

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA – UNIR
NÚCLEO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA – NCT
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E
MEIO AMBIENTE-PGDRA

Jeanne Lúcia Gadelha Freitas

MULHERES TRABALHADORAS NO GARIMPO RIO MADEIRA-RO:
INTERFACES DE VULNERABILIDADES AO HIV/Aids



PORTO VELHO

2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JEANNE LÚCIA GADELHA DE FREITAS

**MULHERES TRABALHADORAS NO GARIMPO RIO MADEIRA-RO:
INTERFACES DE VULNERABILIDADES AO HIV/Aids**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente – PGDRA, Núcleo de Ciência e Tecnologia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente; Área de concentração Políticas Públicas.

Orientador: Dr. Ari Miguel Teixeira Ott

Porto Velho
2006

Copyright by Jeanne Lúcia Gadelha Freitas todos os direitos reservados.

É permitida a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte, devendo ser comunicado tal ato à Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, BR 364, km 9,5 Setor Rural, CEP 789000-500, Porto Velho-RO ou pelo endereço eletrônico jeannegadelha@yahoo.com.br.

Ficha Catalográfica- Biblioteca Central/UNIR

F8665m	Freitas, Jeanne Lúcia Gadelha de Mulheres trabalhadoras no garimpo Rio Madeira – Rondônia: interfaces de vulnerabilidades ao HIV/Aids. / Jeanne Lúcia Gadelha de Freitas, Orientador Ari Miguel Teixeira Ott. - Porto Velho, 2006.148 fls. Dissertação (mestrado em Políticas Públicas) Univer- sidade Federal de Rondônia 1.HIV/AIDS – mulher – Rondônia 2. Mulher – Saúde e higiene 3. Garimpo Rio Madeira (RO) – mulheres trabalhadoras – Saúde I. Título CDU : 616.98:578.828HIV-055.2(811.1)
--------	---

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA – UNIR
NÚCLEO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA – NCT
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL
E MEIO AMBIENTE-PGDRA

JEANNE LÚCIA GADELHA DE FREITAS

MULHERES TRABALHADORAS NO GARIMPO RIO MADEIRA-RO:
INTERFACES DE VULNERABILIDADES AO HIV/Aids

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ari Miguel Teixeira Ott- (CESIR-UNIR)
Orientador

Prof^ª. Dra. Ana Lúcia Escobar – (CESIR-UNIR)

Prof^ª. Dra. Arneide Bandeira Cemin- (CIS-UNIR)

Porto Velho, 17 de Agosto de 2006.

DEDICATÓRIA

Às mulheres do Madeirão, protagonistas deste estudo que a mim confiaram o testemunho de suas vidas expondo suas historias de aventura, dores, alegrias e esperanças.

Cada uma ensinou-me uma lição diferente sobre coragem e resistência feminina, deixando um pouquinho de si, movidas pela saga do Eldorado.

Fica a esperança de que este trabalho venha a ser digno e, sobretudo profícuo de efeitos, da confiança e das expectativas que nele depositaram.

Além do exercício intelectual, existirá perenemente a condição que me manterá politicamente implicada com a transformação social destas mulheres.

*Além deste, dedico-lhes profundo respeito e admiração!
Com elas e por elas sonho uma sociedade mais justa para os próximos milênios.*

AGRADECIMENTOS

O resultado e a incompletude deste trabalho são de minha inteira responsabilidade. Agradecer é somente uma das formas de “inscrever” a generosidade dos que contribuíram na construção deste conhecimento e dos que compartilharam desse sonho e de sua realização!

Às primeiras mulheres da minha vida: vó **Badinha**, minha mãe **Luiza**. Com e por vocês aprendi a virtude de ouvir as “falas do silêncio” matéria-prima do meu “perceber” o não dito de outras mulheres e assim entender melhor o nosso universo feminino.

Ao professor **Ari Ott** pela disposição e afortunada escolha para minha orientação.

Aos meus filhos, **Gabrielle e Daniel** razão maior de um fazer maternal cada vez melhor.

À **Ceres, Kátia e Lucinda** que me ajudaram nas primeiras dificuldades práticas desta caminhada solitária, com seus exemplos, apoio e acolhimento na medida certa.

À **Virginia**, que sempre acreditou e torceu pelas minhas conquistas. Sua presença marca um tempo de amor, paciência, luz e descobertas como tia, pesquisadora, profissional e mulher.

Às amigas e companheiras de jornada, **Fatinha, Gil, Elaine, Maria José, Ilma** pela cumplicidade, incentivo e apoio mútuos tão necessários nos momentos de angústia, me fazendo sentir-me menos solitária durante este caminhar.

À generosidade das professoras **Dra. Maria das Graças Martins**, pela revisão do abstract e **Vanessa Freitas Santos**, pela paciente e minuciosa revisão ortográfica do trabalho.

Aos **parentes, colegas e amigos** não citados, pela paciência, carinho e compreensão quanto à minha ausência, tantas vezes furtada do convívio social e familiar.

Aos docentes do mestrado, em particular **Dr. Josué** (geógrafo) e **Dra. Arneide** (antropóloga) que me fizeram enxergar mais um pouco do cotidiano da mulher amazônica.

Ao **Izaquiel**, companheiro pelo incentivo e por acreditar mesmo sem compreender.

À **Erinalda**, filha “adotada” e com quem tantas vezes dividi minha aflição, ela acompanhando o meu dia a dia, auxiliando nos meus afazeres domésticos, eu acompanhando sua rotina e ao mesmo tempo refletindo nossas vidas tão diferentes mas tão complementares.

À **Rebeca**, ex-aluna e hoje companheira da enfermagem, que convenientemente me abastecia de energia e ânimo através de suas mensagens eletrônicas via celular sem nunca cobrar retorno das mesmas por entender o silêncio dos difíceis momentos.

Às ex-colegas da Coordenação Estadual DST/AIDS-RO, **Rosangela, Janilda e Ióli**, pela acolhida de sempre e, sobretudo **Lucilene** na consolidação dos dados epidemiológicos locais.

Maria, Maria

*Maria, Maria, é um dom, uma certa magia
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece viver e amar
Como outra qualquer do planeta
Maria, Maria, é o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri quando deve chorar
E não vive, apenas agüenta
Mas é preciso ter força, é preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria, mistura a dor e a alegria
Mas é preciso ter manha, é preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania de ter fé na vida*

Milton Nascimento

RESUMO

FREITAS, J.L.G. **Mulheres trabalhadoras no Garimpo Rio Madeira-RO: Interfaces de Vulnerabilidades ao HIV/Aids**. Porto Velho, 2006. 148p. Dissertação (Mestrado) – Núcleo de Ciência e Tecnologia, Fundação Universidade Federal de Rondônia.

O estudo investiga a problemática da prevenção do HIV/AIDS em populações específicas da Amazônia - mulheres no garimpo. Utilizando-se o referencial de vulnerabilidade transversalizado pelo enfoque relacional de gênero e classe, busca compreender como se estruturam interfaces de condições de vida, trabalho e sexualidade feminina, observando a existência de estratégias por parte destas mulheres capazes de minimizar sua suscetibilidade frente às DST/HIV/Aids. Descrevem-se trajetórias afetivo-sexuais de mulheres no garimpo do Rio Madeira (RO) bem como o mapeamento das situações de vulnerabilidades identificadas, sejam elas materiais e/ou simbólicas. Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na análise hermenêutica-dialética. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas e observação participante. As categorias de análise centraram-se na identificação de práticas sexuais, representações de gênero, conhecimento sobre DST/HIV/Aids, percepção de risco e autoproteção. Os achados mostram mulheres trabalhadoras e independentes, embora desprovidas do poder/querer de se questionar, duvidar e cogitar mudanças de posturas diante da possibilidade de infecção e/ou adoecimento ao HIV/Aids. São mulheres com baixa percepção de susceptibilidade pessoal ao HIV/Aids, possuindo fraco conhecimento sobre os mecanismos de transmissão, indicando lacunas de saber preenchidas por atitudes e crenças baseadas no conhecer e confiar no parceiro “único e escolhido”, mascarando sua percepção de risco e interferindo significativamente na decisão ou não de negociar o sexo seguro, independente de sua condição conjugal. A lógica cultural de proteção do grupo estudado, aliado à ausência de ações preventivas sintonizadas com o contexto social destas mulheres, contrapõe-se ao discurso preventivo hegemônico, demonstrando a necessidade de se elaborar estratégias de prevenção considerando singularidades materiais e simbólicas deste grupo. Com base nos achados e considerando a realidade ali encontrada, sugerem-se intervenções locais culturalmente sensíveis, além do repasse de informações sobre saúde sexual e reprodutiva, que privilegiem estratégias de fortalecimento individual e reforço da auto-estima.

Palavras-Chaves: DST/HIV/Aids, Mulheres, Garimpo, Vulnerabilidades.

ABSTRACT

FREITAS, J.L.G. **Working Women In Madeira River (Gold) Mining - Rondonia: Vulnerability to HIV/AIDS Interfaces.** Porto Velho, 2006. 144p. Thesis (Master's degree) – Science and Technology Faculty at Rondonia Federal University Foundation.

The study investigates the AIDS/HIV prevention problem in a specific Amazon people – mining women. Using the transversal vulnerability referential to the focus on gender and class, trying to understand how life condition interfaces are structured, besides female work and sexuality, observing these women strategies towards minimizing their susceptibility to STD/HIV/AIDS. The affective and sexual trajectories of women in the Madeira River mine (Rondônia State) are described as well as the identified vulnerability situation mapping, be they material and/or symbolical. This is a qualitative study, grounded on the hermeneutic-dialectical analysis. Data were collected through semi-structured interviews and participating observation. The analysis categories are centered on the identification of sexual practices, gender, representations, knowledge about STD/HIV/AIDS, risk perception and self-protection. Findings show independent, working women, nevertheless they lack the power to wonder, doubt and cogitate about changes in their attitude towards the possibility of infection and/or getting sick by HIV/AIDS. They are women with low perception of their own personal susceptibility to HIV/AIDS, having a weak knowledge about disease transmission mechanisms, indicating knowledge blanks, which are filled by attitudes and beliefs based on knowing and trusting a “unique” and “chosen” partner, concealing their perception about the risk and interfering significantly in the negotiation on having safe sex or not decision, regardless their matrimonial condition. The researched group shows a cultural logic towards protection, allied to the absence of preventive actions tuned to those women’s social context is opposed to the hegemonic preventive discourse, demonstrating the necessity of preventive strategies elaboration considering the group’s material and symbolic singularities. Based on the findings and considering the reality observed there, local culturally sensitive interventions are suggested, besides sharing information about sexual and reproductive health which must give special importance to individual strengthening and self-esteem reinforcement strategies.

Key-words: STD/HIV/AIDS, women, mining, vulnerabilities

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. O PROBLEMA DE PESQUISA: AIDS, MULHERES E O GARIMPO	18
1.1. Traçados Clínicos e Epidemiológicos do HIV/Aids	18
1.2. A epidemiologia do HIV/Aids e o traçado feminino no mundo	21
1.3. O HIV/Aids no Brasil: uma epidemia multifacetada e feminina	23
1.4. O Traçado chega até nós: o HIV/Aids no contexto amazônico	29
1.4.1. O HIV/Aids no Contexto do Estado de Rondônia	31
1.5. O garimpo e o lugar da mulher: conexões com o traçado do HIV/Aids	34
2. REFERENCIAL TEÓRICO	38
2.1. O conceito de vulnerabilidade no contexto da epidemia de HIV/Aids	38
2.2. As múltiplas dimensões de vulnerabilidades femininas	43
2.3. Gênero, sexualidade e outras dimensões do risco	46
2.4. Representações, práticas e negociação de sexo seguro	51
3. PERCURSO METODOLÓGICO	58
3.1. Proposta Teórico- Metodológica	58
3.2. A seleção dos sujeitos	59
3.3. O delineamento e passos da pesquisa	60
3.3.1. O trabalho de campo	60
3.3.2. A Escolha dos instrumentos da pesquisa	64
3.3.3. A Observação participante	64
3.3.4. O diário de campo - carta náutica	66
3.4. As entrevistas	67
3.4.1. Construindo as entrevistas	68
3.4.2. Realizando as entrevistas no cenário da casa	69
3.5. Análise e tratamento dos achados	70

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS: A VOZ DAS MULHERES	73
4.1. Perfil das mulheres no garimpo do Rio Madeira	73
4.2. Trajetórias de vida e a transversalidade de gênero	80
4.3. Presença feminina no garimpo: entre o ser e o viver	81
4.3.1. O lugar da mulher no garimpo: O traçado da sobrevivência feminina	86
4.3.2. Facilidades e dificuldades no garimpo: Onde estão as vulnerabilidades?	89
4.3.3. Traços de violência de gênero: uma interface de vulnerabilidade	93
4.4. Representações sobre DST/HIV/Aids	95
4.4.1. Percepção de risco e autoproteção na confiança no outro	100
4.4.2. Sobre camisinha masculina e estratégias de negociação	104
4.4.3. A camisinha feminina em cena: e eu conheço aquilo?	109
4.5. Perspectivas futuras: Sonhar é preciso; ser enxergada muito mais!	111
5. FOTOETNOGRAFIA FEMININA NAS ÁGUAS DO MADEIRÃO: A VIDA EM CIMA D'AGUA	115
CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
RECOMENDACÕES	130
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132
APÊNDICES	140
ANEXOS	148

LISTA DE TABELAS

Tabela I - Casos de Aids (número e taxa por 100.000 hab.), segundo ano de diagnóstico por sexo. Brasil, 1980-2005*	27
Tabela II - Casos de Aids (número e taxa por 100.000 hab.), segundo ano de diagnóstico por sexo. Rondônia, 1987-2006*	33
Tabela III - Casos de Aids (número e taxa por 100.000 hab.), segundo ano de diagnóstico por sexo. Porto Velho, 1987-2006*	34

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 - Perfil Socioeconômico das Mulheres no garimpo	74
Quadro 2 - Perfil Socioeconômico das Mulheres no garimpo	75
Quadro 3 - Perfil Afetivo-Sexual das Mulheres no garimpo	77
Quadro 4 - Perfil Estilo de Vida/Práticas Sexuais	79

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	140
APÊNDICE II - Roteiro de Entrevista com as Mulheres no Garimpo - REMG	141
APÊNDICE III - Conhecendo as mulheres no Garimpo	143
APÊNDICE IV – Apresentação e Transcrição das Entrevistas (CD-ROM)	147

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - Parecer e Autorização do comitê de ética e pesquisa – NUSAU/UNIR	148
--	-----

LISTA DE SIGLAS

AIDS- Acquired Immune Deficiency Syndrome

CDC- Centers for disease control and prevention

CESIR-Centro de Estudo em Saúde do Índio de Rondônia

CES- Centro de Estudo do Imaginário

COOGARIMA - Cooperativa dos Garimpeiros do Rio Madeira

CONEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

HIV - Human Immunodeficiency Virus

MINACCOP - Cooperativa de Garimpeiros, Dragas e Balsas da Amazônia.

WHO - World Health Organization

NUSAU - Núcleo de Saúde

REMG - Roteiro de Entrevista com Mulheres no Garimpo

SIDA - Acrônimo de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

TCLE - Termo de Consentimento Esclarecido

UDI - Usuários de drogas injetáveis

UNAIDS - Acrônimo de Joint United Nations Programme on HIV/AIDS isto é: Programa Internacional de Combate à SIDA participado pela Organização Mundial de Saúde

UNIR - Fundação Universidade Federal de Rondônia

MULHERES TRABALHADORAS NO GARIMPO RIO MADEIRA-RO: INTERFACES DE VULNERABILIDADES AO HIV/AIDS

A história de nós mesmos assemelha-se ao trabalho de Penélope, a cada momento temos de reconquistar o direito à cidadania, à educação, ao trabalho, à sexualidade e até mesmo, ao nosso próprio corpo.

Eva Alterman Blay (2002).

INTRODUÇÃO

Minha trajetória enquanto profissional de saúde e educação instigou-me desde cedo à reflexão dos problemas que circundam o universo feminino e por que não dizer das minhas próprias inquietações enquanto mulher. Da experiência educacional ao universo hospitalocêntrico passando pela gestão de serviços de saúde, educação e planejamento em políticas públicas e, finalmente, culminando na docência do ensino superior de enfermagem, acrescentei a estes passos, preocupações que ganharam força vinda de diferentes situações despertando-me para questões conexas de trabalho, saúde e gênero no contexto do HIV/Aids.

Atuando em saúde pública, sobretudo em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida-DST/HIV/Aids¹ tive oportunidade de “escutar e observar” diferentes histórias de vida de mulheres vivendo ou não com o vírus ou a doença. Estas, ao serem alvos de ações de saúde nas unidades, nos serviços de referência e/ou eventuais campanhas educativas, sentiram-se ou foram constrangidas e, muitas vezes, ignoradas pelo discurso tecnicista e evasivo nos aconselhamentos individual e coletivo em prevenção das DST/HIV/Aids.

Repertórios femininos confrontados com intervenções de saúde desconexas da realidade deste universo, por sua vez, (re) criando abismos entre o discurso hegemônico com seus termos técnicos e verdades dissociadas do possível e o captado pelas mulheres como aceitável e permeável às suas vivências. Enfim, como identificar situações de vulnerabilidades femininas ao HIV/Aids, acobertadas e reproduzidas por estruturas de dominação que perpassam a esfera da vida cotidiana, instituições e políticas de prevenção?

¹ Utilizaremos o termo HIV/Aids seguindo a terminologia adotada nas publicações da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids, considerando a significância global do fenômeno e sua dimensão psicossociocultural no Brasil.

Como “enxergar” mulheres vivendo em contextos de vulnerabilidade ao HIV/Aids, e portanto à margem dos discursos e ações de prevenção ao vírus/doença?². Ademais, como (re) pensar a prevenção ao HIV/Aids dentro de experiências femininas tão diferentes que considerem questões sociais e morais no exercício de sua sexualidade e nas relações de gênero de diferentes trajetórias de vida?

Estas reflexões, trazidas à tona durante a construção de um diagnóstico situacional do estado e oportunizada pelo Plano de Ações e Metas nesta área, ampliou nossa visão sobre a vulnerabilidade feminina no âmbito da epidemia do HIV/Aids nesta região da Amazônia, constatado pela inexistência de produção científica local que sinalizasse preocupação com essa problemática, que, pela magnitude em si, revela a superposição de uma epidemia dentre as demais, agudizando a saúde da população em nossa região sobretudo, pela alta prevalência de outros agravos como malária, tuberculose, leishmaniose, hepatites etc.

Mediante esta realidade, surgiu o interesse por aprofundar algumas questões que dizem respeito às mulheres desta região, especificamente àquelas que por motivos e condições diversas, encontram-se inseridas em contextos sociais com situações de vulnerabilidade ao vírus do HIV/Aids. Áreas como os garimpos, quase sempre isolados social e geograficamente da esfera pública com difícil acesso, permeados por conflitos inter-étnicos, mobilizando e/ou fixando um significativo contingencial humano, no mais das vezes, desprovido de ações institucionais de saúde, educação, segurança e outros.

Enfim, um complexo humano que reordena as relações de produção/reprodução entre homens e mulheres atuando em cenários inerentes ao nomadismo, rotinização/banalização da violência verbal e física, seja pelo confronto pessoal, disputas de espaço na fofoca³ privação financeira e de liberdade temporária e ainda por acidente ou morte. Situações que expõem cotidianamente estes sujeitos ao HIV/Aids, seja pela subjetividade de mundo particular, seja pela objetividade na concretude das relações interpessoais no trabalho.

Assim, pretendemos conhecer quem são as mulheres no garimpo, suas trajetórias e arranjos, o que fazem e porque vivem neste ambientes. Como se estruturam suas relações intrapessoal e interpessoal de gênero e como vivenciam a saúde sexual e reprodutiva? Conseguem perceber os riscos frente à possibilidade de infecção do HIV/Aids? Utilizam de estratégias e táticas ao sexo seguro? Quais seus sonhos e perspectivas futuras? Enfim,

² Embora a Aids seja uma síndrome, utilizaremos o termo “doença” em função de sua recorrência tanto na literatura como na cultura popular brasileira.

³ Fofoca: local de concentração de várias dragas funcionando num determinado ponto onde se extrai o ouro.

questões que desafiam uma compreensão de um sujeito/objeto que se mostra complexo, porém somente possível de aproximação com a realidade.

Tais questionamentos nortearão essa investigação a compreender em que medida condições de vida e trabalho de mulheres que vivem no garimpo, podem determinar sua vulnerabilidade ao HIV/Aids, mediante à condição feminina do “ser e estar” no garimpo, transversalizada por relações de gênero e classe e sua percepção de autocuidado. Nestes termos, compreender como são assimilados, rejeitados e/ou reinterpretados tais discursos, se constituem em *nós* motivadores desta investigação.

Assim, o presente estudo encontra sua relevância, ao tentar desvelar a condição das mulheres no garimpo ao se defrontar com a tendência crescente do HIV/Aids tipificada na feminização da epidemia como um problema de saúde pública, acompanhada da pauperização e interiorização da doença, fenômenos tão próximos e pertinentes ao contexto de vida das mulheres que vivem atualmente no garimpo.

No primeiro capítulo, situamos o HIV/Aids e sua trajetória numa visão global em termos clínicos, epidemiológicos e sociais e seu impacto no universo feminino em nível mundial, nacional e regional na Amazônia Brasileira, especificamente no município de Porto Velho, capital de Rondônia. Buscando destacar a transversalidade da interiorização, pauperização e feminização da epidemia, o traçado epidemiológico foi utilizado para situar a problemática no universo feminino e avançar na investigação desta problemática, tendo em vista condições materiais e simbólicas de mulheres que vivem em espaços do garimpo informadas pela concepção de vulnerabilidade social.

Nesse sentido, finalizamos refletindo as repercussões sócio-demográficas do HIV/Aids trazendo contribuições de Leonardi (2000) para demonstrar a interiorização e feminização da epidemia e suas íntimas conexões com cenários como o garimpo. São arranjos sociais ligados à produção e exploração da força de trabalho flexível, móvel e excluída, gerando uma ecologia favorável à emergência de doenças como o HIV/Aids, onde a face “oculta” feminina traduz a persistência e o aprofundamento das desigualdades sociais, sobretudo de gênero, classe e raça/etnia direcionando a trajetória desta epidemia.

O segundo capítulo traz inicialmente o referencial de vulnerabilidade de Mann e Tarantola (1993, 1996), compartilhado por Ayres (1997) e Parker e Camargo Jr. (2000), ao aplicar-se a indivíduos ou segmentos sociais com pouca capacidade para decidir sobre suas situações de risco, quando desprovidos do acesso a serviços ou recursos sociais. Estes autores advogam que grandes temas contextuais tais como relações de gênero, atitudes em relação à

sexualidade, crenças religiosas e pobreza, influenciam a capacidade de reduzir a vulnerabilidade pessoal ao HIV/Aids.

Visto assim, adentramos no campo conceitual de gênero enquanto categoria de análise, observando que representações das relações de gênero são constituintes da identidade do indivíduo e seu meio social, correspondendo a posições sociais com diferentes significados, reveladores da assimetria de poder e hierarquia dominante que dita regras morais sobre papéis de homens e mulheres na sociedade.

Nesta reflexão, tomaremos como referência Saffioti (1992, 1999), Guimarães (1996), Matos (2005) e outros que tematizam gênero enquanto aprendizado social, sobretudo o conceito de transição de gênero de Giffin (1994), idealizado sob a égide da “nova mulher”, revelando mudanças sofridas por essas representações na atualidade. O que inclui mulheres que buscam no trabalho, sobrevivência e visibilidade social à própria identidade feminina, e se mostram capazes de acionar estratégias e táticas enquanto forma de resistência e sobrevivência nos domínios dos “fortes”. Trazemos em Certeau (1994, 1996) esta capacidade da arte de pensar dos consumidores supostamente fracos diante da hegemonia dos fortes.

Buscamos enxergar a “invisibilidade” social em que vive a mulher trabalhadora no garimpo, atribuindo-lhe o devido valor à sua condição feminina, trazendo nas suas falas, a emergência de conteúdos significativos à compreensão de vulnerabilidades da mulher e sua percepção diante da possibilidade do risco de adoecimento pelo HIV/Aids.

Encerramos o capítulo, com a discussão sobre a influência histórico-cultural na definição e interpretação dos significados e padrões de experiência sexual de grupos sociais, aplicadas ao entendimento da vulnerabilidade individual ao HIV/Aids. Baseamo-nos nas idéias de Gagnon (1990, 1995) e Goofman (2005) para compreender práticas sexuais como desempenho de roteiros através dos cenários dos indivíduos, enquanto atores na conduta interpessoal diária, contendo estratégias de interação que intermedeiam negociações sexuais dentro de uma lógica própria a cada indivíduo.

O terceiro capítulo apresenta o percurso metodológico dessa investigação. Nossa escolha pela abordagem qualitativa reside no fato de que, o sujeito/objeto de estudo se inscreve no campo da subjetividade e das representações simbólicas. A análise se fundamenta nas contribuições da abordagem hermenêutica-dialética, buscando captar o movimento, as contradições e os condicionamentos históricos que a envolvem, reconhecendo o lugar da pertença e da presença do outro (MINAYO, 1992, 2002).

As técnicas utilizadas para coleta de dados foram entrevistas semi-estruturadas, realizadas com dez mulheres adultas que trabalham como cozinheiras ou diaristas nas dragas e

balsas que exploram ouro aluvial⁴ no Rio Madeira. São trazidos à luz das discussões os critérios de seleção, estratégias de inserção e trabalho de campo, elaboração dos roteiros das entrevistas e observação de campo e o processo de execução dos mesmos.

No quarto capítulo, apresentamos os achados e, dialeticamente, construímos sua análise, acompanhada de um breve perfil sócio-econômico das mulheres entrevistadas para apreciação do (a) leitor (a) na compreensão das categorias de análise que emergiram nas falas dos sujeitos. Para organização, análise e apresentação das categorias emergentes do discurso recorreremos ao método de análise dialética-hermenêutica por se mostrar pertinente às características e objetivos do estudo proposto.

No quinto capítulo, trazemos um breve ensaio fotoetnográfico como forma de captar o cenário pesquisado evidenciando o trabalho feminino bem como dimensões de vulnerabilidade social e programática (ou institucional) no garimpo, onde estas encenam seu cotidiano, suas práticas, representações da doença e percepções de risco ao HIV/Aids.

Aportar e (re) conhecer o garimpo, “enxergando” o lugar da mulher e o olhar de si mesma, nos permitiu testemunhar uma face pouco vista (porque não dizer ignorada) da nossa sociedade, constituindo-se em desafio empreendido neste projeto. As imagens e as narrativas das mulheres endossadas por Certeau (1994,1996) falam por si melhor que qualquer tentativa nossa de demonstrar as muitas maneiras do “fazer” dessas corajosas protagonistas e denunciar a omissão de uma sociedade incapaz de mitigar suas vulnerabilidades.

Encerramos o estudo com algumas considerações preliminares, considerando os caminhos possíveis para se refletir sobre as interfaces mulheres, HIV/Aids e trabalho no garimpo, já que representam um grupo bastante heterogêneo, com histórias de vida singulares e ao mesmo tempo tão infinitamente complexas diante de nossa pequenez. Afinal, sem considerar as situações concretas em que essas mulheres vivem e trabalham, é impossível imaginar ações, serviços ou apoios necessários para essa parcela da sociedade.

⁴ Depósito de cascalho, areia ou argila que se forma junto às margens, foz e leito dos rios, resultante de erosões, contendo grande quantidade de minerais valiosos como ouro. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Instituto Antonio Houaiss. Rio de Janeiro: Objetiva, 2003.

1. O PROBLEMA DE PESQUISA: AIDS, MULHERES E O GARIMPO

O passado é o prólogo do presente, mas também vive no presente; o passado e o presente evoluem à medida que novos elementos são acrescentados, criando o futuro.

(MANN et al., 1992)

1.1 Traçados Clínicos e Epidemiológicos do HIV/Aids

A Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida-SIDA, habitualmente conhecida por Aids, é uma enfermidade infecciosa emergente, tida como fase mais avançada da infecção pelo vírus da Imunodeficiência Adquirida - HIV. Configura-se numa epidemia¹ que tem prejudicado décadas de progresso sanitário, econômico e social, reduzindo a esperança de vida, agravando a pobreza e contribuindo com a escassez de alimentos nos países mais atingidos (UNAIDS, 2004).

Diagnosticada na pós-modernidade, é vista como a epidemia característica do final do século XX, inseparável de um período de crescente e rápida globalização e de mudanças sociais sem precedentes, transformando-se num dos maiores desafios de saúde pública mundial. (MANDERSON & WHITEDORF, 2000).

Transcorridos exatos vinte cinco anos de trajetória, a epidemia do HIV/Aids, que atinge todos os continentes, tem se revelado um fenômeno global lento, porém dinâmico, instável e volátil, cuja magnitude e extensão em diferentes regiões do planeta dependem, entre outros fatores, do comportamento humano individual e coletivo, dimensão-chave, enormemente diversa e pouco conhecida da equação do HIV (MANN *et al.*, 1993).

Esta última condição, inicialmente ignorada por um modelo científico alicerçado em relações causais diretas, impulsionou a rápida expansão da pandemia, graças a condições sociais onde ambientes e experiências modernas cruzam todas as fronteiras da geografia, da etnicidade, classe, nacionalidade, religião e da ideologia (HARVEY, 1993), tornando-se uma das condições clínicas mais pesquisadas em todo o mundo. Neste ponto, segundo Melo & Vilela, (1999) é certo reconhecer que, a par do desafio, assiste-se a uma intensa medicalização e banalização da Aids, deixando de ser cada vez mais um problema social, para se tornar um problema de interesses econômicos da indústria farmacêutica, congelando a doença na sua forma mais lucrativa.

¹ Do ponto de vista epidemiológico, existem ainda questionamentos se a infecção pelo HIV/Aids seria uma epidemia ou pandemia. Há autores que defendem ambos os termos já que as características epidemiológicas deste agravo se inserem em ambas as terminologias. Para este trabalho, no entanto, utilizo a designação epidemia por ser o termo que melhor reflete o imaginário da doença na sociedade brasileira.

O surgimento do HIV/Aids no mundo ocidental esteve inicialmente associado a pessoas pertencentes a um grupo de homossexuais masculinos, mediante a identificação de alguns sintomas clínicos, incomuns naquela faixa etária tais como perda de peso acentuada, pneumonia, câncer de pele pouco freqüente e comprometimento do sistema imunológico.

A combinação de eventos clínicos e sociais, até então inéditos em pessoas saudáveis, suscitou no meio científico, a suspeita da emergência de nova doença etimologicamente infecciosa e transmissível, tendo conexão com práticas sexuais. Diante de novos casos em mulheres e crianças, transfundidos, hemofílicos e por fim usuário de drogas injetáveis-UDI, estabeleceu-se também uma correlação direta com a transmissão sanguínea (MANN *et al.*, 1993).

Apesar dessas evidências, a concepção inicial da doença, associada a um grupo de homossexuais masculinos e calcada na moralidade sexual dominante, conduziu a própria ciência e sociedade a um julgamento sectário destes indivíduos, designando-os como pertencentes a “grupos de risco”, associando-os ao surgimento e propagação dessa nova doença.

Para Matos (2005) esta visão estanque e limitada não só dificultou identificar questões contextuais relacionadas à doença-fortemente centrada na pessoa e seu comportamento-como também criou estratégias preventivas ineficazes, desencadeando sob o ponto de vista moral, situações amplamente estigmatizantes e excludentes. Denominada pela mídia de “peste/câncer gay” e “aidético”, (o)s conceito(s) se revestiam em medo e atitudes de discriminação por parte dos que não se consideravam integrantes deste grupo e que, portanto, se achavam em posição de completa segurança em relação à doença, incluindo-se aí as mulheres.

Do ponto de vista biológico, a história natural da infecção pelo HIV resume-se em: i) infecção aguda ii) fase assintomática iii) fase sintomática², estimando-se que na ausência de qualquer intervenção terapêutica, o curso da infecção aguda à fase sintomática, ou seja, o período de incubação ocorra por volta de dez anos (KUO *et al.*, 1991).

Outros autores relativizam esse período de silenciosidade do vírus, já que mesmo indivíduos assintomáticos e imunocompetentes produzem uma quantidade de vírus num tempo extremamente curto, variando conforme idade e momento da infecção, sendo significamente mais

² A história natural dessa infecção vem sendo alterada consideravelmente pela terapia anti-retroviral (ARV) que retarda a evolução clínica até o seu estágio final, quando surgem as manifestações definidoras de Aids. As fases acima mencionadas estão didaticamente explicitadas em: Doenças de Interesse para a saúde pública e vigilância Epidemiológica. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília: FUNASA, vol. I - Aids/ Hepatites Virais, 2002. p. 94-117.

curta em crianças e idosos (HO *et al.*, 1995). Se não tratadas, as pessoas infectadas evoluem para uma grave deficiência do sistema imunológico com absoluta letalidade³. A transmissão do HIV/Aids pode ocorrer pelo contato sexual, exposição ao sangue e seus derivados, da mãe para o filho (na gravidez, momento do parto e aleitamento materno).

O vírus foi identificado em quase todos os fluidos corporais, porém a baixa carga viral presente nos mesmos, com exceção do sangue, sêmen, secreções uretro-vaginais e leite materno, desempenham um papel insignificante na transmissão do HIV. Entretanto, devido a peculiaridades do HIV/Aids, “quaisquer órgãos/sistemas atingidos podem resultar em complexas manifestações clínicas - uma síndrome – resultante da infecção, da ação de outros agentes infecciosos oportunistas e das alterações imunitárias de um modo geral” (BRASIL, 2003a, p.2).

Pela presença e concentração viral no sêmen e secreções vaginais, o HIV pode ser transmitido para ambos os parceiros durante o intercuro sexual sendo a principal forma de transmissão nas mulheres (VOGT *et. al.*, 1987). A co-presença de doenças sexualmente transmissíveis-DST ulcerativas (PLUMMER *et. al.*, 1991; GUIMARAES, 1992) ou não, assim como parceiros contaminados há mais tempo, podem aumentar a probabilidade da transmissão do vírus (LAGA *et al*, 1993). Em países subdesenvolvidos como o Brasil, a infecção pode determinar maior ou menor gravidade da doença em qualquer fase de sua história natural. Sabe-se, por exemplo, que co-infecções de agentes patógenos como da tuberculose e eventualmente doenças tropicais como a leishmaniose tegumentar (COUTINHO *et. al.*, 1996), sobreposta às condições de saúde e sócio-ambientais, determinam uma evolução acelerada da doença.

Apesar dos avanços terapêuticos, os arsenais clínicos para cura da doença e a possibilidade de uma vacina eficiente ainda são remotos. A eficácia antiretroviral combinada e a sistematização da profilaxia das infecções oportunistas, disponíveis somente na América do Norte, Europa Ocidental, Austrália, Nova Zelândia e Brasil, têm combatido a progressão do HIV/Aids, proporcionando aumento na expectativa de vida dos portadores. Ainda assim, a dinâmica subjacente da epidemia revela que há mais infecções pelo HIV a cada ano do que mortes provocadas pela Aids (UNAIDS & WHO, 1998).

³ Que resulta em morte. Na ciência epidemiológica, utiliza-se o termo coeficiente de letalidade para estabelecer a razão entre o número de pessoas que morreram em consequência de determinada doença e o número daquelas quais nas quais se diagnosticou essa doença em determinada área ou lugar e em um tempo dado(ano, mês) expressa sob a forma de porcentagem. (BRASIL, 2002)

1.2 A epidemiologia do HIV/Aids e o traçado feminino no mundo

Desde o surgimento dos primeiros registros dos casos de HIV/Aids, estima-se que no mundo inteiro, 75 milhões de pessoas tenham contraído o vírus, contabilizando aproximadamente 25 milhões de mortes, ultrapassando em números absolutos a gripe espanhola (20 milhões) no início do século XX e a peste negra (25 milhões) na Idade Média (VENTUROLI, 2005). Segundo Trindade e Shiavo (2001) caso mantenha-se os índices de mortalidade atuais pelos próximos dez anos, a Aids terá dizimado mais de 50 milhões de pessoas em todo o mundo, superando a Segunda Guerra Mundial, considerada a maior catástrofe do século XX.

Mundialmente estima-se que haja aproximadamente 42,3 milhões de pessoas entre homens, mulheres e crianças vivendo com o vírus na fase assintomática, sendo 4,9 milhões somente em 2004. Metade dos casos são mulheres predominantemente entre 15 e 25 anos. Desse total, 25 milhões, ou seja, 57% estão na África sub-sahariana, numa proporção de 13 mulheres para cada 10 homens infectados (UNAIDS & WHO, 2005).

Como se pode ver, o incremento da infecção sobre o segmento feminino tem repercutido de modo acelerado, invertendo-se o padrão de contaminação entre sexos, sobretudo em alguns lugares do mundo onde mulheres infectadas já superam os homens. Ainda assim, a “invisibilidade feminina” segue adiante, ignorada nos seus aspectos mais subjetivos de vulnerabilidades, ocultas por profundas desigualdades socioculturais em todo o mundo.

Os traçados quantitativos mundiais da epidemia revelam a íntima correlação com questões de desigualdades de classe, gênero, raça/etnia. Segundo o Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC, 1998) em países desenvolvidos como os E.U.A, por exemplo, dos 13.105 casos de Aids feminino em 1997, 80% foram mulheres afro-americanas e latino-hispânicas. Das 473 crianças com Aids, 85% eram afro-americanas e latino-americanas. Em 1996, o HIV/Aids foi a quarta causa de mortalidade feminina entre 25 a 44 anos no país e a primeira entre mulheres afro-americanas na mesma faixa etária. Juntas, representam menos de 1/4 da população feminina americanas, mas compõem 76% de todos os casos de Aids entre mulheres.

Neste ponto, convém citar que a manutenção de elevadas taxas de mortalidade feminina pode ser explicado, em parte, pela maior demora na realização do diagnóstico. Barbosa (2001) lembra que em países como o Brasil, a maioria das mulheres, dentre as que têm acesso a serviços de saúde, vem sendo diagnosticada durante o acompanhamento pré-natal, quando grávidas, explicitando múltiplos interesses políticos no controle sobre as questões reprodutivas.

Esse panorama geográfico, na realidade, esconde um verdadeiro mosaico de subepidemias espalhadas no mundo inteiro, contribuindo em diferentes proporções e magnitudes com amplas variações de níveis de infecções em diferentes países. Na África sub-sahariana, por exemplo, 55% das pessoas que vivem com HIV são mulheres, comparadas com 25% da América Latina, 35% no Caribe e 20% na Europa e Estados Unidos. Nesse sentido, e pela primeira vez na história, o crescimento populacional de um continente como a África, estará comprometido por uma epidemia, estimando-se em 60 milhões de pessoas a menos até o ano 2015, com severos impactos sobre as condições sociais e econômicas dos países deste continente (UNAIDS & WHO, 2005).

Todas as estatísticas evidenciam e alertam para um traçado contínuo e crescente do segmento feminino na epidemia. Dos vinte milhões de óbitos mundiais decorrentes da doença desde seus primeiros registros, dez milhões correspondem ao sexo feminino, com taxas de transmissão crescendo em ritmo acelerado. Estes números, por sua vez, se desdobram na transmissão vertical (contaminação de mãe para feto/criança) respondendo por 14 milhões de crianças contaminadas pelo HIV/Aids em todo o mundo (UNAIDS, 1998). No Brasil, registram-se 10.077 casos no período de 1983-2005 (BRASIL, 2005).

A despeito dos avanços na redução da mortalidade, o impacto da Aids sobre adultos em idade produtiva e reprodutiva em países como o Brasil, por exemplo, foi a quarta causa de óbitos no grupo de 20 a 40 anos de idade em ambos os sexos somente no ano de 1996 (BRASIL, 1999). Esse impacto tem como conseqüência grande número de órfãos decorrentes da morte materna por Aids, estimada em 29.928 casos no período de 87-99, além dos problemas decorrentes dessa situação (SZWARCOWALD *et. al.*, 2000).

O crescimento da Aids no universo feminino tem e terá grande impacto social que vai além das implicações dessa epidemia para a população feminina em si. Afinal, como diz Barbosa (2001) ser mulher, ser mãe, cuidar do outro e correr riscos de se infectar sexualmente com o vírus HIV são preocupações que perpassam a experiência feminina na contemporaneidade. Até porque, em tempos atuais, as mulheres e somente elas ainda assumem uma multiplicidade de papéis-filha, esposa, mãe, dona de casa/trabalhadora - muitas vezes relegando a segundo plano o autocuidado com o próprio corpo e a própria saúde. Com seu adoecimento ou morte, ocorre um esvaziamento desse papel, provocando inevitavelmente a desestruturação de suas famílias.

Como se pode constatar, a repercussão do HIV/Aids no universo feminino é uma questão dramática com tendência ao agravamento, tornando-se cada vez mais o que se chamou de “tripla

ameaça” a primeira é a sua própria contaminação, o que compromete radicalmente suas vidas; a segunda é a transmissão do vírus para suas crianças, durante a gestação ou o parto; e a terceira é que as mulheres estão tendo suas vidas afetadas pela epidemia, independentemente de estarem infectadas ou não, na medida em que estarão, cada vez mais, cuidando de familiares, companheiros e amigos doentes (PANOS, 1993).

1.3 O HIV/Aids no Brasil: uma epidemia multifacetada e feminina

No Brasil, a exemplo do cenário mundial, a propagação do HIV/Aids vem sofrendo transformações significativas na evolução da epidemia e no seu perfil epidemiológico.

Inicialmente restrita a algumas metrópoles nacionais e marcadamente masculina – atingindo homens com práticas homossexuais e pessoas hemofílicas – o HIV/Aids expandiu-se para centros urbanos menores e geograficamente mais afastados do Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte, configurando-se nos processos de heterossexualização, feminização, pauperização, juvenização e interiorização da doença, ou seja, o avanço sobre populações vulneráveis, segmentos mais pobres e marginalizados da população brasileira (BRASIL, 2005).

Tais fenômenos têm sido alvo de preocupação e alerta, particularmente no que diz respeito à população feminina, haja vista o incremento substancial deste segmento nas estatísticas da infecção pelo HIV/Aids, em razão do aumento na categoria de transmissão heterossexual, apontado como o mais significativo e persistente fenômeno na configuração da epidemia nos últimos tempos (BRITO *et al.* 2000).

Ainda que haja notadamente o reconhecimento desta peculiaridade, os próprios códigos normativos voltados à prevenção, vigilância, diagnóstico e assistência se estabeleceram em função do perfil originalmente masculino, e muito depois adaptado às mulheres, (GUIMARÃES, 1994) subestimando sinais e sintomas específicos e retardando o diagnóstico precoce nestas. Ademais, a difusão do HIV/Aids sobre a chamada “população em geral” é um eufemismo, que segundo Barbosa (2001) encoberta profundas desigualdades sociais, sobretudo de gênero, servindo para designar indivíduos pobres, menos escolarizados e atingidos pela principal via de transmissão – a heterossexual- sobretudo nas mulheres.

Do ponto de vista sociológico, as peculiaridades dessas mudanças, em parte, refletem o discurso e a prática científica, originalmente focada nos “grupos de risco” bem como as representações da mídia brasileira, diante dos primeiros casos da doença em homens com práticas

homo-bissexuais, reforçando o caráter de “peste gay” enquanto influência do padrão inicial de transmissão da doença nos Estados Unidos no início da década de 80 (DANIEL, 1989).

Na perspectiva dessa visão, amplamente difundida pelos meios de comunicação, a sociedade brasileira construiu núcleos de resistência sociais e culturais, projetando um contexto caracterizado por atitudes de discriminação, medo e preconceito generalizados contra os homossexuais - pessoas consideradas promíscuas – portanto refutadas pela sociedade, caracterizando o que Daniel e Parker (1991) denominaram de “terceira epidemia”.

Ainda que o passar dos anos e o conhecimento mais preciso sobre os meios de transmissão, a doença permanece vinculada a uma sexualidade transgressora, personificada nos indivíduos com práticas sexuais homossexuais, consideradas interditas moralmente pela sociedade. Isto posto, pessoas de comportamento sexuais tidos como “normais” não eram alvos de preocupação, portanto subestimados ao risco da infecção. Nesse sentido, tal visão disseminada no e pelo meio científico ao senso comum, produziu a falsa sensação de segurança, enquanto “doença do outro” e não dos que não se encaixavam nos grupos de homossexuais ou marginais (DANIEL, 1989).

Essa acepção ideológica da doença do outro, vigente no início da epidemia, produziu certo imobilismo nos rumos das políticas de prevenção ao HIV/Aids, adotando-se campanhas educativas sob o signo do medo e da simplicidade. O reflexo foi a não adoção de práticas preventivas, baseada no imaginário de uma doença “estrangeira”, em que o outro permanece muito distante, portanto alheio à vida cotidiana (SONTAG, 1989).

A abordagem da doença, enquanto atributo e experiência do outro, segundo Baldiane *et al.*, (1997) reforçou concepções tradicionais do processo saúde-doença, dificultando mudanças comportamentais no indivíduo que persistem até os tempos atuais, até porque, a partir da doença do outro, suscitaram-se outros grupos de risco, denominado de “população em geral” nele estando as mulheres (BARBOSA, 1993).

Ademais, embora apresente similitudes epidemiológicas com outros países, o Brasil tem problemas de notificações e subnotificações, diversidades regionais, culturais e grandes extensões territoriais multifacetadas em subepidemias microrregionais, em permanente interação.

Todos esses fatores contribuem para os atuais arranjos da epidemia brasileira, personificadas na heterossexualização, pauperização, interiorização e feminização, na realidade, resultados de profundas desigualdades socioeconômicas e culturais da sociedade brasileira.

(BASTOS & BARCELLOS 1995, 1996; BRITO *et al*, 2000). Os números confirmam estas mudanças, segundo estatísticas do último Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2005).

Do início da epidemia, em 1980 até 30 de junho de 2005, notificou-se 371.653 casos de Aids em todo o país, registrando-se 19 mil casos novos, somente no período de julho de 2004 a junho de 2005. Destes, 252.691 (68%) são homens e 118.962 (32%) são mulheres.

Os dados epidemiológicos apontam para manutenção de crescimento da epidemia com taxa de incidência⁴ ainda, em patamares elevados, com 17,2 casos por 100 mil habitantes, em razão do persistente crescimento nas mulheres, respondendo por 14 casos por 100 mil habitantes em 2005. Chama ainda a atenção no sexo masculino, a redução das taxas de incidência nas faixas etárias de 13 a 29 anos e o crescimento nas faixas posteriores, principalmente entre 40 e 59 anos. Entre as mulheres, observa-se após 1998, a tendência à estabilidade entre aquelas na faixa de 13 a 24 anos, com crescimento persistente em praticamente todas as faixas etárias.

Com registro de ocorrência em todo território nacional, a distribuição da epidemia mostra-se bastante heterogênea nas variáveis de residência, sexo, idade, grau de escolaridade e categorias de transmissão. Entre as regiões brasileiras, com exceção da Sudeste, mantém-se a tendência de crescimento, principalmente nas regiões Norte, com destaque para o estado de Roraima.

Com relação especificamente à categoria de exposição, nos indivíduos acima de 13 anos, a via de transmissão heterossexual constitui a mais importante característica com ampla expressão em todas as regiões do país, com incremento de 6,6% para 39,2% dos casos em ambos os sexos. No segmento feminino, essa via de transmissão tem representado quase a totalidade dos casos em maiores de treze anos, repercutindo sobremaneira no ciclo reprodutivo feminino. As últimas estatísticas contabilizam 23.462 gestantes soropositivas para o HIV, notificadas desde 2000 em todo o país e vem aumentando ao longo do período analisado, embora aquém do número estimado nos estudos de prevalência nacional.

A mortalidade por Aids mantém-se estabilizada com cerca de onze mil óbitos anuais desde 1998 e com taxa de 6,4 óbitos por 100 mil habitantes, embora se observe, ainda, o crescimento nas regiões Norte e Sul, com destaque para o estado do Rio Grande do Sul e, notadamente, redução das taxas em São Paulo e Distrito Federal. Mantém-se o crescimento da

⁴ Incidência S.f.Epidem.: Número de casos novos de uma doença, ocorridos em uma população particular durante um período específico de tempo. A incidência é uma medida de morbidade que expressa a velocidade de aparecimento da doença na população. (BRASIL, 2002)

mortalidade na categoria de mulheres bem como de raça/cor parda e preta em ambos os sexos, expondo a iniquidade no acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento precoce das populações menos favorecidas social e economicamente. (BRASIL, 2005, p 5)

Os dados específicos por sexo registram 128.436 (74,75%) óbitos masculinos e 43.377 (25,25%) femininos com respectivas taxas de mortalidade⁵ por 100.000 habitantes de 8,4 e 6,1 no período de 1985 a 2004, com significativa mudança no perfil destes valores entre sexos. De uma razão de 24,8:1 em 1985, chegou-se a 2,1 homens para cada mulher em 2004. A taxa de mortalidade inicial nos homens aumentou de 0,2 para 8,4 por 100 mil habitantes e nas mulheres saiu de 0,1 alcançando os atuais de 6,1 de óbitos por 100 mil habitantes, sinalizando um expressivo crescimento da mortalidade feminina nos últimos anos.

Enfim, todas essas características têm contribuído de modo decisivo para o aumento de casos em mulheres, traduzido na progressiva redução da razão de sexo no tempo e em todas as categorias de exposição. Para se ter uma idéia do ritmo da infecção do HIV/aids sobre o segmento feminino, a tabela abaixo, ilustra com mais propriedade esse fato.

⁵ Taxa (ou coeficiente) de mortalidade é a medida de frequência de óbitos em uma determinada população, durante um intervalo de tempo específico. Quando incluídos óbitos por todas as causas, tem-se taxa de mortalidade geral. Caso se inclua somente óbitos por determinada causa (no caso específico deste trabalho, a Aids) tem-se a taxa de mortalidade específica (BRASIL, 2002).

Tabela I - Casos de Aids (número e taxa por 100.000 habitantes), segundo ano de diagnóstico por sexo. Brasil, 1980-2005*

Ano de Diagnóstico	Número de casos			Razão M/F
	Masculino	Feminino	Total	
1980	1	0	1	-
1981	-	-	-	-
1982	10	0	10	-
1983	36	3	39	12,0
1984	127	7	134	18,1
1985	530	20	550	26,5
1986	1074	71	1145	15,1
1987	2443	270	2713	9,0
1988	3903	603	4506	6,5
1989	5458	908	6366	6,0
1990	7630	1422	9052	5,4
1991	9905	2135	12040	4,6
1992	12135	3049	15184	4,0
1993	13201	3813	17014	3,5
1994	14154	4487	18641	3,1
1995	15414	5584	21998	2,7
1996	16655	6926	23581	2,4
1997	17710	8465	26175	2,0
1998	18674	9636	28310	1,9
1999	16712	9185	25897	1,8
2000	16586	9633	26219	1,7
2001	15792	9805	25597	1,6
2002	18852	11975	30827	1,5
2003	20421	13473	33894	1,5
2004	18395	12451	30846	1,4
2005	6873	5041	11914	1,3
TOTAL	252691	118962	371653	

*Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/05.

Fonte: MS/SVS/PN DST e Aids.

População: MS/SE/DATASUS, em <[www.datasus.gov.br/informações em saúde/população](http://www.datasus.gov.br/informações%20em%20saúde/população)> acessado em 24/11/2004.

Nela, observamos o incremento feminino no decorrer da trajetória da epidemia, onde a transmissão heterossexual vem representando quase a totalidade dos casos em mulheres maiores de 13 anos. De uma razão de sexo de 26,5 homens para cada 1 mulher em 1985, na seqüência indo para 5,4:1 em 1990, situando-se em 2,0:1 em 1997, reduzindo-se rapidamente nos anos seguintes para uma relação de apenas 1,4: 1 em 2004, decrescendo progressivamente para atuais 13 casos masculinos para cada 10 femininos (ou 1,3: 1).

Constata-se, também, que as menores razões de sexo e a via predominante de transmissão heterossexual ocorrem nos municípios brasileiros com menos de 50 mil habitantes concentrando

os maiores percentuais de casos em mulheres de 20 a 49 anos, pobres e residentes nas periferias urbanas e cidades do interior (BRASIL, 2003c) apontado como o mais importante fenômeno da epidemia nos últimos anos (BRITO *et al.*, 2000). Para Goldstein, tal fenômeno se deve às peculiaridades da realidade brasileira, como a existência de classes urbanas e pobres de usuárias de drogas injetáveis e uma lógica cultural de sexualidade construída de forma altamente complexa, incluindo enormes diferenças internas e grandes cortes no discurso de subgrupos separados por gênero, sexo, sexualidade, classe e raça (1996, p.38).

Esse fato também denuncia, ainda que sutilmente, conservadorismo entre ambos os sexos e menor informação sobre riscos da doença, ao contrário dos centros maiores, onde a troca de informação é mais freqüente. Nesses municípios, por suposto, o universo feminino tende a aceitar o comportamento masculino na esfera da sexualidade sem reclamações ou reivindicações.

Já a categoria da transmissão vertical do HIV/Aids (mãe/filho), referida anteriormente, aumentou progressivamente como conseqüência direta da maior participação feminina entre os casos de AIDS no Brasil. No período de 1983-1993 foram 1.452 e de 1983-2005 foram 10.077 crianças, embora se registre uma redução de 47,9% em 1994 para 15,4% em 2005. Tal fato sugere que, apesar de interesses econômicos e políticos sobre questões reprodutivas da mulher, as intervenções terapêuticas e profiláticas sobre gestantes com HIV/Aids no pré-natal, tem reduzido significativamente as taxas de transmissão por esta via (BRASIL, 2005).

A epidemia mantém seu processo de difusão entre as populações mais vulneráveis socioeconomicamente, expresso pelo aumento persistente da proporção de casos por raça/cor “parda” e redução da “branca”, em ambos os sexos. Também ganhou relevo o processo de pauperização da epidemia, apresentando taxas de incidência substancialmente mais elevadas nas regiões periféricas (e mais pobres), entre os trabalhadores menos qualificados e/ou pessoas com menor grau de escolarização, com expressiva mudança no perfil da escolaridade. Segundo Sabóia (1993) esta difusão coincide grosso modo, com a chamada “década perdida”, caracterizada pela deterioração global das condições socioeconômicas da população brasileira.

Mais recentemente, o percentual de casos de HIV/Aids para ambos os sexos, concentra-se no ensino fundamental com taxas de 46,4% de homens e 51,2% mulheres, sobretudo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL, 2005). Cabe lembrar que, estudos comportamentais nestas regiões, têm apontado perfil de maior atividade sexual, precocidade no início de relacionamento sexual, maior número de parceiros no último ano, menor taxa de uso de

preservativo, maior percentual de uso drogas injetáveis e maior proporção de infectados pelo HIV/Aids (SZWARCOWALD *et. al.*, 2000).

1.4 O Traçado chega até nós: o HIV/Aids no contexto amazônico

A trajetória do HIV/Aids na Amazônia Brasileira assumiu um caráter bastante singular, vez que, justapõem-se aos processos anteriormente citados, peculiaridades sócio-demográficas regionais já existentes. São dimensões continentais amazônicas com suas áreas de fronteiras, garimpos, migrações, pluralidades etnoculturais e um relativo isolamento geográfico e político dos grandes centros do país, que ampliam a magnitude da epidemia, principalmente sobre mulheres e homens (CARVALHEIRO, 1986, LEONARDI, 2000).

Nesse sentido, a dinâmica da epidemia tem demonstrado que, sem dúvida, a comunidade mundial está intimamente conectada e que barreiras geográficas e fronteiras políticas, conservam um caráter apenas simbólico em relação ao HIV/Aids, não oferecendo nenhum obstáculo à transmissão da doença. Pelo contrário, são características que tornam estas áreas potenciais de alta vulnerabilidade ao HIV/Aids, já que ao invés de limitar a disseminação do vírus, transformam os em pontos críticos de intercâmbio de mercadorias, idéias e fluxo humano, oportunizando múltiplos contatos interpessoais, criando novas redes econômicas, sociais e sexuais, onde pessoas frequentemente, mudam radicalmente seus comportamentos (BRASIL, 2003b). Ademais, são espaços peculiares à ecologia amazônica que aumentam a vulnerabilidade ao HIV/Aids, vez que estão quase sempre muito distantes das áreas urbanas - detentoras do poder político e econômico - afastados por sua vez, de serviços sociais e cuidados específicos de saúde, que num outro contexto, teriam maiores chances e poder de resolutividade dessas questões.

Na realidade, a trajetória do HIV/Aids, segundo Leonardi (2000), “contrapõe-se” à construção histórico-social dos espaços amazônicos, já que este último ocorreu pelo traçado de navegação dos rios e construção de cidades às suas margens. Somente da década de oitenta para cá, a expansão das fronteiras e, portanto, da epidemia, não obedece ao traçado dos rios, mas sim ao traçado das estradas rodoviárias - caso de Rondônia - e ferroviárias - caso do Pará, construção de aeroportos e pistas de pouso - caso de Roraima - e projetos de colonização que desprezam o "espaço natural" e constituem "territórios artificiais”.

Ao estudar a repercussão social do HIV/Aids nas fronteiras amazônicas, este autor mostra evidências de um processo de interiorização da epidemia por “saltos” tornando-a particularmente distinta de outras regiões, já que as dispersões geográficas, provocadas pelas migrações internas

no país com destino ao interior dos estados amazônicos, alteraram definitivamente as rotas de transmissão do HIV/Aids. A expansão e ocupação de fronteiras brasileiras, promovida pela mineração e implantação de projetos de colonização e abertura de novas rodovias, causaram um abrupto e enorme crescimento populacional, sobretudo em estados como Rondônia, que conjuga muitas dessas características.

É neste contexto de vulnerabilidades sociais que a face feminina se junta a outras, diluídas nas levas de migrantes, impulsionando novas interações de grupos expostos ao risco do HIV/Aids, próximos de fronteiras trafegando com grande mobilidade ocupacional e espacial. São diferentes culturas e espaços, pessoas de faixas etárias e níveis sócio-econômicos diversos, sobretudo segmentos vulneráveis como mulheres, jovens, povos indígenas, populações móveis de caminhoneiros, garimpeiros, profissionais do sexo e usuários de drogas (BRASIL, 2003b). Enfim, uma diversidade étnico-cultural que modificou definitivamente o cenário da Amazônia, conferindo-lhe características próprias, distintas de qualquer outra região do país.

Como se pode ver, um olhar mais acurado sugere a complexidade de microepidemias do HIV/Aids tão distintas quanto seus diferentes perfis de transmissão, sendo difícil, por exemplo, traçar paralelos epidemiológicos entre o Sudeste e o Norte, quando temos neste último, superposição de doenças prevalentes como malária, tuberculose e outras. Na realidade revela desigualdades sociais em todo canto do país, já que doenças como a tuberculose se pronunciam com prevalência mais elevadas em regiões tão distintas como São Paulo e Por Velho.

Nesse sentido, devemos compreender que, embora tenhamos doenças transmissíveis endêmicas igualmente nefastas e ainda sem solução, o HIV/Aids “diferentemente da malária, sarampo ou poliomielite, afeta principalmente adultos e seus grupos humanos (famílias, lares e casais) causando profundos impactos sociodemográficos que se multiplicam do indivíduo infectado para o grupo” (MANN *et al.*, 1993, p.4).

Embora estudos regionais destaquem os impactos negativos de endemias como malária, hanseníase e tuberculose sobre o desenvolvimento de estados como Rondônia (BARTOLO Jr. *et al.*, 1999), não se vislumbra a real magnitude da infecção do HIV/Aids, subestimando a dinâmica da epidemia sobre a população de um modo geral, mas particularmente em segmentos vulneráveis, entre eles migrantes, garimpeiros e mulheres. Visto assim, as DST e a própria questão do HIV/Aids, adquirem um caráter de invisibilidade, portanto de menor importância no conjunto das ações de prevenção e controle do vírus e da doença à medida que “não são

consideradas prioridades [...] em razão da alta prevalência de doenças endêmicas e infecciosas típicas dessa região, como malária, tuberculose e hepatite, entre outras” (BRASIL, 2003b, p.56).

Conforme dados epidemiológicos mais recentes (BRASIL, 2005), a região Norte detém o total de 10.149 casos de Aids em ambos os sexos, relativos ao período de 1980 até junho de 2005. Embora com taxas de incidência inferiores às demais regiões do país, destaca-se o preocupante ritmo de crescimento de casos da doença, iniciados com 3,9 por 100.000 habitantes em 1994, atingindo 11,1 por 100.000 habitantes em 2004. O estado de Roraima, por exemplo, atingiu 28,0 por 100.000 habitantes, superando a média nacional que é de 17,2 por 100.000 habitantes.

No mesmo período (1994-2004) essa região notificou 3.797 óbitos. Embora apresente também os menores percentuais de morte pela doença em relação às demais unidades federativas do país, o que mais preocupa são as crescentes taxas de mortalidade nessa região.

Enquanto a taxa de mortalidade nacional, iniciada com 8,7 por 100.000 habitantes, tem decrescido nos últimos sete anos para 6,3 por 100.000 habitantes, a região Norte inicia com mortalidade de 1,6 indo para 3,5 por 100.000 habitantes, mantendo um ritmo lento, porém proporcionalmente inverso à média nacional, sobretudo em mulheres. O que pode ser explicado, dentre outros pontos, pela dificuldade e/ou precariedade de acesso aos serviços de saúde, bem como por erro de notificação retardando o diagnóstico precoce e dificultando o tratamento, fatos anteriormente apontados por outros estudos (BARBOSA, 2001).

Tal fato suscita ainda alguns questionamentos, quando se pensa sobre o tempo de incubação do HIV, sobre o início da atividade sexual de mulheres em idade reprodutiva e sexualmente ativas, porém não adeptas de métodos anticoncepcionais seguros ao HIV/Aids, incluindo as que estão vivenciando o exercício da sexualidade na maturidade ou àquelas que, por condições diversas, vivem em locais onde a oferta ou existência de serviços e ações básicas de saúde e educação ainda são precárias ou inacessíveis no contexto da Amazônia.

1.4.1. O HIV/Aids no Contexto do Estado de Rondônia

O estado de Rondônia vem apresentando um perfil similar ao cenário nacional, no que diz respeito ao incremento feminino na epidemia. Conforme estatística local, desde os primeiros registros em 1987 até junho de 2006, acumula 1.218 casos de Aids, sendo que 719 (59%) são do sexo masculino e 499 (41%) do sexo feminino, com percentuais inferiores apenas aos estados do Amazonas e Pará, considerando ser este, o terceiro estado mais populoso da região Norte,

portanto apresenta o terceiro em número de casos O HIV/Aids atinge 45 dos 52 municípios existentes no estado, totalizando 86,5% dos municípios com casos notificados de Aids por residência, revelando também o processo de interiorização da doença.

A taxa de incidência no estado em 2005 ficou em 6,52 por cem mil habitantes, elevando-se para 7,7 por 100.000 habitantes. A categoria de exposição sexual é predominante sobre as demais, contabilizando 79,2% dos casos, destacando-se nesta, a transmissão via heterossexual, com percentuais mais elevados nas mulheres (82,6%), que nos homens (55,1%). Visto ser a principal forma de transmissão do HIV/Aids, a via sexual atinge a população sexualmente ativa em ambos os sexos, sobretudo nas faixas etárias de 20-34, 35-49 e 50-64 anos, sinalizando uma tendência de crescimento emergente nesta última faixa. (RONDÔNIA, 2006).

Cabe citar que a categoria ignorada (23,2%) sobrepõe-se a outras igualmente relevantes como a categoria homossexual (11,44%) fato muito grave, deixando dúvidas quanto à qualidade da investigação epidemiológica e exatidão dos dados distribuídos nas demais categorias, apontando para fragilidades do sistema de notificação de agravos no estado. Dados relativos às DST, também corroboram esta observação. Em 2003, foram notificados somente 2.583 desses agravos, contrariando estimativas oficiais para 2004 de 53.747 casos em ambos os sexos, destes estimava-se uma previsão de 44.902 notificações em mulheres (BRASIL, 2003c).

No que se refere à mortalidade, o estado registra no quinquênio 2000-2005, o total de 281 óbitos, distribuídos em 176 (63%) homens e 105 (37%) mulheres, com respectivas taxas de mortalidade de 1,9 e 2,5 por 100.000 mil habitantes. Cabe citar que se observa uma substancial diferença na taxa de mortalidade feminina, superior à masculina, assemelhando-se ao padrão de mortalidade para a região Norte, demonstrado anteriormente.

Todos estes dados corroboram para visibilizar, dentre outros processos, a feminização da epidemia também em Rondônia, apontada pela queda na razão homem/mulher demonstrado na tabela adiante:

Tabela II - Casos de Aids (número e taxa por 100.000 habitantes.), segundo ano de diagnóstico por sexo. Rondônia, 1987-2006*

Ano de Diagnóstico	Número de casos			Razão M/F
	Masculino	Feminino	Total	
1987	3	0	3	-
1988	3	0	3	-
1989	2	0	2	-
1990	7	1	8	7,0
1991	0	1	1	0,0
1992	13	3	16	4,3
1993	10	9	19	1,1
1994	28	10	38	2,8
1995	36	22	58	1,6
1996	28	18	46	1,5
1997	38	32	70	1,1
1998	42	32	74	1,3
1999	44	19	63	2,3
2000	54	51	105	1,0
2001	63	47	110	1,3
2002	78	72	150	1,0
2003	88	66	154	1,3
2004	80	59	139	1,3
2005	73	45	118	1,6
2006	29	12	41	2,4
TOTAL	719	499	1218	

*Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 36/06/06.

Fonte: CESDST/HIV/AIDS/RO.

População: MS/SE/DATASUS, em <[www.datasus.gov.br/informações em saúde/população](http://www.datasus.gov.br/informações%20em%20saúde/população)> acessado em 20/07/2006.

Porto Velho, a capital de Rondônia, concentra o maior número de casos de Aids do estado, em razão da densidade populacional bem como pela concentração de serviços de referências em DST/HIV/Aids, com ações de prevenção, diagnóstico e assistência terapêutica aos usuários de todo o estado e lugares fronteiriços como Amazonas, Mato Grosso e Bolívia.

Atualmente acumula 870 casos de Aids, sendo que 517 (59%) são homens e 353 (41%), com margem de diferença de casos entre ambos os sexos, assemelhando-se às tendências de feminização da epidemia do HIV/Aids no país. A tabela adiante ilustra bem esta mudança de perfil, quando se observa que, embora o primeiro diagnóstico feminino só tenha ocorrido na década de 90, três décadas após o primeiro registro masculino em 1987, destaca-se o incremento gradual de casos em mulheres.

Tabela III - Casos de Aids (número e taxa por 100.000 habitantes.), segundo ano de diagnóstico por sexo. Porto Velho, 1987-2006*

Ano de Diagnóstico	Número de casos			Razão M/F
	Masculino	Feminino	Total	
1987	2	0	2	-
1988	2	0	2	-
1989	2	0	2	-
1990	7	1	8	7,0
1992	10	2	12	5,0
1993	8	7	15	1,1
1994	22	8	30	2,7
1995	21	13	34	1,6
1996	28	23	51	1,2
1997	23	22	45	1,0
1998	33	26	59	1,2
1999	33	11	44	3,0
2000	37	35	72	1,0
2001	48	37	85	1,2
2002	54	54	108	1,0
2003	62	45	107	1,3
2004	51	41	92	1,2
2005	52	30	82	1,7
2006	23	6	29	3,8
TOTAL	517	353	870	

*Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 28/07/06.

Fonte: DVEA/DST/AIDS/SEMUSA/PMPV.

População: MS/SE/DATASUS, em <[www.datasus.gov.br/informações em saúde/população](http://www.datasus.gov.br/informações%20em%20saúde/população)> acessado em 28/07/2006.

De uma razão de sexo inicial de 7,0 homens para cada mulher em 1990, chegou-se a 1(um) homem para cada mulher nos anos de 1997, 2000 e 2002, apontando uma tendência local de feminização da epidemia do HIV/Aids, similar à conformação do cenário nacional.

1.5 O garimpo e o lugar da mulher: conexões do traçado do HIV/Aids

Ainda que haja poucos estudos sobre o tema, pode-se dizer que a interface mulheres e garimpo no contexto da epidemia do HIV/Aids, sobrepõe-se a outros aspectos, a partir de novos sistemas de exploração da natureza na Amazônia, figurando entre outros a exploração industrial da madeira e o garimpo, que acabam por atrair um significativo contingente de homens e mulheres ligando-os às atividades garimpeiras, especialmente ao comércio e a prostituição (TEIXEIRA, 2001).

Segundo Cleary (1992) há registro da presença feminina em garimpos desde o período colonial, principalmente dedicada à cozinha e lavanderia ou eventualmente prestando favores sexuais no intuito de incrementar sua renda, sendo ao mesmo tempo, fator determinante para fixação e produção da mão de obra masculina no cenário da garimpagem. Algumas pesquisas estimam que na década de 90, existiam 419.920 garimpeiros em todo o país, distribuídos principalmente nos estados do Pará, Mato Grosso, Rondônia e Goiás, dentre estes, 17% corresponde ao contingente feminino (SANTOS, 1995; NASCIMENTO, 2004).

Nos últimos anos, a garimpagem de ouro, particularmente aluvionar, tem sido alvo de inúmeras pesquisas em função dos impactos nocivos do mercúrio sobre o meio ambiente de áreas úmidas e suas populações, inclusive entre garimpeiros e cozinheiras.

Estudos evidenciam que as próprias condições de vida e trabalho no garimpo, tornam seus moradores vulneráveis à ação de agentes químicos, físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais, com efeitos adversos à saúde dos garimpeiros [e mulheres], destacando-se a intoxicação mercurial, violência, malária, DST, hepatites e a dependência em relação a diversos tipos de drogas (CAMARA & COREY, 1992; SANTOS *et al.*, 1995; LEONEL, 1998).

Ainda assim, são poucos os trabalhos voltados à problemática do impacto e/ou a repercussão do HIV/Aids sobre mulheres vivendo em áreas de garimpo, seja pelas dificuldades inerentes a estes contextos, seja pela pouca importância atribuída ao assunto, traduzida na omissão do poder público com discursos preventivistas que apregoam a equidade e a universalidade, mas passam longe dessa realidade.

O que se tem de concreto são dados divulgados pelo Programa Nacional de DST/Aids detectando 56 casos de Aids provenientes de áreas garimpeiras na região norte, sendo 41 homens e 15 mulheres, com 29 (51,8%) casos já evoluídos para óbito (BRASIL, 2003c). Desta (sub) amostra, entretanto, não se sabe precisamente as condições atuais das DST e nem do HIV/Aids, já que a intensa mobilidade da comunidade garimpeira, especialmente nos de exploração flutuante, dificulta o acesso desta aos serviços de saúde ou vice-versa, retardando ou impedindo a notificação desses agravos e assim não acompanhando a dinâmica do HIV/Aids.

O garimpo, por sua vez, constitui-se num espaço social complexo eminentemente masculino, inerente à rotinização/banalização da violência verbal e física, privação financeira, de liberdade temporária, acidentes ou morte, perpassado por relações de trabalho, classe e gênero

entre homens e mulheres, expondo cotidianamente sujeitos ao HIV/Aids, seja pela subjetividade pessoal, seja pela objetividade na concretude de suas condições de vida.

Cabe ressaltar que a identificação do garimpo como lugar da relação entre capital e trabalho, ocultou por muito tempo, a presença da mulher, estando vinculada ao entretenimento, principalmente de ordem sexual (SILVA *et. al.*, 1995). Enfim, situações de vulnerabilidades feminina diluídas na precariedade de estatísticas referentes às DST/HIV/Aids, violência, trabalho e gênero, muitas vezes subestimadas, dificultando retratar a verdadeira magnitude do problema.

Para Leonardi (2000) são cenários que explicam a interiorização e feminização da epidemia, visto serem arranjos sociais conectados ao modo de inclusão de países subdesenvolvidos ao processo de globalização. Segundo o autor, o encurtamento espaço/tempo é demarcado pela crescente mobilidade populacional e integração de áreas regionais à economia de mercado atrelado à exploração da força de trabalho, gerando uma mão de obra flexível, móvel e simultaneamente excluída, produzindo uma ecologia favorável à emergência de agravos como o HIV/Aids. Este por sua vez, invoca novas questões que precisam ser equacionadas no plano das políticas públicas de saúde e no campo de práticas que exigem abordagens multidisciplinares.

Os traçados numéricos aqui expostos sobre a epidemia do HIV/Aids, partem de notificações oficiais da doença, não traduzindo de fato a real magnitude do problema. Até porque, segundo Certeau (1994) fatos numéricos só têm validade e pertinência conforme condições de sua coleta, ou seja, sua qualidade e significância informativa são proporcionais aos procedimentos para obtê-los e construir as categorias que organizaram essa produção.

Isto posto, as evidências epidemiológicas voltadas à causalidade do agente etiológico e risco atribuído a fatores biológicos, individuais e comportamentais, revelam uma importante face da epidemia, ao tempo que sinalizam para uma outra face “oculta e silenciosa” com dimensões mais complexas, como a persistência e o aprofundamento das desigualdades sociais, sobretudo de gênero, classe e raça/etnia que direcionam a trajetória desta epidemia.

Sabe-se que o programa brasileiro para o controle do HIV/Aids é tido como modelo mundial de uma política institucional bem sucedida, sobretudo porque tem ampliado o acesso aos medicamentos antiretrovirais, resultando na significativa redução de doenças oportunistas, internações hospitalares, transmissão vertical e melhoria na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Adis (BRASIL, 2004).

Entretanto, as evidências epidemiológicas aqui destacadas insistem em demonstrar que apesar de todos os esforços, o impacto desta epidemia sobre o segmento feminino é inevitável e preocupante. A mortalidade por Aids ocupa o segundo lugar entre as causas de morte feminina no Brasil, primeira causa na região sul e vem gradualmente aumentando estas mesmas taxas de mortalidade na região norte, suscitando a expansão de uma epidemia instável e silenciosa sobre grupos populacionais de pouca visibilidade até o momento.

É precisamente neste contexto de invisibilidade social que este trabalho se insere como forma de falar sobre silêncios - tanto morais quanto epidemiológicos - que encobre diferentes experiências femininas e transformam-na em fonte de vulnerabilidades ao HIV/Aids.

Para aprofundar esse eixo de análise, o capítulo a seguir, traz uma discussão pautada no referencial de vulnerabilidade no contexto da epidemia do HIV/Aids. Intenciona articular e compreender como modos de vida de diferentes mulheres amazônicas - sobretudo as que vivem em garimpo - podem determinar a participação destas na epidemia do HIV/Aids.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A responsabilidade pela infecção, pela morte ou pela submissão não está em cada mulher solitariamente, mas nos padrões sociais de gênero aos quais as mulheres são e estão submetidas e mediante os quais são socializadas.

(MATOS, 2005, p.62)

2.1. O conceito de vulnerabilidade no contexto da epidemia de HIV/Aids

Cada doença pode-se dizer, carrega consigo, além de aspectos biomédicos específicos, contextos históricos, sociais e culturais de seu tempo. O surgimento e evolução da epidemia do HIV/Aids, assim como sua construção simbólico-discursiva associada à moralidade tal como a conhecemos, suscitaram similitudes metafóricas com as grandes pestes medievais, marcadas pelo medo do contágio e da morte em função do comportamento pessoal.

Na modernidade, quando se supunha que o controle tecnológico sobre as doenças infecciosas bastasse ao bem estar social da humanidade, a virtude, o bem, a honestidade e a vida sexual regrada voltaram ao palco das explicações (CZERESNIA, 1997; MATOS, 2005). Assim, a Aids foi percebida como um desastre social coletivo, circunscrita ao universo simbólico das doenças culpabilizantes, decorrentes do exercício de uma sexualidade que desafiava os padrões morais dominantes (SONTAG, 1989). Nesse sentido, a catarse social provocada pelas representações da doença-sofrimento, isolamento, desfiguração e morte - sobretudo nas comunidades mais atingidas e, portanto mais estigmatizadas, mobilizou rapidamente esforços no sentido de simultaneamente combater o preconceito e alcançar o controle e a prevenção do HIV/Aids.

O questionamento do discurso médico/pedagógico, baseado na concepção voluntarista individual, desvelou “equivocos” conceituais e metodológicos, forçando a substituição de modelos preventivistas individuais a multidimensionais de conscientização coletiva e mobilização comunitária mais efetiva (PARKER, 1999; PARKER & CAMARGO Jr., 2000). Esta mudança marca um período de maior atenção das políticas de prevenção com a incorporação de questões que considerem mudanças na estrutura social, visando à diminuição das desigualdades e iniquidades sociais, como respostas mais eficazes para conter o avanço da epidemia, sobretudo nos segmentos minoritários mais enfraquecidos como pobres, mulheres e negros e jovens (GRANJEIRO, 1994; BUCHALLA, 1995).

Cabe lembrar que tal reconhecimento mostrou-se insuficiente na desconstrução de metáforas em torno do HIV/Aids, cristalizadas na idéia de uma doença fatal e ameaçadora não

apenas nas suas dimensões epidemiológicas, mas de significados simbólicos construídos em torno da mesma. Isto é, das informações produzidas, interpretadas e legitimadas como “verdades” inculcadas no coletivo social, ressonâncias das posturas inicialmente alarmantes, fomentadoras de noções de descontrolo e desordem social (MONTEIRO, 2002).

Nos primeiros anos da epidemia predominava a noção de risco individual, guiado por comportamentos culturalmente adquiridos e concepções epidemiológicas de “grupos de risco”. Nas décadas seguintes assistiu-se à contradição entre noções de “grupos de risco” e “público em geral”, forçando um deslocamento da ideia de “risco individual” para uma nova compreensão de vulnerabilidade social, passando a ser o ponto central e base de sustentação nas discussões e intervenções sobre prevenção e controlo do HIV/Aids. É nesse contexto que o conceito de vulnerabilidade se desenvolveu e assumiu significância para compreensão e enfrentamento desta epidemia.

Segundo Alves (1994) o conceito de vulnerabilidade é relativamente recente e proveniente do campo advocatício internacional de direitos humanos, adotado para designar grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania.

Na esfera da saúde pública, especificamente na prevenção do HIV/Aids, a emergência deste conceito data do início dos anos 90, a partir dos trabalhos pioneiros de Jonathan Mann e colaboradores, ao apresentar um diagnóstico das tendências mundiais da pandemia. Na realidade, o conceito tornou-se resultado de progressivas interseções entre o ativismo e o movimento humanista, já que, coincidentemente o HIV/Aids configurou-se na primeira epidemia pós-moderna dos direitos humanos, tendo sua primeira década fortemente marcada pelo diálogo e, frequentemente, pelo conflito entre as abordagens ditas tradicionais de saúde pública e as pressões pelo respeito aos direitos humanos (MANN *et al*, 1993, 1996).

Para Ayres (1997, p.141) a aplicação do conceito de vulnerabilidade no contexto desta epidemia significa “a maior ou menor possibilidade de infecção ao HIV/Aids de uma pessoa ou grupo, pela soma de fatores individuais, sociais, económicos e políticos de uma dada sociedade, ocasionando graus de suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambas”. Visto assim, situações de vulnerabilidades individuais e/ou grupais são e estão relacionados a um conjunto de fatores condicionantes, constituindo-se em objeto de reflexão na elaboração e planeamento das ações preventivas.

A fundamentação epistemológica do conceito de vulnerabilidade aplicado ao contexto do HIV/Aids, dialeticamente desenvolvida por Mann *et al.* (1993) aborda três dimensões¹ inter-relacionadas e mutuamente influenciáveis, oferecendo critérios objetivos para avaliação da suscetibilidade à infecção: a esfera pessoal ou individual, o arranjo institucional ou programático e o contexto social ou cultural. Pela natureza particular deste trabalho privilegiaremos as dimensões individual e social, sem perder de vista, referenciais do programático (ou institucional) como forma de apreender o objeto de nosso estudo.

Para os autores a dimensão individual ou pessoal compreende componentes cognitivos e comportamentais. Os fatores cognitivos estão relacionados ao acesso e qualidade das informações necessárias sobre o HIV/Aids, à capacidade de elaborar tais informações, incorporando-as ao cotidiano de suas preocupações e, finalmente, ao interesse e possibilidades de transformar estas preocupações em práticas protegidas e seguras.

Por sua vez, fatores comportamentais compreendem características individuais (desenvolvimento emocional, percepção de risco, atitudes frente aos possíveis riscos) e suas habilidades pessoais (negociação de sexo seguro, uso correto do preservativo). Estes aspectos, segundo os autores, “são tanto mutáveis quanto conectados socialmente, variando intensamente, e mudando em resposta a história e experiência pessoal de cada um, por sua vez, fortemente influenciado por indivíduos-chaves (família, amantes e amigos), comunidades e entidades sociais mais abrangentes, como religiões, escola e estados nações” (*op.cit*, p. 276).

Ainda que de modo prescritivo e simplista, se definem também níveis de gradação quanto à suscetibilidade individual à transmissão sexual do HIV/Aids, qualificada como vulnerabilidade mínima quando a pessoa “não” relata nenhuma atividade sexual ou tem exclusivamente práticas de sexo não penetrativo. Por sua vez, o aumento da vulnerabilidade pessoal diz respeito às relações sexuais penetrativas com parceiro sexual único, práticas sexuais seguras e vida sexual ativa sem práticas de sexo seguro. São padrões de comportamentos individuais, regidos pelo social enquanto fonte de suporte emocional e instrumental, promovendo companhia, informação e referência às condutas que influenciam o repertório interpessoal.

A dimensão social tem como pressuposto a forte influência dos fatores sociais sobre a vulnerabilidade pessoal e programática. Diz respeito à obtenção de informações, às possibilidades de metabolizá-las e ao poder de incorporá-las à mudanças práticas, o que não depende só dos indivíduos, mas de aspectos como acesso aos meios de comunicação,

¹ Neste trabalho, emprestamos o termo dimensões enquanto expressão de determinados aspectos e sua importância atribuída no contexto da epidemia do HIV/Aids cunhado por Mann et al., (1993).

escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas. Esta análise reconhece estruturas como “relações de gênero, atitudes em relação à sexualidade, crenças religiosas e pobreza”, influenciando a capacidade de reduzir a vulnerabilidade pessoal ao HIV/Aids, tanto diretamente quanto mediada por programas.

A dimensão programática (ou institucional) compreende a execução de políticas e programas voltados à redução da vulnerabilidade pessoal e social ao HIV/Aids, nos níveis nacionais, regionais e locais, sejam elas instâncias governamentais e não governamentais, tendo como propósito a vigilância epidemiológica, o controle, a prevenção e a assistência frente à epidemia. Sua intervenção baseia-se na tríade preventiva: informação e educação, serviços sociais e de saúde e a não discriminação de pessoas portadoras do HIV/Aids.

Mann et al., (1993) assinala que a combinação desses três elementos, utilizada de forma inovadora e criativa por comunidades do mundo inteiro, permitiu retardar a velocidade de transmissão do HIV. Ao passo que onde se exclui um destes elementos, os resultados mostraram-se pouco eficazes, demonstrando que a adoção e adaptação destes elementos às circunstâncias, costumes, e realidades locais parecem cruciais para criação de programas eficazes de prevenção do HIV/Aids.

Para Matos (2005) esta dimensão está relacionada à vontade política, social e individual na superação de fronteiras e rompimento de barreiras tradicionalmente perpetuadas, seja pela sociedade ou pela prática médica. Nessa perspectiva, o Brasil conjuga e entrelaça formas variadas de desigualdade e opressão, reforçados por estruturas que (re) produzem os motores da epidemia, estando entre eles,

[...] movimentos migratórios internos, falta de poder das mulheres, submetidas à opressão econômica e de gênero, encolhimento do mercado formal do trabalho e a desintegração social. Alia-se a este cenário desolador, baixa incorporação de valores de cidadania, ausência de mecanismos de proteção social e um frágil e incipiente sistema de bem-estar social em processo de dismantelamento (Parker & Camargo, 2000, p. 59).

Tais acontecimentos, frutos de processos históricos antecedentes e presentes ao contexto atual deflagrando preocupações que segundo Giddens, “nos remete à sensação que temos sido apanhados num universo de eventos que parece estar fora de nosso controle [...] afetando práticas sociais e modos de comportamentos preexistentes” (1999, p.20). Assim tem sido a repercussão do impacto do HIV/Aids, pois onde quer que a epidemia tenha emergido, justapôs-se aos problemas já existentes, atuando sobre estruturas de divisão e desigualdades

sociais, e em diferentes contextos culturais, exigindo cada vez mais respostas com alcance e enfoque macrossômicos (ADORNO & CASTRO 1994; PARKER & CAMARGO, 2000).

Lamentavelmente, as respostas das políticas de prevenção ao HIV/Aids para mulheres no Brasil, por exemplo, têm concentrado foco na atenção pré-natal e obstétrica, numa tentativa de diminuir a transmissão vertical (mãe/filho), embora se observe pouca conexão com a saúde sexual e reprodutiva, bem como o restrito acesso às ações e serviços de diagnóstico precoce. Ainda assim, estudos como de Barbosa (2001), Vilela (1996a) e Goldstein (1996) apontam o quão distante estão da realidade as propostas preventivas no campo do HIV/Aids, informadas por concepções tradicionais, ou até mesmo arcaicas de sexualidade e pela perspectiva racional e normativa de ações que ignoram ou subestimam referenciais culturais, resultados e mecanismos de apreensão das informações transmitidas e direcionadas à polifonia de grupos sociais.

Visto assim, compreende-se porque a maioria das mulheres infectadas desconhece seu status sorológico, obtendo conhecimento apenas mediante suspeitas médicas, por um lado na condição de sintomáticas, por outro quando solicitados exames de rotinas no pré-natal ou em exames admissionais em várias áreas. Estas dimensões de vulnerabilidade programáticas aliadas às demais dimensões acima pontuadas, nos revela a difícil tarefa do empoderamento feminino enquanto resposta social e governamental ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, ainda que tenhamos um programa de controle do HIV/Aids considerado referência pela Organização Mundial de Saúde, a ser copiado pelos países em desenvolvimento.

Diante das argumentações expostas e considerando as íntimas conexões entre estas condições de vulnerabilidades mediante o HIV/Aids, encontramos em Vilela (1996a) e Palma & Matos (2001) quando projetam neste referencial, uma tentativa de superação às tradicionais abordagens restritas a aspectos individual-biológicos como determinantes do risco.

Essa percepção ampliada e reflexiva, possibilita identificar as razões últimas da epidemia e seus impactos em tonalidades dinâmicas, que vão desde suscetibilidades orgânicas a forma de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos, tornando-o aplicável a qualquer dano a saúde pública, sendo ponto crucial para implementação de políticas públicas bem orientadas (Ayres et al, 1997, p.141).

Nesse sentido, adotar o conceito de vulnerabilidade no contexto da feminização do HIV/Aids, é superar, antes de tudo, uma apreensão simplista da realidade, enxergando as implicações subjetivas desta epidemia nas mulheres. É também exercitar uma interpretação reflexiva e dialética, considerando a concretude de repertórios de vida pessoal, saúde sexual e reprodutiva, papéis hierárquicos nas relações de gênero e percepção de risco, conectadas a

condições sociais como trabalho, classe, etnia, crenças, valores e posição social que cada mulher ocupa e negocia seu estar no mundo.

Para Velho (1994), concretizar a difícil e ambiciosa tarefa da prevenção do HIV/Aids nesse e em qualquer outro grupo social, tornar-se necessário compreender o processo de construção, manutenção e transformação de suas crenças e práticas, considerando a polifonia de manifestações culturais presentes em sociedades complexas contemporâneas. Dito de outra forma, é considerar que pluralidades sócio-culturais (re) colocam pessoas e grupos - especificamente mulheres- em situações de vulnerabilidade, estejam elas ligadas a dimensões corporal, sexual, econômica ou moral. Como diz Matos,

... põem-na em vulnerabilidade permanente na medida em que mantem uma relação direta com a questão de poder individual e coletivo - permitindo por um lado, apropriação de instrumentos e habilidades e por outro, o questionamento de valores tradicionalmente aceitos que (...) influenciam decisivamente o enfrentamento da epidemia - e que tornam indivíduos e grupos sujeitos de sua própria saúde. (2005, p.54)

É precisamente neste enfoque que abordaremos os sujeitos desta pesquisa - mulheres no garimpo - que negociam seu “estar no mundo” por meio de suas relações de gênero, de classe, e de suas representações de proteção e práticas e possibilidades de maior ou menor risco à infecção e ao adoecimento pelo HIV/Aids. Neste propósito, postulamos contribuições teóricas de autores que (com) partilham do conceito de vulnerabilidade para compreender e ampliar o entendimento de fenômenos sociais como a feminização da epidemia do HIV/Aids. Reflexões sobre gênero, sexualidade e negociação para sexo seguro serão utilizados para indicar alguns dilemas que cercam os sujeitos desta pesquisa.

2.2 As múltiplas dimensões de vulnerabilidades femininas

A realidade decorrente da mudança do perfil da epidemia e, conseqüentemente, a crescente feminização da infecção do HIV/Aids, trouxe preocupações ontológicas mediante a constatação de que ser mulher implica ser vulnerável.

Embora as discussões sobre vulnerabilidade feminina sejam recentes na esfera do HIV/Aids, sua pertinência histórica é mais antiga, sendo um dos conceitos de consenso nas ciências sociais, para designar a condição feminina enquanto construto sociocultural, presente em quase todas as culturas e sociedades (MATOS, 2005). Estudos antropológicos pioneiros, já demonstravam a influência dos padrões sociais como forma de intermediar, delimitar e até mesmo regulamentar experiências sexuais masculinas e femininas pessoais e coletivas (LOYOLA, 1998).

Nesse sentido e considerando que existam suscetibilidades diferenciadas para homens e mulheres relativas ao HIV/Aids, ambos sofrem as conseqüências dos ditames impostos pela sociedade às regras de comportamento de gênero, saúde e sexualidade em relação ao seu próprio corpo, que facilitam ou dificultam a infecção e diferenciam o adoecimento.

O atual entendimento do que se define como vulnerabilidades femininas ao HIV/Aids, quando analisada pela ótica de gênero, implicam em “desnaturalizar o corpo feminino e apreendê-lo a partir dos contextos histórico, socioeconômico e político que condicionam aos inúmeros riscos a que as mulheres estão submetidas” (BARBOSA, 2001, p.27). Para a autora, a própria construção social e científica de um modelo de epidemia, que detinha pouco conhecimento capaz de prever um perfil diferenciado nas mulheres, acabou obscurecendo desde o princípio fatores socioeconômicos, culturais e de gênero, provocando até hoje, sérias conseqüências para estratégias de enfrentamento. Exemplo disso acrescenta a autora, é a limitada atenção e os poucos recursos destinados à prevenção, pesquisas e tratamento quando diz respeito às mulheres no mundo todo.

Do ponto de vista da vulnerabilidade biológica feminina, sabe-se que no intercuro das relações heterossexuais, as mulheres estão duas a quatro vezes mais suscetíveis à infecção que os homens, tanto ao HIV/Aids como para demais DST. Nas mulheres, a superfície de exposição ao vírus é ampla, a carga viral presente nos fluídos masculinos é maior do que nos fluídos vaginais e as DST - fatores coadjuvantes à infecção do HIV/Aids - freqüentemente assintomáticas, não são tratadas adequadamente nas mulheres. Tais condições debilitam a mucosa vaginal, permitindo a entrada do vírus (HERRERA & CAMPELO, 2002; BASTOS & SZWARCOWALD, 2000). Existe assim, maior vulnerabilidade biológica nas mulheres porque no exercício da sexualidade elas estão expostas a uma maior carga viral, porque oferecem o interior de seus corpos, e é neles que se depositam os fluidos masculinos que lá permanecem por minutos ou até horas. A esta vulnerabilidade biológica, associam-se vulnerabilidades sociais e sexuais com um quadro muito preocupante.

Assim, se no âmbito individual, a vulnerabilidade diz respeito a comportamento e características biológicas que condicionam a possibilidade de prevenção da infecção, tais atitudes estão relacionadas ao meio social em que emergem e reproduzem, ao grau de consciência e potencial poder de transformação que os indivíduos tenham sobre seus corpos e suas condutas. Torna-se mais evidente que a vulnerabilidade biológica das mulheres está intimamente conectada a dimensões de vulnerabilidade social e sexual, especificamente relativas ao tratamento dispensado às relações de gênero.

Questões centrais sobre gênero são tratadas desigualmente em termos políticos, culturais e sócio-econômicos, o que pode ser observado tanto no âmbito familiar como na sociedade e nas culturas nacionais e estrangeiras. Ademais, somam-se à condição feminina, desigualdades como a pobreza e discriminação étnica e de orientação sexual, criando um ambiente favorável para introdução do HIV/Aids afetando todas por igual (HERRERA & CAMPELO, 2002). Nesse sentido, delinea-se um abismo entre o “ideal” e o “real”, haja vista que a grande maioria das mulheres no Brasil e no mundo tem menos acesso à educação e trabalho formais, com escassas possibilidades de acesso à informação e serviços adequados de saúde, sobretudo em regiões desprestigiadas social e politicamente como a Amazônia.

Além disso, devem ser consideradas as diferentes situações e contextos nos quais existem mulheres em situações de risco acrescido para o HIV/Aids. São companheiras sexuais de pessoas com práticas de risco, profissionais de saúde, parceiras sexuais de pessoas vivendo com o vírus, mulheres vítimas de abuso sexual e violência, mulheres indígenas e rurais, mulheres em cárcere privado, mulheres vivendo e/ou trabalhando em áreas de conflitos, fronteiras, assentamentos e por último, mas não menos importante, mulheres em garimpos.

Do ponto de vista da vulnerabilidade social, muitas mulheres estão incluídas em situações de “múltiplos” riscos pelas próprias condições de vida e trabalho. São mulheres que se encontram vivendo e trabalhando nos assentamentos, áreas de fronteira e garimpos, convertidas em vítimas constantes da violência e abuso, às vezes da própria infecção pelo vírus, migrando para áreas remotas e isoladas e perdendo seus direitos de cidadania, suas redes sociais e recursos, obrigando-se muitas vezes a praticar sexo por sobrevivência, tolerando maus tratos, que não existiriam numa situação de menor vulnerabilidade (*op.cit.*).

Convém citar que tanto mulheres garimpeiras e não garimpeiras [no caso deste estudo, cozinheiras, diaristas e companheiras de garimpeiros], vivendo e compondo o mesmo tecido social do garimpo, encontram-se duplamente incluídas numa matriz de risco e vulnerabilidade ao HIV/Aids, já que apresenta, dentre outros grupos, ocorrência tanto freqüente quanto variável de comportamento de risco segundo grupo considerado (BRASIL, 2002). São trajetórias femininas adstritas a territórios socialmente vulneráveis, onde fronteiras geográficas são limites muito tênues desenhados nos mapas; áreas de garimpo onde os metais são campeados, mas que também camuflam o tráfico de maconha e cocaína, abrigam a violência doméstica, a exploração sexual infantil e o tráfico de crianças, adolescentes e mulheres, configurando-se num problema de grande magnitude (BRASIL, 2003a), ou seja, para além da vulnerabilidade individual estamos falando de uma vulnerabilidade social.

Questões ainda subestimadas e/ou negligenciadas que potencializam dimensões do risco ao HIV/Aids destas mulheres, já que “trocam” o espaço privado da casa pelo espaço privado do garimpo como meio de sobrevivência, alternando-se os espaços de exploração/dominação, justapondo-se às informalidades de um trabalho igualmente destituído de poder e prestígio - situações de vulnerabilidades típicas de um meio social inóspito, inseguro, sobretudo invisível e longe do alcance das redes de apoio socialmente institucionalizadas.

2.3 Gênero, sexualidade e outras dimensões do risco

A epidemia do HIV/Aids trouxe à tona e a público, de forma compulsória, questões de gênero e sexualidade (sobretudo feminina) pouco discutidas ou restritas à esfera privada. A entidade teve força e poder de desorganizar estruturas psicossociais, questionando padrões sexuais até então cristalizados nas sociedades, onde gênero e sexualidade têm sido utilizados para distinguir e hierarquizar pessoas, não por características anatômico-fisiológicas de seus corpos e sim por representações, valores e discursos socialmente construídos. Nesse sentido, o advento do HIV/Aids pode ter apressado as conceituações relativas às relações de gênero, desvelando em definitivo, as obscurecidas assimetrias existentes entre homens e mulheres.

Longe de ser um conceito unívoco, portanto relacional, postulações acerca das concepções de gênero exaustivamente debatidas (DE LAURENTIS, 1994, SCOTT, 1990; SAFFIOTI, 1999; HEIBORN, 1999; KERGOAT, 1996) evidenciam uma intersecção apropriada à nossa discussão tendo como pano de fundo a epidemia do HIV/Aids.

Qual seja compreender saberes relacionados à categoria de gênero, enquanto regulação social sobre as diferenças percebidas entre os sexos, fugindo à dicotomia biologicista da sexualidade, permitindo uma abordagem crítica sobre as vivências do ponto de vista das mulheres no garimpo, seus discursos e práticas cotidianas de vida, enquanto resultantes de condicionamentos históricos sociais, políticos e culturais.

De fato, considerar gênero enquanto construção histórica suscita questionar padrões sociais nas diferentes esferas, já que, segundo Matos “provoca a desnaturalização das experiências humanas e a consequente dissociação entre o biológico e o social” (2005, p.105). Esse processo de desnaturalização permite enxergar que diferenças biológicas “impressas” nos corpos [e na alma, enquanto sinônimo de psique] determinam e servem de modelos explicativos/reforçadores das relações entre homens e mulheres, justificando padrões de dominação presentes na moderna sociedade ocidental (PARKER, 1999; VANCE, 1995).

Deste ponto de vista, diferenças anatômicas explícitas e recônditas foram e ainda são transformadas em noção de gênero, constituindo-se em arranjos hierárquicos de poder do homem sobre a mulher, perpetuando traços de submissão feminina de épocas imemoriais aos tempos atuais. Estas impressões demarcam territórios na percepção feminina sobre seu lugar no mundo-partes irrefletidas de sua identidade social de gênero-influenciando decisivamente suas crenças, valores e condutas adotados nos diferentes momentos de sua vida em sociedade.

Segundo Bandeira (1999, p.183) “são modelagens que refletem marcas profundas de um pensamento essencialista ocidental (biológico e religioso), definindo o ser homem e o ser mulher enquanto condições naturais, utilizados como subsídios na construção de significações contemporâneas da sexualidade, marcada por dicotomias como normal/patológico certo/errado, limpo/sujo, permitido/interdito e público/privado”.

Para esta autora, tal pensamento foi a base de sustentação de dispositivos inculcados nas questões de gênero e sexo, assentados na “matriz da heterossexualidade”, subsidiando a construção de símbolos e representações e imprimindo a idéia da existência de uma sexualidade normal/limpa em contraposição a uma sexualidade anormal/suja. No dizer de Matos (2005, p.185) esta dualidade sexual “restrita ao espaço privado da família, delimita e delega aos membros do casal papéis sociais relacionados com a normalidade, ou melhor, à moralidade socialmente esperada”.

Nesse sentido, Damatta (1987) mostra como elementos centrais da organização da vida cotidiana, como construções e vivências relativas à sexualidade brasileira das décadas de quarenta e cinquenta do século passado, por exemplo, foram profundamente marcadas por uma assimetria de gênero, tendo o homem como “pólo hegemônico” dominando a cena pública (rua, trabalho, etc) e a mulher o espaço privado (casa, emoções, etc).

Esta dicotomia, entre esferas pública e privada, segundo o autor, era tão marcante que as mulheres que ocupavam o espaço das ruas eram chamadas de mulheres da vida, no conceito pejorativo destinado às prostitutas, enquanto as esposas, por oposição e por dominarem os espaços domésticos, seriam as mulheres da morte.

Isto posto, é essa mesma dicotomia que está no centro das representações do HIV/Aids, na qual dimensões de vulnerabilidades encontram-se inscritas em diferentes esferas: a primeira, relativa ao silenciamento sobre questões de sexualidade ligadas à identidade feminina, à imagem do familiar e da casa, miticamente protegida pela conjugalidade e fidelidade, capazes de proporcionar uma “imunidade ideológica”. O outro é o espaço da rua, território do perigo, onde os “outros” transitam e transmitem doenças, e têm condutas que assinalam o desvio e a transgressão, portanto da anormalidade.

...manter-se à distância das condutas ditas anômalas, ou mesmo pensar que é possível manter-se distante da contaminação, evidencia a necessidade de perpetuar uma identidade social que permita às mulheres e homens não se identificar com o estereótipo clássico do aidético (Matos, 2005, p.116).

O fato é que, a identidade sexual brasileira parece ter sido construída dentro do jogo de poder e moral onde o “homem-macho” e a “mulher de respeito” sabem muito bem qual é a posição de cada um nas suas experiências cotidianas de relações de gênero. Neste ponto, podemos afirmar que, combinando dimensões como classe social, raça, escolaridade e faixa etária, gênero torna-se um “aprendizado social” pela família, escola, amigos, igreja e mídia. Ou seja, no dizer de Scott (1999) gênero é elemento mediatizador de conceitos normativos, expressos nas diferentes instâncias sociais que se configuram numa oposição binária, definindo de modo categórico e inequívoco o sentido do masculino e feminino.

Nesse regime, segundo Saffioti (1999), mulheres são socializadas para dar sustentação ao modelo através da educação diferenciada de gênero sob a metáfora do triplo sistema de exploração/dominação, através de subestruturas de gênero, etnia e classe, presentes nos mais diversos tecidos sociais e camuflados pelos sistemas de poder vigentes. Assim, no dizer de Saffioti (1992, p.191), experiências de gênero também “dão cor à cultura, aos valores e ao pensamento, já que homens e mulheres vivenciam diferencialmente, inclusive quando pertencem à mesma classe social, os fatos de seu cotidiano”.

Para autora, tal visão opõe-se à equiparação sexual no mundo do trabalho - importante ponto de interconexão entre gênero e classe - permitindo enxergar que igualdade sexual não corresponde à liberação feminina. Entretanto, a própria dinâmica do modo de produção é capaz de permitir a estas, formas de estratégias de sobrevivência em movimentos alternados de resistência e acomodação, como forma de tirar partido à sua maneira do ser e fazer, ainda que instaurada dentro de relações teoricamente assimétricas como gênero e trabalho.

Encontramos em Michel Certeau (1994, 1996) uma valiosa contribuição a esta discussão, quando introduz conceitos sobre esquemas de operações ou maneiras do “fazer” dos supostamente fracos, como “arte” de intervir num campo de forças que os regula, permitindo criar para si, um espaço de jogo capaz de utilizar a ordem imposta do lugar ou da língua, mediante a estratificação de funcionamentos diferentes e interferentes.

Para Certeau,

Essas maneiras de fazer constituem as mil práticas pelas quais usuários [mulheres no garimpo] se reapropriam do espaço organizado pelas técnicas de produção sócio-cultural enfim, uma “antidisciplina” de um grupo suplantado pela criatividade dispersa tática e bricoladora dos grupos ou dos indivíduos presos agora nas redes da “vigilância” (1994, p.41) grifo do autor.

Nesse sentido, a viabilização de tais operações, segundo o autor, é acionada pelas usuárias [mulheres] traçando trajetórias indeterminadas aparentemente desprovidas de sentido, vez que não demonstram coerência com o espaço construído onde se movimentam, se infiltram e esboçam astúcias de interesse e desejos diferentes. Constroem para si o que Certeau chamou de estratégias e táticas, gestos hábeis dos “fracos” ante à ordem estabelecida dos “fortes” nas práticas cotidianas- arte secular - presente nas regiões remotas do ser vivo, que atravessaram fronteiras histórico-geográficas da humanidade.

Para o autor, tais estratégias são cálculos (ou manipulação) das relações de forças a partir do momento em que um sujeito (grupo) de poder e querer pode ser isolado. Postula um lugar possível de ser circunscrito como algo próprio, servindo de base para gerir as relações com uma exterioridade de alvos e ameaças. As táticas por sua vez, são ações calculadas, determinadas pela ausência de um poder próprio, já que nenhuma delimitação de fora lhe fornece a condição de autonomia. A diferença entre uma e outra remete a opções históricas em matéria de ação e segurança: as estratégias apontam para a resistência que o estatuto do lugar oferece ao gosto do tempo, enquanto as táticas apontam uma hábil utilização do tempo, das ocasiões que apresentam e também dos jogos que introduz nas fundações de um poder.

No olhar de Giffin (1994) o emprego destas operações, ainda que legitime poder de outorga, pronunciam sintomas de aprofundamento da exploração do trabalho feminino fora do locus familiar chamado de “transição de gênero” representada ideologicamente pela imagem de uma mulher independente social e economicamente pelo seu trabalho remunerado. Até porque segundo Giffin (2002) e Araújo (2002), a divisão sexual do trabalho, ao adaptar distintamente homens e mulheres ao labor, reforça a feminização da pobreza, a invisibilidade do trabalho doméstico e, conseqüentemente as vulnerabilidades femininas.

De forma aproximada, Barbosa (2001), encontra evidências similares ao utilizar o conceito de transversalidade na classe trabalhadora, mostrando como a ideologia de gênero obscurece no capitalismo, a exploração do trabalho produtivo e reprodutivo das mulheres. O estudo deparou-se com mulheres-mãe, em contextos instáveis, precários, agravados pelo desemprego e ausência do pai-provedor, repercutindo sobremaneira naquelas que estavam vivenciando a gravidez sobreposta ao diagnóstico de infecção por HIV/Aids. Enfim, situações que expressam conexões entre desigualdades sociais e de gênero, processo saúde-doença e a reprodução, adentrando e expondo os limites de atuação do modelo biomédico.

A violência de gênero é também um componente fundamental das muitas faces de vulnerabilidades ao HIV/Aids que circundam o cotidiano de mulheres. Nesse sentido, o espaço das relações sociais institucionalizadas (sobretudo o doméstico) enquanto locus de

poder social torna-se palco da violência (física, moral ou sexual) nas relações amorosas estáveis ou eventuais, atingindo particularmente a mulher, sendo o casamento ou uniões consensuais, as formas institucionais e o mecanismo de poder, o patriarcado (SANTOS, 1996). Aqui, a esfera da sexualidade pode ser experimentada enquanto terreno de repressão, perigo, constrangimento, prazer e exploração. Para Camargo (1998) esta compreensão articula a violência de gênero às demais opressões tornando visível a transversalidade do conceito frente às categorias de raça/etnia e classe.

A raça/etnia constitui-se também em variável essencial para compreendermos dimensões de vulnerabilidades femininas à infecção do HIV/Aids. Segundo IBGE (2000) o desemprego entre 15 a 65 anos é significativamente superior no segmento feminino (8,1% homens e 12,3% mulheres). Independe do sexo, brancos (9%) e negros (10,9%) a mobilidade social é ordinariamente usufruída por homens e mulheres brancas. A precariedade dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, aliado à pobreza e desigualdade de acesso aos serviços, tem determinado menor expectativa de vida nas mulheres negras que brancas, particularmente naquelas vivendo com HIV/Aids (BRASIL, 2003b, 2004).

O acesso feminino ao mundo das drogas, até então restrito à esfera masculina, tem determinado circunstâncias de clandestinidade, promiscuidade e violência, significando uma maior vulnerabilidade de infecção ao HIV/Aids. As instâncias religiosas também se constituem num dos vários sistemas que ordenam a vida sexual e reprodutiva de homens e mulheres. A postura conservadora e por vezes equivocada de dogmas religiosos contrários aos meios de prevenção às DST/HIV/Aids - particularmente quanto ao uso de preservativo - são exemplo de interdições sociais que dificultam e até impedem o trabalho de prevenção.

Para Matos (2005, p.213)

São vulnerabilidades que tornam mulheres escravas do risco, já que viver a/na moralidade requer devoção completa aos seus princípios e mesmo em situações de intensa dúvida moral, a dependência e a fidelidade à ilusão impedem a mudança de crença. Tal subserviência, por sua vez é determinante final de concepções, ações e posturas feminina diante do risco da infecção.

Em suma, a sexualidade feminina nos seus diferentes ciclos de vida, exercida sob a égide do sistema sexo/gênero incrementa a vulnerabilidade ao HIV/Aids. De um lado, a iniciação sexual precoce acionada por manifestações espontâneas, pressão social, coerção masculina e até por pura violência. Atrela-se a esta perversa realidade, o comércio e o tráfico de jovens adolescentes em troca de dinheiro, proteção, alimentação e habitação e trabalho.

Por outro lado, pensar o exercício da sexualidade na maturidade, baseado na crença arraigada da inatividade sexual após os cinquenta anos, atrelada à persistência da ilusão feminina na conjugalidade segura, estável e duradoura, encontram-se fora dos discursos da prevenção ao HIV/Aids. Ademais, estudos revelam que, ao contrário dos jovens, pessoas na terceira idade fazem menos uso do preservativo em suas relações sexuais, apontando dificuldade na mudança de hábitos e valores culturais internalizados e cristalizados ao longo das gerações (BRASIL, 2000, 2003b).

Enfim, a sexualidade feminina encontra-se fortemente marcada por noções e ideais de amor romântico, imbricados desde a juventude até a maturidade. Para muitas, esta visão significa um amor incondicional, não permitindo “cogitar” um terceiro elemento [o preservativo] já que este representa perda de confiança no parceiro; para outras, sexualidade implica renúncia, sofrimento e desigualdade, lugar “natural” da condição feminina. Segundo Carvalho (2003) e Ávila (1999) condições como o recato e o silêncio feminino - tão caros e ainda presentes no romantismo pós-moderno se somam ao difícil jogo das negociações de prevenção do HIV/Aids com seus parceiros. Ou melhor, traduzido nas palavras de Matos:

.....em nome da dominação sexual e da satisfação do prazer masculino, ou mesmo em nome da manutenção do status conjugal, as mulheres não se permitem duvidar. Não há espaço simbólico para a dúvida quanto a tranqüilidade de valores que supostamente as protegem do vírus da Aids. (2005, p.62)

Tais fatores entorpecem a consciência de risco feminino não somente nas uniões monogâmicas, mas em relacionamentos nas quais a mulher idealiza para si, uma união estável, confiável e supostamente de mútua fidelidade, tendo como resultado, a impossibilidade de pensar na necessidade de sexo mais seguro apropriando-se do próprio corpo e adotando condutas preventivas. Enfim, suscetibilidades femininas ao HIV/Aids permanentemente escamoteadas por sentimentos contraditórios de “confiança e risco, oportunidade e perigo, características polares, paradoxais da modernidade que permeiam todos os aspectos da vida cotidiana” (GIDENS, 1999, p.148).

2.4 Representações, práticas e negociação de sexo seguro

Como visto a construção de uma conceituação epidemiológica insuficiente sobre a transmissão do HIV/Aids foi apenas um dos aspectos desvelados no meio científico, com idéias (pré) conceituosas transversalizadas pela ideologia médica e de gênero. Para Barbosa, (2001) entre outras conseqüências, a feminização da epidemia esteve invisível pela própria definição de risco sexual, pautada em dicotomias “heterossexual/homossexual” e mulher da

“casa/mulher da rua” ambas historicamente acionadas pelo discurso em prol da família higiênica (COSTA, 1989). Este conjunto de fatores produz uma diferença capital no contexto da epidemia do HIV/Aids, já que nos países onde prevalece o padrão epidemiológico de contaminação heterossexual, a exemplo do Brasil, as práticas sexuais penetrativas e desprotegidas são o principal comportamento de risco, em especial para as mulheres.

Estudos assinalam que 80 % das mulheres infectadas pela via sexual, infectaram-se em relações vaginais sem preservativo, sendo a única atividade de risco praticada por elas (PANOS, 1993). A percepção de vulnerabilidade feminina torna-se urgente e necessária, mostrando-se, entretanto, insuficiente para determinar mudanças de comportamento, até porque diferentes grupos sociais produzem lógicas diferenciadas sobre a saúde e a doença.

No que diz respeito ao trabalho em educação em saúde, sobretudo a prevenção do HIV/Aids, é imprescindível considerar que comportamentos sexuais de pessoas ou grupos, estão relacionados a universos simbólicos que ordenam e operam a legitimação da biografia de cada indivíduo e sua interação nos diversos contextos sociais. Para Langer & Warhett (1992) tal análise prescinde da apreensão de conhecimentos, opiniões, atitudes, crenças e valores que pautam o exercício da sexualidade e influenciam nas práticas sexuais mediante o risco real e/ou potencial do HIV/Aids.

Nesse sentido, a interpretação da sexualidade enquanto construto social histórico chama a atenção para a diversidade das manifestações no exercício da atividade sexual, caracterizando o relativismo cultural e contrapondo-se à visão essencialista universal do ato sexual. Gagnon (1990) trabalha com a premissa comum ao construtivismo social fundada no peso da influência cultural e histórica na definição e interpretação dos significados e padrões de experiência sexual dos grupos sociais, que podem ser aplicadas ao entendimento da vulnerabilidade individual ao HIV/Aids. Gagnon e Parker (1995) concebem a utilização de roteiros (scripts theory) como forma de compreender práticas sexuais como desempenho de um dado script social em suas múltiplas dimensões, através dos cenários interpessoal e intrapsíquico dos indivíduos, onde padrões sexuais específicos são adquiridos e expressos.

Gagnon (1990) sugere a apreciação de tais roteiros em distintos níveis de análise. O cenário cultural traz instruções de padrões sexuais, objetivada na linguagem cultural enquanto matriz de todas as condutas, guiadas por sistemas simbólicos externos (mídias) e inerentes às tradições do grupo que instruem os indivíduos na adoção de comportamentos sexuais típicos. O cenário intrapsíquico é o mapa dos motivos e razões subjacentes ao comportamento sexual do indivíduo, compreendendo os planos e fantasias que o guiam na reflexão de suas condutas no passado, presente e futuro; enquanto o cenário interpessoal constitui-se de estruturas de

interação no qual indivíduos se engajam como atores na conduta interpessoal diária, contendo estratégias de interação desenhadas para mediar encontros sexuais com parceiros específicos.

Em suma, a interação destes três cenários segundo Goffman (2005, p. 92) “possibilita ao indivíduo a aceitação e uso de tais *scripts*, constituindo a base de comportamentos sociais, ou seja, o indivíduo é um ator que encena o seu papel tal como esperado, e suas condutas são guiadas de acordo com a conduta dos outros”. Assim, o conhecimento e a percepção sobre o risco de infecção pelo HIV/Aids, são muitas vezes interpretado e utilizado de forma diferenciada do discurso preventivo hegemônico, porém dentro de uma lógica própria à cada indivíduo, já que os significados são socialmente compartilhados aos grupos.

Trazendo esta discussão para o campo de práticas sexuais, especificamente a negociação² do preservativo, Monteiro (2002, p.33), lembra que a dificuldade de determinados grupos sociais aderirem à concepção moderna de sexo mais seguro está enraizada na própria concepção de mundo que advogam. Diferentes investigações como de Barbosa (1999), Guimarães (1996) e Goldstein (1996) têm apontado as implicações da prevenção do HIV/Aids em mulheres de classes populares, decorrentes da hierarquia de gênero nas relações conjugais, traduzindo tal preocupação.

Cabe então questionar o que seja sexo seguro para as mulheres. Barbosa (1999) lembra-nos que a história da sexualidade feminina sempre remeteu para o sexo “inseguro” pelo medo da gravidez indesejada, do aborto, do estupro, do parto inseguro em precárias condições, agravados pela falta de controle da mulher em questões de seu corpo. Ademais, homens nos seus papéis sociais de “protetores” da família e prole, não se vêem como transmissores de doenças para esposa/mãe/companheira.

Por outro lado, persistem antigos paradoxos. O preservativo masculino - única opção acessível à maioria da população - continua uma prerrogativa masculina, com pouca tradição nas práticas sexuais da cultura brasileira, em parte reforçada pelo discurso médico de método “inseguro”, portanto suspeito até quando se deseja prevenir uma possível gravidez, quanto mais uma DST/HIV/aids. Além disso, as restrições morais ao uso da camisinha esteve presente e associado ao longo de sua história, pelo emprego implícito em relações extraconjugais com prostitutas e se renovando através do estigma imposto pelo HIV/Aids (VALDISERRI, 1989 *apud* LAGO, 1996).

² Embora o termo negociação indique transação ou comércio, utilizamos no escopo deste trabalho, enquanto reciprocidade entre desejos e pertences e um acordo sobre valores dos objetos em troca. Considera-se um bom negócio aquele onde ambos saem satisfeitos. Se considerarmos tais termos e a atribuição diferencial de valores à sexualidade feminina e masculina esta negociação se dá em condições assimétricas. (Vilela, 1996, p. 184)

Ao realizar pesquisa comportamental com mulheres de diferentes classes sociais, Sanches (1999) revela que, embora o grupo detenha razoável conhecimento sobre os mecanismos de transmissão do HIV/Aids, estes não se traduzem diretamente em práticas de sexo seguro. Embora tenham poucos parceiros sexuais, tais mulheres associam o sexo ao relacionamento afetivo-amoroso, refletindo-se numa baixa percepção de susceptibilidade pessoal ao HIV/Aids. O estudo revela ainda que, para estas mulheres, o sexo seguro baseia-se em ter parceiro único e “escolhido”. Já o uso da camisinha³ (preservativo masculino) está condicionado a práticas anticoncepcionais em “períodos específicos” e sua não utilização é justificada pelo conhecimento e confiança no parceiro.

Para Guimarães (1996), tais condutas são explicadas pela dicotomia do que ocorre fora e dentro do seio familiar, proporcionando à mulher um falso sentimento de “imunidade” e proteção ao HIV/Aids proveniente do confronto entre a sua representação do vírus/doença e as suas representações de feminino e masculino, ambas construídas à luz de sua visão de mundo ou matriz cultural. Isto porque, segundo a autora, “a identidade feminina, à diferença da identidade masculina que incorpora ambos os espaços da rua e da casa na sua construção, têm raízes em sistema de representação cujo mais alto - senão único - valor é o da família e da casa” (p.175). De igual modo, a história se confirma em outros estudos, com diferentes mulheres de baixa renda, constatando-se que a maioria das entrevistadas embora associe o sexo seguro à prevenção de doenças - sobretudo o HIV/Aids - o atribuem à fidelidade do companheiro, embora quase nenhuma confie nesta suposta fidelidade (BARBOSA, 1993).

Na verdade, poucas conseguem discutir com o companheiro a negociação do preservativo, já que inseri-lo na pauta de discussão da relação, requer um custo emocional para a mulher (mesmo para aquelas que se julgam independentes), visto que significa pôr em risco a própria relação de conjugalidade, ou na maioria das vezes, desestabilizar/renunciar uma relação que lhes proporciona status e apoio emocional, mas também suporte financeiro.

Além disso, a convivência com um risco associado ao exercício da sexualidade é algo tão incorporado ao cotidiano e à própria identidade feminina que, se os custos socioeconômicos e culturais forem muito altos, a mulher optará naturalmente por correr riscos (BARBOSA, 1989; KALCKMAN, 1993).

De qualquer modo, Guimarães (1996, p.174) nos revela que “todas as prerrogativas com base no conhecimento e na confiança do outro” é o método de prevenção mais usado

³ Utilizamos o termo camisinha considerando o uso freqüente desta expressão lingüística e sua significância psicossociocultural no Brasil.

para o HIV/Aids e qualquer outra doença sexualmente transmissível, para onde todas as mulheres [com/sem parceiro fixo] convergem seus discursos na possibilidade de se pensarem num risco praticamente inexistente, fato este não atribuído apenas à desinformação.

Por sua vez, pensar na autonomia da mulher pela adoção da camisinha feminina (método teoricamente sob o controle das mulheres) é ainda uma promessa. Isto porque, segundo Barbosa (1993), apesar dos resultados promissores da “aceitabilidade” da camisinha feminina, inclusive no Brasil, duas questões são preocupantes: seu alto custo e o fato de que suas características de manuseio exigem acompanhamento de profissionais de saúde treinados e capacitados para tal, capazes de superar as eventuais resistências culturais associados às características esteticamente reprováveis do uso deste método.

Considerando a precariedade do sistema de saúde pública e as condições dos programas voltados à prevenção do HIV/Aids, não é difícil imaginar que tal alternativa é, no momento, pouco plausível. Ademais, lembra Vilela (1996b), pensar a introdução do condon na relação heterossexual, a partir da mulher é, supor efetivamente uma interferência na dinâmica relacional entre homens e mulheres, gerando um reordenamento nas posições de trocas, sobretudo se for garantida a manutenção das assimetrias que regem cada relação em particular, em que pesem outras concessões a serem feitas. Por outro lado, campanhas oficiais destinadas às mulheres jovens e independentes trouxeram *slogans* tipo “quem se ama se cuida” evocando a utilização da camisinha (preservativo masculino) responsabilizando as mulheres.

Estava em jogo uma carga de simbolismo introjetados na cultura sexual-reprodutiva brasileira de poder, virilidade, fidelidade e romantismo reforçando assimetrias de gênero. Além de que, a maioria das mulheres de “respeito” em uma relação conjugal estável ou eventual, não se encaixava neste padrão moral veiculado pela mídia. (Matos, 2005, p.123)

Como se pode ver, a persistência destes comportamentos vem sendo insistentemente apontada como fator de obstáculos à percepção feminina frente ao risco da infecção pelo HIV/Aids. Para mulheres monogâmicas em relacionamentos heterossexuais, persiste a “dupla cegueira” da vulnerabilidade feminina. Por um lado escamoteada pelo estigma do “perigo” circunscrito nos “outros”, por outro da “ilusão”, acionada por questões de gênero, delimitando territórios da identidade sexual feminina, restrita aos domínios do familiar, portanto, supostamente resguardada dos perigos externos, distantes de si mesma e do companheiro (DAMATTA, 1987; SONTAG, 1989). Isto posto, representações e comportamentos nestes moldes, ignoram as possibilidades reais de vulnerabilidades, colocando-as sob risco

permanente pelo parceiro, já que lhe foi ensinado que a família é um espaço seguro e o risco só existe fora de casa (CARVALHO, 2003).

Tais expressões carregam a “força simbólica” das orientações sobre a doença, hierarquizando saberes, estabelecendo abismos reais entre o discurso biomédico, repleto de termos técnicos e verdades dissociadas do possível e o discurso reconhecido e aceitável à realidade das mulheres. Assim, as informações transmitidas como verdades, “passam por um crivo pessoal para que possam ser reconstruídas dentro de uma lógica própria, possibilitando a sua aplicação às experiências concretas” (MATOS, 2005, p.128).

Nesse sentido Aldana (1991) lembra que é preciso (re) pensar que na prevenção do HIV/Aids, incorporar ao cotidiano, práticas de sexo seguro, “não” é apenas limitar a passagem de fluidos sexuais de uma pessoa para outra, mas sim ampliar formas mais comunicativas de relacionamento corporal e emocional, dentro das possibilidades práticas que cada mulher traz adjacente ao seu repertório social e suas condições de vida.

Por fim, vale assinalar que a possibilidade de negociação sexual entre homens e mulheres está longe de ser uma equação de fórmulas simples. Primeiro, porque as informações não são “ou” estão disponíveis a todas as mulheres. Segundo que, para negociar é indispensável dispor de um corolário de informações prévias sobre riscos na/da relação, precedendo qualquer negociação no uso da camisinha. Isto posto, é preciso admitir que, nestas circunstâncias, deter informações, não garante a capacidade de operá-las no momento do ato, seja por razões cognitivas, emocionais ou culturais.

Em se tratando do HIV/Aids, essa percepção é ainda mais problemática, já que sua construção simbólica enquanto doença pecaminosa, não é vista como capaz de atingir o parceiro que, em situação permanente ou provisória de objeto de amor, se coloca imaginariamente protegido dos erros e males. Até porque, salienta Barbosa(1999), a despeito de todas as transformações ocorridas no mundo produtivo e reprodutivo feminino, o desejo do amor e do companheirismo, muitas vezes incondicional, permanece.

Tais fatores, permeados por uma diversidade de situações em que mulheres vivem sua sexualidade - relações estáveis e prolongadas, relações fugazes, início de relação – e a diversidade mesma existente entre mulheres - etária, econômica, social e individual - conferem graus ou dimensões de vulnerabilidades muito diferentes, impedindo que se formulem estratégias universais de facilitação para negociação de um encontro sexual com menos risco de transmissão do HIV/Aids. (VILELA, 1996, p.187)

Enfim, é nesse universo de particularidades, onde se entrecruzam vivências singulares de cada mulher e que, portanto, merecem e deve se questionar sobre o abandono de posições

de subserviência da moral escrava, da ilusão ou do conforto das crenças. Nesse sentido, é necessário e urgente pensar, quando da formulação de estratégias de prevenção ao HIV/Aids, sobre a incorporação da noção de segurança como um dos atributos do prazer, o significado positivo do(s) preservativo(s) masculino e feminino, indissociável do cuidado pessoal e do outro, bem como a ponderação da relação custo/benefício de cada encontro desprotegido.

São situações de vulnerabilidades femininas, que segundo Parker e Camargo (2000) devem ser analisadas enquanto soma de comportamentos e vivências relativas à sexualidade e à identidade de gênero e condições sociais mais amplas conectadas à pobreza e gênero, o acesso a serviços de saúde e a existência ou não, de políticas públicas direcionadas à mulheres que estão temporariamente isoladas e esquecidas pelo poder público.

Dessa reflexão buscamos, ainda que breve, a convergência de caminhos ao encontro das mulheres no garimpo, considerando a complexidade do cenário como um todo com uma relevante pergunta. Afinal, como tornar possíveis ações de prevenção que “enxerguem” as diferentes dimensões de vulnerabilidades de mulheres no garimpo?

Transpor tal desafio pelo olhar de suas faces e o escutar de suas vozes, pode significar ainda que pequeno o momento e o movimento que lhes permitirão sair do silêncio ao protagonismo pessoal de si mesmo diante da epidemia.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

“O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e da incidência de muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vista diferentes. A incidência de um único feixe de luz não é suficiente para iluminar um objeto”.

Minayo (1992, p.89).

3.1 Proposta Teórico-Metodológica

O pano de fundo deste estudo encontra-se no âmbito tanto da subjetividade das relações sociais, quanto na objetividade concreta das vidas vividas, adotando a abordagem qualitativa, como forma de aproximação, desvelamento e interpretação dos significados das falas, representações sociais e práticas de indivíduos numa determinada realidade.

Os fenômenos sociais são aqui entendidos pelas determinações múltiplas e complexas, perenemente históricas, promovidas por sujeitos em seus movimentos nas realidades circunscritas, como diria Certeau *et al.* (1996) fatos dignos de interesse, análise e registro de representações e práticas ordinárias consideradas insignificantes.

Nesse sentido, a análise qualitativa pressupõe concepções teórico-epistemológicas conexas com instrumentos capazes de apreender a complexa dimensão desse mundo, articulando categorizações teóricas com a matéria-prima da realidade analisada. O método então é a alma do conteúdo, sendo ponte entre o pensamento e a existência e vice-versa (MINAYO, 1992). A metodologia qualitativa, segundo a autora, revela-se capaz de incorporar o significado e a intencionalidade como processos inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais como construções humanas significativas, dando sentido ao comportamento social sob o ponto de vista de indivíduos e da coletividade enquanto representação. “Tais representações são categorias de pensamento que expressam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a” (p.158).

Estas representações sociais são disposições dinâmicas trazidas da concretude social dos sujeitos e suas práticas dentro da sociedade na qual pertence, produzindo formas específicas de conhecimento. Segundo Berger & Luckmann (2002, p.97) são determinadas e determinantes das condições sociais, onde as falas, expressão da linguagem são depositárias de sedimentações coletivas, objetivando as experiências compartilhadas. Bakhtin citado por Minayo (1993, p.245) lembra que “as palavras são tecidos ideológicos que servem de trama às relações sociais,

mensuram transformações sociais ainda amorfas, atuam nas lentas transformações e registram as fases transitórias mais íntimas e efêmeras das mudanças sociais”.

Nesse sentido, pensar a vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids no cenário do garimpo, partindo da realidade do “ouvir e olhar” dos sujeitos é segundo Berger & Luckmann, buscar uma aproximação às representações sociais dos mesmos, conectadas ao seu cotidiano, percebendo situações favorecedoras ou reforçadoras de condições simbólicas, já que o “acervo inteiro do conhecimento social acha-se atualizado em cada biografia individual” (2002, p.109).

3.2. A seleção dos sujeitos

O grupo de sujeitos foi constituído de mulheres que vivem¹ em função da atividade de garimpagem de ouro aluvial no trecho do Alto Rio Madeira. Foram incluídas todas as mulheres, que independentes de condição social, atividade e idade, tinham em comum, a condição feminina, sua inserção e permanência no garimpo em função do trabalho que realizam.

Inicialmente esperava-se incluir mulheres atuando não só como cozinheira, diarista, parceira de dragueiro ou proprietária de balsa, mas também aquelas visitantes esporádicas (vendedoras, amigas das cozinheiras e/ou parceiras de operadores e profissionais do sexo) e outras situações possíveis, ainda desconhecidas para a pesquisadora.

Entretanto, nas primeiras incursões ao campo, constatamos a impossibilidade de ampliar o universo das entrevistadas, adotando-se como condição de não participação: i) mulheres que visitam as dragas por algumas horas e, portanto, não estabelecem vínculos de convivência no ambiente, inviabilizando a “conversação” e observação participante; ii) mulheres que não se dispuseram aos contatos posteriores para realização da entrevista em domicílio; iii) mulheres que foram “observadas participativamente”, mas não foram posteriormente localizadas em tempo hábil para entrevistas; iv) jovens adolescentes menores de idade, sem acompanhamento e/ou autorização do (s) responsável (is)

Os critérios coadjuvantes para escolha das mulheres incluíram: i) maioria; ii) permanência e convivência de pelo menos 01 (ano) no garimpo; iii) aceitação e disponibilidade em participar de todas as etapas da pesquisa; iv) condições espaço-temporal adequadas à

¹ Para fins deste estudo, conceituamos viver e trabalhar no garimpo como estar presente no dia a dia da garimpagem, enquanto cozinheira, mulher de dragueiro/operador ou diaristas (substitutas das cozinheiras) que aguardam vaga nas dragas ou em domicílio.

execução do estudo; por exemplo, não descartando nenhuma entrevistada por ocasião de encontros furtivos, não seguindo a priori recortes de idade.

Destarte, foram realizadas coleta de dados com 10 (dez) mulheres que correspondiam aos critérios de inclusão acima descritos. Corroborando com Minayo (1993) entendemos ser um quantitativo razoável para apreensão das questões propostas, já que se presta à compreensão de um fenômeno específico e delimitável mais pelo grau de complexidade interna do que pela sua expressão quantitativa. Isto não significando que se pretende aqui, esgotar a compreensão de um fenômeno inerente ao universo feminino, mas compreender onde e como se encontram as dimensões de vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids no garimpo.

Além dessas mulheres, dragueiros e operadores (embora não tenham sido sujeitos formais das entrevistas), também se constituíram em fontes de validação das primeiras entrevistas e de dados adicionais, oportunizados na observação participante ou por circunstâncias “inusitadas” (caronas) e eventuais encontros de sociabilidade (festas), fora do ambiente do garimpo.

Nestas ocasiões, foram "garimpadas" versões dos “nativos” masculinos do garimpo, que narravam sobre suas histórias e as histórias delas, e como enxergavam a presença feminina no mundo da garimpagem, conforme suas visões de mundo e a interação com as mulheres. Chizzotti (2001) lembra que o testemunho oral de pessoas-fontes que vivenciam o contexto pode esclarecer muitos aspectos ignorados e indicar fatos inexplorados do problema.

3.3 O delineamento e passos da pesquisa

Embora as fases desta pesquisa não tenham sido estanques e circunscritas no tempo-espço, apresentamos adiante os passos que nortearam o estudo, na tentativa de cercar o fenômeno de todos os ângulos possíveis e assim aprender a realidade tal como ela se apresenta. Dado o caráter qualitativo do estudo, alguns limites foram impostos, principalmente por constituir-se numa investigação que optou pelo desafio de trazer à tona e dar visibilidade a questões pouco exploradas e/ou apreciadas como a vulnerabilidade social e individual da mulher no contexto da epidemia de HIV/Aids na Amazônia.

3.3.1 O trabalho de campo

A pesquisa foi desenvolvida no município de Porto Velho, Rondônia, no período de julho de 2005 a Março de 2006. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, atendendo

aos requisitos da resolução CNS 196/96/CONEP/MS, formalizado através do protocolo FR-071669. O *locus* escolhido foi o garimpo do Rio Madeira, ou mais precisamente, as dependências de dragas que abrigam homens e mulheres vivendo e trabalhando diuturnamente nestes espaços.

A área pesquisada se circunscreve na região da Amazônica Legal Brasileira, precisamente na bacia hidrográfica do Rio Madeira, delimitadas na sub-bacia do Madeira, localizada no município de Porto Velho, capital do estado de Rondônia.

O Rio Madeira é o principal curso d'água do estado e sempre constituiu a principal via de comunicação da região, até o advento das estradas construídas após implantação dos planos de ocupação da Amazônia durante o regime militar. É utilizado para escoamento da produção agropecuária, mineral e via de navegação para acesso a outras regiões do País. Contribui com grande quantidade de pescado, além de servir como meio de recreação, lazer e turismo. Segundo Teixeira (2001) a área de garimpo do Rio Madeira tem como principal atividade econômica a extração mineral, sobretudo de ouro sendo uma das atividades mais antigas na região cujas primeiras ocorrências registradas remontam ao século XVIII.

Por suas características físicas, o curso total do conjunto Madeira, compreende os trechos Alto, Cachoeiras e Baixo Madeira. O trajeto percorrido nesta pesquisa se restringiu aos dois primeiros trechos que incia-se na jusante da cidade de Guajará-Mirim com a cachoeira homônima e termina pouco a montante da cidade de Porto Velho na cachoeira de Santo Antônio. Um trecho com aproveitamento mineral em regime de permissão de lavra garimpeira, que segue paralelo à rodovia BR-364 sentido Acre, conectando o estado ao resto do país. Esse trecho oferece pouca navegabilidade pontuada por cachoeiras intransponíveis a maior parte do ano, dificultando o acesso e atracamento de voadeiras, rebocadores e dragas em determinados locais com presença do minério. Ademais, nos restantes do ano, com níveis fluviais em volume máximo, estas mesmas rotas são transpostas à custa de muita coragem, solidariedade e desprendimento dos que vivem da garimpagem - entre estes as mulheres deste estudo.

Ao longo desse trajeto, a garimpagem pode ocorrer [a depender de muitas condições não cabíveis neste estudo] desde a Cachoeira do Teotônio no km 18 – ponto mais próximo de Porto Velho, indo até o garimpo mais distante da capital, conhecido como Vila Murinho (km 276). Situados entre os dois extremos geográficos, estão pelo menos 30 pontos de garimpagem, que ao longo de sua história, foram definidos em razão de aspectos geográficos e seus habitantes, de acontecimentos marcantes e desafios impostos aos seus exploradores.

Daí nomes de “batismos” de garimpos, simbolizarem exatamente o que cada lugar representou para homens e mulheres na peleja da garimpagem do Madeirão: Morrinho (km 47), Jorge Alagoas (km 66), Caldeirão do Inferno (km 75), Caldeirão (km 108) Jirau (km 147) Palmeiral (km 152: Praia do Avião, Caiçaras, Embaúba) Dois Irmãos (km 155), Corredeira (km 157), lagoa do Sapo (km 159), Mutum - Paraná (km 160:Vai-quem-quer, Prainha, Limeira, Machado, Paredão), Abunã(km 210:Simãozinho,Tamborete,Balsa,Penha) Araras((km 257: Igarapé do arara,Cachoeira do Arara, Taquara) Periquitos(km 260), Ribeirão(km 268), Embrapa(km 270), Vila Murtinho(km 276: cachoeira Madeira)

Embora a garimpagem de ouro esteja atualmente em fase de exaustão, em toda extensão do Madeira, pode-se se encontrar pontos de exploração diuturna de dragas e balsas. Pelas particularidades geográficas e sócio-históricas deste universo, existem insuficiência tanto quanto convergência de dados precisos entre órgãos oficiais e cooperativas regionais e locais do setor, embora esta atividade produza mensalmente 250 quilos de ouro, movimentando a economia local na ordem de R\$ 11.250.000,00 mensais aos cofres estaduais (MINACOOOP, 2006).

Estima-se que entre o período de 1980 a 1990, existia um efetivo de aproximadamente 398.0000 homens, atuando em diversas áreas extrativistas minerais do estado de Rondônia, destes 28.400 pessoas somente no leito e barrancos do Rio Madeira. De 1980 a 2004, com a queda abrupta na extração, a população flutuante caiu para 2.643 pessoas. Ainda assim, admite-se que para se manter tal empreendimento, envolve-se uma rede de negócios paralelos, movimentando indiretamente cerca de 20.000 mil pessoas, garantindo muitos empregos formais no comércio da cidade e subempregos nos locais do garimpo e seu entorno. Durante a pesquisa, existiam 180 embarcações operando entre o trecho da cachoeira do Teotônio e cachoeira do Madeira, destas aproximadamente 171 dragas produzindo em média 200 quilos de ouro/mês, através de uma equipe fixa de seis pessoas, incluindo a cozinheira (MINACOOOP, 2006).

O processo exploratório de campo foi iniciado em meados de julho de 2005, quando foram estabelecidos os primeiros contatos com a Cooperativa de Garimpeiros do Rio Madeira-COOGARIMA e com os proprietários das dragas, já que nossa presença em campo dependia inicialmente da aceitação e acolhida em seus domínios.

Embora a pesquisadora já conhecesse relativamente bem a comunidade garimpeira e mantivesse boas relações sociais com a maioria dos dragueiros, foram fundamentais os contatos prévios com as cooperativas da categoria e seus associados para esclarecer os objetivos da

pesquisa: o “que e com quem” iríamos conversar. A princípio a curiosidade ficava mais por conta da população masculina (dragueiros e operadores), que costumeiramente recebem visitas de pesquisadores preocupados com “questões de contaminação mercurial”, como se mulheres e homens fossem personagens alheios às questões sócio-ambientais.

Os motivos para escolha deste cenário enquanto trabalho de campo, deve-se ao fato de que ali coabitam mulheres, público-alvo deste estudo que, pela condição feminina e modo de vida no garimpo, representam uma categoria vulnerável social e individualmente ao HIV/Aids tendo como pano de fundo a dinâmica da feminização, interiorização e pauperização da epidemia de Aids no âmbito e na diversidade dos espaços amazônicos.

Ademais, são cenários que conjugam características potenciais de vulnerabilidade social ao HIV/Aids no que diz respeito aos fenômenos de interiorização da epidemia: i) a localização, distribuição e mobilidade das dragas dificultam o acesso de/aos serviços de saúde; ii) a segregação de pequenos grupos por longos períodos, em uma espécie de *big brother* às avessas, posto que ninguém os assiste; iii) inserção e proximidade às populações ribeirinhas, que também estão excluídas do acesso à serviços de promoção, proteção e assistência às DST/HIV/AIDS; iv) precariedade de relações de trabalho, já que a atividade é clandestina e, portanto, dragueiros, operadores e cozinheiras, em especial estes dois últimos, vivem na mais absoluta informalidade jurídica e invisibilidade social.

Não obstante, se por um lado o garimpo do Rio Madeira constituiu-se num espaço “inusitado e exótico”, impondo adaptações em algumas etapas na coleta de dados, por outro lado, ofereceu à pesquisadora um ambiente acolhedor, com plena oportunidade de livre acesso e permanência no campo, materializando-se em etapas importantes como a observação, graças à permissão e generosidade dos dragueiros e suas equipes, imprescindíveis neste estudo.

Superada esta etapa, iniciamos nossa investigação a bordo das dragas, flutuantes e voadeiras², num misto de ansiedade e preocupação, mas também aliviada pela acolhida. Maria Cecília de Souza Minayo alerta os novíços em pesquisa para as dificuldades de penetrar no mundo dos outros, questionando a pretensa objetividade na situação de pesquisa, quando “a

² Diz-se dragas embarcações construídas sobre grandes tubos ocos de ferro que flutuam sobre ondas e correntezas e servem de moradia para abrigar maquinários e funcionários necessários a extração do ouro sobre o leito do rio. Já os flutuantes são construções similares às dragas que funcionam como entreposto de vendas de mantimentos, medicamentos, combustível e também como brega, ou seja ponto de comércio sexual com bares e restaurantes. As voadeiras são pequenas embarcações de alumínio com motores de popa, manobrados por bandeirinhas (homens e mulheres) profissionais habilidosos e experientes no transporte de cargas e pessoas entre as embarcações no rio.

realidade social é um lusco-fusco, mundo de sombra e luzes em que os atores revelam e escondem seus segredos grupais” (1992, p.115).

3.3.2. A Escolha dos instrumentos da pesquisa

Investigar dimensões de vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids exigiu a necessária apreensão da trajetória de vida e imersão no cotidiano dos sujeitos, buscando captar o sentido que atribuem aos fatos e acontecimentos da vida diária, baseados nas suas experiências práticas. Assim, utilizou-se instrumentos específicos de aproximação com o empírico, objetivando a coleta, registro e análise de dados passíveis de validação científica.

As técnicas privilegiadas para coleta e registro de dados foram: a observação participante, a entrevista semi-estruturada e o diário de campo. Embora distintas, são técnicas complementares que permitem maior abrangência na análise, melhor apreensão das relações entre os sujeitos no cotidiano e possibilidade de confrontar coesões/contradições nos discursos e práticas cotidianas.

Consideramos que além de instrumentos de coleta de dados, assumem uma situação de interação onde as informações obtidas, dependem da interação estabelecida entre pesquisadora/pesquisados. Esse intercâmbio, segundo Goffman (2005), assemelha-se ao teatro projetando um espetáculo singular onde, atores (pesquisados) e público (pesquisador), interagem mediados por códigos culturais específicos e interesses diferenciados, onde ambos tentam preservar e projetar. Nessa perspectiva, as mulheres desse estudo serão “enxergadas” agindo e reagindo durante todo o processo de contato com a pesquisadora.

3.3.3 A Observação participante

Essa etapa marcou a imersão da pesquisadora no cenário onde se desenvolveu parte da pesquisa - dragas instaladas no Rio Madeira. Esse momento “oficializou” o processo de investigação em campo, dado que a observação participante é a coleta direta de dados, sem a intermediação de outra consciência que não a do pesquisador. Quando desembarquei na draga com as minhas tralhas e assisti a voadeira partindo, pude então compreender plenamente os sentimentos de Malinowski (1978) ao ser deixado nas praias trobriandesas³.

³ "Imagine-se o leitor sozinho, rodeado apenas de seu equipamento, numa praia tropical próxima a uma aldeia nativa, vendo a lancha ou o barco que o trouxe afastar-se no mar até desaparecer de vista" (Malinowski, Bronislaw Kasper. Argonautas do pacífico ocidental. 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978, p.19).

A observação participante, segundo Chizzotti (2001, p. 90), “só é possível pelo contato direto com o fenômeno observado, experienciando e compreendendo a dinâmica dos atos e eventos dos atores em seu contexto natural, a partir de sua perspectiva e seus pontos de vista”. Nesse sentido, o autor, a exemplo de outros pesquisadores, não descarta a riqueza desta técnica para se interpretar a realidade social das pessoas envolvidas, considerando as experiências subjetivas como dados importantes que falam além e através delas.

Na construção do roteiro dessa técnica, incorporamos alguns elementos que segundo VÍctora et al.,(2000) prepara todos os sentidos a captar o ambiente (externo e interno), o comportamento do grupo, a reciprocidade com o observador, a linguagem e seu vocabulário êmico e os diferentes momentos dos eventos presenciados. De posse do roteiro, iniciou-se a observação compreensiva dos atores (homens e mulheres) que teve um caráter de co-partilha no intuito de atuar o mais natural possível “com e na” vida cotidiana do grupo, experienciando e desvendando como se dão as relações de trabalho e gênero no interior da equipe, visando extrair do teor das entrevistas, coerências e contradições entre discursos, intenções e práticas, no que diz respeito ao autocuidado e percepção feminina no contexto da prevenção do HIV/Aids.

A observação ocorreu no período de Agosto a Novembro de 2005, oportunizada por quatro incursões ao campo em momentos distintos, cada um com permanência de pelo menos uma semana, totalizando aproximadamente trinta dias, período de tempo suficiente para que a pesquisadora se familiarizasse e pudesse coletar dados razoavelmente consistentes do cenário em questão. A técnica possibilitou identificar a localização e organização do garimpo, sua relação com a cidade e região ribeirinha, às formas de acesso às dragas, os serviços e estratégias de apoio utilizadas, o cotidiano dos atores sobre as águas do Rio Madeira. Além disso, foi o momento oportuno para convidar as mulheres a serem entrevistadas posteriormente.

A impossibilidade da permanência contínua e prolongada em campo ficou por conta de algumas limitações pessoais e metodológicas, consideradas dignas de notas:

- i) cada viagem ao garimpo dependia dos dragueiros, já que a mobilidade das dragas é tão comum quanto o ritmo das águas;
- ii) o acesso e traslado fluvial às dragas depende da vinda das voadeiras pertencentes às respectivas embarcações, que só resgatam os seus proprietários e convidados;

iii) o frete opcional do bandeirinha⁴ em cada viagem custa o suficiente para inviabilizar seguidos retornos;

iv) o agendamento das entrevistas em domicílio forçava alternar as idas ao garimpo visto que eu dependia das folgas das mulheres.

No período da observação acompanhou-se o trabalho diuturno da equipe, as atribuições de cada um, conforme seu status, os afazeres e a rotina das mulheres, a movimentação dos atores, gestos, rituais, constâncias e inconstâncias das falas, minúcias e detalhes, sempre com a finalidade de dar conta do arcabouço do grupo, suas práticas e discursos e como estas convergem para dimensões de vulnerabilidade social e individual ao HIV/Aids. Certeau *et al.*, (1996) nos lembra que, em circunstâncias assim se repetem em número indefinido, minúcias de gestos do agir cotidiano, só passíveis de captar pela observação e conversação direta.

A observação de rotinas acontecia principalmente durante o período diurno já que o maior número de ações se concretizava nesse intervalo, ficando o anoitecer para visitas a dragas vizinhas e o descanso nos pequenos aposentos das mulheres.

Nestes momentos quase sempre conversávamos sobre a vida de cada uma, aproveitando pequenas brechas de espontaneidade para retomar questões ainda não exploradas. Certeau *et al.*, citam-na poeticamente como “instantes que preservam no próprio lugar, um perfume secreto que fala do tempo perdido, do tempo que jamais voltará e de um outro tempo, que ainda virá, um dia, quem sabe” (1996, p.204).

3.3.4 O diário de campo-carta náutica

O diário de campo, carta náutica utilizada neste percurso como técnica para registro de dados, tornou-se ferramenta indispensável nesta investigação, já que permitiu documentar e sistematizar cronologicamente dados empíricos dos principais momentos do trabalho de campo: as entrevistas e a observação participante.

Tendo em vista as peculiaridades deste estudo e as comodidades tecnológicas atuais, mantivemos duas formas de diário. O primeiro era um pequeno caderno, escrito à mão no estilo mais tradicional, utilizado em todas as idas a campo, no qual foram lançadas descrições, trechos

⁴ Diz-se do bandeirinha o sistema de transporte avulso em voadeiras particulares, utilizada como táxi no transporte de pessoas e cargas sobre o leito do rio Madeira, manobrado por homens e mulheres. Estes veículos e seus experientes manobristas também atuam em operações arriscadas e perigosas como as travessias de dragas e balsas através das cachoeiras.

de fala, sentimentos, enfim “impressões e emoções” da pesquisadora em tempo real e face a face com atores e cenários. O segundo diário, escrito virtualmente num microcomputador convencional, foi utilizado como banco de dados, recebendo informações do primeiro diário, oportunamente expandidas para reflexão e compreensão de anotações. Este segundo diário mostrou-se bastante útil pela facilidade de inserção, alteração e atualização de dados como transcrição das entrevistas, inclusão de reflexões pessoais redigidas ao longo da investigação à medida que se construía o corpus do trabalho.

Todo o material registrado em ambos, era constantemente retomado durante o processo da pesquisa para que novas interpretações fossem feitas ou questões fossem aprofundadas. Através destes, levantou-se além de dados pertinentes ao contexto da pesquisa e seus sujeitos, também o movimento da pesquisadora.

3.4 As entrevistas

Foram realizadas 10 (dez) entrevistas individuais e confidenciais com mulheres que vivem e trabalham no garimpo no período de 25 de Outubro de 2005 a 22 de Janeiro de 2006.

A entrevista semi-estruturada, segundo Minayo (1992) traz ao palco as falas dos atores revelando condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, ao mesmo tempo em que têm a magia de transmitir representações de determinados grupos em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. Para Certeau *et al* (1996, p. 222) a conversação permite “auscultar a voz dos que falam do seu modo de vida e trabalho e como o organizam (...) aprendendo delas e somente delas, como representam seu papel e sua competência e se dão importância ao seu saber-fazer e que secreta lealdade investem para encontrar uma maneira pessoal de cumprir uma tarefa imposta”.

A técnica da entrevista foi aplicada em momento posterior à observação participante, no domicílio das mulheres ou da pesquisadora, em função de algumas limitações do trabalho de campo que merecem ser mais bem explicitadas:

a) O ruído contínuo e ensurdecido das máquinas em funcionamento nas dragas, inviabilizou não somente a conversação normal, como também frustrou qualquer tentativa de gravação. Quando ouvimos as nossas primeiras conversas gravadas na draga, a qualidade dos sons reproduzidos mostrou-se não só insuficiente, mas de péssima qualidade, impossibilitando totalmente a oitiva e transcrição posterior dos registros.

b) Ademais, a ininterrupta azafama das mulheres com as tarefas da draga, impossibilitavam que elas interrompessem o trabalho para dedicar longo tempo à entrevista. Outro motivo decisivo foi a falta de privacidade e local adequado para realização das entrevistas, especialmente por tratar-se de assunto absolutamente íntimo. A partir destas constatações, decidimos junto às mulheres pela realização das entrevistas em domicílio, previamente agendadas conforme a vinda das mesmas à cidade, por ocasião de suas folgas.

Logo, se por um lado, o campo revelou os “imponderáveis” da vida, como diria Malinowski (1978), por outro serviu de pretexto prontamente revertido em ponte para que a pesquisadora vivenciasse dualmente o papel da mulher no garimpo e o papel da mulher na cidade. Certamente, foram circunstâncias que possibilitaram à pesquisadora enxergar o contexto domiciliar dessas mulheres, revelando para além do espaço físico, as redes de relações sociais construídas dentro e fora do garimpo.

3.4.1 Construindo as entrevistas

As entrevistas foram pensadas a partir do referencial teórico adotado e de questões que emergiram do trabalho de campo, sendo submetidas aos ajustes necessários à medida que as realizávamos, tendo sido fundamental contemplar os atores fora da cena, isto é, espiar os bastidores nas questões obscuras ou pouco exploradas, permitindo uma melhor adequação na condução da técnica, sistematização e validação dos dados.

Nesse sentido, incorporamos ao roteiro das entrevistas, subsídios etnográficos das conversas ao pé da pia, nas rodas de amigas, nas falas masculinas, nos gestos e expressões de sentimentos, isto é, a cotidianidade da vida, constituída no dizer de Berger, “por uma ordem de objetos que foram adotados antes de minha entrada em cena” (2002, p.37).

O roteiro das entrevistas foi constituído de quatro grandes eixos temáticas com questões que buscaram apreender sistemas de valores e normas de representações, abordando história de vida, o cotidiano no garimpo, representação sobre relações de gênero, saúde, sexualidade, HIV/Aids como categorias centrais para análise de como se estruturam as dimensões subjetivas e objetivas de vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids (Apêndice II).

Todas as mulheres foram previamente esclarecidas sobre os objetivos das entrevistas, em linguagem acessível ao seu entendimento, seguida da autorização escrita através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice I) garantindo confiabilidade e sigilo.

Todas as entrevistas (à exceção de uma) foram gravadas na íntegra, utilizando-se minigravador e fita cassete, utilizando-se um tempo médio de 90 a 140 minutos de conversação. Algumas entrevistas foram além deste tempo, haja vista se respeitar o ritmo de cada entrevistada e a fluidez do diálogo, como forma de dar espontaneidade e liberdade ao momento da entrevista, captar o não dito na fala como expressões corporais de dúvidas e incertezas e ainda retomada e/ou inserção de assuntos relevantes às questões emergentes no ato da entrevista.

Os conteúdos das entrevistas foram transcritos na sua íntegra, logo após o término de cada sessão pela própria pesquisadora, não se furtando de incluir os pequenos gestos e expressões lingüísticas de cada entrevistada, exteriorizados durante a entrevista. Esta decisão foi benéfica e produtiva, pois permitiu captar “quase” em tempo real, conteúdos visuais remanescentes que vão além do registrado no equipamento, presentes e resgatados na memória da pesquisadora ouvinte e atenta aos movimentos sutis de cada mulher ao contar suas trajetórias. Obteve-se, através dessas entrevistas, um vasto material contendo uma diversidade biográfica familiar, conjugal e social que revelaram, em parte, a complexidade da vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids.

A definição das mulheres entrevistadas ocorreu por *snowball*, estratégia que segundo VÍctora et al.,(2000) depende da capacidade do pesquisador privilegiar e estabelecer uma rede de informantes e a partir dela, ampliar e diversificar a heterogeneidade da população estudada. Essa estratégia permitiu o recrutamento de mulheres com maior agilidade, participação e nível de engajamento na pesquisa, já que à medida que os contatos se sucediam, se estabelecia uma relação de empatia com a pesquisadora.

Nesse sentido, tivemos como intermediária dos nossos contatos uma das cozinheiras, estabelecendo um vínculo de afetividade e confiança mútua, sem, entretanto exceder aos espaços pessoais de pesquisada e pesquisadora.

Todas demonstraram interesse e curiosidade, diante da possibilidade de alguém se preocupar com as suas vidas já que segundo as mesmas: *Nunca ninguém se importou com nós ou somos desenxergadas.*

3.4.2 Realizando as entrevistas no cenário da casa

Conforme apontado acima, a ordem das entrevistadas, a escolha do local e o momento das entrevistas ficaram por conta do ritmo de vida no garimpo, ou seja, acontecia à medida que as mulheres vinham à cidade por ocasião de suas folgas de trabalho das dragas.

Embora houvesse um agendamento prévio com as futuras entrevistadas, esta etapa exigiu cuidadoso planejamento, no sentido de respeitar o tempo das mulheres, visto que elas só dispunham de três dias em cada mês para resolver todas as pendências pessoais na cidade.

Assim, a estratégia utilizada foi: i) programar entrevistas conforme vinda das mulheres na cidade; ii) estabelecer contato via telefone ou pessoalmente para agendar a entrevista; iii) realizar a entrevista no domicílio da mulher ou na nossa própria casa. Este último caso ocorreu quando fomos solicitadas pelas pesquisadas, que esboçavam a preocupação de serem interrompidas por vizinhos ou familiares curiosos ou pela ausência de privacidade de seus domicílios. Realizamos sete entrevistas nos domicílios das mulheres e três no nosso, no período de noventa dias, sendo que o tempo para cada entrevista variou de 80 a 120 minutos.

Apenas duas entrevistas foram parcialmente gravadas. Na primeira, tivemos problemas técnicos com o gravador. Na segunda, optamos por não usar este recurso, visto percebermos sinais de desconforto no uso do gravador, já que algumas temáticas exploram a esfera íntima da mulher, arriscando-nos a perder valiosas informações, posto como diz Goffman (2005) não captaríamos os significados, segredos, zonas e temas proibidos ou do que pode ou não ser dito.

Nesse ponto, o espaço da casa foi percebido como cenário de ampliação do jogo de cena onde, no dizer de Goffman (2005) o “controle de impressões”, é um aspecto básico da interação com significado metodológico substancial para quem entrevista.

O momento da entrevista foi vivenciado pelas mulheres como um *flash* de reflexão sobre suas vidas, até porque como diz Berger (2002, p.60) “traz ao presente muitos objetos que estão espacial, temporal e socialmente ausentes do aqui e agora” e, portanto, desencadeia risos e lágrimas, mas também esperança de dias melhores.

Por fim, sendo uma situação de interação na quais as informações colhidas são afetadas pela postura diante das mulheres, assumimos tanto o viés da condição feminina como da existência da dissimetria nas relações entrevistada-entrevistadora, enquanto condição de pesquisa.

3.5 Análise e tratamento dos achados

Para interpretação dos dados, adotamos a proposta hermenêutica-dialética que, segundo Habermas apud Minayo (2002, p. 86) não se propõe a formular técnica de tratamento de dados, mas antes sua auto-compreensão, já que compreender para este, “não é contemplar, pois a auto-alienação não aproxima o investigador da realidade histórica”. A abordagem hermenêutica-

dialética, é fruto da articulação acadêmica de Habermas (ciências sociais) e Gadamer (Filosofia) nos idos 60, que tendo enriquecido o método das ciências sociais, possibilitou uma objetivação da práxis compreensiva e crítica da análise da realidade social (*op.cit.*, 2003).

Na hermenêutica, a realidade social, e nela, sobretudo o fenômeno da comunicação humana, possui dimensões tão variadas, nuançadas e mesmo misteriosas, que é preciso atentar não só para o que se diz, mas igualmente para o que não se diz. A hermenêutica busca compreender sentidos que se imprimem a qualquer contexto histórico, onde não existem apenas fatos dados, acontecimentos externos mas também significação, sentido e valores da comunicação humana em toda sua complexidade e simplicidade.

Para Demo (1995) cabe ao intérprete, a capacidade de se colocar no lugar do outro, na tentativa de compreender tais sentidos, depreender significados e preferências culturais equilibrando capacidade formal com percepção política. Visto assim, a hermenêutica assume um caráter explicativo e interpretativo de um pensamento que tem na linguagem, uma compreensão simbólica da realidade contida na palavra, onde seu “contexto” contém por vezes mais do que a própria palavra. A fala é a linguagem cotidiana, núcleo central da comunicação presente na história social tanto dos sujeitos quanto do pesquisador, estando ambos marcados pelo seu tempo e sua cultura, mediados pelos seus discursos. É esta intersecção que permite à hermenêutica acessar a intersubjetividade na vida cotidiana, promovendo o esclarecimento das estruturas simbólicas na busca da racionalidade e verdade (MINAYO, 1992).

Enquanto a hermenêutica busca essencialmente a compreensão, a dialética estabelece uma atitude crítica, agindo complementarmente a partir da própria realidade. Para Minayo (1992) a dialética enquanto conceito historicamente construído tem como orientação de análise:

- i) a racionalidade humana é força transcendental crítica e supera pré-conceitos;
- ii) a tradição cultural, enquanto fonte de expressão da linguagem ideologizada nas relações de poder, situando historicamente seu conhecimento;
- iii) a finalidade teórico-crítico do método enquanto transformação;
- iv) a crítica voltada às condições estruturais e estruturadas, voltadas para o mundo simbólico das idéias e representações da realidade, entendido na totalidade dinâmica das relações sociais de produção e reprodução nas quais se insere.

Enfim, enquanto a primeira realiza o entendimento de textos, fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, a dialética por sua vez, sublinha o contraste, a mudança e os

microprocessos sendo beneficiada pelo movimento hermenêutico que enfatiza o acordo e a importância da cotidianidade, ambas subsidiando à produção de racionalidade em relação aos fenômenos e processos sociais (MINAYO, 2003).

A união fecunda dessa abordagem mostra-se complementares já que ambas:

- a) consideram condições históricas de manifestações simbólicas, linguagem e de trabalho;
- b) postulam a não existência de observador imparcial com visão exterior ou fora da história, sendo este parte da realidade investigada;
- c) trabalham a práxis e questionam o tecnicismo como caminho capaz de realizar a compreensão e a crítica dos processos sociais.

O processo de interpretação foi operacionalizado nas seguintes etapas:

a) análise do discurso das mulheres entrevistadas, privilegiando: o conteúdo sócio-histórico de suas histórias de vida, processos migratórios, condições de vida e trabalho atuais, estratégias de sobrevivência, representações sobre HIV/Aids.

A interpretação do conteúdo, também absorvido por outros “sentidos” foi (re) construída pela aproximação com o sujeito/objeto. Este recurso permitiu a apreensão entre a subjetividade feminina - das entrevistadas e da pesquisadora - num jogo de intersubjetividade de interação ou atrito entre ambas, tomados como padrões próprios de seus gêneros.

b) análise dos dados obtidos da observação participante: quando a presença da mulher no cotidiano do garimpo foi interpretada como dimensão de vulnerabilidade ao HIV/Aids mediadas por relações de gênero.

c) análise final: articulação dos referenciais teóricos adotados com todos os dados empíricos já categorizados (advindos das entrevistas e da observação participante) e do contexto sócio-histórico particular desta pesquisa.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS: A VOZ DAS MULHERES

Tô no garimpo até hoje! Lá é minha casa, meu trabalho né? Aonde eu vivo, ganho um dinheirinho graças a Deus. Não é muito, mas eu ganho. Hoje eu tô blefada, mas amanhã eu bamburro, amanhã tô mais ou menos e assim vamo né?

(M7, balseira, 50 anos)

Neste capítulo, trazemos as mulheres que vivem no garimpo do Rio Madeira, dando-lhes, em primeiro plano, a necessária visibilidade de sujeitos, agentes de sua própria história, enquanto a epidemia de HIV/Aids permanece como pano de fundo. O foco está centrado na percepção do grupo em relação ao sentido de proteção, a partir de suas condições de vida, do grau de percepção relativo à possibilidade de infecção do HIV/Aids, através de representações e práticas no exercício de sua sexualidade. Também identificamos dimensões de vulnerabilidade feminina, relacionadas aos condicionantes socioeconômicos e culturais que determinam a maior ou menor possibilidade de exposição ao HIV/Aids.

O (re) conhecimento das mulheres no garimpo, precedendo à análise das entrevistas, tornou-se de fundamental importância para contextualização das mesmas, já que se dispunha de farto material obtido no trabalho de campo. Deste, utilizou-se apenas uma parte, haja vista o recorte específico deste trabalho.

4.1. Perfil das mulheres no garimpo do Rio Madeira

Trazemos para melhor compreensão do (a) leitor (a) um breve perfil acrescido de um *flash* biográfico pessoal e familiar, disponíveis à apreciação no Apêndice III, conferindo-lhes maior familiaridade às personagens deste estudo.

O universo das pesquisadas revelou uma face importante do estudo. Trata-se de um grupo de trabalhadoras na função de cozinheiras- mulheres no garimpo - com perfil etário homogêneo de 23 a 52 anos, com apenas duas discordâncias, uma mulher de 33 e outra de 23 anos, indicando que ocupação no garimpo não é coisa para mulheres jovens, predominando idades entre 45 a 55 anos, revelando uma face oculta pelo imaginário social de que mulheres (sobretudo jovens) vivem no garimpo à procura de trabalho temporário e/ou aventuras.

Quadro 1 - Perfil Socioeconômico

Mulher	Idade	Cor ^{1*}	Escolaridade	Naturalidade
M1	50	branca	E.F.Incompleto (5 ^a)	Ceará
M2	47	preta	E.E.Incompleto (2 ^a)	Rondônia
M3	47	morena	E.F. Incompleto (7 ^a)	Rondônia
M4	48	negra	E.F.Incompleto (5 ^a)	Paraná
M5	50	morena	E.E.Completo (4 ^a)	Maranhão
M6	33	branca	Analfabeta funcional	Mato Grosso
M7	52	branca	E.F.Completo (8 ^a)	Minas Gerais
M8	50	preta	Não Alfabetizada	Acre
M9	37	branca	E. F. Incompleto (5 ^a)	Paraná
M10	23	morena	E.F.Incompleto (8 ^a)	Amazonas

Fonte: pesquisa de campo, Outubro de 2005 a Janeiro de 2006.

O perfil da cor declarada revela que mais da metade (6) das mulheres são negras, embora muitas se incluam na categoria de morena, sinalizando uma dificuldade cultural de auto-aceitação da identidade de raça/etnia, justaposto ao um perfil de baixa escolaridade, onde parte são analfabetas funcionais (2) de nível elementar (2) e a quase totalidade (8) não finalizou o ensino fundamental.

Estes recortes denunciam marcas da transição de gênero (GIFFIN, 1994) com impacto sobre estas mulheres, onde a informalidade do mercado de trabalho assalariado, sujeitam-nas tanto às relações assimétricas de poder quanto aos direitos civis constituídos, já que nenhuma delas possui carteira de trabalho assinada. Tais achados expressam íntima correlação das tarefas de doméstica, de cozinheiras exercidas por mulheres de baixa escolaridade.

Estas mulheres, na sua grande maioria (8) são imigrantes, corroborando com o perfil demográfico de Rondônia, oriundas de famílias numerosas com média de 7 a 10 irmãos, vindas de diferentes regiões do país, sobretudo do Sul, Sudeste e Nordeste e de estados amazônicos circunvizinhos, trazidas pelos grandes fluxos migratórios ocorridos no estado.

Metades delas (5) já estiveram trabalhando em outros garimpos (cassiterita e diamantes) no interior do estado, sozinhas ou em companhias, sendo que algumas (4) perderam o companheiro por acidentes dentro do próprio garimpo. Boa parte (4) tem experiência de garimpo, indo além do ser cozinheira, ou seja, sabem mandar² sendo motivo de orgulho ao relatarem tais experiências.

¹ A categoria definida considerou a autopercepção de cada entrevistada com livre opção de resposta conforme classificação adotada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia Estatístico-IBGE.

² Diz-se da capacidade de comandar as dragas, operando os motores turbinados que extraem o minério do rio.

Quadro 2 - Perfil Socioeconômico

Mulher	Ocupação Profissional Atual	Tempo Trabalho Garimpo	Renda grama de Ouro	Renda em Reais ^{3**}
M1	Cozinheira	16 anos	40 g	1.712,00
M2	cozinheira	20 anos	42g	1.797,60
M3	Diarista	10 anos	20 a 30g	1.284,00
M4	Cozinheira/ Companheira de dragueiro	17 anos	*	
M5	Diarista	10 anos	20 a 30g	1.284,00
M6	Cozinheira	18 anos	40g	1.712,00
M7	Balseira	21 anos	60g	2.568,00
M8	Diarista	13 anos	35g	1.498,00
M9	cozinheira	2 anos	30g	1.284,00
M10	cozinheira	2 anos	30g	1.284,00

* Esta entrevistada vive maritalmente com o companheiro, não considerando sua renda própria.

Fonte: pesquisa de campo, Outubro de 2005 a Janeiro de 2006.

A situação pessoal/profissional atual das entrevistadas no garimpo está subdivididas em cozinheira fixa (5), diarista (3), cozinheira e companheira de dragueiro (1) e proprietária de balsa (1). Vale lembrar que todas as categorias de trabalho acima mencionadas - e, sobretudo a condição de “diarista” - aqui identificada pelo trabalho não fixo- inverso ao de cozinheira - assinala o quanto o encolhimento do mercado formal, tem forçado mulheres a engrossar as fileiras do desemprego, empurrando-as para subempregos informais como o garimpo. Este, por sua vez, sujeitando-as à vulnerabilidades como serviços sexuais com ou sem nenhuma capacidade de negociação para o sexo seguro, menores salários, instabilidade e risco de vida.

Pelas histórias de vida, observa-se que todas, sem exceção, já vivenciaram desde muito jovens (às vezes ainda infantes) as mais diversas formas de trabalho: assalariados, não remunerados, serviços pesados e autônomos. As atividades anteriormente exercidas foram desde catadoras de castanha, braçais do seringal, balconistas, recepcionistas, babás, radioamadoras, proprietárias de botequim, vendedora de roupa, serviço de limpeza hospitalar, sitiante, todas tendo em comum, a trama da informalidade no mercado de trabalho, já que nenhuma lembra de ter “assinado” carteira de trabalho nas atividades anteriormente citadas.

³ A renda pessoal da entrevistadas, expressa em grama de ouro, moeda corrente no garimpo, varia conforme cotação do dólar. Consideramos a cotação para venda do grama do ouro no valor de R\$ 42,80 (Quarenta e dois reais e oitenta centavos) nas casas de venda em Porto Velho-RO no dia 03/08/2006.

Assim se procede aos arranjos contratuais entre todas elas e os patrões do garimpo, persistindo a informalidade do trabalho feminino, excluídas dos direitos trabalhistas ou de qualquer outro sistema de proteção social, que não sua própria vida.

O tempo de experiência das entrevistadas no garimpo é relativamente homogêneo, com pequena parte (2) delas tendo apenas dois anos de serviço, enquanto que a maioria (8) tem por volta de 10 a 21 anos de trabalho dedicados ao serviço no garimpo. O ganho mensal para a maioria (8) das entrevistadas é de 30 a 40 gramas de ouro, um soldo de aproximadamente R\$ 1.700,00 (Hum mil setecentos reais) mensais, constituindo-se para poucas (1) não capitalizar para benefício próprio, em função do concubinato ou contabilizar ganhos extras quando se é dona do próprio negócio (1).

É importante registrar que, ganhos obtidos pelo trabalho da mulher no garimpo, estão diretamente relacionados ao lugar que ocupa socialmente dentro do garimpo, à função desempenhada, a oportunidade de trabalho, a quantidade da equipe e o acerto contratual entre empregadas (cozinheiras) e patrões (dragueiros) estes por sua vez, definidos em função do ritmo de extração/produção do garimpo.

Quase a totalidade (9) possui casa própria, sendo motivo de orgulho e perseverança já que além de conseguir ter seu próprio teto, investem parte dos ganhos em reformas e melhorias de bens adquiridos, em si mesma (seguro pessoal, cuidados pessoais, poupança) e na família, sobretudo aquelas que têm filhos (8) e netos (5). Enfim, mulheres que contribuem com a economia local, produzindo, consumindo, investindo e utilizando bens e serviços, mantendo mútuos laços sociais, afetivos e sexuais na cidade tanto quanto no garimpo.

Com exceção de duas entrevistadas, a maioria vivenciou a gravidez/maternidade precocemente entre 14 a 16 anos, algumas com abortamento (4) por condições precárias de vida. O grupo constituiu e mantém prole em idades que variam de 6 a 28 anos, com exceção de uma que perdeu uma filha, vítima de violência de gênero assassinada pelo marido.

A maioria (8) tem de 2 a 4 filhos e quatro são avós, com netos entre 6 e 10 anos. Parte delas (4) auxilia financeiramente os filhos e netos. Estas mulheres, portanto, assumiram indiretamente a maternagem dos netos por razões financeiras e emocionais, haja vista que suas filhas foram mães adolescentes e sozinhas. Tal particularidade assinala um ponto de intersecção dos efeitos das desigualdades sociais, particularmente de gênero, comum a duas gerações de mulheres, assemelhadas pela ausência do homem/companheiro provedor.

Enfim, são as próprias entrevistadas, protagonistas de uma dura realidade, que sem muitas opções de qualificação profissional melhor e mais segura, resistem aos riscos

simbólicos e materiais de seu trabalho no garimpo e, concomitantemente, transmitem aos filhos e netos, o duplo ofício de ser mãe/mulher provedora.

Este perfil revela que, diante das poucas opções de sobrevivência no mercado de trabalho informal, a vida no garimpo, ainda que signifique invisibilidade social e pouco prestígio da profissão, representa um trabalho digno com boa remuneração, permitindo acesso/poder de consumo pessoal e ascensão voltados ao círculo familiar e social.

Apesar de se dizerem e se mostrarem satisfeitas com esta “relativa e provisória” independência financeira, reconhecem o sacrifício dessa opção e todas, sem exceção, vivem, trabalham e desejam para que no futuro, possam gozar de melhores condições de vida e trabalho, preferencialmente fora do garimpo.

Quadro 3 - Perfil Social e Afetivo-Conjugal

Mulher	Estado civil	Religião	Situação Conjugal /tempo ⁴	Relacionamentos Sexuais eventuais nos últimos 12 meses.	Nº Parceiros Sexuais anteriores
M1	Separada	Católica	Vive sozinha há 6 anos	02	Mais de 5
M2	Amasiada	Católica	Relação estável há 2 anos	-	Mais de 15
M3	Separada	Evangélica	Vive sozinha há 3 anos	02	Mais de 15
M4	Amasiada	Evangélica	Relação estável * monogâmica há 13 anos	-	Mais de 10
M5	viúva	Católica	Vive sozinha há 3 anos	02	Mais de 10
M6	Solteira	Católica	Vive sozinha há 4anos	01	Mais de 10
M7	Viúva	Católica	Vive sozinha há 4 meses	01	Mais de 10
M8	viúva	Católica	Vive sozinha há 8 anos	01	Mais de 20
M9	viúva	Católica	Vive sozinha há 15 anos	02	Mais de 10
M10	separada	Católica	Vive sozinha há 4 anos	02	Mais de 5

Fonte: pesquisa de campo, Outubro de 2005 a Janeiro de 2006.

Os Quadros 3 e 4 trazem um panorama do perfil social e afetivo/conjugal e das práticas sexuais/estilo de vida, de modo que podemos abstrair situações de vulnerabilidades intimamente conectadas a trajetória de vida feminina. O estado civil declarado variou de separada legalmente ou não (3), solteira (1), amasiada (2) e viúva (4). O credo religioso

⁴ Neste trabalho, utilizo a terminologia situação conjugal estável tanto para mulheres amasiadas e/ou àquelas que co-habitam o mesmo domicílio do companheiro pelo menos há 12 meses consecutivos.

predominante (8) é o catolicismo “não praticante” por conta do modo de vida e também por se mostrarem com pouca disposição de seguir preceitos religiosos, contrários a seus estilos de vida, sobretudo no que diz respeito ao aborto e uso da camisinha. A minoria declarada enquanto evangélica (2) era anteriormente católica, convertendo-se nos últimos três anos.

Por ocasião da pesquisa, a maioria declarou estar sozinha (8) indo de meses até 15 anos, assinalando “por um lado”, a incompatibilidade do ritmo de vida destas mulheres, com a possibilidade de relacionamentos conjugais estáveis fora do garimpo (as únicas duas mulheres que mantinham relações conjugais estáveis, o faziam com companheiros que trabalham no garimpo) e, “por outro”, a ausência do homem/companheiro (algumas vezes necessariamente provedor) em suas vidas.

A análise dos roteiros sexuais do grupo, observado pelo número de parceiros anteriores declarados, variou de 5 a 15 parceiros para uma minoria (2) variando a média de 10 parceiros para metade (5) ou ainda de 15 a 20 parceiros para parte (3) das depoentes. Pelas narrativas, constatou-se que a quantidade, frequência e qualidade de tais relacionamentos, duravam conforme fases da vida, posição social e expectativas depositadas em tais arranjos sexuais, culminando quase sempre em experiências decepcionantes ou às vezes trágicas (quatro entrevistadas perderam os parceiros em acidentes no garimpo).

No que concerne aos relacionamentos afetivo-sexuais eventuais (sem vínculo afetivo-conjugal nos últimos doze meses) metade declarou dois parceiros, parte (3) apenas um parceiro e minoria (2) foi desconsiderada, por declarar-se em relacionamentos heterossexuais monogâmicos, embora questionem entre si sobre a suposta fidelidade dos parceiros.

Quadro 4- Perfil Práticas Sexuais/ Estilo de vida

Mulher	Início Vida Sexual	Parceiros sexuais atuais declarados	Métodos Preventivos à gravidez e as DST/HIV/Aids citados/condição reprodutiva	Frequência de uso	Etilismo, Tabagismo e/ou Drogas
M1	13	nenhum	Camisinha masculina	Cobra sempre do parceiro	Fuma e bebe
M2	15	01	Laqueadura	Confia na sorte e em Deus	Fuma, bebe Fez uso de droga
M3	17	nenhum	Menopausa	Confia em Deus	Não
M4	17	01	Laqueadura	Confia em Deus	Não
M5	18	nenhum	Camisinha masculina	Cobra sempre do parceiro	Fuma, bebe Fez uso de drogas.
M6	19	nenhum	Camisinha masculina	Depende do parceiro	Bebe
M7	20	01	menopausa	Confia na sorte e em Deus	Não, mas já fez uso de droga.
M8	14	01	Camisinha masculina/ menopausa	Depende do parceiro	Fuma e bebe
M9	16	nenhum	Camisinha masculina	Exige quase sempre	Fuma e bebe
M10	14	01	Camisinha masculina	Confia no parceiro	Não bebe e não fuma

Fonte: pesquisa de campo, Outubro de 2005 a Janeiro de 2006.

O início da vida sexual para dez entrevistadas variou entre 13 a 20 anos, com metade ocorrendo por volta dos 13 aos 16 anos e outra metade dos 16 aos 20 anos, predominando experiência de relações heterossexuais genitalizadas e quase sempre desprotegidas, já que parte delas (4) declara não fazer uso sistemático da camisinha masculina, seja por escolhas pessoais ou condições subjacentes às relações de gênero.

No momento dessa abordagem, a maioria (8) declarou-se estar envolvida em relacionamento afetivo-sexual eventual e apenas parte delas (2) declaram relacionamentos estáveis. Quase a totalidade das mulheres (8) já se submeteu ao “exame de Aids”⁵ uma vez, em alguma fase da vida, acionado pela dúvida em relacionamento sexual desprotegido, seja por desconhecimento tanto do parceiro como do status sorológico do mesmo.

⁵ Embora o termo ainda esteja fortemente associado à doença na sua forma mais grave, mantivemos a expressão lingüística *exame de Aids*, considerando a significância psicossociocultural no Brasil.

Alguns aspectos do estilo de vida social do grupo, apreendidos das narrativas e do trabalho de campo, se destacam como co-fatores de vulnerabilidade à infecção do HIV/Aids. São vícios como etilismo e tabagismo, associados ou não ao uso de drogas, que segundo depoimentos, expressam condutas sexuais em diferentes circunstâncias da vida, encarados como forma de exercitar a identidade feminina e confrontar/superar as adversidades da vida.

Enfim, diferentes biografias pontuadas de vulnerabilidades que se entrecruzam e convergem para um ponto comum entre todas as entrevistadas: a identidade e a condição feminina na epidemia do HIV/Aids. É o que desejamos enxergar.

4.2. Trajetórias de vida e a transversalidade de gênero

Objetivando mapear dimensões de vulnerabilidades femininas sob a perspectiva de gênero, o momento da entrevista buscou o resgate de histórias de vidas, explorando roteiros afetivo-sexual dessas mulheres. O convite trouxe, através das falas, a história de suas famílias mesclando-as às suas próprias trajetórias até o momento atual, desnudando situações de vulnerabilidades em contextos sócio-econômicos, familiares e conjugais destas mulheres.

Pôde-se caracterizar, no universo pesquisado, a emergência de questões recorrentes de um cenário comum a todas elas: vidas marcadas pela ausência da figura paterna/ homem provedor, privações materiais/exploração do trabalho feminino, desconhecimento e poder sobre o corpo, primeira gravidez na adolescência, perda do vínculo familiar por processos migratórios, situações de violência, estupro, prostituição e drogas, relacionamentos sexuais instáveis e efêmeros, instabilidade econômica causada pelo desemprego ou subemprego e para algumas entrevistadas, impossibilidade de vivenciarem a maternagem.

As marcas circunstanciais de gênero estão plasmadas em todas as falas, denunciando esta condição e explícitas em trechos de suas narrativas:

Minha infância não foi muito boa não. Porque nós era quatro filha mulher né. Eu fui mais assim, desprezada pelo meu pai... Eu fui criada mais pela casa dos outros! (M2)
Minha infância foi no seringal. Vim pra cidade tinha 17 anos... eu não conhecia a cidade, eu não conhecia nada.. Ai já vim, já era mulher e fui tocar minha vida sozinha(M8)

Minha adolescência eu não tive quase porque (cala-se)...meu pai ..nós trabalhava no sítio e eu sempre trabalhando de empregada[...] eu tinha uns treze anos[...] eu cortava seringa, carregava castanha nas costas com um buchão..só ia pra maternidade dar luz. (M5)

Infância não tive! Minha mãe tinha bastante filhos e cada um depois de crescido saiu pra trabalhar. Precisava né?[...] que a gente era bastante e tivemos que se virar. (M9)

Meu Deus foi horrível, não tinha infância. Mamãe morreu eu tinha 12 anos. Ai eu criei o resto dos irmãos. Ela morreu na casa dos dez...Morreu de parto! Ai foi aquela vida, nós morava na roça, aí papai bebia, aí ele não tinha muito juízo, coitado, pelo álcool tira pessoa de si né? A gente passava dificuldade, bem dizer fome. Foi horrível!. Por isso que hoje gosto do garimpo, não passo dificuldade, aprendi muita coisa (M7).

Como se pode ver, resgatar o passado significa rememorar situações de extrema dificuldade que, confrontadas com o presente, fazem-nas valorizar conquistas pessoais como o lugar que ocupam no garimpo, já que este representa um meio de sobrevivência e independência. Entretanto, para metade destas mulheres (5) a passagem da adolescência à vida adulta ocorreu de forma traumática, em meio ao desconhecimento do próprio corpo e da sexualidade, subjugada pela hierarquização de poder nas relações de gênero, reforçado por regras sociais familiares. Escutemos as falas das entrevistadas:

...Ah, naquela época a gente não sabia nem o que era menstruar... Quando eu menstruei passei o dia todinho doente... Eu num sabia como me cuidar, eu tinha vergonha de perguntar pra minha mãe. Aí tive a primeira filha, aí engravidei e ele arrumou outra. Eu comi o pão que o diabo amassou com aquele homem!. (M4)

...Quando eu ia fazer treze anos eu me casei e então não conhecia nada da vida, eu não sabia nem entendia nada da vida ainda..me casei e fui pra Fortaleza né? Lá tive meus cinco filhos e meu casamento durou nove anos. E depois dos nove anos, nós se separamos, por causa que tinha outra mulher na vida dele né? Aí eu não gostei. (M1)

...Acho que nem tive juventude. . Aí quando minha mãe descobriu que eu tinha dado pro meu namorado aí ela falou: lugar de puta cê sabe onde é né? A mãe só não me mandou praquele lugar, porque não tinha uma metralhadora, mas me expulsou de casa na hora, então eu fui embora sabe?(M4)

4.3. Presença feminina no garimpo: Entre o Ser e o Viver!

As representações de gênero das mulheres no garimpo, desvelam o que pensam sobre si próprias, a percepção do lugar que ocupam no grupo e na sociedade e o significado de seu trabalho enquanto sobrevivência e conquista feminina.

O objetivo foi oportunizar-lhes uma reflexão sobre as dificuldades e facilidades de “ser mulher no garimpo”, bem como suas estratégias de resistência e acomodação nas relações de gênero e classe, para então chegar especificamente ao foco da investigação da pesquisa – identificar vulnerabilidades individuais e sociais de mulheres que vivem no garimpo a partir

do que entendem por HIV/Aids, qual a percepção de risco e proteção que as entrevistadas desenvolvem no exercício da sexualidade e qual a capacidade de empoderamento feminino mediante a epidemia do HIV/Aids.

A inserção feminina no garimpo teve como principal motivação a responsabilidade única e exclusiva da mulher no sustento de si mesma e da família, variando apenas o momento que cada uma adotou esta opção. É importante assinalar que, a despeito das diferentes histórias de vida, todas, sem exceção, convergem para marcas da transição de gênero, onde a necessidade do trabalho falou mais alto. As vozes femininas expressam bem o tom desta realidade:

...A minha crise em Rio Branco, que eu não arrumava emprego e meus filhos pedindo comida e não tinha de onde tirar. Eu tinha 28 anos completos. [...] O meu filho mais novo é filho de um garimpeiro, mas num foi ele que me incentivou. O que me incentivou mesmo foi a necessidade. (M8)

...Em termos de ganhar um pouco mais de dinheiro né, porque na cidade os emprego é só a base de salário. E no garimpo a gente ganha mais né, então à gente faz os cálculos quando vai e volta aí dá pra pagar as dívidas. (M3)

Outras revelam motivos circunstâncias de encantamento e desejo de mudança de vida, atraídas pela ilusão dos tempos áureos do garimpo, um eldorado de possibilidades, onde ganhar dinheiro parecia fácil tanto quanto tornar-se vítima de exploração sexual era parte de uma realidade, muitas vezes não pensada. Veja-se a recordação de duas das entrevistadas:

...Eu era funcionária pública, lá em Ji-Paraná no hospital do governo e ouvia o pessoal sempre falar que cozinheira de garimpo ganhava três vezes mais que o serviço que eu fazia. Naquele tempo eu era nova, que eu tinha 25 anos. Essa febre do garimpo, 82,83 foi uma coisa assim que mexeu com muita gente. ...Eu não fui a única a chegar e pedir conta do governo assim. (M4)

...Foi uma mulher da boate lá no garimpo, lá no Vai quem Quer [um dos locais de garimpo]...aí ela me chamou pra mim ir trabalhar de garçonete né!? Mas aí, quando cheguei lá, num foi...ela mentiu pra mim né!?Ela dizia que era trabalhar de garçonete, cozinhar né aí no fim era pra fazer programa.. sê puta [silêncio] (M2)

A motivação dessas mulheres para “escolhas” quase sempre impulsionadas por uma indelével exclusão social de um universo feminino despossuído de qualificação profissional, não deixa margem a opções. Neste cenário, o garimpo representou única alternativa de trabalho rentável e promissor, ainda que este se torne fonte de vulnerabilidades como perda de visibilidade social temporária, exploração de mão de obra, ou seja, uma vida com pouca opção de liberdade, lazer e poder, conforme revelam:

...Eu gosto de trabalhar no garimpo, foi o único trabalho que eu gostei na minha vida. Um negócio que me chamou a atenção e mesmo assim quando eu venho me embora, às vezes eu digo eu não vou voltar a trabalhar no garimpo, mas quando às vezes o dinheiro acaba, oi.. vou rapidinho, eu volto. É um negócio que tem um imã, depois que a pessoa trabalha no garimpo, parece que tem um chama a gente de volta! (M1)

...Então hoje em dia tenho uma situação financeira de poder manter meus filhos. De ser uma pessoa, de poder trabalhar pra mim sobreviver nem que seja aqui dentro. Enquanto tem muitas por ai que trabalham mas... não ganham que nem aqui né?(M10)

Entretanto, a permanência do preconceito culturalmente dispensado ao mundo do garimpo, torna-se obstáculo para que estas mulheres se identifiquem diante da sociedade, impedindo de quebrar barreiras sociais à necessária visibilidade de seus problemas, enquanto mulher e cidadã. Num misto de angústia e revolta, uma das mais jovens cozinheiras contempla uma das preocupações mais corriqueiras de todas as entrevistadas:

...Que sempre que as pessoas perguntam assim: cê trabalha aonde? Em garimpo. Ai vê logo assim: vixe quenga_de garimpo! Pelo olhar, pelo jeito assim que a gente vê a reação das pessoas dá pra ver que elas pensam isso né? (M10)

As representações do “ser mulheres” reveladas pelas entrevistadas, trazem ainda uma identificação ideológica com a imagem da mulher moderna (GIFFIN, 1994), independente e guerreira, que almeja maior autonomia feminina via ascensão social, seja pela formação educacional ou pelo trabalho remunerado, correspondendo assim a uma maior liberdade sexual nas relações de gênero e classe, supostamente consignada por tais conquistas.

Atributos como igualdade entre homens e mulheres, conferidos por esta aparente e confiante conquista, são ressaltados como vantagens para a mulher na atualidade, ainda que signifique um alto custo pessoal, já que exige-se dela uma disputa no mercado de trabalho tanto pela necessidade como pelo desejo de superação da figura feminina, submetendo-a a regras de socialização nas relações de gênero ou de classe:

... Ah, hoje em dia tá tudo igual né? ...nóis hoje mulheres já é um pouco assim independente no trabalho, ganha o dinheiro da gente, então os homens de hoje em dia prefere uma mulher que trabalhe, ganhe dinheiro, um bom salário igual ao seu, principalmente quem é solteira, tem um monte de candidato ao redor. Então isso influi muito! Então, hoje em dia as qualidades da mulher e dos homens tá tudo igual.[...] Hoje em dia, a mulher não quer caçar um pé rapado também! (M6).

...Os homens hoje compreendem muito mais as mulheres já que elas estudam mais, assistem televisão, assiste muita coisa, então eles estão contribuindo nesta parte. Mas

tem horas que eles atrapalham muito. Às vezes eles sufocam a pessoa com ciúmes, desconfiança... (M7).

Outras entrevistadas trazem consigo um misto de resistência e inconformismo com a persistência de hierarquização de poderes entre homens e mulheres, baseada nos costumeiros papéis sexuais, ainda que em alguns momentos, tais atribuições sejam confrontadas por si mesmas. Ao incorporar o papel de cuidadora, reforça posturas idealmente aceitas pela sociedade, resguardadas na imagem do familiar, do sagrado e, portanto distante e incólume de qualquer risco, não cabendo questionar seu lugar:

... Ser mulher é que nem o homem: ele nunca quer uma responsabilidade de cuidar de casa. Muitos home diz ah isso é serviço de mulher. Não é só serviço de mulher, do home também mas ..assumir o lugar de mulher na sua casa: manter tudo feito, educar seus filhos, a mãe tem que ficar a par de tudo. O lado bom é quando ela tem um marido que estima muito ela, os dois se amam, os filhos maravilhoso, ela vive em paz com a vida, ter um lar que é dela, ter tudo.. (M3).

Entretanto, o que emerge da constância das vozes é o mal estar da condição feminina presente nas falas de quase todas (6) elas. São vivências pessoais perpassadas por momentos de abandono, frustrações, determinados pela necessidade de ir à luta pela sobrevivência.

Neste cenário contracenar no cotidiano do garimpo, invoca uma reflexão permanente acerca dos papéis sexuais, tanto nas relações de classe, quanto de gênero. Muitas vezes a condição feminina no garimpo é vista como obstáculo à conquista de melhor posição social no grupo diante do status de poder masculino. Desafios do cotidiano refletidos constantemente como partes do ser mulher e seu lugar no mundo. As falas de algumas delas traduzem bem esta percepção:

...Eu nasci mulher, mas se eu pudesse voltar atrás eu queria ter nascido homem. Porque eu acho que a vida do homem é mais fácil né? Ah, às vezes a gente é muito xingada né? Porque a gente ser mulher eles acham que pode fazer onda com a cara dela né? [...] a gente ser mulher a gente agüenta coisa que se fosse o homem talvez nem não agüentasse. Quando a pessoa chega lá novata todos eles cantam aquela mulher (M1).

...Gostaria de ser homem, porque eu acho assim que o serviço de homem ele ganha mais, ele é mais assim... [...] e a mulher fica com todo serviço. Eu vejo lá os meninos ganham tão bem. Se eu fosse homem eu ganhava tão bem, uma vida melhor. (M6)

A persistência do mal estar das assimetrias de gênero é visto por algumas (02) das entrevistadas como motivo de questionamento de si mesma enquanto mulher, designados

como “naturalmente aceitos” pela sociedade. Tais condições fazem-na desejar (e lutar) ainda que em espaço e tempo provisórios, a troca de papéis sexuais não desconhecendo, entretanto, seu lugar no mundo, trazendo para si a inconstante contradição da luta e da acomodação:

...Em outros termos assim de força, queria ser um homem bem valente mesmo sabe? Apesar de ter mulher valente né? Agora o homem é mais respeitado do que nós mulher... vê que é!. Nós, por mais que nos queremos ser autoridade maior do que o homem... nós não somos. Tanto faz a mulher seja ela, igual tem é... militar né, ela não é mais que o homem. Nesse termo aí, eu queria ser macho sabe? Mas em outros termos eu prefiro ser mulher mesmo. (M7)

...Eu queria ser homem, pra tentar a vida de homem. Pra mim saber realmente se é como eles falam: que homem tem que ser homem!. Eu queria saber se é realmente... se tinha que ter esse rancor todo, eu queria ter o prazer!(M8).

Para algumas (5) que vivenciam a dupla tarefa de mãe/pai-provedor desde cedo, as representações de papéis sexuais se alternam enquanto forma de resistência feminina, sem, entretanto, alterar ou aliviar as responsabilidades cotidianas no desempenho destas tarefas:

...Pela experiência de homem e mulher que vi eu acho que de mulher é mais fácil. O lado homem é mais difícil Eu sou o homem e a mulher da minha casa né? Aqui eu é que tenho que resolver tudo! Até um conserto de sofá tem que ser eu. (M9)

A esfera da sexualidade feminina embora veladamente silenciada pelo estigma de ser mulher no garimpo, tornou-se um tema recorrente na fala das entrevistadas, na maior parte das vezes implícita, o que por si só poderia indicar uma repressão circunstancial no contexto de vida destas mulheres. Nesse ponto, enxergamos à maneira de Certeau (1994) táticas pessoais capazes de insubordinar-se aos ditames da disciplina social, não apenas sobrevivendo a esta como fazendo parte dela. É o que nos revela uma de nossas entrevistadas, viúva e sozinha atualmente:

...O lado mulher?Esse a gente tem que deixar pra depois [gargalha]. Quer dizer, eu me considero uma mulher realizada porque batalho muito. Tudo pelos meus filhos né? Nesse meu lado, eu sou uma grande mulher! (M9).

Percebe-se também que, por vezes, exercitar a sexualidade feminina em meio a tantas prioridades materiais, chega a ser quase completamente abortada e sublimada pela imagem da super mulher, onde impera o sublime amor da maternagem e a necessidade de sobrevivência.

Para outras (3) experimentar a própria sexualidade dentro de um relacionamento conjugal estável ou eventual, é se permitir questionar, ainda que solitariamente, o prazer enquanto direito de ambos, já que este é visto muitas vezes, antes como obrigação feminina a realização do homem e não como satisfação de si mesma.

Nesse sentido, quando invocamos as falas de algumas delas, refletimos até que ponto é possível efetivar a negociação do sexo seguro, quando ainda mantêm-se velhas questões de ter ou não direitos e poder sobre o próprio corpo, mesmo que se possa (e se queira) lançar mão de táticas pessoais de convencimento, invertendo a ordem do mais forte, como forma de fortificar ao máximo a posição do mais fraco (CERTEAU, 1994). É dessa persistência de obstáculos que nos preocupa as falas de quase todas as entrevistadas:

*... O sexo é em termos de satisfazer a precisão do homem e da mulher. Porque os dois vão pra cama...só a mulher que faz ..Só homem tem o seu prazer a mulher não? (M3)
Tu...cê vai com um homem saber que você não vai satisfazer? Só ele que vai satisfazer né? Que o homem só quer fazer a gente de objeto né? Então eu já sei disso. (M7)*

Outras vezes vivenciar a sexualidade diante de um relacionamento conturbado e frustrador invoca sentimentos tão antagônicos quanto aversos às regras da racionalidade. Para uma das entrevistadas, reviver certos fatos da sua vida sentimental significou momentos de dor e revolta, misturados à sensação de alívio e vitória, ainda que tenha lhe deixado moralmente vulnerável diante de uma relação capaz de anular sua percepção de perigo:

...Foi ele que me largou mana. Ah paixão recolhida: comia as gramas tudo... aqueles pães secos do garimpo. Ó paixão fila da puta [sorri]. A Colega brigava comigo, falava, meus irmãos[...]pus até faixa no Teotônio [cachoeira] pra esse homem! Ave Maria, foi uma loucura! Essa loucura custou pra sair de mim! (M7)

4.3.1 O lugar da mulher no garimpo: O traçado da sobrevivência feminina

Quase todas as entrevistadas (8) revelaram uma vontade de superação da figura feminina por papéis masculinos como estratégia de sobrevivência e luta pela identidade no meio masculino, traduzidos no descontentamento nas relações de trabalho no garimpo. Ora, não se dá por acaso, que toda cultura se elabora nos termos de relações conflituais ou competitivas entre fracos e fortes, sem que nenhum espaço nem legendário ou ritual, possa instalar-se na certeza da neutralidade (CERTEAU, 1994).

A desigualdade salarial entre cozinheiras e operadores é motivo de contestação por parte de todas elas, já que expressa uma diferença não apenas de remuneração, mas de status, cabendo-lhes a parte do trabalho invisivelmente rotineiro, desvalorizado e assalariado:

...Lá o operador ganha melhor que uma cozinheira..Que eles tão na porcentagem né? Nós não. É na diária [...] é só aquilo mesmo e eles não! Vai pela produção das dragas. (M9)

Algumas situações são marcadamente circunscritas de regras sociais de gênero onde o comportamento feminino é decisivo para a sobrevivência e permanência no garimpo.

...Porque o nome delas não fica bonito⁶ pra todos os dragueiros né?[...] Porque pra cozinheira que veve só de flutuante em flutuante aí é ralado pra ela arrumar serviço lá dentro. Que todo mundo sabe que ela não pára nas dragas. A fama acaba derrotando ela (M8).

As estratégias de sobrevivência feminina acionadas no espaço do garimpo são verdadeiros esquemas de operações individuais e/ou coletivas numa espécie de jogo invisível codificado apenas entre elas, utilizando-se de táticas, manobras sutis instauradas no território da draga, imposto pela ordem masculina. Sem sair do lugar, as mulheres no garimpo têm que viver e onde lhe impõe regras, elas aí instauram pluralidade e criatividade por uma arte de intermediação tiram daí efeitos imprevistos (CERTEAU, 1994). Elas revelam um harmonioso lidar com a natureza masculina como forma de superar/aliviar as tensões do cotidiano:

...Pra gente trabalhar em garimpo tem quer ser honesta, fazer as coisas direito, andar direitinha ou então morre... (...) Porque às vezes o cabra sendo desmantelado e se a gente não for séria, ele vem com enxerimento ele larga a mão nos cabelos da gente..(M1)

...Saber levar é ser uma cozinheira que não fique estrovando⁷ ninguém [...] ser uma cozinheira legal com todos eles, porque senão.. (M8).

As dificuldades iniciais em cima da draga são em parte, superadas à custa destas “maneiras de fazer” das mulheres, dissimulações muitas vezes interpretadas pelo “mais forte” como paciência, jeitinho feminino e autocontrole. Na realidade, como diria Certeau (1994)

⁶Diz fica bonito quando a mulher é vista com respeito e honradez pela comunidade garimpeira.

⁷ O mesmo que estorvando, ou seja, dispensando tratamento deselegante e grosseiro, com intenção de atrapalhar e/ou prejudicar o outro.

táticas dos fracos, que determinam o ficar e o transitar destas mulheres no garimpo, um campo de força que exige um incessante movimento da “arte do fazer”.

...Olha logo no começo assim tinha uns que davam em cima da gente. Testando né, aí a gente vai cortando né? Até porque as cozinheiras minhas colegas elas conversavam muito comigo: Olha B. quando eles der em cima de ti vai cortando assim, num vai querendo dar uma de chata, vai cortando eles numa boa. Não com ignorância, que aí eles perturbam mais ainda. Mas, cortando na boa, eles vê que a pessoa quer trabalhar aí eles deixam em paz!(M10)

.... A gente se sente um pouco constrangida né. Porque a gente num ta acostumada com isso. Tem que saber se rebolar com tudo né? Tem que dividir a questão do serviço e a questão da liberdade pessoal pro seu lado. (M9)

Outras vezes o não re-conhecimento e/ou não utilização desta arte, entorpece o repertório interpessoal da mulher de tal modo que sua “docilidade feminina” vai além das possibilidades de questionamento de si mesma. Seu estar no mundo é visto como posição natural dentro da trama de relações vivenciadas entre esta e a equipe de homens da draga:

...Lugar dos home é lá no trabalho deles. Que tinha eu largar minha cozinha e eu ficar lá no comando? Que aquilo não era uma coisa pra mim? Eu acho que o que ganho é suficiente pra mim (M3)

... Logo no começo muitas vezes eu chorava assim pelo fato Meu Deus do Céu, se eles ficarem assim..insistindo eu ter alguma coisa com ele, aí eles vão querer depois ficar chateado comigo aí não vão mais querer aceitar eu ficar trabalhando na draga. (M10)

Com o passar do tempo e sem a ilusão que se mude tal realidade, o garimpo torna-se um ambiente “quase” familiar, substituindo por vezes, o clima de segurança, solidariedade e acolhimento próprio do familiar. A saudade e o isolamento temporário/definitivo das redes de relações familiares imprimem sensações variadas de solidão, abandono e carência afetivo-sexual, aproximando-as cada vez mais do “isolado do mundo”⁸.

Na maioria das vezes, estas carências passam a determinar uma nova forma de convivência, onde sua casa é a draga e os operadores sua nova família. Por vezes, o ambiente do garimpo é incorporado como algo familiar, assemelhando-se ao núcleo original de cada uma. Para esta entrevistada (proprietária de balsa há muitos anos) o garimpo tornou-se um lugar que substitui toda a sua família:

⁸ Expressão utilizada pelas cozinheiras ao definir o espaço do garimpo enquanto seu local de trabalho.

... Viver no garimpo é igual ta na sua casa eu me sinto até hoje...é tanto que passei a viver no garimpo desde que comecei eu e meus irmãos: eu ia e voltava ia e voltava e depois eu fiquei definitivo.(M7)

Outras vezes este mesmo ambiente é percebido contraditoriamente como um reflexo das relações de gênero vivenciado no privado(DAMATTA, 1987) onde a condição e o lugar da mulher são postos à prova cotidianamente como desabafa uma das cozinheiras veteranas no garimpo,

...É como se fosse uma família, mas ao mesmo tempo não. Porque tem que dar atenção pra todos, tem que tratar todos iguais, não tem diferença nenhuma com outro, o trabalho deles é tudo igual. Se der atenção mais pra um do que pra outro ai você se torna uma pessoa rejeitada em cima da draga. E eu tenho que ta no lugar de cozinheira no garimpo (M2).

Como se pode observar, nem sempre são relações harmoniosas, especialmente quando há inversão de papéis sexuais nas relações de trabalho no garimpo sob o comando da mulher. Nas ocasiões onde prevalece a autonomia feminina, como foi para M7 (proprietária de balsa) papéis masculinos e femininos tornam-se conflitantes, já que inverte a ordem de poder hegemônico da matriz heterossexual, tanto das relações de gênero como de classe, ainda que esta tenha conhecimento, poder e a experiência de garimpo.

Neste cenário, a mulher aciona uma “racionalização estratégica” procurando distinguir-se e manter domínio sobre um mesmo território, isto é advogando um lugar de poder e querer próprios, capaz de transformar as armas do forte em objetos controláveis pela leitura do lugar. Neste sentido, as relações de gênero tornam-se medida de força, cabendo à mulher e sua posição social no grupo (CERTEAU, 1994), tomar atitudes quase sempre conflituosas:

...Agora ficou mais difícil pra mim que eu fiquei viúva né?Aí, às vezes, eles querem me humilhar, porque eu sou mulher. Não quer me respeitar, mas ai eu falo: se não gostou porque sou mulher, não quer me respeitar? Devo alguma coisa pra ti? Não! Que nós tamos aqui pra ganhar. Eu não tô aqui pra enfeitar beira de rio! E nem você também! Tá certo? Que que você acha? Ou você veio pra passear? (M7).

4.3.2 Facilidades e dificuldades no garimpo: Onde estão as vulnerabilidades?

As representações do viver no garimpo emergiram diante dos questionamentos pertinentes à facilidades e dificuldades do modo de vida neste lugar, captando a percepção de

risco e autoproteção feminina mediante chances de exposição e adoecimento, particularmente frente o HIV/Aids. Todas elas demonstram satisfação com seu trabalho e vêm no garimpo, oportunidades que não encontraram na cidade: fartura, acolhida e solidariedade:

... É farto de tudo, você não passa fome, qualquer lugar que você chegue, come. Nessa parte é ótimo! Qualquer draga que tu sobe daquela você até engorda. [sorrisos]. Você chega num lugar oferecem, noutra oferecem, em todo lugar que você chega sendo conhecida você come, conversa, toma banho, troca de roupa, se perfuma, se diverte, dorme. É uma facilidade. (M6)

... Acho que é assim porque é uma coisa que são muita gente, mas são unidos. Porque morte, briga, há em qualquer um canto, né? Na cidade, em qualquer um canto, depende da pessoa procurar né? Violência se acha em qualquer canto (M8).

Entretanto, quase todas (8) destacam situações do cotidiano como parte de um mundo onde o risco menor ou às vezes apenas imaginável, é cogitar a possibilidade de infecção pelo HIV/Aids. Neste cenário, a malária é frequentemente citada como uma das dificuldades do viver no garimpo, corroborando a persistência de endemias regionais, dificultando a percepção da existência de agravos como hepatites, DST e o próprio vírus do HIV/Aids:

...A dificuldade é a malária, porque aí eu tinha que parar meu serviço, perder minha comissão, pra vir tratar na cidade, porque os dia que a gente fica na cidade né, a gente perde. (M2, diarista)

...Minha pior doença no garimpo foi a malária [...] porque eu não sabia o que era, aí eu passei oito dias na draga passando mal: dor de cabeça, febre, um mal estar, tomava remédio e não passava, ai quando foi com oito dias eu pedi o dono da draga para vir pra cidade. Porque eu não sabia o que era malária, né? Quando fui no hospital que me consultei, fiz lâmina né? Eu tinha medo de ser doença incurável, pois eu nunca tido essas doenças. (M1, cozinheira)

Neste sentido, a malária além de ser vista como agravo à saúde, torna-se motivo de preocupação, pois representa uma ameaça real à única fonte de sobrevivência e garantia de trabalho, já que a vaga de cozinheira está condicionada às boas condições de saúde:

...Coisa ruim pra mim foi a malária [...]..muitas vezes ficava doente, morrendo de febre... passando mal e tinha que ir pra beira do fogão fazer comida e cuidar de tudo direitinho porque tava assim de mulher louca atrás de emprego Entende?...Se eu não cuidasse bem do meu serviço, de repente eu poderia até pegar as minhas contas pra alguém botar alguém melhor no meu lugar. (M4, cozinheira,)

...No garimpo tenho medo da malária. Mas graças a Deus nunca peguei malária na minha vida. Eu sou uma pessoa muito sadia [...]. Nunca peguei doença venérea, nunca peguei malária, nunca peguei nada de problema de doença. (M5, diarista)

O garimpo não é visto como ambiente vulnerável nem às DST/HIV/Aids nem aos próprios riscos das condições de trabalho, embora todas as atividades de seus habitantes sejam marcadamente perigosas, insalubres e arriscadas, já que até os acidentes ocupacionais inerentes ao trabalho no garimpo, bem como os decorrentes dos fenômenos naturais, são encarados como uma rotina peculiar ao seu dia a dia:

... Fora os temporal que levanta o capote, arranca o beiral e faz as dragas se enroscar uma na outra que parece que vai virar. (M5)

...As dificuldades é aquela coisa: ...a gente vem na voadeira carregada no meio do rio e vem aqueles temporal ..virar voadeira,perde as coisas que a gente vai levando ou riscado até alguém morrer né como já aconteceu... (M3)

Outras vezes a dificuldade assinalada é a acessibilidade aos seus locais de trabalho, às vezes impondo uma longa espera por transporte, sob condições climáticas adversas expondo-as às intempéries ambientais para chegarem ao seu destino:

... Dificuldade é quando você chega no porto, ai não tem transporte, a gente passa o dia todinho, sem comer na beira daquele barranco, matando mosquito. Essa a dificuldade maior da cozinheira. (M6, cozinheira)

Estas mesmas dificuldades são colocadas, quando se investigou sobre benefícios como atendimento de saúde por parte de algum órgão ou setor de saúde que porventura tenham recebido sobre as dragas. Como se esperava, não existe, nem no pretérito, nem no presente, trabalho educativo eventual ou sistemático sobre nenhuma doença.

Assim, para os que vivem no garimpo do rio Madeira há muito tempo, cuidar dos problemas de saúde em Porto Velho, tem sido a única saída:

...Quando a gente adoecer tem que vir pra cidade. Porque lá teve, hoje não tem mais não. Nos anos 80, 83, 82 tinha farmácia, hospital, tinha médico no Embaúba, nos Periquitos [pontos de garimpo]. E lá só tratava malária e era particular, pra quem pudesse pagar. Grátis, só a SUCAM (M2).

As poucas ações educativas voltadas à prevenção, sejam de qualquer agravo, encontram-se praticamente ausentes e desarticuladas, se e quando presentes, limitadas à entrega de folhetos “explicativos” ou a entrega extemporânea de camisinha (preservativo masculino) por entidades não governamentais, a exemplo da iniciativa da COOGARIMA, que reproduziu e distribuiu dezenas destes folhetos nas dragas de seus associados.

Na realidade, produtos culturais “fabricados” numa linguagem “padrão” dominante desconexa e exterior à realidade de “consumidores” de informação supostamente passivos e sem repertórios sexuais próprios. Ademais, a presença e circulação de uma representação não indicam de modo algum, o que ela é para os consumidores (CERTEAU, 1994).

Mesmo assim, não encontramos nenhum depoimento que sinalizasse atenção preventiva dirigida à comunidade garimpeira, sintonizada com as representações do processo saúde-doença deste grupo. É o que nos revela as mulheres:

...Faz dezesseis anos que trabalho no garimpo, eu nunca vi um médico lá, nunca vi um enfermeiro, ninguém nem pra tirar pressão: nem promessa, nem conversa. Se por acaso for pra gente com uma doença pra morrer, morre lá mesmo! Olha que dezesseis anos é uma vida! (M1).

...Olha, da área de saúde no tempo quando tô lá não aparecia ninguém. Quando tem um com malária tem que vir no Jaci ou Mutum, ou dependendo do caso, vir mesmo na cidade. Se é uma doença deferente, então pode até ficar pior ainda, pois lá não tem atendimento imediato né? (M3).

...Nas draga não. Na currutela⁹ teve. Inclusive deram camisinha né? Mas faz muito tempo...naquela época que tinha muita gente no garimpo..aparecia até televisão pra filmar aquele mundaréu de gente! (M5)

Fica evidente que as raras ações de saúde outrora existentes, ocorriam em função das operações de campanhas ou desencadeadas por condições extraordinárias sobre o garimpo, quando no apogeu de sua histórica exploração. Cabe citar que, a despeito do tempo decorrido e das mudanças no perfil dos habitantes do garimpo do rio Madeira, bem como da ausência do poder público em serviços essenciais como saúde e segurança, prevalece uma visão estigmatizante de prosmicuidade e violência. Desse modo, assim como a história moral do

⁹ Fala-se por currutela uma pequena vila formada nas proximidades dos pontos de garimpo ou às margens do próprio rio Madeira, habitada por gente da redondeza que instala comércio voltado a atender às necessidades da comunidade garimpeira.

HIV/Aids, o garimpo e seus habitantes ainda são vistos com preconceito e distanciamento pela sua sociedade, materializados na privação de direitos essenciais como saúde e educação.

Nesse sentido, verificamos que homens e mulheres estão em permanente situação de vulnerabilidade individual, social e institucional ao HIV/Aids e outros agravos, já que a omissão e o descaso do poder público impossibilitam que os serviços cheguem até elas:

...Porque se não fosse a televisão, a gente fica lá num canto separado, às vezes até a gente fica sem saber do tempo. Será que é domingo, se é segunda como é que? E sai perguntando pros outros, e às vezes tem um calendário, né? Mas às vezes que não tem, a gente fica perdida! Rádio não pega lá. (M1)

Enfim, as possibilidades de contato mais imediato com um mundo exterior ao garimpo restringem-se à televisão, visto que outros meios de informação/comunicação, essenciais em ações preventivas de saúde, inexistem ou mostram-se inviáveis. Nesse sentido, a responsabilidade de prevenção ao HIV/Aids de homens e mulheres que vivem no garimpo é relegada ao indivíduo. Vivendo sob a tutela da permanente vulnerabilidade, eles encontram-se destituídos dos recursos e habilidades necessárias à percepção do risco, que permitam enxergar, criticar e modificar a realidade na qual estão imersos.

4.3.3 Traços de violência de gênero: uma interface de vulnerabilidade

Algumas revelações colhidas dos itinerários de vida das entrevistadas mostraram-se significativas para compreender como marcas da violência de gênero estão impregnadas na alma e corpo destas mulheres (4), desencadeando surpreendentes depoimentos pontuados de sorrisos e lágrimas:

...Época quando conheci o pai do J. Com esse eu paguei todos os meus pecados: sou furada na cabeça, aqui debaixo do pescoço, aqui ó no braço, grávida de J. Aqui num tem uma marquilha? Foi uma agulha de crochê que ele atravessou no meu braço [sorrisos]. Ele fazia essas loucuras, mas depois chorava e pedia perdão, aí eu perdoava... Vixi eu gostava dele, porque era machão. Conheci ele no garimpo. Não tem aquele homem assim machão que fala grosso, que sabe fazer tudo que você imaginar?(M7)

...Rapaz, ele queria me matar acho né? Saiu jogando prato, garrafa de café, xícara, copo, jogou tudo em cima de mim. Aí o dono viu tudo. Foi no meu quarto [o companheiro] rasgou minha revista, derramou meus cremes, perfumes, mijou em cima do meu colchão, que o mijo foi parar dentro da cozinha [risos].(M2)

O temor à materialização da violência de gênero no garimpo, seja ela verbal ou física, preocupa cotidianamente estas mulheres, vez que os *scripts* femininos adotados perante o grupo, são regidos por papéis sexuais estereotipados da figura feminina, ou seja, docilidade, passividade e entrega incontestável, mesmo mediante ameaças reais à própria vida, como traz o desabafo dessas entrevistadas:

...ai pegou deitado comigo ele contou, parece que a consciência pesou e falou: lembra que naquele dia a gente ia te matar? Nós não matamos por causa que você pegou o revólver e a bala não saiu. Que era só pra ter sexo com a gente e você não queria. (M7)

Eu não sei nadar. Se de repente acontecer alguma coisa de dois ou três homens começarem com graça e frescura pro meu lado e eu fosse dar atenção pra eles o que ia acontecer? Eles ia me jogar dentro d'água, como muitas foram jogadas. Entende?(M4).

As mulheres percebem e vivenciam o assédio masculino no garimpo como atitude “natural” e “socialmente aceita”, cabendo a elas acionar táticas de despiste e recusa diante do grupo. Como forma de resistência e sobrevivência nos domínios do “forte”, simula-se estereótipos femininos como fragilidade e sedução. Suas falas desvelam atitudes racionais frente à necessidade de permanecer neste território fortemente marcado por assimetrias de gênero, onde a opressão masculina, ainda que simbolicamente velada, assume ares de regras socialmente impostas e aceitas como parte do trabalho no garimpo:

...Aonde existe cinco homens e uma mulher ela acaba se tornando o centro das atenções. Agora me diz, cinco homens, que um tem dois meses que não vai em casa, outro tem quinze dias que não vai em casa, o outro tem trinta dias que não vai em casa. E aí chega uma cozinheira nova em cima da draga, bem arrumadinha coisa e tal. Todo mundo fica de olho, né verdade!? Isso aí é uma coisa que é verdade, entende? (M4)

É difícil. Porque só é a gente de mulher no meio deles, né?Eles também ficam ali 28 dias longe da esposa. Então se a gente dá trela é lógico que vão em cima da gente né? Então a gente trata o máximo possível, dar o respeito pra eles, tratar como amigo. Se vem com saliência, a gente leva na brincadeira e assim tentamos levar numa boa. Sem brigas, né? (M9).

...A convivência ali é se dar o respeito. Tem os home que, as vezes, porque acha que a gente é cozinheira, tá ali, eles acham que pode cantar a gente, pode cantar vou dormir com você hoje. Depende muito da cozinheira (M10)

Neste confronto de forças, surge uma evidente pressão masculina enquanto estratégia do forte, mediante opção do não exercício da sexualidade no espaço do garimpo. Ou seja, a mulher é socialmente rotulada e ridicularizada pelo grupo, pela atitude de escolher seus parceiros sexuais em detrimento à satisfação de uma natureza masculina moralmente apreendida como “insaciável”. Boa parte das entrevistadas (04) expuseram tal fato:

...Porque é o único defeito dentro de garimpo! Porque o homem fica com uma mulher hoje, amanhã todo mundo sabe. Eles ficam comentando: comi fulana hoje, fiquei com beltrana ontem e tal. E pra mim, aquilo é uma vergonha. Aí muitas pessoas me chamavam de sapatão. Porque não via eu com ninguém. (M8)

Para outras entrevistadas (2), circunstâncias dessa natureza provocam questionamentos do ser mulher no jogo das relações intra e intergêneros, advogando para si o direito à autonomia e orientação sexual, contrapondo-se à pressão masculina, num terreno onde a iniciativa da conquista do parceiro, cabe ainda e na maioria das vezes, somente ao homem, mesmo que tais manifestações sejam vistas de forma preconceituosa por seus pares:

...E se eu ver um homem que eu sentir vontade, tendo o direito então eu aprendi assim sabe? O mesmo direito que o homem tem de aproximar de uma mulher pra cobiçar ela, pra ter uma relação [sexual] desde que uma coisa parta assim dela, espontâneo né? Eu nunca fui recusada!(M7)

... Se eu tiver na cidade, eu conto isso pra minhas irmãs, elas brigam comigo. Falam que eu sou cara de pau. Mas é não! É a realidade da vida da gente. Tem que ser assim. Né não? O homem e a mulher! E eu não fui recusada. A não ser que eu vá ser recusada daqui pra frente, que agora eu tô mais velha. Mas eu arrumo um mais velho que eu né? [gargalhadas] (M6)

4.4 Representações sobre DST/HIV/Aids

As representações sobre o HIV/Aids de parte das entrevistadas (3), revela que a doença ainda é cercada de preconceitos e metáforas. Está impregnada pela retórica científica e social, enquanto epidemia da imoralidade, associada às antigas calamidades coletivas, significando condenação e castigo em resposta às transgressões de padrões morais dominantes. Nesse sentido, tal qual a peste medieval, a construção metafórica em torno da epidemia invoca a morte social que, invariavelmente, antecede a morte física.

Assim, a despeito do progresso científico alcançado, a doença ainda introjeta sentimentos como medo do contágio e da morte insólita, vez que foge da rotina e do pretense controle humano sobre a natureza e seus eventos, exigindo de cada indivíduo uma reflexão

sobre sua condição de finitude diante da vida e, mais do que isso, expõe de forma cruel sua vulnerabilidade. É esta visão que parte (4) das entrevistadas compartilham sobre a doença:

Aí eu sei. Eu vejo dizer que não tem cura né? (M2)
Aids pra mim, é uma doença que mata. Olha, eu já ouvi falar muitas vezes, vezes e mais vezes. Tem gente que acha que a Aids não existe. Pra mim existe logicamente e eu devo me cuidar sobre isso. (M6)

Uma doença assim incurável que a gente tem que prevenir o máximo pra não pegar. Eu imagino assim, porque eu é claro que tenho que me prevenir porque tenho dois filhos. Eu pegar uma doença dessa eu vou ter certeza que eu vou morrer, por causa que até hoje já pesquisaram em todo lugar e não conseguiu falar que já tenha cura. Tem que controlar né? Mas cura, não tem não. (M10)

Por vezes o discurso se alterna com a incorporação de novas visões acerca do HIV/Aids. Se, por um lado, permanecem reminiscências da noção de fatalidade, por outro, insinua-se uma sensação de controle e banalização da epidemia com os avanços terapêuticos e a melhoria na qualidade de vida dos portadores.

Esta visão tem sido particularmente prejudicial à prevenção e controle da doença, já que além de estimular o refluxo de respostas sociais e governamentais, a complacência com o problema fez com que a noção de risco tenha se diluído gradualmente no imaginário social.

Aids pra mim era uma doença que matava né? Porque hoje eu acho que a Aids não mata mais. (M2)

Entretanto, outras falas revelam a polifonia do imaginário social sobre o HIV/Aids, traduzidos na verossimilhança com doenças igualmente estigmatizantes. As analogias refletem não apenas valores morais fortemente enraizados e relacionados ao simbolismo pretérito das doenças contagiosas, mas indicam a permanência de pré-conceitos e atitudes decorrentes das experiências e concepções relacionadas ao processo de adoecimento humano.

Eu acho que hoje o câncer, a tuberculose, mata muito mais do que a Aids. Porque todas as pessoas que morre com câncer, às vezes você pode até ter Aids, porque dizem que a Aids ela deixa a pessoa ... como que eu quero dizer [pausa]... deixa a pessoa fraca, né? Então a pessoa pega uma gripe fácil, pega uma tuberculose fácil, pode sair tumores no corpo da pessoa. Dizem, não sei porque eu nunca vi, nunca tive contato com a pessoa com Aids. Mas eu ainda acho que o câncer e a tuberculose mata muito mais do que a Aids. (M4)

O conhecimento das entrevistadas sobre as DST parece restrito à citações das doenças de maior ocorrência, com sinais e/ou sintomas visíveis, ou seja, aquelas que estão ao alcance da experiência concreta dos indivíduos, passíveis de serem incorporadas aos *scripts* do indivíduo e do grupo (GAGNON, 1990). A percepção do anormal está associada à exteriorização de fluidos e evidências corporais. Outras narrativas (3) demonstram uma repetição de locuções patológicas referidas como DST, tanto inculcadas pelo discurso biologicista, quanto resultantes de concepções populares, embora sem distingui-las entre si, reforçando mitos sobre as formas de transmissão:

Acho que a gonorréia né? E Crista de galo né? (M9)

Era gonorréia, corrimento, esse formigueiro é igual que nem dor de urina. Essas doenças ela pegam também através do sentar. (M3)

Ah, já ouvi falar naquela tal de doença venérea, naquela outra... escorrimento, já vi falar no chato, já vi falar numa coceira que dá por dentro da vagina da mulher que não sei o nome aí vai por diante... Deus o livre, pra num chegar a esse tipo de problema de saúde, que é uma doença muito grave, muito íntima também né, pra cuidar pra tratar. (M6)

É uma doença muito ruim. Pelo menos o tal de esquentamento, cancro, mula, isso é tudo muito ruim...-O esquentamento pega no sentar né? Agora, a gonorréia e o cancro e a mula tem que ter relação pra poder pegar. Agora, o esquentamento se você tiver sentado num lugar, se levantar e outra pessoa sentar aí já pega! (M8)

De modo geral, a percepção sobre as DST e o HIV/Aids entrecruza-se enquanto doenças sexualmente transmissíveis, tradicionalmente relacionadas aos excessos e à imoralidades de comportamentos sexuais desviantes e promíscuos. Postas enquanto interditos da sexualidade reafirmam antigas metáforas e preconceitos, outrora acionadas como respostas sociais a enfermidades igualmente consideradas repulsivas. (SONTAG, 1989). Tais similitudes demonstram a carga de simbolismo outorgada pela sociedade, no que diz respeito ao que é permitido e o que é proibido na esfera das práticas sexuais.

DST? Num sei nem o que isso. Eu acho que o cara tando com a doença e transando com a mulher sem camisinha, pode transmitir né? (M2)

São doenças incuráveis né? (M9)

Já ouvi falar como doenças mesmo, por exemplo, como doença venérea, pessoal chama né? Já ouvi falar como doença do mundo. (M6)

É doença que pega num... [pausa] aí não tô lembrando... já ouvi até uma palestra mas não tô lembrada. Mas é doença transmissível né? (M3)

Acho sim que a Aids é ... [pausa] pra mim não existe! O que existe é a pessoa se cuidar. É não ficar com toda mulher veia que vem por aí, mulher que não se zela. Eu acho que tudo vai da imundíça da mulher[...] Eu não tenho medo de pegar doença, eu não tenho medo de pegar nada. Porque pra mim, o medo é a doença. (M8)

A natureza das informações sobre as DST/HIV/Aids é apreendida dos principais meios de comunicação de massa, como a televisão e o rádio, sendo também muito freqüente o conhecimento compartilhado e difundido entre as redes de socialização do grupo, contribuindo para a composição do repertório das narrativas.

...Eu tenho um radinho que pega a Rádio Nacional de Brasília falando sobre esses vírus né, aí fala que a mãe já tá grávida o filho já tá, então tem que tomar, tem as vacinas, tem o remédio. Inclusive falou num remédio que vai sair agora que já combate ela né [a aids], que já diz que tem, eu acho que é 2007 que vai sair essa vacina, então até lá já morreu a população quase toda de aids. Tu já ouviu dizer isso? (M7)

...Eu sei porque vinha outros pessoal conversar e passar na televisão. (M1)

...Dos comentários das pessoas, que eu mesmo nunca tive em médico pra conversa assim, nunca tive né? Só das pessoas mesmo, conhecidos meus. (M3)

As formas de transmissão das DST/HIV/Aids mais frequentemente citadas são predominantemente a vias sexual e sanguínea, sendo comum a repetição dos discursos difundidos pela mídia. Tais respostas são complementadas com outras doenças próximas ao seu meio social, sua profilaxia e os cuidados cotidianos a eles relacionados:

Pega pelo sexo né.... É coisa do sangue. As outras doenças é a gonorréia. Ouvi falar é que sai pus, bolha, quando vai urinar dói. (M2)

Rapaz, a Aids é... Pelo que vejo falar é pelo... transa né? Sexualmente!. Pelo menos a gonorréia, esquentamento. Tem tanto nome que nem eu sei. (M5)

...Olha acho que é através da relação sexual né? Através do contato com sangue da pessoa.. Porque o beijo, através do beijo você não vai pegar Aids. Abraçar uma pessoa você não vai pegar Aids. Não é? (M4)

Eu já fiz até exame da Aids. Bem, da Aids é uma doença transmissível por sexo né? Ela não pega no falar, no pegar das mãos, no beijo, em copo, em colher, essas coisas não pega. Ela vem através das relações sexuais, né? (M3)

Já o conhecimento sobre outras formas de transmissão revela que, a despeito da mudança moral no olhar epidemiológico de grupo de risco para comportamento ou prática de risco, as representações das formas de transmissão das DST/HIV/Aids ainda estão próximas ao enfoque dos chamados grupos de risco. Ou seja, o universo de pessoas moralmente culpabilizadas pelo surgimento e propagação da epidemia, centrado no indivíduo e suas condutas pessoais. Esta visão não só obstaculizou ações preventivas como manteve a noção de risco restrito e distante da população em geral, reforçando a idéia do perigo no outro. Veja o que nos diz esta entrevistada:

Injetável, é droga principalmente injetável. Que eu vejo falar. Que eu nunca tive conhecimento disso aí. Não tenho curiosidade e nem quero conhecer. (M3)
A aids diz que é pega de sexo né? Eu só sei que isso que me falam. É sobre sexo, se beijar, é transfusão de sangue, né? (M7)

A Aids, as formas de transmissão é negócio de salão de beleza, negócio de unha, de injeção. Até eu acho que tem banco de sangue às vezes que se não for coisa certa pode pegar o vírus da Aids. Você vai num lugar aí, e Deus o livre, você adoece e toma uma injeção, aí no caso de alguém que tem o vírus pega. (M6)

É a pessoa que faz muito sexo. A mulher prostituta que transa muito com menino novo. Porque menino novo não ta nem aí. Pega, só quer mulher, não quer menina. Ele não tem dinheiro pra comprar camisinha, também não vai nos postos pegar, nem as meninas novas, aí não deixa de pegar, né? (M5)

Nesse mesmo sentido, os conceitos formulados sobre outras formas de transmissão das DST são também invocados para o HIV/Aids. Eles ecoam como resquícios de “verdades absolutas e metáforas” de epidemias de outrora, doenças repulsivas e punitivas de transgressões morais que, a exemplo do HIV/Aids, fazem parte do imaginário social, ainda que não correspondam às explicações médicas:

...Porque a aids pega na boca, né? Se a pessoa beijar já transmite. Então se ela tiver fumando cigarro e der pra pessoa que tiver com o vírus e ela pegar o cigarro de volta tá sujeito pegar, né? (M6)

De outra forma diz que só no vaso, donde senta né? No vaso diz que pega também. No beijo também. (M8)

Nessa mesma direção, encontramos representações sociais ancoradas na imagem do “aidético”, personificado na figura do branco, burguês e rico, protagonista de uma enfermidade coletiva considerada catastrófica. Ela desencadeia medo, rejeição ao outro e segregação social, perpetuando não só a discriminação e a culpabilização dos portadores e doentes como também a percepção do perigo distante e presente no outro.

...Eu já vi um rapaz que dizem que ele tem Aids. Eu não tenho bem certeza se ele tem. Pelas características que ta na televisão, mais ou menos quais são as reações de quando começa a Aids. Olha eu percebo assim que ele emagreceu muito, a pele ta ressecada. E as pessoas comentam lá no garimpo que ele tá com Aids. (M9)

...Vi um lá na rodoviária. Ele chegou, pediu dinheiro pra comer. Ai ele foi e mostrou o papel, ai contou que ele e a mulher. Ele não tava um homem assim, o pessoal dizem que fica todo cheio de caroço, todo cheio de mancha! A única coisa que tava nele é só que tava magro. Porque magro a pessoa vai ficar, mas que mancha a pessoa não tinha. Pra mim foi uma surpresa encontrar uma pessoa como ele mesmo disse com o vírus da Aids no meio de todo mundo! Pra mim ele devia num ta lá naquele lugar. Já que essa doença é tão...coisada, que nem todo mundo fala é perigosa, que quando a pessoa tivesse com ela, devia não ta no meio das pessoas, porque é sujeito qualquer um pegar, porque se ele não falar, ninguém sabe. (M8)

Nesse ponto, a restrição simbólico-espacial do doente é personificada pelo Centro de Medicina Tropical - Cemetrón, unidade estadual de saúde hospitalar e ambulatorial que conserva até hoje como ponto de referência exclusiva aos portadores do HIV/Aids para a população do estado de Rondônia, de outros estados e até países fronteiriços como a Bolívia.

...Uma vez eu fui lá no Cemetrón visitar. Eu só visitei um porque fiquei com medo. Porque é muito feio. Eu queria ver como a pessoa ficava. (M5)

...Rapaz, o que sei o que já me falaram né? Uma colega minha que trabalha naquele hospital tropical né? Diz que cai o cabelo né? Tudo. Eu nunca fui lá não. Eu tinha vontade de ir naquele Tropical, mas nunca fui. Mas diz que é feio ó! É horrível! Você já foi ver? (M7)

4.4.1 Percepção de risco e autoproteção na confiança no outro

As investigações sobre o autocuidado e a percepção feminina ao HIV/Aids revelaram representações individuais e coletivas influenciando atitudes frente à sexualidade, crença, religião e pobreza. Muitas vezes, as falas são inspiradas pelas mensagens e ou experiências trazidas de si mesma ou ainda concepções do próprio grupo, ou seja, a consciência do risco

da infecção reside na atitude de ambos os parceiros. Assim, as chances de contrair o HIV/Aids seriam proporcionalmente iguais se não houver condutas de autoproteção de nenhuma das partes:

...Eu acho que é os dois. Porque desde que não se previne, né mana?. (M2)

...Eu acho que é as mulheres. Por causa que tem muitas mulheres que vai daqui [Porto Velho] pra lá né? E os homens de lá, muitos deles, que ouço falar, eles gostam de ficar sem camisinha (M1).

Baseando-se nos repertórios das práticas sexuais das entrevistadas, procurou-se investigar a autopercepção e o sentido de proteção das entrevistadas mediante à possibilidade de infecção e adoecimento pelo HIV/Aids. A autopercepção é mascarada pelas situações de concretude da vida, ou seja, idealizações românticas onde o companheiro é objeto de amor e não de perigo (BARBOSA, 1993).

... Eu considero a primeira relação minha com esse homem que vivi com ele. Meu primeiro marido, meu primeiro homem da minha vida! (M7)

Nesta declaração afirma-se quando um companheiro passa a ser considerado um grande amor e só então se transforma em relacionamento sexual concreto, duradouro e confiável, capaz de anular experiências sexuais anteriores e demarcar simbolicamente um defloramento em nome do amor. São situações de confiança no outro, pautada na intuição feminina enquanto sentimento supostamente protetor ao HIV/Aids. Enfim, uma espécie de imunidade idealmente amorosa.

...Precisava sentir alguma coisa pela pessoa pra mim poder ficar.(M8)

Isto não significa que as contradições desapareçam. Ao mesmo tempo em que são evocados o pertencimento ao parceiro e os sentimentos de segurança para justificar o não uso da camisinha, a fala revela o temor a algo distante, embora real, como o HIV/Aids. O antagonismo das duas percepções, a confiança no parceiro e o receio da doença, determinam a decisão de não negociar o sexo seguro:

...Então eu só fiquei com ele que é amigo meu que eu sabia que era igual o meu falecido esposo em termos de relacionamento né? O homem não gosta de transar com

camisinha né? E eu não transo sem camisinha. Só que com esse ele é meio privado igual a eu mesmo, eu transei sem camisinha! Mas mesmo assim eu tenho medo (M7).

Em outras situações a abstenção sexual é acionada como artifício necessário nas relações interpessoais com os homens no garimpo, enquanto porto seguro de sua própria identidade feminina. Para estas mulheres, “manter o respeito” diante do grupo é questão de sobrevivência, muito mais do que cogitar a autoproteção ao HIV/Aids:

...É por isso que às vezes a gente evita ficar com alguém, porque a gente acha que vai comentar né? No outro dia, ele levanta e já vai comentar com os outros. (M1)

... Quando o cabra vai ficar com uma mulher no garimpo, ele conta os defeitos dela pros outros... ai a gente se previne de ficar com aquela pessoa né?(M3)

...Lá no garimpo eu me prevenia por conta própria mesma. Preferia não ficar com ninguém. Não gostava! Não era que eu tivesse medo de doença [...] eu tinha medo do comentário porque os homens falavam das mulheres. (M8)

Para as que se declaram monogâmicas e em relacionamentos heterossexuais estáveis, enxergar a possibilidade do risco ao HIV/Aids, diante da dubitável fidelidade do parceiro, é questionar sobre si própria. Mais que isso, é lidar com a possibilidade real de infectar-se ou não, é reconhecer o seu lugar e de tantas outras: a ilusão e o conforto nas crenças e a submissão às relações de poder instauradas.

Para algumas delas (2) tal condição fazem-na supostamente seguras em nome da manutenção do status conjugal, atrelado à dominação sexual e à satisfação do prazer masculino, não cabendo exercitar a crítica e o conseqüente poder feminino. Ainda que haja um momentâneo espaço para tal crítica, o ideal do matrimônio e a manutenção do vínculo conjugal/aliança são valores supostamente protetores diante do risco do HIV/Aids.

...As mulheres casadas [sorrisos] ... Porque a mulher solteira, que namora hoje com um, namora amanhã com outro, ela sabe que o marido não é dela, e ela vai se cuidar. Agora nós, que tem certeza que o nosso marido não transa com ninguém, nós não se cuidamos. A gente diz que usa camisinha: você usa camisinha na segunda e na outra segunda da outra semana, mas na outra segunda você já não usa! Cê entende? Porque nós confiamos no nosso marido. E o homem casado ele é mais sem vergonha, mais safado, mais bandido do que o rapaz solteiro viu? Mas nós confiamos nos nossos maridos de olho fechado. Deus o livre! Vai falar alguma coisa de nosso marido? É briga na certa! (M4)

...Olha, por exemplo, se for uma mulher bem casada, sem dúvida nenhuma tem mais chance de não pegar o vírus da Aids. (M6)

Para usar uma expressão de Matos(2005) são mulheres "escravas do risco" (MATOS, 2005), permanentemente vulneráveis, vez que mesmo diante da possibilidade da morte simbólica, traduzida na perda do companheiro, preferem correr o risco da exposição à infecção ao HIV/Aids.

Por outro lado, a autopercepção do risco da infecção ou adoecimento pelo HIV/Aids se materializa mediante a realização do exame para detecção dos anticorpos do vírus no sangue. Para a maioria delas (8) a decisão de submeter-se ao exame surgiu da dúvida e curiosidade de sua própria condição sorológica e seus relacionamentos sexuais desprotegidos.

O momento que cerca a realização do exame ainda é motivo de ansiedade e temor, já que seu resultado pode significar um status social com duplo sofrimento físico e moral. Por um lado, representaria uma invasão do inimigo invisível e refutado, atraído pela infidelidade do companheiro, por outro, o confronto com o horror da doença e com suas ilusões nas crenças mantiveram-nas supostamente longe do perigo:

...Porque eu tinha vontade de saber se eu não tinha nada no meu corpo, no meu sangue. Já fiz cinco vezes. A última vez eu fiz com medo do meu marido, desse atual companheiro. Ele chegou dentro de casa e veio usar camisinha com eu. E ele nunca tinha usado. Ai eu passei a ficar com medo. Ai eu fiz ano passado. Graças a Deus não tenho nada de doença no meu sangue. (M8)

Outro depoimento revela o quanto a percepção de risco ao HIV/Aids está distante, imiscuindo-se as conseqüências de um encontro sexual desprotegido. Tal situação aciona ordinariamente o medo e angústia de uma gravidez e não de algo invisível e distante de si, como um vírus estrangeiro ao seu universo.

Para uma das mulheres entrevistadas, mãe de dois filhos sob a tutela da avó, uma nova gravidez nestas circunstâncias representaria uma perda simultânea do emprego e do companheiro garimpeiro: o risco ao HIV/Aids é quase nulo diante dos abalos emocionais e materiais, enquanto conquistas da própria identidade feminina.

...Fiquei imaginando depois: Meu Deus será que eu posso ter engravidado ou ter pegado uma doença?Ai vei minha menstruação, graças a Deus que não fiquei grávida! Ai depois de uns seis meses, eu fiz num dia [o exame anti-HIV] e depois viajei né? Ai quando eu cheguei minha tia tinha recebido os exames né? Ai olhei assim uma alegria só. Porque eu tinha ficado na dúvida porque ele é garimpeiro.

Esses garimpeiros a maioria não se cuida né? A maioria não usa camisinha. Deu pra perceber né? Ai já fiquei aliviada. (M10)

Nesse sentido, as mulheres nos levam a compreender que a ausência de poder de negociação do sexo seguro ultrapassa largamente a visão universalista e generalizante das ações de prevenção. Não é uma questão que possa ser tratada apenas com a crença de que fornecendo as informações e o acesso aos métodos preventivos ao HIV/Aids, sejam obtidas mudanças de atitudes e práticas de sexo seguro.

4.4.2 Sobre camisinha masculina e estratégias de negociação

A possibilidade de redução da vulnerabilidade feminina através da concretização do encontro sexual seguro, depende não somente de informações prévias sobre os riscos envolvidos, como também da afirmação de identidade e de capacidade de conquista da mulher na relação com cada parceiro em particular - precedendo qualquer negociação para o uso dos preservativos masculino ou feminino.

Entretanto, ainda que haja certa modalidade de negociação entre homens e mulheres, esta se revela inadequada e mesmo problemática frente à ameaça do HIV/Aids, cujas alternativas de prevenção – sexo não penetrativo e uso do condom - exigem não só uma maior explicitação, como rompe o sistema tradicional de trocas sexuais entre homens e mulheres. Nesse sentido, a “intromissão” da camisinha (masculina) na relação heterossexual por iniciativa feminina, pode significar a eventual perda da sua moeda de negociação, já que prerrogativas masculinas pautadas na “redução do prazer” e ”desconfiança” equivalem à redução simbólica de uma compensação material e/ou afetivo-sexual. Tomemos a narrativa de uma ex-profissional do sexo e hoje diarista, ao explicar sua tentativa de negociação do uso da camisinha com um de seus parceiros:

...Não é desconfiar de você, é problema de conservar, né? Porque ce não me conhece, eu também não né? Ce não sabe o que eu tenho e nem não sabe o que eu faço. A gente não deve confiar né? Veste a camisinha e vambora. Mas tem que ir com carinho, porque senão o cara cisma e pensa: ta desconfiado de mim? Ta pensando que sou doente? Ta com nojo? Com esse trem [camisinha] num presta não. É igual chupar fruta com casca..! Ai tu tem que fazer o serviço pelo cabra, pra dar certo (M5).

Portanto, viabilizar a proteção sexual via método da camisinha exige a co-responsabilidade masculina por meio de um processo de negociação delicado, cabendo à

mulher o convencimento do uso de um objeto que não corresponde à sua anatomia fisiológica, portanto à mercê da cooperação do parceiro.

Ademais, a mulher que decide utilizar tal método deverá negociá-lo em qualquer intercuro sexual consigo mesmo e com o parceiro, tornando-se muito vulnerável diante das interferências afetivo-sexuais de cada encontro. Este jogo introjeta uma cultura sexual-reprodutiva brasileira de virilidade e romantismo, desvelando, mais uma vez, as assimétricas relações de poder, vale dizer de gênero, restando à mulher lançar mão de estratégias tipicamente femininas como a persuasão, sedução e até carregar consigo as armas necessárias de uma possível negociação.

...Ah, você faz o homem né? Você com carinho consegue tudo. Não com brutalidade. As vezes o cara diz: ah, porque você quer dar uma de boa, já fica puto comigo. Ele fala: eu lá sou homem pra usar camisinha, só porque você usa camisinha com os outros, agora tu quer dar uma de gostosona? Aí eu falo: Pois eu sou gostosona mesmo! Ou você usa a camisinha ou então... Porque ah, mas eu não tenho. Mas eu tenho. Sempre que eu vou assim, eu levo duas camisinhas no meu sutiã, dentro da calcinha, mas vai junto!. (M5)

Embora não haja unanimidade entre as entrevistadas sobre a efetiva proteção da camisinha, ainda assim ela é vista como um elemento capaz de isolar e manter à distância o inimigo invisível, que pode estar contido nos fluidos corporais masculinos, associados aos agentes poluentes e percebidos como sujos (SONTAG, 1989). Estes simbolicamente localizados “nos outros”, ou naqueles que “não conhecemos bem”. Ao entrarem em contato com o perigo, vislumbra-se na camisinha a forma de minimizar a própria vulnerabilidade. Para a mesma depoente, uma das poucas entrevistadas a defender o uso sistemático da camisinha, exigir dos novos parceiros é questão de honra, saúde e autonomia feminina:

...Outra coisa que gosto da camisinha porque a gente não se suja! Na hora que ele tirar você não se melou nada. Isso é que eu gosto mais. A imundícia fica lá dentro mesmo, tira e eu não tenho nada a ver com aquilo ali. E você ficar sem camisinha... aí que nojeira! Então, a camisinha é boa por causa disso: porque você termina, se lava no banheiro e não sente nada. (M5)

Por outro lado, outras entrevistadas (04) assinalam uma identidade sexual na qual a posição de submissão da mulher e a dupla moralidade entre gêneros, permissiva ao homem e restritiva à mulher, transforma a infidelidade masculina em ato socialmente aceito, dificultando toda e qualquer tentativa de diálogo e negociação do sexo seguro.

Nesse sentido, a mulher marca seu território moral em face da imoralidade da doença do(a)s outro(a)s, seja porque foge às normativas sexuais polarizadas ou pelos excessos cometidos, evocando uma suposta proteção baseada na cooperação masculina. Assim, a tentativa de “quebrar o silêncio” e “negociar” o sexo seguro, admitindo-se a infidelidade do parceiro, pode gerar desconfiança e crise emocional, dificultando a iniciativa de diálogo dentro do relacionamento. Cabe lembrar que as chances de êxito dependerão não somente do poder de conquista e habilidade feminina, pois na maioria das vezes, o fascínio nas crenças e nos ideais de amor prevalecem diante do risco, impedindo a necessária crítica e dúvida diante de sua vulnerabilidade pessoal.

...Eu senti precisão d'eu me proteger, porque eu via e sabia que ele tava com outras mulher, mulher de brega, de boate. Chegava a falar até que eu tava transando com outro homem, que eu não queria ter sexo com ele, que era só com camisinha. Ai eu falei: se ele quisesse transar seria assim, se não quisesse também que fosse pra puta que pariu . Ele pra mim não fazia falta nenhuma (M7)

Outras vezes, a decisão de negociar (ou não) a camisinha masculina está vinculada às circunstâncias de encontros sexuais ocasionais, mediados pelo “conhecer e confiar no outro”, constituindo-se invariavelmente no método de escolha simbolicamente posto em prática quando se pensa na prevenção das DST e do HIV/Aids.

...Pra mim, se for de camisinha, não tem gosto. Fica uma coisa muito fora de jeito. Mas sempre usei por causa que lá dentro [garimpo] é uma coisa que toda pessoa tem que se prevenir né? Mas se é uma pessoa que você souber que num tem doença, não tem nada, a transa só presta sem camisinha. A camisinha tira muito o gosto da coisa, né? (M8).

Outras situações produzem um discurso intrigantemente contraditório, revelando a dificuldade e o desafio da prevenção ao HIV/Aids diante da polifonia de repertórios e práticas sexuais. Nesse sentido, é preciso compreender como se processam as informações advindas da retórica científica e como é reconhecida e assimilada por estas mulheres. Para uma das depoentes, repetir o discurso científico sobre a efetiva proteção da camisinha (feminina ou masculina) não significa que não possa e não deva justificar o não uso da camisinha, dentro de uma lógica própria, adaptada às experiências concretas. A reprodução integral de um diálogo pode exemplificar:

P: E como é se prevenir?

M2: Usar camisinha!

P: E você se previne?

M2: Não. Não vou mentir, né?

P: Por que? Você não consegue fazer que o parceiro use?

M2: Eu não gosto daquilo não! [começa a sorrir]

M2: Eu vou ser sincera a ti ó..Na minha opinião não serve não..

P: Por que?

M2: Porque já fiz um teste.

P: E como foi este teste.

M2: Ó, a camisinha ela é muito fininha, né? Eu já transei com um cara de camisinha, depois peguei, enchi de água, ficou tipo um chuveiro! Os próprio pêlo fura!

P: Mas você fez mais de uma vez esse teste?

M2: Não. Só uma vez. Lavei ela bem lavadinha, escorri. Mas não é que ficou aqueles buraquinhos mulher. Na mesma forma dos nossos pêlos. não tem condição! Ainda mais quando a gente se depila.

P: E a idéia de testar a camisinha foi sua mesma?

M2: Foi minha mesmo. É um negócio dentro de mim maninha, nossos pêlos são grossos além do mais fica um roda [risos].

P: Você acha que ela tira o prazer?

M2: Rapaz num sei não. Eu não gosto de camisinha. Eu gosto mesmo é melada mesmo! [muitos risos]

Embora o advento do HIV/Aids tenha operado intensas transformações no campo relacional da sexualidade, foi mantida a dicotomia dos papéis sexuais homem/prazer e mulher/procriação. Do mesmo modo, a camisinha como método contraceptivo ainda mantém forte associação à proteção sexual masculina e a prostituição (LAGO, 1996).

Vista como obstáculo ao prazer sexual pleno ou como símbolo de infidelidade ou desconfiança, ela não desfruta de grande popularidade, restrita a períodos extemporâneos na vigência de doenças que requeiram a abstinência de outros métodos convencionais mais aceitos. É esta constatação que algumas entrevistas indicam que a (des) confiança e resistência ao uso da camisinha ainda prevalece:

...Prevenir eu acho que não previne muito não, mas acho que ajuda bastante: protege de coceira né? Às vezes a pessoa não sabe quem é aquela pessoa, conhece, mas não tem intimidade, conversa e bate papo, não sabe o que rolou depois ou rolou antes. (M6)

Em outras falas, encontramos a persistência da “dúvida” que paira sobre a efetiva proteção do HIV/Aids, com a participação da camisinha enquanto terceiro elemento no encontro sexual. Observamos que não se cogita em momento algum do discurso, a possibilidade do uso incorreto e pouco sistemático do preservativo, conforme o depoimento de uma diarista e evangélica. Para esta entrevistada viver a/na moralidade, devotada

incondicionalmente aos seus princípios, torna-a incólume ao risco, contestando a racionalidade científica mediante a dificuldade de exercitar a sexualidade e lidar com as questões de seu corpo:

...Às vezes sim, as vezes não: o que precisa é Deus, né. Por causa que evita se for uma coisa de não rasgar. Uma vez aconteceu. Eu só fazia relação com esta pessoa assim e eu engravidei dele. Por duas vezes a camisinha rasgou. E eu tenho minha consciência limpa que com outra pessoa eu não fiquei, mas engravidei. Eu sinto que foi no dia que a camisinha rasgou.(M8)

...Bom, pelos cartaz né? Informação assim que os outros falam, eu acho que aquele negócio não fura assim não, né? Pelo que conheço de camisinha não fura assim não. Tu acha que fura? Só se for uma pica bem grossa não é não? (M7)

De igual modo, as representações sobre o impacto do HIV/Aids repercutem diferentemente nas mulheres entrevistadas, sinalizando poucas mudanças no repertório das práticas sexuais com relação à prevenção do HIV/Aids.

Nesse sentido, para quase todas (8), a autoproteção está relacionada ao “cuidado” na seleção dos parceiros, baseada no conhecimento, proximidade e tempo de relacionamento afetivo-sexual como garantia de proteção. As ilusões em algo distante e exterior fazem-na crer na ausência de uma proximidade com o inimigo (o HIV/Aids), ainda que se reconheça que tenha adotado comportamento de risco. A narrativa do diálogo a seguir ilustra bem esta percepção:

M2: Mudei assim né, porque antes disso aí [Aids], eu não escolhia homem pra ficar com ele não! Até a piãozada: 50, 100 reais eu já tava de perna aberta [risos]

P: E como é então essa sua seleção hoje?

M2: Que nem eu tô com esse cara hoje. Tô com seis meses só com ele. E é só com ele mesmo.

P: Mas você não sabe sobre a vida passada dele.

M2: Pois é. Ninguém sabe né maninha.

P: E como foi então a sua escolha em relação a ele?

M2: Nunca parei pra pensar nisso...

Visto assim, o perigo inerente à invisibilidade do HIV/Aids pode surgir a qualquer momento e muitas vezes demasiadamente tarde, embora muito próximo e presente, mas oculto pela possibilidade real de se deparar com a angústia e o sofrimento moral da soropositividade do HIV/Aids. Ou seja, admitir a existência do risco significa um eventual e doloroso encontro com o indesejado, visto como inútil ou inadequado à sua condição de gênero, expondo a mulher a um risco dificilmente perceptível e esperado.

Por sua vez, o medo e a recusa do confronto com esta realidade, convertem-se em silêncio enquanto resposta contra a dor, excluindo o diálogo entre parceiros, afastando apenas simbolicamente as DST e o HIV/Aids da esfera privada de cada uma, postergando a crítica ao risco e a falsa segurança nas relações de conjugalidade. Neste campo de forças e contra forças, as mulheres do garimpo, embora se digam “donas do próprio nariz”, reafirmam o lugar que ocupam. Ou seja, da submissão física, moral, histórica e categórica, contracenando no cotidiano das relações interpessoais de gênero.

4.4.3 A camisinha feminina em cena: e eu conheço aquilo?

O comportamento de autoproteção feminina ao HIV/Aids, utilizando a camisinha feminina (método de barreira intravaginal), é visto como um “dispositivo” que desperta curiosidade e estranhamento por parte de todas elas (10) indicando uma dificuldade inicial de “pensá-lo” enquanto estratégia de negociação ao sexo seguro.

Nesse sentido, é relevante destacar que, ao se cogitar sobre o conhecimento e a possibilidade do uso da camisinha feminina, esta tenha despertado em todas elas, sorrisos, expressões de pudor como mostra alguns trechos do diálogo com duas entrevistadas:

P: E a camisinha feminina? Já experimentou?

M2: Não, mas não queria não [risos]. Se uma que já usei [referindo-se à camisinha masculina] não resolve, aí outra mais esquisita (camisinha feminina). Prefiro melado mesmo.

P: Então você não desejaria testar?

M6: Não. Porque não funcionou. A colega usou, chegou pra mim e falou: que não deu certo, não gostou nem um pouco! (M4)

...Ainda não usei.[risos] Queria só conhecer pra ver como é que é. Aí às vezes eu digo: Ah, traz uma pra mim. Mas é, sei lá uma coisa. Minha menina explicou: mãe a gente mete assim tipo um saco, sei lá. Ta doido. Tem camisinha até pra língua. Eu queria conhecer também né? [mais risos] (M5)

Assim, embora haja um perceptível distanciamento e desconfiança em relação à camisinha feminina, estas mesmas representações são cercadas de curiosidade em conhecer e manipular além desta, outros métodos de prevenção ao HIV/Aids, ainda que se perceba pouca disposição prática de incorporar o uso de tais dispositivos ao exercício da sexualidade.

O desconhecimento sobre o método e seu funcionamento parece estar intimamente associado ao (des) conhecimento do próprio corpo e como se vivencia as experiências sexuais em face dos relacionamentos amorosos estáveis ou eventuais. Nesse sentido, observa-se que

esta dificuldade do lidar com o próprio corpo, seja por razões cognitivas ou crenças e ideais internalizados como verdades instituídas, impede as mulheres de se reconhecerem no direito de pensar na proteção individual, exercitando criticamente a dúvida e reconhecendo para si mesma, situações de vulnerabilidades ao HIV/Aids.

...Eu achei esquisito. Pra me prevenir talvez usaria. Nunca usei porque uma coisa assim surgiu agora, né. Eu não sei se confiaria. Só fazendo o teste. Quem sabe num teste né? [risos](M10)

A possibilidade de adesão à camisinha feminina, enquanto dupla proteção individual, é vista como algo novo, estranho, distante e de difícil manuseio individual, especialmente se este vier precedido de experiências anteriormente negativas. Situações que, ao serem compartilhadas pelo grupo, são incorporadas ao cenário intrapsíquico de cada mulher, internalizando (pré) conceitos que dificultam a adoção de novas condutas quando se pensa na autoproteção. Os relatos falam por si:

... Eu já vi uma colega minha com “aquilo” (M6)

... Não tenho coragem de usar “aquilo”, porque é muito feio (M5)

... Ah, eu não aconselho experimentar não, porque minha colega disse que não é segura. Por causa que ela usou e não deu certo. Que a camisinha fez foi entrar pra dentro dela. E aí? Como é que você pode confiar num trem desses?(M3)

... Eu queria experimentar “aquela”. Eu tenho assim vontade de ver pra ver como é que fica “aquilo” que a gente mesma coloca né? Ai meu Deus, no homem já é esquisito, na mulher então. . . (M8)

Apenas uma entrevistada declarou ter feito um único uso da camisinha feminina, relatada como uma experiência frustrante. Importa observar que, mediante o desconhecimento correto de seu uso e da insegurança da mulher, a negociação do sexo seguro, seja pela camisinha feminina ou masculina, inviabiliza e determina, muitas vezes, os rumos da concretização ou não da relação sexual. De fato, ainda que se detenha as informações prévias sobre riscos de uma relação desprotegida, a proposta de negociação do sexo seguro pela mulher, interfere na dinâmica relacional do casal. Neste caso, negociar significa reordenar posições hierárquicas até então pouco questionadas, e não negociar significa manter-se sob o poder da coerção e/ou persuasão masculina. Lamentavelmente, as concessões podem resultar em sexo desprotegido:

...Rapaz, fui usar aquele negócio. Ave Maria, meu Deus do céu, não rolou nada.! Eu não sabia colocar né, fui colocar não deu certo. Ai depois quando eu coloquei a outra

não deu certo, o homem já não quis também. Eu falei: então ponha a sua camisinha. Ai ele falou que não tinha, que o pau dele não era pra usar camisinha. Eu falei: então tira essa merda e deixa pra lá. Seja o que Deus quiser! (M7)

A tomada de decisão de autoproteção ao HIV/Aids passa, para além da atuação de ações de saúde, pelos diferentes contextos que considerem referenciais culturais, mecanismos de apreensão das informações transmitidas e direcionadas à polifonia de grupos sociais. Uma das entrevistadas expressa o quão distante estão práticas sexuais preventivas e autônomas, diante dos diferentes comportamentos sexuais:

...Poderia ajudar sim, se ela fosse feita de uma forma diferente, entendeu? Por exemplo, a forma dela é que não ajuda, já vi a minha colega: colocou a camisinha, tem que ficar segura nas laterais e não segurou nas laterais, ela encolheu pra dentro, entendeu? Então não aconselho a pessoa usar. As fábricas devem investir na segurança. Por enquanto ninguém diz assim: ah vou usar a camisinha feminina, igual minha colega comprou e não achou segurança, porque ela usou a camisinha feminina e não deu certo. (M6)

As mulheres no garimpo parecem enxergar o óbvio: as relações humanas e os problemas delas resultantes não podem ser resolvidos pela adoção de aparatos e dispositivos tecnológicos. Mesmo que se fabricasse uma camisinha feminina com absoluta adaptabilidade à anatomia vaginal, as mesmas barreiras culturais e afetivas para o seu uso permaneceriam em um processo semelhante ao que ocorre com o condom.

Assim, é urgentemente necessário pensar e adotar novas estratégias para populações urbanas, rurais e que vivem em contextos diversificados, como o garimpo, já que diferentes faces femininas, especialmente, estão em permanente vulnerabilidade individual e social. As mulheres do garimpo estão expostas a riscos de toda ordem, e dispõem de poucas chances para se proteger do risco e do adoecimento pelo HIV/Aids.

4.5 Perspectivas futuras: Sonhar é preciso; ser enxergada muito mais!

Quais as perspectivas futuras das mulheres no garimpo, segundo o ponto de vista delas? O final da entrevista, através de um convite à imaginação lúdica, procurou investigar esta questão, ainda mais porque as temáticas propostas resgataram passagens marcantes de suas vidas, elaboraram suas memórias, muitas vezes desencadeando dúvidas e questionamentos de si mesmas.

Ao pensar criativamente os sonhos e as perspectivas futuras, de algum modo, retomou-se momentos de alegria e esperanças para todas as entrevistadas. Neste sentido, o

breve momento da entrevista mostrou-se apropriado para (re) pensar projetos de vida, afastar os medos, reconhecer as decepções e, simultaneamente, sonhar um futuro de dias melhores, sozinha ou em parceria:

... Eu sonharia com uma vida melhor né, um bom dinheiro, um companheiro ou não. Pois se é pra mim ficar tendo raiva, é melhor só. (M1).

...Montar um negócio, comprar uma draga ou qualquer coisa pra meus filhos, tudo trabalhar junto, pra não ficar debandado. Pra eles trabalhar naquele lugar sem precisar viver humilhado pelos outros. Isso ai eu gostaria. (M8)

Outras priorizam fantasias na concretude de sua atual condição financeira. As mulheres em regime de diarista, por serem as mais penalizadas pelo subemprego no garimpo, têm seus planos pessoais tão instáveis quanto à garantia de vaga no emprego. São expectativas de futuro preñhes de preocupações, dívidas que se acumulam e não podem esperar pela bamburragem¹⁰ do garimpo, com a família sem segurança e conforto, à mercê da clandestinidade, dado que burlar a lei é um imperativo diante da necessidade. É o que nos revela duas das diaristas do garimpo:

...Era ter um trabalho razoável, fixo, né? Manter minhas dívidas, viver bem, ter minha alimentação. Vê aqui o talão de luz: 58 reais, pra eu pagar. Meu telefone: 37 reais pra eu pagar! Tava tudo bem! (M3)

...Um emprego bom e certo, pra pagar minhas dívidas, arrumar minha casa. É o meu sonho! As dívidas da luz, corta hoje, amanhã eu religo, é o jeito né? (M5)

Outras cultuam ilusões remanescentes de épocas douradas do dinheiro fácil no garimpo e não abrem mão de creditar esperanças em incertezas tão distantes quanto bamburrar como forma de conquistar definitivamente a autonomia:

...Ah, meu sonho é ganhar na megasena. Ser uma mulher muito independente (M7)

...Se eu pudesse acertar na megasena. [Silêncio] (M6)

¹⁰ Diz-se bamburragem ou bamburrar quando se faz bastante ouro em pouco tempo, sonho e esperança de todos que vivem em função da atividade de extração do ouro no Rio Madeira

Ao serem convidadas a pensar em realizações futuras ou retomarem escolhas da vida, como se fosse possível mudá-las ou concretizá-las retorna-se aos desejos frustrados, aos estudos abandonados, à família negligenciada, à mocidade consumida, indicando (des) caminhos que resultaram nos traçados pessoais de cada uma:

...Ah, sem dúvida nenhuma, estudar! Eu estudei muito pouco, porque eu só vivia andando pra cima e pra baixo, aí eu nunca tive assim chance de estudar. Minha avó botava num lugar e na mesma hora ia pra outro, aí nunca dava certo. (M6)

...Ter minha família tudo perto de mim é difícil! É muita gente, aí não tem jeito. Aí eles vai e não volta ninguém. Então fica só na esperança! (M7)
...A minha mocidade que não posso ter mais né? Porque as outras coisas foi muito feias. Sobraram poucas passagens boas. (M8).

Ainda que a mulher se considere independente financeiramente, chama a atenção o sonho ou o desejo de compartilhar a presença masculina enquanto realização pessoal.

Sentimentos como confiança, fidelidade e um amor verdadeiro são objetos de desejo feminino, ainda que tenham consciência de que são coisas distantes e muito provavelmente difíceis de compartilhar:

...O que eu sinto falta é de alguém do meu lado como esposo. Uma pessoa amiga que você pode chegar, falar dos seus sentimentos, que teve um problema com alguém. Aí tu não vai contar as coisas pra qualquer um. Como que tu vai desabafar? Não tem ninguém! (M1).

Os planos e sonhos a realizar, estão, pelo menos em curto prazo, vinculados à vida no Rio Madeira, ao retorno financeiro imediato e às esperanças renovadas a cada nova despescada¹¹, quando tudo pode melhorar. Enquanto isso não acontece, outras alternativas ancoram novas esperanças, ainda que estas sejam potencialmente arriscadas:

...O rio enche. Eu encosto a balsa e vou fazer bandeirinha. Igual agora encostei a balsa e vou trabalhar de bandeirinha, fazer os fretes. O rio cheio eu tenho medo de passar a cachoeira ... mas o ouro tá lá ... ah isso tá. (M7)

Impossível não se comover com os relatos destas mulheres que, de forma unânime, reivindicam ser “enxergadas” pela dignidade de seu trabalho no garimpo, tão pouco

¹¹ Diz se do momento final no processo de extração do ouro realizado na draga, aguardado sempre com muita expectativa por todos na esperança de boa coleta do minério.

valorizado e discriminado. Não é, portanto, do lugar de excluídas que estas mulheres desejam ser vistas socialmente:

...Eu consegui minha casa, meu canto, meus filhos, né? Hoje todo mundo me enxerga uma pessoa lá em cima, mas eu sou a mesma pessoa! Por onde eu passo eu sei fazer amizade. Só sei assinar meu nome, mas eu sei entrar e sair em qualquer lugar! Muita vezes, bem mais melhor do que várias pessoas que sabem (M2).

As entrevistas foram poderosos instrumentos desta pesquisa. Através delas vislumbraram-se os pretéritos, os presentes e os acontecimentos reais ou imaginários das vidas das mulheres do garimpo. Elas expressaram a identidade feminina e de como se colocam no mundo enquanto alvos potenciais da epidemia do HIV/Aids.

As trocas destes momentos enriqueceram todas as mulheres: as entrevistadas e, certamente, a entrevistadora. Elas representaram uma rara oportunidade de falar sobre nossas vidas, projetos, desejos e sonhos, até mesmo os mais antigos e recônditos, como ter de volta a mocidade ou o companheiro falecido.

Significaram, também, um exercício “poético e utópico” pleno de possibilidades, abrindo espaços para a liberdade de expressão e a ausência de censuras. Acima de tudo, conhecer as mulheres do garimpo, ser acolhida por elas, escutar suas vozes, auscultar seus desejos, mirar suas faces, reconstituir os traçados de suas vidas significou olhar-me no espelho e ao mesmo tempo para o mundo.

5. FOTOETNOGRAFIA FEMININA NAS ÁGUAS DO MADEIRÃO¹: A VIDA EM CIMA D'AGUA



Foto 1 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

...Essa febre do garimpo que teve em 82, 83 foi a mesma febre que teve lá no Paraná das terras boa que aqui existia. Tinha uns corretores que dizia que a terra aqui era...parecia a história da terra santa..um Eldorado ! Gente era uma loucura, todo mundo queria vir pra Rondônia. (M5, 47 anos).

Vozes que revelam sem pretensões, com palavras do cotidiano, práticas comuns da vida das pessoas e das coisas (CERTEAU, 1996, p.224).



Foto 2 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

... Dificuldade é quando você chega no porto, ai não tem transporte, a gente passa o dia todinho, sem comer na beira daquele barranco, matando mosquito. Essa a dificuldade maior da cozinheira. (M6, cozinheira). A mulher se torna parceira de um contrato social que se obriga a respeitar para que seja possível a vida cotidiana.

¹ Madeirão: apelido de reverência e respeito ao Rio Madeira, frequentemente utilizado tanto por homens como pelas mulheres no cotidiano do garimpo.



Foto 3 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

A margem do rio que dá acesso às dragas é feito em forma de ladeira com rampa de concreto ou não, funcionando como atracadouros improvisados, desprovidos de abrigos das intempéries regionais. Chuvas, lama misturada a restos de óleo diesel, sol escaldante e insetos que a depender do transeunte, incomoda em maior ou menor grau. Nestes pontos acontece o embarque e desembarque de pessoas e cargas, concentrando carregadores, dragueiros, operadores, mulheres, crianças e visitantes como esta pesquisadora.



Foto 4 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

Nas suas peculiaridades “inusitadamente flutuantes” o garimpo revela-se um espaço do interior e da cidade. Interiorano, pela localização geográfica, relativo isolamento e forma de acesso, pouco prestígio econômico, político, cultural e ambiental ligado à atividade na região e ausência de ações e serviços públicos no seu entorno.

Por outro lado, revela “ares” de cidade pelas relações econômicas e modo de produção/exploração humana e da natureza, pela tecnologia empregada na extração do minério e pelo modo de vida da comunidade garimpeira. (eletrodomésticos, TV, parabólica, freezer etc.)



Foto 5 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

A relativa proximidade dos pontos de fofoca com a rodovia, proporciona à comunidade garimpeira, um estilo de vida peculiar já que permite um “ir e vir” de pessoas, entre o garimpo do rio Madeira e Porto Velho, facilitando a aquisição de serviços e produtos aos seus habitantes, quando se dispõe de recursos financeiros o suficiente para transitar por este mundo, sem que tenha que apelar para eventuais caronas.

A atomização do tecido social dá hoje uma pertinência política à questão do sujeito. Cada vez mais as táticas vão saindo de órbita (...) elas se põem a vagar por toda a parte num espaço que se homogeniza e amplia. Os consumidores se tornam migrantes (CERTEAU, 1994, p. 104).



Foto 6 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

Espaços de dragas e/ou balsas são, em princípio aparentemente livres, mas constantemente demarcados por elementos manuseados pelos “outros”. Montoeira de máquinas, ferramentas e um infinitude de apetrechos espalhados por todos os cantos, lembram a todo instante, como a indicar o que move homens e mulheres naquele espaço é o trabalho e esperanças. *Elas metaforizam a ordem dominante fazendo funcionar em outro registro, modificam-no sem deixar o espaço organizado por outros [operadores] ocupantes (CERTEAU, 1994).*



Foto 7 FREITAS, Jeanne Lúcia G. Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

As “maneiras” de habitar, própria de cada uma as insinua no sistema que lhe é imposto. *Sem sair do lugar, [as cozinheiras do garimpo] tem que viver e onde lhe impõe uma lei (ou regras) elas aí instauram pluralidade e criatividade (...)* por uma arte de intermediação tiram daí efeitos imprevistos (CERTEAU, 1994, p. 92).



Foto 8 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

A rotina das cozinheiras é estafante, começando às cinco da manhã e estendendo às 21:00. Inicia-se pelo café com pão, biscoito e leite, dispondo-o sobre a bancada lateral da cozinha, os utensílios do primeiro desjejum. Um ritual feminino e cadenciado que prossegue ao longo do dia, seguidas das demais refeições e demais tarefas como lavagem de roupas e limpeza da draga. Afazeres previamente “pensados” por estas mulheres no intuito de prover energia e vida ao grupo de homens e suas parafernálias que escava incessantemente o fundo do rio à procura do ouro.

Aqui se repetem em número indefinido, minúcias de gestos do agir cotidiano (CERTEAU, 1994, p. 205)



Foto 9 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

Cozinhar, suporte de uma prática elementar e ritualizada e seu considerável investimento afetivo nas relações com os outros, são para grande parte das mulheres de todas as idades, lugar de felicidade, prazer e invenção, [ainda que seja a serviço de um trabalho remunerado] (CERTEAU, 1994).



Foto 10 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

...Entrar na cozinha, manejar coisas comuns é por a inteligência a funcionar, uma inteligência sutil e cheia de nuances, de descobertas iminentes, leve e viva que se revela sem se dar a ver, em suma, uma inteligência bem comum (CERTEAU, 1996, p.220).

Esta invisibilidade social não reconhecida culturalmente cabe como de direito, um lugar às mulheres no garimpo. Trabalhos que visivelmente nunca acabam e jamais são suscetíveis de receber um arremate final, já que a manutenção do lugar e conservação da vida parece extrapolar o campo de uma produtividade digna de ser levada em conta.



Foto 11 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

Acompanhar o ritmo de vida no garimpo é experimentar a aparente normalidade da rotina tanto quanto a inconstância do inesperado e não dito. Sinais, olhares e metonímias articuladas como maneiras do viver e transitar estão presentes a todo instante.

Cada mulher pode criar para si um estilo próprio, inventando uma maneira pessoal de caminhar e se ver através do recebido, do admitido e do já feito (CERTEAU, 1994)



Foto 12 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

O trabalho feminino está em todos os cantos do garimpo (draga). Minúcias do cotidiano no “isolado do mundo” (como elas mesmas dizem) que transformam a bucólica paisagem em algo menos mecânico e mais poeticamente natural como cuidar das flores ou do singelo pomar suspenso onde se colhe tomates, pimentões, cebolinha enfim cuidados que mimetizam a extensão de sua casa e ao mesmo tempo dão graça e tempero às refeições preparadas por estas mulheres.



Foto 13 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

Além do trabalho, há espaço e tempo para o merecido e necessário descanso e lazer, momentos para sonhar, contar e escrever sua própria história.

Neste espaço privado, via de regra, quase não se trabalha, a não ser o indispensável: cuidar da nutrição, do entretenimento e da convivialidade que dá forma humana à sucessão dos dias e à presença do outro (CERTEAU, 1996, p.205).



Foto 14 FREITAS, Jeanne Lúcia G. Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

A presença feminina se instala pelos cantos do público (draga) impondo normas compartilhadas pelo grupo ainda que seja apenas nos domínios de seu território privado (o da cozinha e seus aposentos).

Paradoxalmente se tornam invisíveis no universo da codificação e da transparência generalizada. Elas circulam sem ser vistas, perceptíveis somente pelos objetos que [usam] e movimentam (CERTEAU, 1994, p. 98).



Foto 15 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

...O que eu sinto falta é alguém do meu lado como esposo. Uma pessoa amiga que você pode chegar, falar dos seus sentimentos..um problema com alguém. Ai tu não vai contar as coisas pra qualquer um. Como que tu vai desabafar? Não tem ninguém! (MI).

A ordem efetiva das coisas é justamente aquilo que as táticas populares desviam para fins próprios, sem a ilusão que mude proximamente (CERTEAU, 1994).

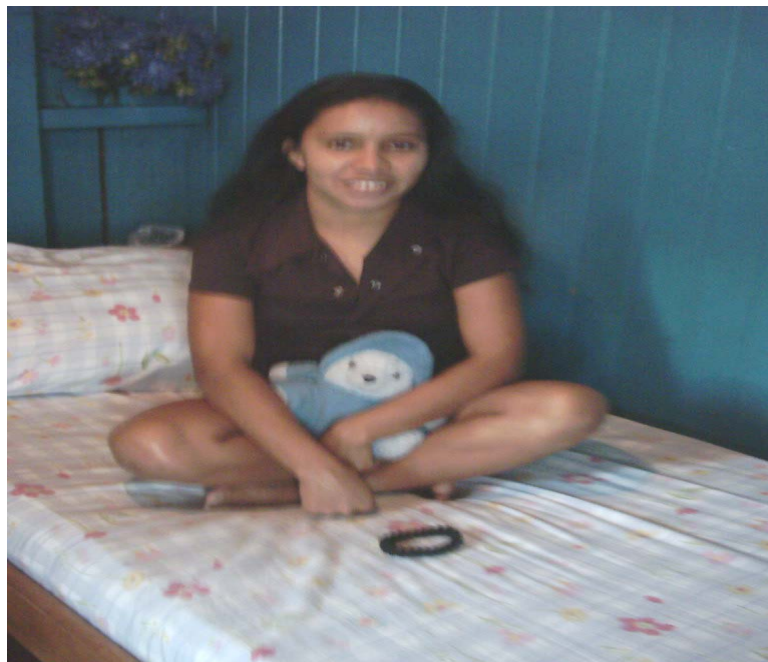


Foto 16 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

Os minúsculos aposentos preservam a simplicidade e generosidade de ser de cada mulher, mas também as sutilezas e táticas tão necessárias ao seu ficar no domínio do outro, traduzidos nas falas, gestos e no ritmo próprio de vida em cima d'água.

Aqui os corpos se lavam se embelezam, se perfumam, têm tempo para viver e sonhar. Aqui as pessoas se estreitam se abraçam e depois se separam. Aqui o corpo doente encontra refúgio, e cuidados provisoriamente dispensados de suas obrigações de trabalho e de representações no cenário social (CERTEAU, 1996, p.205).



Foto 17 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

...As dificuldades é aquela coisa: ...a gente vem na voadeira carregada no meio do rio e vem aqueles temporal..virar voadeira,perde as coisas que a gente vai levando ou riscado até alguém morrer né como já aconteceu... (M3).

A instauração de um corte entre um lugar e seu outro revela efeitos consideráveis. É também um domínio dos lugares pela vista, a prática do ver longe (panóptica) transformando forças estranhas em objetos controláveis pela leitura do espaço (CERTEAU, 1994, p.99).



Foto 18 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

...O rio enche. Eu encosto a balsa e vou fazer bandeirinha. Igual agora encostei a balsa e vou trabalhar de bandeirinha, fazer os fretes. O rio cheio eu tenho medo de passar a cachoeira ... mas o ouro ta lá ... ah isso tá! (M7).

Elas circulam, vão e vem saem da linha e derivam num relevo imposto, ondulações espumantes sobre o [rio] que se insinuam entre os rochedos e os dédalos de uma ordem estabelecida (CERTEAU, 1994, p.98).



Foto 19 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

A cotidianidade da garimpagem, imposta por um trabalho árduo, enfadonho, perigoso, desprovido de glamour, contrasta com o brilho e a reluzência do ouro, que tanto fascina essa gente. Ademais, esconde a licenciada invasão e exploração dos íntimos espaços da floresta amazônica, expondo homens e mulheres à situações de vulnerabilidade individual e social igualmente potencializadoras ao HIV/Aids.



Foto 20 FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha, Rio Madeira, Porto Velho-RO, 2006.

A condição do ser mulher e estar no garimpo é uma questão de sobrevivência. Embora se vejam como “desenxergadas” (re) afirmam seu lugar no mundo, trazendo nas vozes, dor e indignação, já que seu trabalho é tido como fonte de sobrevivência, independência financeira e espaço para solidariedade.

Enfim, projetos de vida destas trabalhadoras estão, pelo menos em curto prazo, vinculados à vida no Madeirão, ao retorno financeiro imediato e às esperanças renovadas a cada nova despescada, quando tudo pode mudar... Enquanto isso não acontece, alternativas ancoram novas esperanças, ainda que estas sejam potencialmente vulneráveis ao universo feminino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A paisagem imaginativa de uma pesquisa sempre tem algum valor, mesmo que destituída de muito rigor. Mantém presente a estrutura de um imaginário social onde a questão não cessa de assumir formas diferentes e de surgir sempre de novo.

(CERTEAU, 1994, p. 106)

As questões investigadas neste estudo possibilitaram “enxergar” vários aspectos ligados aos difíceis dilemas e contradições que a epidemia do HIV/Aids vem impondo à sociedade brasileira e, sobretudo às políticas de prevenção e controle em contextos específicos como da Amazônia Brasileira, traduzidos em grandes extensões territoriais, áreas de fronteiras e grupos populacionais heterogêneos, isolados social e geograficamente.

O referencial teórico-metodológico proposto revelou, ainda que parcialmente, a complexidade entre dimensões individuais, sociais e programáticas entrelaçadas em torno da epidemia do HIV/Aids, identificadas nas diferentes situações de suscetibilidades subjacentes ao universo feminino aqui destacadas.

O conceito de vulnerabilidades individual e social, transversalizado pela ótica das relações de gênero e classe, permitiu revelar em primeiro plano, condições de vida e trabalho feminino com pouca qualificação profissional, ideologicamente representada pela mulher “independente”, porém desprovida do poder e/ou querer de se questionar, duvidar e cogitar mudanças de posturas diante da possibilidade de infecção e/ou adoecimento ao HIV/Aids. Mulheres no garimpo revelam o quanto a transição de gênero, materializada na necessidade de sobrevivência, permite poucas chances de se cogitar o risco ao HIV/Aids, uma entidade tão obscura quanto sua percepção de perigo diante das muitas outras suscetibilidades femininas.

A condição do “ser mulher e estar no garimpo” é questão de sobrevivência para todas as pesquisadas. Embora se vejam como “desenxergadas” (re) afirmam seu lugar no mundo, trazendo nas vozes, sentimentos de dor e indignação, já que seu trabalho é tido como fonte de independência financeira e espaço para solidariedade e sonhos, cultuados na imagem da mulher guerreira, com atitudes de resistência dentro e fora dos limites do garimpo.

Como trabalhadoras, tecem silenciosamente as tramas da exploração (re) afirmando o seu lugar na sociedade, como mulheres solteiras e sozinhas ou mulher de garimpeiro, são exemplos de obstinada perseverança no sustento financeiro de si mesma e da família. Como amantes reivindicam o prazer e o amor, mas assumem o risco do HIV/Aids ao adotar posturas obscurecidas pelas crenças e confiança no outro, prejudicando seriamente sua percepção de

risco e conseqüentemente sua decisão pessoal de negociar ou não o sexo seguro e ao mesmo tempo prazeroso, independente de seus arranjos conjugais.

No espaço do garimpo, destacamos aspectos que apontam um ambiente de importante vulnerabilidade social e programática, vez que impõe a mulheres (e homens) sobreviver num ambiente com poucas chances de evitar e/ou reduzir os riscos ao HIV/Aids, expressando íntimas conexões entre desigualdades sociais e de gênero, processo saúde-doença e a prevenção do HIV/Aids. Pontuamos alguns desses aspectos:

a) a dificuldade de acesso geográfico e relativo tempo de isolamento segregam e destituem mulheres (e homens) de chances materiais e simbólicas de se defender dos permanentes riscos do viver no garimpo;

b) ao espaço de informalidade e à perda de visibilidade social, justapõe-se a exploração de mão de obra feminina, privação de liberdade, lazer e poder, ainda que provisórias;

c) a esfera afetivo-sexual das mulheres no garimpo é afetada pelo ritmo de vida de seu trabalho, impossibilitando-as de estabelecer vínculos conjugais fora deste, perpetuando a ausência do homem/companheiro, determinando significativamente a qualidade de seus relacionamentos conjugais e por conseqüência afetando sua saúde sexual e reprodutiva;

d) o garimpo torna-se um ambiente “quase” familiar, substituindo o espaço privado da casa pelo espaço privado da draga, não se constituindo em ameaça real às DST/HIV/Aids nem aos próprios riscos inerentes ao trabalho no garimpo, sobretudo quando ocorre a presença de endemias graves, a exemplo da malária e outros agravos igualmente ignorados;

e) a divisão sexual do trabalho reforça a hierarquização de poder entre mulheres e homens, por sua vez mediadas por estratégias e táticas de resistência feminina nas relações de trabalho/afetivo-sexuais, como forma de adiar/superar conflitos internos e a perda do trabalho. Conforme seu status no grupo, cabe à mulher, adotar táticas de insubordinação no território do “forte”, simulando intenções de acordos, vistas enquanto submissão feminina e aceitas como parte do trabalho da mulher no garimpo. Até porque “manter o respeito” diante do grupo é questão de honra e sobrevivência muito mais do que se cogitar a autoproteção ao HIV/Aids;

f) a ausência de ações de saúde educativas e preventivas e/ou assistenciais relativo a qualquer agravo (até os mais freqüentes como a malária) traduz o descaso e a omissão do poder público, quando não, o preconceito da sociedade como um todo, materializados na privação de direitos essenciais como saúde e outros, não permitindo que homens e mulheres no garimpo consigam enxergar, criticar e modificar a realidade na qual se encontram.

As entrevistas, o outro lado da moeda, revelam aspectos subjetivos de trajetórias femininas com dimensões de vulnerabilidades que perpassam a concretude de suas vidas.

São vozes e faces que poderão continuar quiçá inaudíveis e/ou invisíveis ante à epidemia do HIV/Aids, revelando com palavras do cotidiano, práticas comuns à vida das pessoas e das coisas do garimpo. Suas falas se entrecruzam umas às outras, desvelando diferentes experiências de sexualidade, exercida sob a égide sexo/gênero, comum a todas. São traçados de vida, marcados pela ausência do pai/companheiro-provedor, privações materiais/exploração do trabalho feminino, desconhecimento do próprio corpo, perda do vínculo familiar, transversalizada por situações de violência, prostituição, drogas, instabilidade econômica, relações sexuais instáveis e efêmeras. Situações pontuadas por assimetria sociais e de gênero, em particular as que vivem na conjugalidade afetivo-sexual baseada na confiança do outro, obscurecendo sua percepção de risco pessoal ao HIV/Aids.

Nesse sentido, o estudo defrontou-se com mulheres em situação de risco acrescido ao HIV/Aids já que exercitam sua sexualidade ativamente em relacionamentos heterossexuais penetrativos (eventuais e/ou estáveis) ocasionando em sua maioria, fracos laços afetivo-sexuais independentes de pertencerem ou não à comunidade do garimpo haja vista seu modo de vida. Seus relacionamentos sexuais ocorrem quando há uma relação amorosa com o parceiro, mas também se envolvem com frequência em encontro eventuais, sobretudo naquelas que se dizem “solteiras e sozinhas” associando diretamente o sexo ao relacionamento afetivo.

A vulnerabilidade feminina, implícita nas dimensões cognitivas e comportamentais revela-se particularmente preocupante. De maneira geral, possuem um baixo conhecimento sobre mecanismos de transmissão tanto do HIV/Aids como das DST, sendo comum a confusão de sinais e sintomas ao tentar diferenciar estas últimas. As representações sobre o HIV/Aids são cercadas de preconceitos e metáforas estigmatizantes, reforçando o medo do contágio e da morte insólita, alternando por vezes, o discurso entre a noção de fatalidade e a sensação de controle e banalização da doença. Ainda assim, o HIV/Aids é tido como uma doença fatal, cristalizada na imagem do “aidético” evocando medo e rejeição ao outro, e assim permanecendo a falsa ilusão do perigo localizado moralmente no “outro” e espacialmente no “outro mundo”, no caso o Cemeton.

A percepção sobre DST e HIV/Aids, entrecruza-se sendo ambas associadas aos comportamentos desviantes e promíscuos, ainda que elas próprias se reconheçam em situação de risco nos encontros sexuais eventuais desprotegidos. As informações sobre estes agravos são apreendidas principalmente dos meios de comunicação de massa (televisão e rádio), sendo comum o conhecimento compartilhado entre o grupo. A percepção de vulnerabilidade individual é baixa, sobretudo quando relacionada ao estilo de vida/vícios, já que o consumo de álcool é freqüente entre a maioria destas mulheres e nas que utilizam, muitas o fazem antes de

ter relações sexuais, praticamente ignorando a interferência dos efeitos desta substância sobre a decisão e/ou habilidade de negociar (ou não) o sexo seguro.

O poder de negociação da mulher junto ao(s) parceiro(s) para uso da camisinha masculina é relativamente fraco e de pouco prestígio, sobretudo pela descrença da própria mulher com este método, indicando pouca adesão tanto pelas entrevistadas quanto por seus parceiros. Elas próprias questionam a eficácia do mesmo, principalmente, quando se deparam com a resistência masculina, ou seja, mulheres que, independente do parceiro, não só não usa preservativo, como também refere descrença no seu efeito protetor. Ademais, a tentativa de negociar a camisinha masculina significou, muitas vezes, perda de moeda de negociação e, por conseguinte redução simbólica de compensações materiais, financeiras e afetivo-sexuais. Por outro lado, praticar sexo seguro via camisinha feminina¹ enquanto dupla proteção individual é visto como algo estranho, distante e de difícil manuseio pessoal, especialmente se vier precedido de experiências negativas.

Todas estas evidências convergem em duplo perigo, vez que as narrativas indicam também que a mudança no estilo de vida sexual, após o advento do HIV/Aids não alterou muito a autopercepção do grupo em relação ao HIV/Aids. Esta visão é mascarada por sentimentos supostamente protetores como a “confiança” no parceiro, revelando práticas sexuais pautadas no “cuidado e seleção” dos mesmos, baseada na proximidade, intimidade, confiança e tempo de relacionamento afetivo, transformados em garantia automática de proteção e interferindo na decisão de negociar ou não o sexo seguro.

Para as poucas mulheres que mantêm um relacionamento estável “estar bem casada” e “confiar no marido” significa proteção ao HIV/Aids, sobretudo para aquelas que abandonaram o posto de cozinheira solteira e sozinha e assumiram o posto de mulher de garimpeiro ou dragueiro. Esta dupla dependência as torna escravas do risco, já que o confronto entre a possibilidade cruel com o inimigo invisível e a perda (morte simbólica) do parceiro é adiada insistentemente, sendo o HIV/Aids algo muito improvável de atingi-la. Para as que estão sozinhas e solteiras, mas que “namoram” eventualmente, manter-se na crença em algo distante e exterior fazem-na crer na ausência do inimigo, ainda que se reconheçam em situações de risco, vivenciado em relacionamentos desprotegidos. Neste jogo de contraforças, as mulheres

¹ Esta pesquisadora retornou após a conclusão das entrevistas com camisinhas femininas já que houve uma solicitação geral por parte das entrevistadas para conhecer melhor este método, realizando esclarecimentos e demonstrando o uso da camisinha. Para a maioria foi o primeiro contato com este método ficando a promessa de algumas fazer um teste-drive. A pesquisadora pretende posteriormente verificar a viabilidade da mesma considerando o nível e assimilação do uso do referido instrumento com este grupo de mulheres.

do garimpo embora se digam “solteiras” e “donas do seu nariz” ou “mulher de garimpeiro” reafirmam crenças e posturas vulneráveis no cenário das relações interpessoais de gênero.

As protagonistas deste estudo trouxeram questões reveladoras de como suas trajetórias de vida e condições de trabalho, expõem os limites de atuação do discurso técnico-preventivista quando se pensa no processo saúde-doença, em especial a epidemia do HIV/Aids em contextos específicos. Os argumentos aqui apresentados trazem conseqüências para o estudo em foco, ao assinalarem a necessidade dos programas de prevenção (re) conhecerem o caráter singular e inusitado da feminização da epidemia do HIV/Aids na Amazônia.

As diferentes suscetibilidades femininas pontuadas, sobretudo a permanência da hierarquia de gênero e ideais românticos, colocam mulheres no garimpo da vulnerabilidade individual, social e programática para exposição ao vírus do HIV/Aids, revelando-se num enorme desafio, onde a capacidade de resposta feminina (e também masculina) frente à possibilidade da infecção ou adoecimento depende não somente do acesso às informações adequadas ou garantia de insumos de prevenção, mas do questionar-se a si mesmo diante das crenças e práticas sexuais que a tornam escravas potenciais do risco ao HIV/Aids.

Até porque, ainda que se digam independentes, são inexoravelmente alvos dos efeitos da transição de gênero. Os projetos de vida destas mulheres são e estão vinculados à vida no Madeirão, ao retorno financeiro imediato e esperanças renovadas a cada nova despedada, quando tudo pode mudar, mas também ao desejo de compartilhar do amor e companhia masculina enquanto realização pessoal. Enquanto isso não acontece, a vida no garimpo segue seu curso, tendo como companheiros os muitos riscos de se viver num lugar com poucas possibilidades de se proteger, entre eles o HIV/Aids.

Por fim, ainda que este estudo tenha se reservado a um universo específico de mulheres, seus resultados poderão ter utilidade para pesquisas comparativas em curto prazo com grupos diferenciados ou em médio prazo com a mesma população ou similar a esta, visando análise de mudanças e/ou persistência de representações e práticas das temáticas focalizadas e sua inter-relação com a dinâmica da epidemia na atualidade e para o tempo vindouro. O teor deste trabalho, resultado de um modo de pensar e apreciar o mundo social dos sujeitos pesquisados, está aberto a novas investigações, na tentativa de instigar novas reflexões e assim encaminhar ainda que não imediatas, respostas pontuais à problemática.

RECOMENDACÕES

Embora restrito aos seus limites teórico-metodológicos, o estudo traz algumas questões que devem ser pensadas em curto prazo, vez que a vulnerabilidade das mulheres no garimpo às DST/HIV/Aids permanece no descaso do poder público, visto que somente poderão tornar-se alvo de atenção e preocupação médico-sanitária, se e quando uma vez contaminadas, engravidarem. Isto posto, entendemos ser pouco provável, mediante especificidades relativas à saúde sexual e reprodutiva de mulheres sexualmente ativas, muitas em processo de menopausa e/ou laqueadas e que não estão protegidas sistematicamente das DST/HIV/Aids, seja por opção e/ou falta de acesso à informação e métodos de barreira atualmente existentes.

Como visto, os traçados que levam uma mulher a se infectar/contaminar são extremamente complexos, não cabendo, portanto, limitar a prevenção do HIV/Aids exclusivamente à implementação de ações de saúde deste e de outros agravos neste segmento, devendo-se incluir além de cuidados à saúde da mulher, estratégias de valorização e reforço da auto-estima pessoal. Ações dessa natureza se implantadas, poderiam reduzir a vulnerabilidade destas mulheres sob a ótica da equidade e integralidade de saúde nesta região. Nesse sentido, os achados desse estudo sugerem para a população alvo:

1- Readequação de estratégias locais de prevenção às DST/HIV/Aids culturalmente sensíveis e voltadas à polifonia de grupos sociais de áreas distantes dos serviços de saúde, com difícil acesso à informações e insumos, sobretudo segmentos vulneráveis situados em garimpo, reservas indígenas, extrativistas e assentamentos. Nesse sentido, mensagens veiculadas nacional/regionalmente, poderiam ser melhor exploradas por canais de longo alcance e viabilidade (televisão e rádio) em espaços peculiares à Amazônia. Tais mensagens poderiam se utilizar de estratégias de comunicação simples, com vocabulário adequado à diversidade lingüística, utilizando materiais de fácil compreensão e manuseio (literatura de cordel ou novela radiofônica), desmistificando tabus sobre os insumos de prevenção (camisinha masculina e feminina) disponíveis, valorizando custos/benefícios do sexo seguro.

2- Garantir a expansão das ações de Informação, Educação e Comunicação-IEC, existentes nas equipes volantes do Programa de Saúde da Família-PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, que atuam nas áreas rural-ribeirinhas próximos aos pontos de extração aurífera, já que dragas, balsas ou flutuantes e seus habitantes mantêm relativa fixação em algumas áreas do rio e boas relações com a população dos vilarejos próximos. Esta estratégia pode ser acompanhada da oferta simultânea aos insumos de prevenção tanto face a face, como nas unidades básicas de saúde dos povoados, vilas e distritos próximos e contíguos

à população garimpeira e ribeirinha, provendo mensalmente o abastecimento e monitoramento destes insumos acompanhados sempre que possível, de aconselhamento individual.

3- No âmbito das unidades de saúde da capital, capacitar e sensibilizar profissionais que atuam no programa de saúde da mulher, especificamente no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, estimulando o retorno das mulheres que vivem no garimpo. Todas as entrevistadas vêm rotineiramente à cidade uma vez a cada mês, portanto pode-se otimizar a visita na unidade de saúde bem como a visita domiciliar (se existir PSF na área de seu bairro) priorizando orientações e insumos de prevenção às mulheres na maturidade. Deve-se ainda pensar em estratégias de capacitação do pares, já que a maior parte do tempo, sobretudo no período noturno, é dedicada a momentos de lazer como assistir televisão, fazer crochê, cuidar de flores e hortaliças, visitar e conversar com seus pares.

4- Oportunizar aconselhamentos individual/coletivo à comunidade garimpeira, através de ações volantes intersetoriais governamentais e não-governamentais, abordando a percepção da susceptibilidade pessoal ao HIV/Aids, permitindo mulheres reflitam os custos/benefícios de práticas sexuais seguras. A baixa percepção de susceptibilidade ao HIV/Aids, revelada pelas narrativas, informam como principal referência de proteção, a escolha do parceiro único ou conhecido e a confiança nos mesmos como as principais estratégias de prevenção adotadas.

5- Colocar na pauta de prioridades da gestão municipal, serviços de vigilância epidemiológica atentos para a tendência temporal/distribuição espacial deste agravo, avaliando seu crescimento nos diferentes grupos populacionais, incluindo-se aí mulheres que vivem em assentamentos, indígenas, presidiárias, fronteiras, considerando a magnitude, potencial de disseminação, transcendência e vulnerabilidade da epidemia do HIV/Aids.

6- Solucionar nós críticos da acessibilidade geográfica e social, com auxílio das cooperativas de garimpeiros, realizando cadastramento e disponibilizando serviços de saúde itinerantes (consultas, medicamentos, vacinação, insumos de prevenção) vinculando-os à unidade de saúde mais próxima de sua residência fixa na cidade, estabelecendo ponte com a rede progressiva de cuidados de saúde na capital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADORNO, R.C.F.; CASTRO A.L. *O exercício da sensibilidade*: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. Saúde e Sociedade. São Paulo. v. 3, n. 2, 1994.
- ALDANA, A. *Mujer, Sexualidad y SIDA*. Instituto Nacional de Saúde Pública, Cuernavaca, Morelos, México, 1991.
- ALVES, J. A. L. *Os Direitos humanos como tema global*. São Paulo: Perspectiva, 1994.
- ARAÚJO, S. B. *Gênero, Trabalho e Aids*: Pensando o cotidiano das mulheres que vivem com HIV/Aids [Mestrado] Rio de Janeiro; Ensp/Fiocruz, 2002.
- ÁVILA, M.B. Direitos reprodutivos, exclusão social e Aids. In: BARBOSA, R; PARKER, R. *Sexualidades pelo Avesso*. Direitos, identidade e poder.SP: ABIA/IMS/UERJ: ed.34, 1999.
- AYRES, J.R.C. *et al. O Conceito de Vulnerabilidade e as práticas de Saúde*: Novas Perspectivas e desafios. Seminário Epidemiologia Social da AIDS, Anais. RJ: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Abia: 1997. p.141-163.
- BANDEIRA, L. M. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, L; DIAS, J. (Orgs.) *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1999, p.185.
- BARBOSA, R. H. S. *Mulher e contracepção*: entre o técnico e o político. Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro, 1989.
- _____. R. H. S. *Aids e Gênero*: As mulheres de uma comunidade favelada. [Dissertação] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; Rio de Janeiro, 1993. fls. 226.
- _____. R. H. S. Aids e Saúde Reprodutiva: novos desafios. In: GIFFIN, K. (Org.) *Questões de Saúde Reprodutiva*: Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1999. p.281-296.
- _____. R. H. S. *Mulheres, reprodução e aids*: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+.[Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; Rio de Janeiro, 2001. fls. 310.
- BALDIANE, R; QUENTAL, I; SANTOS, E. M. *DST/Aids e a Pesquisa Nacional sobre demografia e Saúde*: Uma análise do nível de conhecimento e comportamentos de vulnerabilização. BEMFAM, Rio de Janeiro, 1997.
- BARTHOLO Jr. R. S; BURSZTYN, M. *Amazônia sustentável, estratégia de desenvolvimento*. Rondônia 2020. Brasília: IBAMA, 1999.
- BASTOS, F. I; BARCELLOS, C. *Geografia social da AIDS/ The social geography of AIDS*. Revista saúde Publica 29(1); 1995. p.52-62.
- _____. C. *Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil*. Boletim de la oficina Sanitária Panamericana, 1996. vol.121. p.11-44.

BASTOS, F. I; SZWARCOWALD, C. L. *Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: 2000.16 (Sup.1) p.65-76.

BERGER, P. L; LUCKMANN, T. *A Construção Social da Realidade*: 22. ed. Tratado de Sociologia do Conhecimento- Petrópolis: Vozes, 2002.

BHUCHALLA, C. M. Aids: O surgimento e a evolução da doença. *In*: MONTEIRO, C. A. *Velhos e novos males da saúde no Brasil*: a evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 1995.

BRASIL. *Boletim epidemiológico AIDS*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. PN/DST/AIDS. Ano XII(2): Brasília, 1994.

_____. *Boletim epidemiológico AIDS*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. PN/DST/AIDS. Ano XII(2):5-16, SE 48/98 a 08/99: Brasília, 1999.

_____. *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids*. CEPRAD/ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Série Avaliação, nº 4. Brasília, 2000.

_____. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília: FUNASA, vol. I - Aids/ Hepatites Virais, 2002. p. 94-117.

_____. *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres*. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional DST e AIDS-Brasília: 2003a.

_____. *A aids nas fronteiras do Brasil*. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST/Aids. – Coleção DST/AIDS. Série: Estudos, Pesquisas e Avaliação Nº 6, Brasília: 2003b.

_____. *Boletim epidemiológico AIDS*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. PN/DST/AIDS. Ano XVII(01): 01- 52 SE: janeiro a dezembro: Brasília, 2003c.

_____. Presidência da República. *Contribuição da secretaria especial de política para mulheres para as conferências estaduais*. Documento base – Brasília, 2004.

_____. *Boletim epidemiológico AIDS*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. PN/DST/AIDS. Ano XII(1): SE 01/26: janeiro a junho Brasília, 2005.

BRITO, A. M; CASTILHO, E. A; SZWARCOWALD C. L. *AIDS e Infecção pelo HIV no Brasil*: Uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2000. vol. 34. p. 207-17.

BLAY, E. A. *Igualdade de oportunidades para as mulheres*: Um caminho em construção. São Paulo: Humanitas/FFLCH/USP, 2002.272p.

CÂMARA, V. M. & COREY, G. *Epidemiologia e Meio Ambiente*. O Caso dos Garimpos de Ouro no Brasil. Metepec, México: Centro Panamericano de Ecologia Humana e Saúde/ECO/OPS, 1992.

CARVALHO, J.A. *O amor que rouba os sonhos*: um estudo sobre a exposição feminina ao HIV. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CARVALHEIRO, J.R. *Processo migratório e disseminação das doenças*. In: *Textos de Apoio-Ciências Sociais I*. Rio de Janeiro, PEC-ENSP/ABRASCO; 1986. p. 29-55.

CAMARGO, M. *O Lugar da Mulher na relação de violência*. O Mito da Passividade e a construção da Identidade de Gênero em nossa sociedade. Porto Alegre: Casa de Apoio Viva Maria, Secretaria Municipal de Saúde. (mimeo) 1998.

CERTEAU, M. de. *A invenção do cotidiano*: 1. artes de fazer. 3. ed. Tradução de Ephraim F.Alves: Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 91- 106.

CERTEAU, M. de; GIARD, L; MAYOL, P. *A invenção do cotidiano*: 2. morar, cozinhar. 4. ed. Tradução de Ephraim F.Alves: Petrópolis, RJ, Vozes, 1996. p. 204-24.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. 5. ed. - São Paulo: Cortez, 2001.

CLEARY, D. *A garimpagem de ouro na Amazônia*: uma abordagem antropológica. Tradução de Virgínia Rodrigues Malm. Rio de Janeiro: UFRJ, 1992. p. 237.

COOGARIMA - COOPERATIVA DOS GARIMPEIROS DO RIO MADEIRA. Porto Velho: Rondônia, 2006.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

COUTINHO, S. G. CRUZ, A. M; OLIVEIRA, M. P. *CD4+ and CD8+ t cell immune responses of immunocompetent and immunocompromised (AIDS) patients with American tegumentary leishmaniasis*. Mem Inst Oswaldo Cruz, May, 91:3, 1996.p 381-4.

CZERESNIA, D. *Do Contágio à Transmissão*: Ciência e Cultura na Gênese do Conhecimento Epidemiológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DAMATTA, R. *A casa e a rua*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

DANIEL, H; PARKER R. *AIDS a terceira epidemia*: ensaios e tentativas. São Paulo, Iglu, 1991.

DANIEL, H. *Vida antes da Morte/Live before Death*. Rio de Janeiro, Jaboti, 1989.

DE LAURENTIS, T. A tecnologia do gênero. In: HOLANDA, H. B. de, (org.) *Tendências e impasses*: o feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

DEMO, P. *Metodologia Científica em ciências sociais*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995. p. 247-57.

GAGNON, J.H. *The explicit and implicit use of the scripting perspective in sex research*. Annual Review of Sex Research; 1990. p. 1-43.

GAGNON, J. H; PARKER, R. G. *Conceiving sexuality*. London: Routledge, 1995.p.3-16.

GIDDENS, A. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: UNESP, 1991.

GIFFIN, K. *Pobreza, Desigualdade e Equidade em Saúde*: Considerações a partir de uma Perspectiva de Gênero Transversal. Cadernos de Saúde Pública, supl. 18, 2002.

GIFFIN, K. *Esfera da Reprodução em uma Visão Masculina*: Considerações sobre a Articulação da Produção e da Reprodução, de Classe e de Gênero. Physis, Revista de Saúde Coletiva, vol. 4, n.1.1994.

GOLDSTEIN, D. O Lugar da mulher no discurso sobre aids no Brasil. In: PARKER, R; GALVÃO, J. (Orgs.) *Quebrando o Silêncio: Mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia/IMS/Uerj & Relume-Dumará, 1996. p.137-152.

GOFFMAN, E. *A Representação do eu na vida cotidiana*. 13. ed. Tradução de Márcia Célia Santos Raposo. - Petrópolis: Vozes, 2005.

GRANGEIRO, A. O perfil socioeconômico dos casos de Aids na cidade de São Paulo. In: PARKER, R et al.(Org.) *A Aids no Brasil - Historia social da Aids,2*.Rio de Janeiro: Abia/IMS/Uerj & Relume-Dumará:1994

GUIMARAES, M. D. *Heterosexual Transmission of the Human Immunodeficiency Virus*: A comparison of sexual practices. (Tese de Doutorado) Baltimore: Johns Hopkins University, 1992.

GUIMARÃES, C. D. Mulheres, homens e Aids: O visível e o invisível. In: PARKER, R; GALVAO, J. *A Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia/IMS/Uerj & Relume-Dumará, 1994. p.218-30.

_____. C. D. "Mas eu conheço ele": um método de prevenção do HIV/AIDS. In: Parker, R. & Galvão, J. (Orgs.) *Quebrando o Silêncio: Mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia/IMS/Uerj & Relume-Dumará, 1996. p.169-180.

HARVEY, David. *Condição pós-moderna*. 2. ed. Loyola: São Paulo, 1993.

HEILBORN, M. L. e GOUVEIA, P. F. "Marido é tudo igual": mulheres populares e sexualidade no contexto da Aids. In: BARBOSA, R. H. S; PARKER, R. *Sexualidades pelo Avesso*:direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; SP, Ed. 34,1999.

HERRERA, C.; CAMPERO L. *La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA*: constantes y cambios en el tema. Salud publica de México: vol.44,nº.6, noviembre-diciembre de 2002.p.554-4.

HO, DAVID; NEWMANN A. U; PETERSON, A. S. *Rapid turnover of plasma virions and CD4 lymphocytes in HIV- 1 infection*. Nature; 373: 1995. p.123- 6.

KALCKMAN, S. *Mulher e Aids*. Sexo e prazer sem medo. Trabalho apresentado no II Encontro AIDS e Repercussões Psicossociais: NEPAIDS-USP, 1993.

KERGOAT, D. Relações Sociais de Sexo e Divisão Sexual do Trabalho. In: LOPES, M. W. (Orgs.) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

KUO, J. M; TAYLOR, J. M; DETELS, R. *Estimating the incubation period from a prevalent cohort*. Am J Epidemiol. 133(10): 1991.p. 1050-7.

LAGA, M; MANOLA A; KIVUVU, M; MABELE, B. *Non-ulcerative sexually transmitted disease as risk factor for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study*. AIDS 1993. p 95-102.

LAGO, T. D. G. Opções Contraceptivas em tempos de Aids. In: PARKER, R; GALVAO, J. (Orgs.) *Quebrando o Silêncio: Mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia/IMS/Uerj & Relume-Dumará, 1996. p.191-204.

LANGER, L. M; WARHETT, G. J. *The pre-adult health decision-making model: linking decision-making directness/orientation to adolescent health-related attitudes and behavior*. Adolescence; 27, 1992. p. 919-948.

LEONEL, M. *A morte social dos rios*. Perspectiva: Instituto de Antropologia e Meio Ambiente: FAPESP, São Paulo, 1998.

LEONARDI, V. P. B. *Fronteiras Amazônicas do Brasil: saúde e história social*. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Marco Zero, 2000. p.182.

LOYOLA, M.A. *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: Uerj: 1998. p.17-47.

MALINOWSKI, B. K. *Argonautas do pacífico ocidental*. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. p.19.

MANN, J; TARANTOLA, D. J. M; NETTER, T. W. (Org.). *A aids no mundo - História social da Aids I*. Rio de Janeiro: Abia/IMS/Uerj & Relume-Dumará, 1993. p.321.

MANN, J; TARANTOLA, D. J. M; NETTER, T. W. (Org.). *Aids in the Word II*. Nova Iorque: Oxford University Press, 1996.

MANDERSON, L.; WHITEFORD, L. (orgs). Administrando a epidemia: políticas relativas ao HIV/Aids, modelos de desenvolvimento e saúde internacional no final do século XX. In: LYNNI RIENNER. *Globalization, health and identity: The Fallacy of the level Playing Field* [S.ed.]: [S.I] 2000. p. 118-139.

MATOS, D. G. *Escravas do risco: Bioética, Mulheres e Aids*. Brasília: Universidade Federal de Brasília, Finatec, 2005.p.32-69.

MELO J. (ed.) e VILELA, W. V. (red.). *Dossiê Mulher e Aids*. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 1999.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1992.

_____. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In:_____; Deslandes, S.F. (org.) *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.p.83-107.

MINAYO, M.C.S. & SANCHES, O. *Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade?* Cadernos de Saúde Pública, 9: 1993.p. 239-62.

MONTEIRO, S. *Qual prevenção?* Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 147.

NASCIMENTO, J. A. S. *Projeto Banco de Informações Documentais sobre Pequena Mineração Artesanal -CETEM-* Centro de Tecnologia Mineral Rio de Janeiro, Brasil: 2004

PALMA, A; MATTOS, U. A. O. *Contribuição da ciência pós-normal à saúde pública e à questão da vulnerabilidade social.* Historia Ciências, Saúde Manguinhos (8): 2001. p 567-90.

PANOS, Dossiê. *A tripla ameaça: AIDS e Mulheres.* Rio de Janeiro/Recife: ABIA/SOS Corpo, 1993.

PARKER, R; CAMARGO J. R. K. R. *Pobreza e HIV/Aids:* aspectos antropológicos e sociológicos. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.16, Supl. 1, 2000.

PARKER, R. Cultura, economia política e construção social da sexualidade. In: LOURO G. L. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade.* Belo Horizonte: Autentica 1999. p.125-150.

PLUMMER, FA; SIMONSEN, JN; CAMERON, DW; NDINYA-ACHOLA, JO. *Cofactors in male to female transmission of HIV-1.* J Infect Dis, 1991. p.233-9.

RONDONIA, *Secretaria de Estado da saúde.* Sistema de informação de agravos de notificação, CES DST/AIDS/AGEVISA. Rondônia, 2006.

SAFFIOTI, H. I.B. Rearticulando Gênero e classe social. In: COSTA, A.O; BRUSCHINI, C. (Org) *Uma questão de gênero.* Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas: 1992. p.183-215.

_____. *Gênero e Patriarcado.* São Paulo: Pontifícia Universitária Católica de São Paulo, 1999.

SANCHES, K. R. B. *A Aids e as Mulheres Jovens:* Uma Questão de Vulnerabilidade. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. p. 153.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice:* o social e político na pós-modernidade. São Paulo, Cortez, 1996.

SANTOS, E. O. *Diagnóstico das Condições de Saúde de uma Comunidade Garimpeira na Região do Rio Tapajós, Itaituba, Pará, Brasil,* 1992. Cad. Saúde Públ, Rio de Janeiro, 11 (2): abr/jun, 1995. p. 212-25.

SCOTT, J. W. *Gênero:* uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade, v.16, n.2, jul./dez, 1990. p.14.

SILVA, A. P. L; DIAS, L.C. C; HAZEU, M.T NASCIMENTO, M.A.C. *Prostituição juvenil no interior do Para Trombetas e os garimpos do Vale dos Tapajós*. Universidade Federal do Para, Belém, 1995.

SONTAG, S. *Aids e suas Metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SZWARCWALD, C. L; ANDRADE, C. L. T; CASTILHO, E. A. *Estimativa do número de órfãos decorrentes da AIDS materna*, Brasil, 1987-1999. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 16(supl 1): 2000. p. 129-134.

TEIXEIRA, M. A. D; FONSECA, D. R. F. *História regional: Rondônia*. 3. ed. Porto Velho: Rondoniana, 2001.

TRINDADE, M. P; SHIAVO, M. R. *Comportamento sexual das mulheres em relação ao HIV/AIDS*. J Bras Doenças Sex Trans: UGF-RJ 13(5): 2001. p. 17-22.

VANCE, C. S. *A Antropologia redescobre a sexualidade*: um comentário teórico. Physis-Revista de Saúde Coletiva, v.5, n.1,1995. p. 7-31.

VELHO, G. *Projeto e Metamorfose*: Antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

VENTUROLI, T. *Ameaça do novo vírus*. Veja São Paulo, edição 1900, ano 38, nº 15, Abril de 2005. p.120-124.

VÍCTORA, C. G; KNAUTH, D.R; HASSEN, M.N.A. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*: Uma Introdução ao Tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VILELA, W. *Oficinas de Sexo Mais Seguro para Mulheres*. Abordagens metodológicas e de avaliação. São Paulo: Nepaids, 1996a.

_____. Refletindo sobre negociação sexual como estratégia de negociação da Aids entre Mulheres. In: PARKER, R. & GALVÃO, J. (Orgs.) *Quebrando o Silêncio*: Mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Abia/IMS/Uerj & Relume-Dumará, 1996b. p.181-190.

VOGT, M. W; WITT, D. J; CRAVEN, DE. *Isolation patterns of the human immunodeficiency virus from cervical secretions during the menstrual cycle of women at risk for the acquired Immunodeficiency Syndrome*. Ann Intern Med, Walrond E, Jones F, Sounder, 106 (3), 1987. p. 380-2.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ELETRÔNICAS (INTERNET)

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. "*Critical need to pay attention to HIV prevention for women: minority and young women bear greatest burden*". CDC Update, June, 1998. (<http://www.cdcnpin.org>) Acesso em Out. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Indicadores Sociais Mínimos*. Censo 2000. Brasil. (<http://www.ibge.br>). Acesso em: 2 de Jul. 2005

MINACOOOP - COOPERATIVA DE GARIMPEIROS, DRAGAS E BALSAS DA AMAZONIA. Disponível em (http://www.minacoop.com.br/index_arquivo/page_1143.htm). Acesso em: 3 de Jul. 2005

PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS. *Saúde divulga novos números da aids no Brasil*. Brasil.. (<http://www.aids.gov.br>). Acesso em 26 de Jun. 2005.

UNAIDS & WHO. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva, June 1998. (<http://www.unaids.org>) acesso em 17 de Mai. 2005a.

UNAIDS & WHO. *Intensificando a prevenção ao HIV*. Documentação Referencial Políticas de Prevenção ao HIV/AIDS. Genebra. (<http://www.unaids.org>) acesso em 14 de Jun.2005b.

UNAIDS. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004: Resumen Analítico*. ONUSIDA Versión española, Genebra. (<http://www.unaids.org>) acesso em 20 de Jun.2006.

OBRAS CONSULTADAS

FURASTÉ, P.A. *Normas Técnicas para o Trabalho Científico*. 14 ed. Porto Alegre: 2006.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

TOBAR, F; MARGOT R. Y. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

APÊNDICE I**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MULHERES NO
GARIMPO - TCLE**

Sou enfermeira e professora da Universidade Federal de Rondônia - UNIR, atualmente fazendo o curso de Mestrado em Desenvolvimento Regional.

Estou estudando como é a vida das mulheres que trabalham no garimpo do Rio Madeira, suas experiências pessoais passadas e presentes e o que sabem e entendem sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis-DST e especialmente sobre o vírus que causa a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida- mais popularmente conhecida por Aids.

Gostaria que participasse desta pesquisa, já que você trabalha no garimpo e vive uma realidade onde o isolamento, à distância, a convivência diária com muitos homens e a falta de ações e serviços de saúde faz parte de seu cotidiano.

Se você concordar, faremos uma entrevista agora ou noutro momento que você preferir, de acordo com seu tempo e sua disponibilidade. Nossa conversa será de mais ou menos uma hora sobre este assunto, sendo gravadas e depois do trabalho destruídas. A qualquer momento da pesquisa, caso não seja mais do seu interesse, é só você me dizer e eu pararei a entrevista com você. Isso não vai interferir na sua vida pessoal, nos seus afazeres e compromissos e nem no atendimento nos serviços de saúde.

As respostas que você me der serão secretas e seu nome verdadeiro nunca será apresentado quando forem divulgados os resultados da pesquisa.

Após esta entrevista, você receberá uma cópia deste termo onde consta meu endereço e telefone, caso queira perguntar alguma coisa. Agradeço a colaboração, colocando-me à disposição para quaisquer esclarecimentos. Se quiser falar comigo pode telefonar a cobrar para os telefones abaixo.

Sinceramente,

Jeanne Lúcia Gadelha de Freitas-COREN/RO 76364
Universidade Federal de Rondônia/Departamento de Enfermagem/Campus José Ribeiro Filho
BR 364, Sentido Acre km 9,5.
Tel.: 32273506 ou 99847574

Eu, _____, compreendi as informações ditas acima, aceitando participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado nesta entrevista.

Porto Velho, _____ de _____ de 2_____

APÊNDICE II

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MULHERES NO GARIMPO-REMG

Idade: _____ Naturalidade: _____ Estado Civil: _____
 Cor: _____ Profissão: _____ Escolaridade: _____ Renda pessoal: _____
 Filhos e/ou dependentes: _____
 Tempo de residência em PVH: _____ Constituição Familiar: _____ Início Vida Sexual: _____ Prática Religiosa: _____ Tempo: _____
 Tempo de trabalho no garimpo _____

EIXO TEMÁTICO – CONDIÇÕES DE VIDA/MOMENTO ATUAL:

- O que motivou sua ida para o garimpo?
- Como é viver no garimpo? O que você fez anteriormente no garimpo? O que faz atualmente? Quais outras atividades que já teve na vida?
- Como é seu dia a dia no garimpo?
- O que você acha da sua profissão? Sente-se discriminada?
- Quais as facilidades e dificuldades de viver no garimpo?
- Quanto tempo permanece no garimpo? Por quê?
- O que gosta ou costuma fazer nas horas (ou dias) de sua folga?
- Como você costuma usar o seu dinheiro?
- Você trabalha com carteira assinada?

EIXO TEMÁTICO-TRAJETÓRIA AFETIVO-SEXUAL X RELAÇÕES DE GÊNERO

- Conte-me um pouco sobre sua vida desde seu nascimento até o momento atual (infância, juventude, casamento, filhos, companheiro, conflitos conjugais, relacionamento com pais, irmãos, filhos);
- Quantos companheiros você teve?
- Teve alguma experiência ruim com os companheiros anteriores?
- Quanto tempo está com o atual companheiro?
- Como é sua vida afetiva e sexual com o atual companheiro?
- Se pudesse optar ser ou homem ou mulher escolheria ser o que? Por quê?
- Como se sente enquanto mulher no garimpo? Por quê?
- Qual a diferença em trabalhar no garimpo e trabalhar noutro lugar?
- O que acha da situação das mulheres e dos homens hoje em dia?
- Como você vê o atual relacionamento do homem e da mulher?

EIXO TEMÁTICO-CONHECIMENTO E PERCEPÇÕES SOBRE DST/HIV/AIDS (FOCO DA PESQUISA)

- Quais os problemas de saúde que você já teve e o(s) que mais te incomodam?
- Quando adocece, como, onde e com quem costuma se tratar? Por quê?
- Já ouviu falar sobre Doença Sexualmente Transmissíveis-DST? e Aids? Sabe qual a diferença do HIV da Aids? É como se pega?

- Quais as DST que você conhece ou já ouviu falar? Você recebeu algum tipo de informação sobre DST/AIDS no garimpo? Se sim, de quem?
- Em sua opinião, quais as formas de se pegar DST /Aids? Quem tem mais chance de pegar uma DST ou Aids?
- Em sua opinião, a mulher independente financeiramente, ou seja, que consegue “se virar sozinha” tem mais chance de se prevenir da Aids? Por quê?
- Você acha que fumar, beber pode levar uma pessoa a pegar DST/AIDS? Como?
- Você já teve alguma DST? Como descobriu? Como tratou?
- Você conhece alguém próximo ou algum caso de pessoa que tem o vírus da Aids? Como esta pessoa adquiriu o vírus?
- Você acha que as pessoas costumam usar camisinha nas relações sexuais? Você acha que a camisinha previne a Aids? Tira o prazer do casal?
- Você consegue/ conseguiria convencer o companheiro a usar a camisinha? Por quê? E a camisinha feminina: conhece? Já experimentou? Gostaria de experimentar?
- Você mudou seu estilo de vida sexual depois que surgiu a Aids? De que forma?

EIXO TEMÁTICO-PERSPECTIVAS FUTURAS

- O que poderia melhorar na sua vida? Do que você sente falta?
- O que você sonha ou deseja para o seu futuro que ainda não realizou?
- Quais seus sonhos enquanto mulher? Por quê?
- O que você gostaria de realizar ou retomar na sua vida se tivesse oportunidade?
- O que achou desta nossa conversa?
- Quer perguntar alguma coisa?

APÊNDICE III

CONHECENDO AS MULHERES NO GARIMPO

M1

Entrevista: 25/10/2005

50 anos, imigrante nordestina, branca, alfabetizada. Mãe de cinco filhos adultos, avó de três netos, provenientes de um casamento aos 13 anos (que durou nove anos até descobrir o adultério do marido). Por conta disto, decidiu separar-se, trabalhar e criar os filhos com ajuda da mãe. Sua vinda para o Norte, deu-se pela possibilidade de ganhar dinheiro mais fácil. Teve três relacionamentos relativamente duradouros, mas atualmente declara-se sozinha. Acredita que sabe se proteger não somente das “doenças” do mundo como da dureza do dia a dia. Embora goste de viver e trabalhar no garimpo reclama da falta de respeito dos companheiros de trabalho, por isso sonha com uma vida mais tranqüila quando concluir sua “casinha”.

M2

Entrevista: 04/11/2005

47 anos, portovelhense, parda, alfabetizada, mãe de dois filhos adultos, avó de dois netos. Atualmente vive com o sétimo companheiro fixo (seis meses de convivência) que ajuda financeiramente com as despesas da família hoje constituída dos filhos, netos e noras. Teve infância e juventude difíceis, vindos na “lida” da roça, seringal e castanhal desde criança. Com o nascimento dos filhos, teve que trabalhar duro para sustentá-los com ajuda da mãe. Dos muitos relacionamentos anteriores (não sabe precisar quantos) restaram lembranças de momentos ruins. Embora tanta dificuldade, considera ser uma pessoa feliz, gosta de fazer amizades, “tomar umas e outras” e namorar. Não confia e nem usa métodos de barreira seguros como camisinha e diz não temer a Aids, pois “confia” mais na sorte e em Deus.

M3

Entrevista: 05/11/2005

47 anos, rondoniense, negra, mãe e avó, escolarizada e evangélica há três anos. Diz estar solteira e atualmente sozinha. Foi trabalhar no garimpo pela primeira vez aos 23 anos, tendo retornado várias vezes, hoje diarista, aguardando vaga na cidade. Seu último relacionamento sexual durou cinco anos, quando então ele largou dela. Desde então, mantém relacionamentos sexuais ocasionais sem proteção. Acredita e “confia muito em Deus” para não pegar Aids. Reside em casa própria, com sua única filha e neta, que dependem da mesma para sobreviver, sendo único motivo que a faz retornar ao serviço de diarista no garimpo, pois admite que só assim consegue pagar dívidas pendentes em menor tempo possível. Mantém a esperança de

que o garimpo “vai melhorar” e assim terá a independência financeira para deixar o garimpo definitivamente, mas sabe, que no momento, esse trabalho é a única garantia de seu sustento.

M4 *

Entrevista: 17/11/2005

48 anos, negra, imigrante paranaense, escolarizada e mãe de dois filhos. O 1º filho de um relacionamento antigo, o 2º do atual companheiro de 13 anos de convivência onde conheceu no garimpo. Declara-se casada, monogâmica, evangélica há cinco anos. Teve uma educação muito séria, segundo ela para os padrões de hoje. Trabalhou muito tempo no serviço público de saúde do estado antes de ir para o garimpo. Conta muitas experiências tristes do garimpo, apesar de se dizer gostar muito do mesmo. Atualmente trabalha junto com o companheiro desde que este conseguiu montar a própria draga. “Suspeita” da infidelidade ocasional do companheiro, mas “confia em Deus” para se proteger de doenças como Aids.

* Esta entrevista foi parcialmente gravada, complementada com registros no diário de campo.

M5

Entrevista: 16/12/2005

50 anos, parda, imigrante maranhense, escolarizada (cursou até 4ª do ensino fundamental) declara-se, católica não praticante, mãe de 4 filhos adultos com idades de 32, 31, 28 e 27 anos. Atualmente sustenta um neto de 13 anos de sua filha mais nova. Trabalha como diarista no garimpo, no momento está aguardando vaga na cidade. Atualmente está sem companheiro fixo, fazendo pequenos serviços de lavagem e passagem de roupa para residências como forma de garantir o sustento da família. Afirma não temer a Aids nem outras doenças venéreas, mas admite já ter feito o exame de Aids pelo menos duas vezes por desconfiar dos parceiros com os quais se relacionou. Nos seus mais recentes relacionamentos sexuais, diz cobrar sempre o uso da camisinha masculina. Apesar de gostar do trabalho no garimpo, sonha com a chance definitiva de sair do mesmo quando as coisas melhorarem, pois está cansada de tanta dureza e quer “viver” mais a vida.

M6

Entrevista: 27/12/2005

33 anos, branca, imigrante mato-grossense, analfabeta funcional, católica não praticante, solteira sem filhos. Órfã de mãe desde infância, foi educada pela avó materna, pois o pai “caiu no mundo” depois de ter sido acusado assassino de sua mãe. Teve uma educação rígida, trabalhou em várias locais, impossibilitando-a de concluir os estudos. Aos 16 anos perdeu sua

avó, aos 18 veio pra Rondônia e entrou pro garimpo, onde se reencontrou com os irmãos também criados por familiares. Conviveu 11 anos com um operador, mas atualmente está sozinha (motivo, aliás, de cobrança por parte dos colegas masculinos de trabalho para ter novos envolvimento sexuais) Investe atualmente na reforma da sua casa própria adquirida graças ao seu trabalho no garimpo. Gosta de trabalhar por lá, mas sonha em montar seu próprio negócio.

M7

Entrevista: 03/01/2006

50 anos, negra, imigrante acreana, analfabeta funcional, católica não praticante. Teve infância marcada pelo abandono do pai, ficando aos cuidados da mãe e mais oito irmãos no seringal. Aos 14 anos, veio pra cidade trabalhar como doméstica, sendo vítima de estupro pelo patrão da casa. Após isso, foi rejeitada pela mãe, que não tolerando a situação, expulsou-a de casa. Desesperada, juntou-se a um homem mais velho e teve seu primeiro filho. Daí em diante teve que se prostituir para criar os outros filhos, vindos de outros quatro companheiros. Foi trabalhar no garimpo para garantir o sustento da prole, onde conheceu seu atual companheiro. Vive uma relação conjugal conflituosa por conta de seu trabalho como diarista no garimpo, agravada com a infidelidade do parceiro. Embora vivencie esta realidade, para ela, doenças como Aids não representa uma ameaça real para sua saúde. Deseja sair do garimpo, pois está juntando dinheiro para um pequeno negócio de confecção de lingerie.

M8

Entrevista: 28/12/2006

52 anos, branca, imigrante mineira, ginásial completo, católica não praticante. Dois acontecimentos marcaram profundamente sua vida: a dupla orfandade de mãe e pai na mocidade e o acidente fatal que tirou a vida de seu último companheiro que conheceu no garimpo. Ao ficar órfã de mãe, passou a cuidar de toda a família, inclusive o pai que era alcoólatra. Já adulta, após a morte do pai, dividiu as responsabilidades familiares com ajuda de três dos irmãos mais velhos, que muito lhe ensinaram sobre a vida. Juntos, vieram para Rondônia nos tempo áureo do garimpo, investindo todas as economias no comércio da capital e depois no garimpo, inicialmente numa lanchonete-flutuante e depois balsa de sua propriedade até hoje. Diz saber se proteger da Aids, pois exige uso da camisinha pelo parceiro, embora admita que “aqui e acolá” acontece de não rolar a camisinha. Sonha um dia bamburrar no ouro, mas admite estar decepcionada com o garimpo, incluindo nos planos do futuro a mudança de ramo.

M9

Entrevista: 20/01/2006

37 anos, branca, imigrante paranaense, escolarizada (5ª série), viúva, católica não praticante. Veio para o garimpo do Rio Madeira há 18 anos atrás, já casada e com dois filhos pequenos, para trabalhar junto ao esposo, este falecido durante uma descida de draga sobre as cachoeiras do Teotônio. Após a morte trágica do companheiro, teve que superar as dificuldades financeiras e criar os filhos com o trabalho de radioamadora por muitos anos intermediando a comunicação dos dragueiros com a cidade. Embora tenha tido muitos relacionamentos afetivo-sexuais, sente-se muito sozinha, pois apesar do tempo decorrido não consegue se apaixonar intensamente por alguém. Diz ser guerreira, batalhadora e não abre mão da vida de boemia, gosta de se divertir com amigos e “confia” na forma como mantém relacionamentos, exigindo camisinha “quase sempre”. Espera sair do garimpo para acompanhar os estudos e a vida dos filhos.

M10

Entrevista: 22/01/2006

23 anos, morena, imigrante amazonense, escolarizada (8ª série), separada, católica não praticante e mãe de dois filhos pequenos, 4 e 6 anos. Veio de infância e adolescência marcadas pelo abandono da mãe, ficando aos cuidados do pai junto aos seis irmãos. Aos 15 anos, teve seu primeiro relacionamento sexual e também sua primeira gravidez, tendo convivido pouco mais de cinco anos com o pai de seu primeiro filho, até que não suportando uma vida de privações financeiras, voltou para casa do pai. Teve o segundo filho de um novo relacionamento, segundo ela, “mais uma ilusão”. Veio trabalhar no garimpo por intermédio de conhecidos, como única saída para garantir o sustento dos filhos que ficam sob os cuidados da avó. Teve dois relacionamentos sexuais com operadores casados, mas diz “se cuidar” contra a Aids, pois só “fica com homem direito e conhecido” embora confesse que já transou sem camisinha. Espera juntar dinheiro para que possa sair do garimpo e retomar os estudos na cidade natal, pois sente muita falta dos filhos.

APÊNDICE IV
APRESENTAÇÃO E TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS (CD-ROM)

ANEXO I

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)