvimento e do orçamento nacional. A ONU Mulheres também coordena e promove o trabalho do sistema das Nações Unidas para alcançar a igualdade de gênero.



Casa das Nações Unidas, Edifício #128, Central,
Ciudad del Saber, Clayton
Panamá, Rep. de Panamá

www.unwomen.org
www.facebook.com/unwomen
www.twitter.com/un_women