

**Distritos Sanitários Especiais Indígenas
Diretrizes para implantar o Programa de DST/Aids**

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids

Distritos Sanitários Especiais Indígenas
Diretrizes para implantar o Programa de DST/Aids
Série Manuais nº 64

Organizadora: **Vera Lopes dos Santos**

Brasília, DF
2005

© 2005. Ministério da Saúde
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte.
Tiragem: 4.000 exemplares

PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE

Humberto Costa

SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Jarbas Barbosa

Produção, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Programa Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte, SEPN 511, Bloco C
CEP 70750-543 – Brasília, DF
Disque Saúde / Pergunte aids: 0800 61 1997
Home page: www.aids.gov.br
Série Manuais nº 64 – PN-DST/AIDS

Publicação financiada com recursos do Projeto BRA 914/11.01

Diretor do Programa Nacional de DST e Aids

Pedro Chequer

Diretores-adjuntos do Programa Nacional de DST e Aids

Raldo Bonifácio

Ricardo Pio Marins

Assessor de Comunicação/PN-DST/AIDS

Alexandre Magno de A. Amorim

Editor

Dario Noleto

Editoras-assistentes

Nágila Paiva e Telma Sousa

Projeto Gráfico, capa e diagramação

Alexsandro de Brito Almeida

Foto capa

Bento Viana - CTI Centro de Trabalho Indigenista

FICHA CATALOGRÁFICA

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

96p. Série Manuais n.º 64

1. Índios. 2. População Indígena. 3. Distritos Sanitários. 4. DST/HIV/Aids.

I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. III. Título. IV. Série.

Apresentação

Este documento apresenta as diretrizes técnicas para a implantação do programa de DST Aids no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígena. É fruto de ampla discussão com diversos segmentos da sociedade e apresenta as bases para a construção de um Programa de Saúde Pública que respeite a diversidade cultural das populações indígenas. Dirige-se aos profissionais de saúde que compõem a rede do subsistema de saúde indígena, aos profissionais que compõem a rede de referência do SUS em interface com a saúde indígena e ao conjunto das ONG indígenas e indigenistas.

Desde o final da década de 80 o Programa Nacional de DST e Aids tem apoiado diversas iniciativas dirigidas à população indígena no campo da prevenção, portanto, antes mesmo da instituição da atual política de Saúde Indígena que estabelece a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígena. Dentre estas iniciativas destacamos o apoio a projetos de prevenção, a realização de oficinas macro regionais, a capacitação de agentes indígenas de saúde e de outros profissionais de saúde, a produção de materiais educativos culturalmente contextualizados, a participação nas conferências de saúde indígena etc. Estas iniciativas foram desenvolvidas em parceria com ONG indígenas e indigenistas, municípios, universidades. Uma característica marcante deste trabalho tem sido o de favorecer a participação das comunidades nas atividades, respeitar as culturas indígenas e os saberes tradicionais além de fortalecer as organizações indígenas como sujeitos políticos na definição de prioridades da saúde pública.

Dado a importância epidemiológica das DST e o aumento no número de casos de aids nesta população, o atual desafio é de fomentar a estruturação das ações de saúde indígena de forma sustentável. Neste sentido, tal como proposto na Lei Arouca - Lei 9.836/99, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e Aids da Secretaria de Vigilância em Saúde, tem investido na parceria com a Fundação Nacional de Saúde, responsável pela saúde indígena. Esta parceria procura apoiar a organização dos serviços de saúde que contemplem as ações de Prevenção, Assistência, Vigilância e Monitoramento no campo das DST/Aids, no âmbito dos DSEI e rede de referência do SUS. Para tanto, é importante compreender as representações sociais dos processos de saúde e doença das comunidades indígenas e considerar o envolvimento de todos os atores sociais que possam participar como mediadores na construção de políticas e ações que resultem em atitudes e práticas preventivas e na melhoria da qualidade dos serviços. As diretrizes que apresentamos tem este princípio como sua orientação básica.

Pedro Chequer
Diretor do Programa Nacional de DST e Aids

Sumário

Introdução	11
Demografia Indígena e Diversidade Cultural	13
Mapa dos DSEI	17
Vulnerabilidade, Sexualidade e Prevenção das DST/AIDS	23
Desafio da intersetorialidade – Subsistema de atenção à saúde indígena e rede de referências dos serviços de DST aids	37
Vigilância Epidemiológica.....	47
Capacitações	53
Monitoramento	59
Dos Recursos Financeiros	65
Bibliografia.....	69
Anexos	71
Elaboração	95

Pensando em Partir*

Etnocentrismo é uma visão do mundo onde o nosso próprio grupo é tomado como centro de tudo e todos os outros são pensados e sentidos através dos nossos valores, nossos modelos, nossas definições do que é existência. No plano intelectual, pode ser visto como a dificuldade de pensarmos a diferença, no plano afetivo, como sentimentos de estranheza, medo, hostilidade etc.

Perguntar sobre o que é etnocentrismo é, pois, indagar sobre um fenômeno onde se misturam tanto elementos intelectuais e racionais quanto elementos emocionais e afetivos. No etnocentrismo, estes dois planos do espírito humano - sentimento e pensamento - vão juntos compondo um fenômeno não apenas fortemente arraigado na história das sociedades como também facilmente encontrável no dia-a-dia das nossas vidas.

**Everardo Rocha - O que é etnocentrismo - editora brasiliense*

A Marcelo Idalgo, in memoriam

Por sua contribuição valiosa na construção dessa proposta. Muito nos fez refletir sobre o significado do etnocentrismo, durante nossa convivência no PN- DST/AIDS e partiu de forma abrupta, vítima da intolerância.

Introdução

Este documento apresenta as diretrizes para as ações de DST/aids nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Destina-se às equipes dos DSEI, Conselhos Distritais, Coordenações Regionais da FUNASA, Programas Estaduais e Municipais de DST/Aids e ONG indígenas e indigenistas.

As ações de prevenção das DST/aids desenvolvidas com as populações indígenas requerem, como toda abordagem, um olhar e tratamento cuidadosos dos profissionais de saúde para que as especificidades culturais das diferentes etnias sejam respeitadas e consideradas no planejamento e na realização das atividades.

É importante compreender as representações sociais dos processos de saúde e doença das comunidades e considerar o envolvimento de todos os atores sociais que possam participar como mediadores na construção de políticas e ações que resultem em atitudes e práticas preventivas.

Valorizar os conhecimentos e saberes tradicionais dos povos indígenas e contar com o aporte das abordagens antropológica, pedagógica e lingüística, são pontos de partida para orientar e fundamentar o trabalho a ser desenvolvido pelos profissionais de saúde nas comunidades indígenas.

“As representações indígenas locais acerca da saúde e da doença, bem como sobre doenças infecciosas específicas, são também cruciais, determinando em particular o tipo de resposta adotado frente às epidemias, bem como a aceitação das intervenções **médico-sanitárias** ²”.

As principais tendências e características da epidemia da aids na população indígena são:

- a) Os casos de aids têm sido mais freqüentemente observados entre índios residentes em áreas urbanas, mas que mantêm contatos freqüentes com as aldeias, e entre índios residentes em áreas afetadas por projetos econômicos de grande impacto ambiental;
- b) O segmento de mulheres jovens tem sido bastante afetado, havendo uma forte tendência de inversão no número de casos entre homens e mulheres.

O controle social é uma outra estratégia que começa a ser desenhada a partir da discussão e introdução das ações de controle das DST/aids para todas as comunidades

² Dominique Buchillet in Contato interétnico e saúde.

indígenas nos Planos Distritais dos DSEI. Essa estratégia deve ser fortalecida durante o acompanhamento da implantação dessas ações pelos conselhos locais e distritais.

É importante ressaltar que muitas atividades de prevenção já foram realizadas ao longo dos últimos anos em diferentes comunidades indígenas em parceria com várias instituições governamentais, não-governamentais, de ensino e pesquisa, que, além de produzirem impactos diferenciados, também foram importantes para o desenvolvimento de metodologias educativas culturalmente sensíveis e produção de materiais educativos.

No entanto, o atual desafio é estruturar os 34 DSEI existentes, para que incorporem em sua prática cotidiana as ações de prevenção, assistência, vigilância e monitoramento das DST/aids, tal como proposto pela III Conferência de Saúde Indígena (ANEXO I).

Para implantar estas ações, será fundamental o exercício da **intersectorialidade** ³, e o investimento na capacitação dos profissionais de saúde em 2004. Neste sentido é importante incluir nas pactuações locais as demandas dos DSEI, quanto a medicamentos para DST, preservativos, leite para as crianças filhas de mães portadoras do HIV etc. A participação das Coordenações Estaduais de DST e Aids, bem como de outros programas das Secretarias Estaduais de Saúde, e das organizações não-governamentais (ONG) será imprescindível para a execução das ações propostas.

“O modelo de assistência proposto para os DSEI caracteriza-se pela ênfase na Promoção da Saúde, pela oferta ininterrupta de serviços nas aldeias, pela adoção da demanda programada e utilização das estratégias de programas nacionais de prevenção e controle de agravos. Por meio dessas medidas, buscase a substituição do modelo campanhista até então vigente, centrado na atenção periódica à demanda espontânea de casos em que a doença já está instalada. Outra característica desejável é que a assistência se mostre capaz de incorporar, em seus processos de programação e avaliação, as representações indígenas sobre saúde, doença e estratégias de cura e de adaptar as suas práticas sanitárias de modo a torná-las culturalmente adequadas a cada grupo étnico **adstrito**” ⁴.

Os povos indígenas são os sujeitos das ações de saúde e requerem respeito aos seus direitos, quais sejam, garantia de demarcação de suas terras e respeito a sua cultura, sem os quais a promoção da saúde não será alcançada.

Este documento procurou incluir as informações básicas para subsidiar os DSEI na implantação de seus Programas de DST e Aids, bem como na definição dos indicadores.

Para garantir a execução das ações este projeto propõe a parceria entre Ministério da Saúde e FUNASA no que se refere aos recursos financeiros e apoio técnico.

Quanto aos protocolos para tratamento de pessoas portadoras de DST, HIV, aids, gestantes soropositivas e crianças expostas, deve-se adotar as mesmas orientações padronizadas pelo Programa Nacional de DST e Aids, para a população em geral.

³ O exercício da intersectorialidade na implantação de ações de prevenção para população indígena foi proposto nas oficinas Macro Regionais realizadas no ano de 2003.

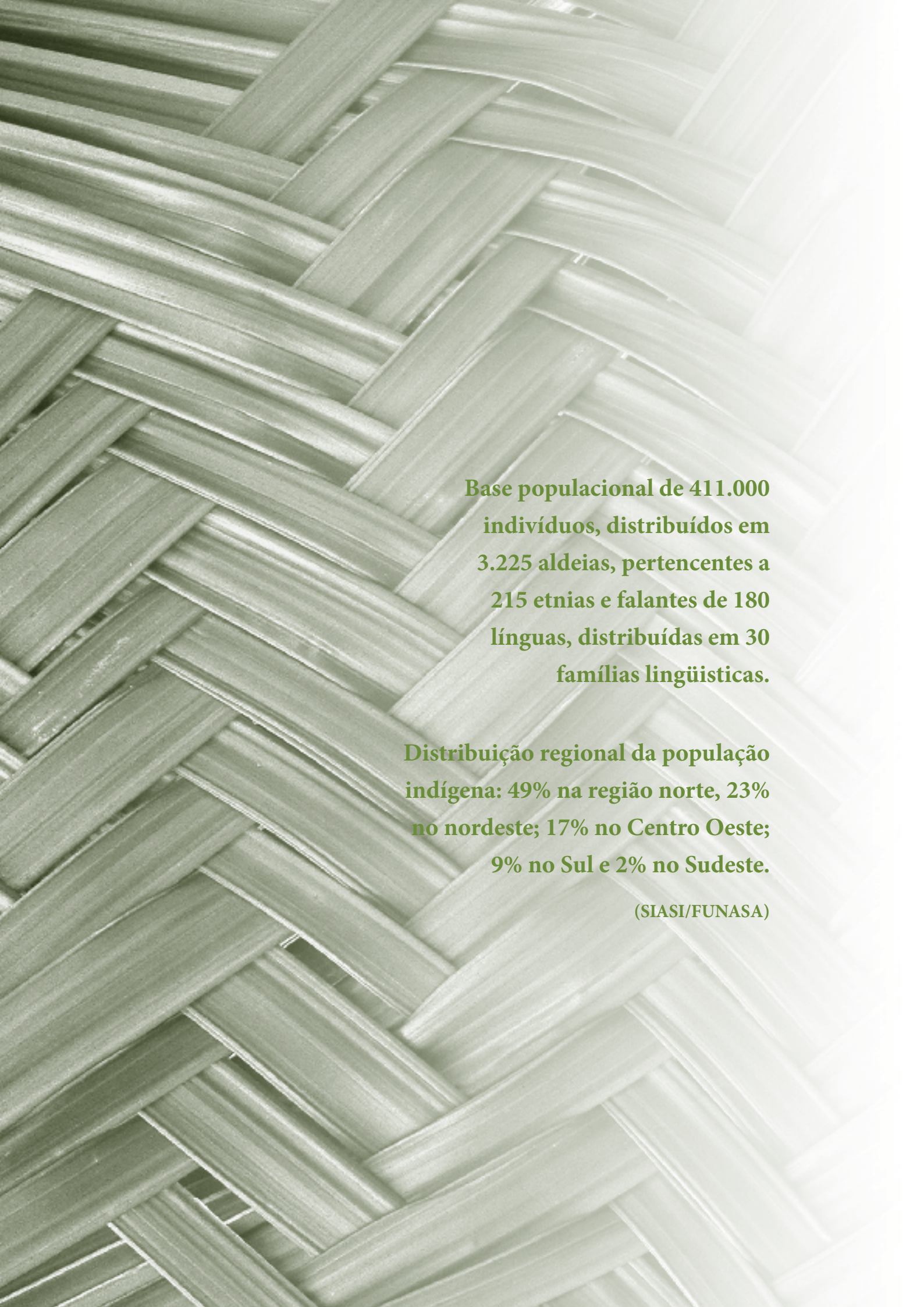
⁴ Povos indígenas e a construção de políticas de saúde no Brasil. Organização Pan Americana de Saúde. 2004. Autores: Luiza Garnelo/UFAM e Fiocruz AM, Guilherme Macedo e Luis Carlos Brandão/UFAM.

1

Demografia Indígena e Diversidade Cultural



Foto: Bento Viana - CTI Centro de Trabalho Indigenista



Base populacional de 411.000 indivíduos, distribuídos em 3.225 aldeias, pertencentes a 215 etnias e falantes de 180 línguas, distribuídas em 30 famílias lingüísticas.

Distribuição regional da população indígena: 49% na região norte, 23% no nordeste; 17% no Centro Oeste; 9% no Sul e 2% no Sudeste.

(SIASI/FUNASA)

Demografia Indígena⁵ e Diversidade Cultural

O Brasil possui uma imensa diversidade étnica e lingüística, estando entre as maiores do mundo. São 215 sociedades indígenas, mais cerca de 55 grupos de índios isolados, sobre os quais ainda não há informações objetivas.

As principais fontes de informação demográfica indígena são oriundas da FUNAI e do IBGE. Os dados disponíveis pela FUNAI não informam a composição demográfica dos residentes em áreas não demarcadas ou em espaços urbanos. Desde 1991 o IBGE inclui a categoria indígena em seus levantamentos, mas sem possibilitar a informação sobre a afiliação étnica dos recenseados.

Pelo IBGE, mais de 700 mil pessoas se auto-identificaram como indígenas, o que representa quase o dobro daqueles atualmente cobertos pelo subsistema de saúde indígena, que vem priorizando o atendimento aos grupos oficialmente reconhecidos pela FUNAI. Um exemplo da disparidade de dados é o estado de São Paulo, onde, segundo dados do IBGE, há 63 mil índios e, segundo dados do SIASI/FUNASA, dois mil.

O Sistema de Informação à Saúde Indígena/SIASI, que vem sendo implantado pela FUNASA, apresenta os seguintes dados:

- Base populacional de 411.000 indivíduos, distribuídos em 3.225 aldeias, pertencentes a 215 etnias e falantes de 180 línguas, distribuídas em 30 famílias lingüísticas.
- Distribuição regional da população indígena: 49% na região norte, 23% no nordeste; 17% no Centro Oeste; 9% no Sul e 2% no Sudeste (SIASI/FUNASA).

A Diversidade Cultural dos Povos Indígenas*

Estima-se a existência de cerca de 200 sociedades indígenas no Brasil. O número exato não pode ser estabelecido, na medida em que existem grupos indígenas que vivem de forma autônoma, não mantendo contato regular com a sociedade nacional.

Os dados demográficos das sociedades indígenas de hoje devem ser interpretados à luz do processo histórico, considerando as formas de contato que cada grupo tem mantido com a sociedade nacional, os efeitos das epidemias e os confrontos que tiveram com as frentes de expansão.

⁵ FUNASA e Povos indígenas e a construção de políticas de saúde no Brasil. Organização Pan-Americana de Saúde. 2004. Autores: Luiza Garnelo/UFAM e Fiocruz AM, Guilherme Macedo e Luis Carlos Brandão/UFAM.

A população dessas sociedades é muito variável, havendo grupos relativamente numerosos como os Tikuna (20 mil), Guaraní (30 mil), Kaingang (20 mil), Yanomami (10 mil) e outros como os Ava-Canoeiros, cuja população atual é de apenas 14 pessoas, o que implica que essa sociedade se encontra seriamente ameaçada de desaparecer.

As sociedades indígenas são muito diferenciadas entre si e, normalmente, essas diferenças não podem ser explicadas apenas em decorrência de fatores ecológicos ou razões econômicas.

Na década de 50, numa tentativa pioneira de caracterizar as semelhanças e diferenças existentes entre os diversos grupos indígenas brasileiros, o antropólogo Eduardo Galvão desenvolveu o conceito de áreas culturais. Esse conceito procurou agrupar todas as culturas de uma mesma região geográfica que partilhavam um certo número de elementos em comum.

Assim, os grupos indígenas do Brasil foram classificados em 11 áreas culturais: Norte-Amazônica; Juruá-Purus; Guaporé; Tapajós-Madeira; Alto-Xingu; Tocantins-Xingu; Pindaré-Gurupi; Paraná; Paraguai; Nordeste e Tietê-Uruguaí.

A área cultural do Alto-Xingu, por exemplo, adquiriu sua conformação geográfica a partir da observação de certos costumes comuns e específicos à maioria dos grupos indígenas da região. Entre esses costumes, destacam-se: a festa dos mortos, também conhecida como Kuarup; o uso cerimonial do propulsor de dardos; o uluri, acessório da indumentária feminina; as casas de projeção ovalada e tetos-parede em ogiva e o consumo da mandioca como base da alimentação desses grupos.

Decorridos quase 50 anos do estudo de Galvão, permanece a idéia, como recurso didático, de distribuir as sociedades indígenas em áreas, chamando atenção para suas características específicas e, ao mesmo tempo, assinalando sua diversidade cultural.

Considerando o fato de que várias sociedades indígenas se situam em região de fronteira e que circulam pelos países limítrofes ao Brasil onde vivem parentes e outros grupos com os quais se relacionam, uma nova configuração classificatória para as sociedades indígenas vem sendo proposta pelo antropólogo Julio Cesar Melatti - áreas etnográficas - que se estende para toda a América do Sul.

Para a definição das áreas etnográficas foram consideradas, sobretudo, as seguintes questões: a classificação lingüística, o meio ambiente e o contato das sociedades indígenas entre si e com as sociedades nacionais. A classificação lingüística é importante na medida em que existe um fundo cultural comum às sociedades que falam línguas relacionadas, fazendo supor que sejam oriundas de uma única sociedade anterior, mais remota no tempo.

Por essa concepção foram estabelecidas 33 áreas etnográficas para toda a América do Sul.

* Este texto encontra-se disponível na página da FUNAI/Museu do Índio www.funai.gov.br/museudoindio


A vertical decorative element on the left side of the page, featuring a repeating geometric pattern of squares and lines in a light green color.

2

Mapa dos DSEI

Foto: Bento Viana - CTI Centro de Trabalho Indigenista

A black and white close-up photograph of a young child's face, looking directly at the camera. The child has dark hair and a small, dark, circular mark on their cheek. The background is blurred, showing what appears to be a thatched roof or similar structure.

- 
- 01 - ALAGOAS E SERGIPE - AL/SE
02 - ALTAMIRA - PA
03 - ALTO RIO JURUÁ - AC
04 - ALTO RIO NEGRO - AM
05 - ALTO RIO PURUS - AC/AM/RO
06 - ALTO RIO SOLIMÕES - AM
07 - AMAPÁ E NORTE DO PARÁ - AM/PA
08 - ARAGUAIA - GO/MT/TO

09 - BAHIA - BA
10 - CEARÁ - CE
11 - CUIABÁ - MT
12 - GUAMÁ - TOCANTINS - MA/PA
13 - INTERIOR SUL - PR/RS/SCSP
14 - KAIAPÓ DO MATO GROSSO - MT/PA
15 - KAIAPÓ DO PARÁ - PA
16 - LESTE DE RORAIMA - RR

17 - LITORAL SUL - PR/RJ/RS/SC/SP
18 - MANAUS - AM
19 - MARANHÃO - MA
20 - MATO GROSSO DO SUL - MS
21 - MÉDIO RIO PURUS - AM
22 - MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES - AM
23 - MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO - ES/MG

24 - PARINTINS - AM/PA
25 - PARQUE INDÍGENA DO XINGU - MT
26 - PERNAMBUCO - PE
27 - PORTO VELHO - AM/MT/RO
28 - POTIGUARÁ - PB
29 - RIO TAPAJÓS - PA
30 - TOCANTINS - PA/TO

31 - VALE DO RIO JAVARI - AM
32 - VILHENA - MT/RO
33 - XAVANTE - MT
34 - YANOMAMI - AM/RR

Mapa dos DSEI

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como modelo de organização de serviços - estão orientados para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado. A definição territorial procurou obedecer aos seguintes critérios: população, área geográfica e perfil epidemiológico; disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra-estrutura; vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.



Fonte: DESAI/FUNASA/MS, fevereiro de 2003.

O Distrito Araguaia abarca Goiás, Mato Grosso e Tocantins, o Distrito Porto Velho, abarca Amazonas, Mato Grosso e Rondônia, o Distrito Alto Purus, abarca Acre, Amazonas e Rondônia. Nos distritos que abrangem mais de um Estado, há necessidade de se mobilizar parcerias no campo da saúde entre o sub-sistema de saúde indígena e demais instâncias locais do Sistema Único de Saúde, avaliando:

- DSEI com cada um dos Estados e Municípios da área de abrangência (caso dos DSEI Litoral Sul e Interior Sul);
- considerar o local sede do DSEI como referência (caso do DSEI Alto Juruá);
- considerar o fluxo de atendimento mais próximo (DSEI Araguaia, que tem sede em Mato Grosso, mas o fluxo de interlocução com a Coordenação Estadual de DST e Aids é Tocantins). Anexo a relação dos DSEI com seus respectivos endereços.

Tabela 1- População Indígena por DSEI, Pólo-Base, Município, Aldeias, Número de Residências, Número de Famílias

DSEI	Qtd de Pólos Base	Qtd de Municípios	Qtd de Aldeias	Qtd de Residências	Qtd de Famílias	Qtd de Pessoas
ALAGOAS E SERGIPE	8	8	35	1.957	2.516	8.809
ALTAMIRA	1	4	13	272	360	1.764
ALTO RIO JURUÁ	3	7	82	1.378	1.432	7.455
ALTO RIO NEGRO	18	3	500	565	5.066	27.372
ALTO RIO PURUS	3	7	92	990	1.271	6.702
ALTO RIO SOLIMÕES	10	6	157	214	5.355	28.227
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	6	4	103	1.159	1.229	7.179
ARAGUAIA	3	8	19	409	605	2.895
BAHIA	5	20	71	3.977	4.070	18.833
CEARÁ	6	6	46	1.692	2.064	8.850
CUIABÁ	3	13	70	753	840	4.626
GUAMÁ-TOCANTINS	4	14	37	687	1.047	4.263
INTERIOR SUL	6	53	138	5.741	6.948	32.235
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	2	6	13	314	626	3.866
KAIAPÓ DO PARÁ	2	5	34	335	689	3.131
LESTE DE RORAIMA	29	10	216	4.507	4.513	24.373
LITORAL SUL	11	36	69	908	1.119	4.471
MANAUS	11	10	124	2.618	2.679	15.669
MARANHÃO	5	14	222	4.102	4.586	21.357
MATO GROSSO DO SUL	13	27	60	9.852	10.630	50.155
MÉDIO RIO PURUS	10	2	56	506	621	3.213

MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	8	12	71	1.261	1.450	7.079
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	11	7	46	1.884	1.905	9.412
PARINTINS	14	5	79	1.518	1.617	7.984
PERNAMBUCO	8	13	188	7.082	8.184	32.404
PORTO VELHO	5	11	89	1.207	1.337	6.877
POTIGUARA	3	4	34	2.033	2.214	9.717
RIO TAPAJÓS	10	2	104	790	1.220	6.083
TOCANTINS	4	12	93	1.284	1.852	8.787
VALE DO JAVARI	8	1	39	493	662	3.405
VILHENA	4	13	123	895	1.179	5.330
XAVANTE	4	8	109	1.094	1.841	9.910
XINGU	3	8	51	330	465	4.228
YANOMAMI	38	8	304	1.331	2.848	14.386
Total	279	367	3.487	64.138	85.040	411.047

Fonte: SIASI-DESAI/FUNASA, 19/04/2003.

3

Vulnerabilidade, Sexualidade e Prevenção

Foto: Bento Viana - CTI Centro de Trabalho Indigenista



A vulnerabilidade social às DST/aids nas populações indígenas pode ser observada pela intensificação das relações dessas populações com a sociedade envolvente: frequência e permanência dos indígenas nas áreas urbanas e nas terras indígenas afetadas por projetos de exploração de recursos naturais. Além de causar grande impacto ambiental, essa situação agrega inúmeras possibilidades de aumento da exposição a DST/aids. A pauperização das condições de vida das populações indígenas também está entre os fatores de vulnerabilidade.

Vulnerabilidade, Sexualidade e Prevenção

Para que os técnicos possam elaborar uma reflexão crítica e produtiva e desenvolverem estratégias que respondam às necessidades da população indígena que estejam em sintonia com a política nacional de prevenção das DST/aids, devemos considerar três eixos norteadores: vulnerabilidade, sexualidade e prevenção das DST/aids. Identificar as vulnerabilidades e abordar temas relacionados a vivência da sexualidade nas comunidades indígenas são passos necessários para desenvolver ações de prevenção das DST/aids.

Vulnerabilidades

Devemos sempre lembrar que a exposição às DST/aids está diretamente relacionada a maneira como vivenciamos nossa sexualidade. Isto implica em uma delicada reflexão sobre mitos, crenças, valores e convenções sociais que, em muitas situações podem deixar um sujeito ou um grupo mais vulnerável à infecção pelo HIV e por outras DST.

Quando planejamos as ações de prevenção devemos primeiro identificar o contexto com o qual vamos trabalhar, por exemplo, o uso de álcool, situações de abuso sexual e violência, podem gerar relações sexuais desprotegidas. Devemos também considerar o acesso que a população tem aos serviços de saúde e a qualidade dos mesmos, identificando as vulnerabilidades programáticas que podem dificultar o acesso da comunidade aos insumos de prevenção e à atenção integral à saúde.

Quando pensamos no acesso da população indígena aos serviços de saúde é preciso levar em consideração a precariedade dos serviços em vigência na maioria dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)⁶, em que há alta rotatividade de profissionais, e a inexistência de uma política de recursos humanos na FUNASA.

A vulnerabilidade social às DST/aids nas populações indígenas pode ser observada pela intensificação das relações dessas populações com a sociedade envolvente: frequência e permanência dos indígenas nas áreas urbanas e nas terras indígenas afetadas por projetos de exploração de recursos naturais. Além de causar grande impacto ambiental, essa situação agrega inúmeras possibilidades de aumento da exposição às DST/aids. A pauperização das condições de vida das populações indígenas também está entre os fatores de vulnerabilidade.

O consumo excessivo do álcool produz inúmeras situações de vulnerabilidade para a comunidade indígena. Para lidarmos com esta questão, é necessário articular projetos

⁶ No Brasil, há 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI, de responsabilidade da FUNASA – ver modelo assistencial.

com o Centro de Monitoramento em Saúde Mental Indígena/FUNASA, que conta com o aporte de diversos pesquisadores na construção de alternativas de intervenção educativa, a partir dos elementos da própria cultura. Este trabalho está sendo construído e as experiências são recentes, mas já estão sendo apontados caminhos para o enfrentamento do consumo abusivo de álcool, na perspectiva da redução de danos.

Tabela 2 - Fatores de risco e vulnerabilidade para os povos indígenas

Fatores Externos que condicionam a Vulnerabilidade das Comunidades Indígenas	Fatores Internos das Comunidades Indígenas que aumentam o risco e vulnerabilidade	Respostas Institucionais
1.Exploração de recursos florestais.	1.Nível do poder aquisitivo e escolaridade	1.Situação de regularização da terra indígena
2.Mineração e garimpagem em terras indígenas.	2.Nível do poder político e capacidade de mobilização	2.Existência de índios funcionários de instituições públicas que se deslocam com frequência.
3.Estradas e/ou ferrovias	3.Equilíbrio das relações de parentesco e questões de gênero	3.Existência de projetos de desenvolvimento comunitário
4.Arrendamento de terra indígena	4.Nível de conhecimento sobre situação de saúde e formas de transmissão de doenças	4.Existência de distritos sanitários especiais indígenas e acesso a serviços de saúde
5.Projetos do setor elétrico	5.Moradores fixos extra-grupais e mobilidade de segmentos de maior status no grupo	5.Política de RH para formação de agentes indígenas de saúde
6.Invasões	6.Inter-relações grupais e inter-étnicas	6. Programas de DST/AIDS implantados nos DSEI
7.Núcleos rurais e projetos de colonização	7.Presença indígena em núcleos urbanos	
8.Ocorrência de viajantes regulares		
9.Presença de agências indigenistas		
10.Presença de Batalhões de Fronteira ou efetivos Militares		

Sexualidade

Entre os povos indígenas, a sexualidade tem como elementos estruturantes o contexto histórico, sócio-cultural e interétnico. A divisão sexual do trabalho de cada um dos povos é um processo que integra, em um movimento contínuo, elementos do mundo mitológico, as práticas sexuais, a noção de corpo e dos fluidos corporais vitais, as relações de parentesco que regulam possibilidades de arranjos matrimoniais, as práticas rituais de iniciação e passagem, a expressão da afetividade, a estética, os papéis sociais masculino e feminino, a vivência da sexualidade nas diferentes fases da vida, a relação entre as diferentes idades etc.

Segundo esse enfoque, as expressões da sexualidade são construídas no contexto cultural de cada sociedade humana e, nesta construção, adquirem sentido e significação para toda a vida. Aliás, é este posicionamento polissêmico frente à vida, aparentemente pragmático e imediato, que rompe com a tradição de abordagens que naturalizam a sexualidade, sejam as determinadas por modelos biológicos, sejam as que acentuam a importância do comportamento.

“Os mitos são contados num contexto social muito diferente do nosso, que devemos sempre ter em mente e procurar compreender. As relações de parentesco são fundamentais na sociedade indígena, base para a cooperação econômica, a moradia, o casamento. Há poligamia em muitos povos, aceita como padrão cultural, e existe mesmo a poliandria (uma mulher casada com vários homens). Aceita-se, por exemplo, em vários povos, que um homem namore uma mulher e suas irmãs, ou uma mulher um homem e seus irmãos, justamente a relação mais desleal para nós. O sexo é menos tabu para nós, a nudez um fato corriqueiro, o corpo e as funções biológicas integram o cotidiano com naturalidade. O ciúme, assim, veste-se com outras capas.

Os conceitos de concepção diferem dos elaborados pela ciência e pela medicina ocidental, o que influencia as relações afetivas e as reações de ciúme, ou a idéia do que é o adultério e a traição. Muitos povos consideram que uma criança é gerada por uma mulher e todos os homens que com ela tiveram relações sexuais em diferentes ocasiões, mesmo durante a gravidez, pais misturados do nenê que nasc, e responsáveis por sua saúde, devendo manter dieta especiais e obedecer a muitas regras e proibições. O período de fertilidade é elástico, certamente não é o que corresponde a ovulação, entre as menstruações, e mais coincidiria, em muitas culturas, com a própria época da menstruação.

Não é de espantar que o sexo seja um núcleo temático central nos mitos. A mitologia tem como um de seus esteios a explicação do universo, da criação, portanto do grande mistério do nascimento, evocando o corpo da mãe, de onde todos surgimos, emergindo da origem escura e infinita, ventre e cosmos, passagem à luz e à vida. ...Podemos tomar os mitos como uma trilha inovadora para conhecer o amor e a sexualidade no mundo indígena. É verdade que são o imaginário, livre de regras, a fantasia, mas revelam aspectos, nem sempre notados, na sociedade, do comportamento e dos papéis sexuais, dos costumes, da religião e das crenças. Conversar sobre mitos é uma porta original para mergulhar nos padrões sexuais de cada povo e afastar preconceitos. Ao apreciá-los estamos valorizando o acervo cultural de cada povo, que tem motivos para orgulhar-se do que é seu.

Quem estiver implementando políticas de saúde entre os índios terá muito mais canais de comunicação e naturalidade na conversa se conhecer e familiarizar-se com o conteúdo cultural de cada grupo. Estudar, aprender, ouvir, perguntar, respeitar – normas a serem seguidas, sempre procurando preservar e não abafar traços culturais, por mais que nos pareçam estranhos, desde que obedçam aos princípios éticos de nossa sociedade, de que hoje os índios também fazem parte. Em relação à sexualidade, a cultura indígena apresenta sob muitos aspectos uma liberdade de expressão, de comportamentos, de linguagem e de imagem que só temos a ganhar se incorporarmos ao nosso próprio universo criativo.”⁷

7 Betty Mindlin. “Mito e Sexualidade”. Texto no PRELO, a ser publicado pelo Programa Nacional DST/Aids.

Há poucos estudos no Brasil que abordam as representações sobre o processo de saúde e doença ou sobre noções de corpo nas diferentes etnias indígenas.

Estamos diante da complexidade que envolve a dificuldade de compreender a categoria analítica da sexualidade, quando se trata das populações indígenas na sua grande diversidade cultural.

Ester Langdon, no artigo *As relações entre saúde e cultura: implicações para as estratégias de prevenção da aids*, aponta:

“Junto a estes fatores externos, resultantes da situação do índio hoje no Brasil, há também fatores culturais que podem contribuir para a transmissão da doença, uma vez introduzida na comunidade. As normas do comportamento sexual, os modos de casamento, e os valores ligados à sexualidade, reprodução e intimidade, são determinados pela cultura, compreendendo os valores e símbolos dominantes, a organização social e a visão de mundo geral. Não é possível generalizar sobre estes assuntos com referência aos grupos indígenas porque seus comportamentos e valores são tão variáveis quanto o número de etnias. Cada cultura tem sua especificidade. Porém, já ouvimos alguns exemplos das possíveis diferenças. Os casais Xokleng têm costume de trocar parceiros sem os ciúmes ou sentimentos de posse que caracteriza nossos casamentos (Henry 1941). Os Tucanos da fronteira com a Colômbia acreditam que o sêmen nutre o feto, contribuindo para a formação dos ossos (Hugh-jones 1979). Entre outros grupos, nos quais as mulheres casadas grávidas podem ter amantes, o amante também contribui para a formação da criança e é reconhecido como um segundo pai. Como convencer estes grupos que devem adotar preservativos para obstruir o sêmen?

Sabemos, também, que o corpo entre as populações indígenas é altamente simbolizado, representando a pessoa, sua categoria social, e sua cosmovisão (Seeger et. Alli. 1987). Tentar mudar comportamento ligado com o corpo e à sexualidade em populações culturalmente diferenciadas da nossa é uma tarefa sumamente difícil, e podemos afirmar que devido aos valores e representações do corpo característicos das populações indígenas, estamos enfrentando um verdadeiro desafio. A comunicação é quase impossível se não entendermos as especificidades culturais do grupo – como eles percebem o corpo, a sexualidade, a reprodução, a intimidade. Como convencer estes povos a adotar novos comportamentos se não sabemos suas percepções, seus valores?”⁸

Como exemplo dos desafios que se colocam para o trabalho de prevenção frente à grande diversidade cultural indígena, a adoção do preservativo entre os povos indígenas como forma de proteção das DST/HIV/aids tem sido interpretada de diferentes maneiras. Essas intervenções incluem a possibilidade de proteção e de interferência no controle e crescimento populacional. Além disso, é preciso considerar as representações de cada povo quanto aos papéis de gênero e às formas de transmissão das doenças.

No campo da antropologia, a sexualidade tem sido abordada “a partir da teia de significados e relações sociais que (...) [a] sustentam em um determinado contexto (...) existem etnografias clássicas que descrevem práticas sexuais de sociedades ditas primitivas (...) investigava-se a dimensão da sexualidade – bem como as relações de parentesco, o modo de produção e organização política, as formas de expressão

⁸ Ester Jean Langdon. *As Relações entre saúde e cultura: implicações para as estratégias de prevenção de AIDS*.

religiosas etc. – no esforço de conhecer as diferentes modalidades de organização social peculiares a cada grupamento humano”.

Marina Cardoso, em sua reflexão sobre a sexualidade e a temática **antropológica**⁹, cita o Clássico “A vida Sexual dos Selvagens”:

“O sexo não é para o habitante primitivo das ilhas do pacífico, como para nós tão pouco, uma simples questão fisiológica; ele implica o amor e o namoro; torna-se o núcleo de instituições tão veneráveis como o casamento e a família; inspira a arte e constitui a fonte de suas magias e sortilégios. Domina, na verdade, quase todos os aspectos da cultura. A sexualidade em seu sentido mais amplo – aquele que ela assume no título deste livro –, é mais do que mera relação carnal entre dois indivíduos, uma força sociológica e cultural” [Malinowski, 1983 : 21 (1929)]

Além das práticas tradicionais de cada povo, outros aspectos da vida social associam-se aos elementos fruto da relação com a sociedade envolvente, nos meios rurais e urbanos, que contribuem para a mudança e adoção de práticas e que podem colocar em risco a saúde da população, como as que favorecem o contato e a disseminação das DST e do HIV.

“O contato com um mecanismo de transmissão de doença ligado à sexualidade reagudizou vivências traumáticas dos participantes, que só podem ser adequadamente entendidas à luz da história do contato.

Boa parte da mitologia do Alto Rio Negro, como é hábito entre os povos indígenas, trata da regulação das regras de comportamento moral, inclusive sexual, dos membros da sociedade e dos ancestrais míticos que criaram e organizaram o cosmo. Assim sendo, tais narrativas tem um caráter fortemente sexualizado e foram reprimidas com violência pelos missionários católicos, no processo de conversão efetuado naquela região. A história da catequese mostra que os indígenas do Alto Rio Negro eram proibidos de falar sua própria língua, de praticar seus ritos, e verbalizar sua rica tradição mítica, pois tais costumes, sendo considerados pecaminosos e liberadores de uma sexualidade considerada desenfreada pelos missionários, tinham que ser firmemente reprimidos, a fim de que os missionários conseguissem obter a desejada mudança das pautas de comportamento dos indígenas.”¹⁰

Prevenção das DST/Aids

O trabalho de prevenção deve partir das percepções de cada comunidade indígena sobre o HIV, sobre as formas de transmissão e prevenção. A presença de portadores do HIV em algumas comunidades indígenas traz novos desafios e ainda é motivo de muitas dúvidas, tendo acarretado, em algumas situações, atitudes de exclusão da vida social e afastamento temporário ou definitivo da **comunidade**¹¹. Os profissionais de saúde podem contribuir com a discussão nas comunidades quando estas situações forem identificadas.

9 Marina D. Cardoso. Corpo e sexualidade: sobre a temática antropológica. Texto no Prelo, a ser publicado pelo Programa Nacional DST/Aids.

10 Luiza Garnelo, Sully Sampaio, Raimunda Silva, Erson Rocha. Representações indígenas sobre DST/Aids no Alto Rio Negro – Aspectos Preliminares.

11 Em algumas comunidades indígenas, é muito difícil preservar a identidade dos portadores de HIV.

Ampliar o acesso ao diagnóstico tem sido considerado pelas próprias comunidades como uma estratégia complementar importante. No entanto, tem-se observado que o aconselhamento no oferecimento da testagem é, ainda, uma prática pouco utilizada pelos profissionais de saúde, resultando numa precariedade da avaliação de riscos e comprometendo a adoção de práticas mais seguras.

Garantir o sigilo sobre o resultado dos exames de HIV tem, também, diferentes significados nas comunidades indígenas, podendo gerar situações em que se pleiteia a testagem de toda a comunidade. Também nesses casos, debater amplamente com a comunidade, respeitando seus interlocutores e mediadores, faz a diferença para que não se leve à falsa percepção de proteção diante de um resultado negativo. Organizar o DSEI para trabalhar com o oferecimento adequado da testagem pode ajudar a evitar situações desta natureza.

Não podemos deixar de registrar a interferência exercida pelas missões religiosas no trabalho de prevenção junto às populações indígenas e o acesso aos serviços de saúde pelos indígenas nas áreas que têm presença missionária. Este tema precisa ser melhor dimensionado em conjunto com a FUNASA.

Com base na experiência acumulada pelos projetos de prevenção desenvolvidos por organizações indígenas e indigenistas, destacamos aspectos a serem considerados no trabalho de prevenção das DST/aids nos DSEI:

- Conhecimento das populações indígenas sobre DST e aids – as referências que estão disponíveis são resultado dos projetos desenvolvidos em áreas indígenas que revelam ainda grande lacuna de diferentes povos quanto as formas de transmissão e prevenção das DST aids;
- Cada cultura e sua cosmovisão contêm elementos que podem influenciar no resultado do trabalho de prevenção;
- O trabalho deve ser realizado considerando o sentido da comunidade e a solidariedade;
- No planejamento e na realização das ações deve-se considerar a importância da participação dos líderes comunitários (pajés, líderes, etc) pois eles são referência para a comunidade e podem facilitar o processo, contribuindo na sensibilização e na viabilização das ações;
- A transmissão de conhecimentos sobre prevenção deve ser feita com a utilização de formas de linguagem culturalmente adequadas, por exemplo, através de imagens e símbolos;
- Visão holística da medicina: ao introduzir a temática da prevenção devemos sempre considerar os saberes tradicionais;
- Valorizar o potencial criativo dos jovens, incluindo-os no processo de criação de material educativo, programação de rádio, etc;
- Compreender e valorizar os contextos sociais e culturais do grupo;
- Buscar metodologias que possam dar respostas eficazes aos trabalhos educacionais;
- Promover a participação efetiva da comunidade em questão, elemento fundamental para o sucesso dos programas;
- Estabelecer um cronograma de atividades que garanta a continuidade das ações implementadas

- Considerar que todo processo de mudança ocorre a médio e longo prazo, a partir de ações sistemáticas;
- Considerar que o uso de preservativo continua sendo uma prática não habitual entre as comunidades indígenas;
- Ao tratar a temática da sexualidade deve-se atentar para as crenças locais e considerar que a saúde reprodutiva das comunidades indígenas merece atenção especial;
- Desmistificar a concepção segundo a qual a doença esta fora e não dentro da aldeia, já que ainda existe, nos grupos, a crença de que a doença acontece lá fora, ou na cidade, e que a aldeia estaria protegida do externo;
- Capacitar e instrumentalizar os profissionais de saúde que estão atuando nas áreas indígenas, bem como os profissionais da rede do SUS de referência, para que possam lidar de forma adequada com toda essa diversidade;
- Ao planejar as ações devemos atentar para a presença de missões religiosas nas áreas indígenas que não concordam com a adoção do preservativo como forma de prevenção;
- As ações devem considerar o consumo abusivo de álcool e outras drogas como um dos principais produtores de vulnerabilidade na população indígena;
- A Pauperização das condições de vida de algumas comunidades vêm trazendo uma série de transformações nos hábitos cotidianos que deixam as comunidades mais vulneráveis à infecção pelo vírus HIV e outras DST;
- A intrusão das terras indígenas e os conflitos fundiários;
- Relações de poder e a construção cultural de gênero;
- A violência doméstica e sexual deixa as mulheres em situação de maior vulnerabilidade, pois sentem-se ameaçadas e com medo de expor aos profissionais de saúde as situações que vivem, situação que as impede de negociar o uso do preservativo;
- Nas comunidades indígenas há muita referência a fidelidade como fator de proteção das DST/aids;
- Existem poucas pesquisas que relatam as concepções culturais sobre corpo, fluidos corporais e concepção, havendo, portanto, a necessidade de maior conhecimento dos temas sexualidade, saúde sexual e reprodutiva em populações indígenas;
- As ações devem garantir o acesso ao preservativo e promoção do uso consistente
- O Aleitamento cruzado é uma prática muito comum na população indígena, para que esta prática não seja um vetor de transmissão do vírus HIV a comunidade deve estar adequadamente informada sobre as formas de transmissão, ter acesso ao diagnóstico e receber assistência de qualidade que possa garantir o acompanhamento das gestantes soropositivas durante todo o pré-natal e no momento do parto;
- O sucesso das ações de prevenção depende muito da existência de ações educativas que trabalhem os temas com linguagem adequada aos diferentes contextos culturais e com envolvimento dos diferentes atores sociais no processo de organização, definição e realização;
- Em algumas situações as comunidades indígenas assumem a postura de identificar as pessoas vivendo com HIV/aids, vendo neste gesto um mecanismo

protetor para o resto do grupo, esta questão deve ser trabalhada com bastante cuidado e sempre reforçando as informações necessárias, pois este gesto pode deixar as pessoas vivendo com HIV/aids mais vulneráveis;

- Os sujeitos indígenas que vivenciam sua sexualidade de maneira diferente da tradicional podem ser estigmatizados em algumas situações, o que pode deixá-los mais vulneráveis.

Eixos do trabalho de prevenção das DST/aids:

Das equipes dos DSEI:

1. De acordo com as diretrizes da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cabe a FUNASA promover a sensibilização cultural dos profissionais de saúde e preparação de recursos humanos para a atuação em contexto intercultural, em processo de educação permanente;
2. Considerar, no planejamento do trabalho, a perspectiva da interculturalidade, desde a identificação das necessidades até a avaliação do impacto das ações na saúde da população **enfocada** ¹².
3. Ter profissionais de referência para cada DSEI – antropólogos, lingüistas e pedagogos. Estes profissionais poderão contribuir com os profissionais de saúde quanto a: acesso a literatura sobre as etnias da área de abrangência de cada DSEI, orientação sobre como realizar levantamento de dados que possam embasar o planejamento das ações educativas de prevenção e saúde, contribuir na organização e realização das oficinas de prevenção com os multiplicadores da comunidade e oficinas de produção de material educativo culturalmente sensíveis. Os agentes indígenas de saúde podem dar um amplo apoio a este trabalho, considerando-se, inclusive, o domínio da língua materna.
4. Garantir uma equipe de formadores composta por educadores (AIS, lingüistas ou pedagogos) e antropólogos em cada DSEI. Essa equipe atuará junto à equipe multidisciplinar com a finalidade de dar suporte às atividades dos técnicos e auxiliares nas áreas indígenas e nas CASAI, fazendo acompanhamento e avaliação.

Das ações educativas - Oficinas Pedagógicas e construção de materiais educativos culturalmente adequados

- Organizar oficinas pedagógicas para os interlocutores/multiplicadores das diferentes etnias.
- Quando necessário, construir materiais culturalmente sensíveis com a participação da comunidade, que possam ser utilizados no trabalho contínuo.
- Público das oficinas:
 - Interlocutores - AIS, AISAN, auxiliares de enfermagem, professores, funcionários da FUNAI, parteiras, lideranças, pajés etc.
 - Comunidade indígena.
- Equipe necessária:
 - Equipe de formadores.
 - Equipe multidisciplinar.
 - Antropólogo, lingüista, pedagogo

¹² Dominique Buchillet. Levantamento e avaliação de projetos de saúde em áreas indígenas da Amazônia Legal – suporte a projetos culturalmente sensíveis. 1998.

A forma de realizar estas discussões com a comunidade deverá ser de acordo com a realidade local:

- Muitas comunidades preferem que as oficinas reúnam homens e mulheres separadamente pois sentem-se mais a vontade para expor questões relacionadas à sexualidade;
- Na elaboração das oficinas de prevenção é importante considerar as especificidades, organizando os grupos por classe de idade ou de casados e não casados, por exemplo;
- Lembramos que a maioria dos agentes indígenas de saúde são homens. Este é um dos fatores que fazem com que muitas mulheres não falem sobre DST/aids com os agentes indígenas de saúde, por isso deve-se estimular as mulheres para que atuem como agentes indígenas, especialmente realizando ações de prevenção;
- Há situações em que a abordagem individual é a melhor estratégia para o estabelecimento do vínculo com as mulheres;
- Quando o profissional de saúde leva informações pontuais até a comunidade por meio de palestras a população muitas vezes não se sente à vontade e não tem espaço para elaborar suas dúvidas, neste sentido, não é recomendado a utilização desta prática para trabalhar ações de prevenção das DST/aids;
- As especificidades de cada povo devem ser respeitadas, dentro de um mesmo DSEI pode-se optar pela construção de materiais de cada etnia ou de um material do DSEI que contemple as concepções de saúde e doença de cada etnia. Nos locais onde houver materiais educativos já produzidos, estes deverão ser avaliados quanto a sua eficácia enquanto instrumento de comunicação, para que se considere a real necessidade de outros materiais.

Do Preservativo

No Brasil, as ações desenvolvidas para a prevenção das DST/aids e a promoção da saúde primam pela recomendação do uso do preservativo em todas as relações sexuais. Abordagens que recomendam a diminuição do número de parceiros, a abstinência e a fidelidade não têm tido impacto entre as pessoas sexualmente ativas.

Abordar as diversas práticas sexuais (anal, vaginal, oral), destacando as diferentes vulnerabilidades masculinas e femininas (biológicas e de gênero) é fundamental para que homens e mulheres percebam as situações de vulnerabilidade, não apenas a partir do seu comportamento sexual, mas também de suas parcerias – homo e/ou heterossexuais.

Avaliando-se a intensificação das relações das populações indígenas com a sociedade envolvente, tem-se observado a orientação interna em diversas comunidades sobre a necessidade de adoção do preservativo, nas relações sexuais estabelecidas fora da comunidade. No entanto, percebe-se que este mecanismo pode, ainda, ser limitado como estratégia de prevenção, principalmente nas comunidades que têm contato mais intenso e antigo com a sociedade envolvente.

Para abordar o uso do preservativo como prática sexual segura, há então que se refletir sobre as particularidades culturais no campo da sexualidade,

considerando-se, também, as práticas adotados ao longo do contato dos povos indígenas com a sociedade envolvente. *Neste sentido, todo projeto de saúde pública visando mudar comportamentos considerados como de risco, deve levar em conta a cultura que lhe é subjacente.*¹³

Usar o preservativo nas relações dentro das aldeias e/ou fora delas? Esta é uma pergunta que vem sendo feita desde que se iniciaram as intervenções junto às populações indígenas para se prevenir das DST e HIV/aids. Influenciam na tomada de decisão quanto ao uso do preservativo, as representações indígenas sobre corpo e seus fluidos, o processo de reprodução, a concepção de saúde, os namoros conjugais e extra-conjugais.

Os conselhos locais devem ser envolvidos na discussão sobre as ações de prevenção e disponibilização de preservativos. Experiências recentes de projetos de prevenção, que incluem a capacitação de profissionais de saúde, têm apontado algumas das percepções destes sobre o uso do preservativo pelos indígenas e a necessidade de não ser pensado isoladamente da ação permanente de saúde.

Propostas

- Abordar o uso do preservativo nas ações educativas e no momento do aconselhamento.
- Disponibilizar preservativo masculino para as atividades educativas e atendimento das necessidades das comunidades no contexto das ações educativas, respeitando-se as especificidades de cada povo.
- Os DSEI e os Programas Estaduais de DST/Aids devem planejar em conjunto e estabelecer logística para garantir o oferecimento de preservativos à comunidade, de acordo com suas necessidades, nos postos indígenas, pólos-base, CASAI e associações indígenas. Considerar a possibilidade de disponibilizar preservativos femininos.

Diagnóstico e aconselhamento

Aconselhamento é um diálogo baseado em relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que ela avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar as situações de vulnerabilidade relacionados às DST/aids.

O papel do profissional no aconselhamento:

- Ouvir as preocupações do indivíduo;
- Propor questões que facilitem a reflexão e a superação de dificuldades;
- Prover informação, apoio emocional e auxiliar na tomada de decisão para adoção de medidas preventivas na busca de uma melhor qualidade de vida

O aconselhamento deve estar presente em todos os momentos da atenção à saúde, ele transcende o âmbito da testagem e contribui para a qualidade das ações educativas em saúde. Fundamenta-se em prerrogativas éticas que reforçam e

¹³ Dominique Buchillet. Levantamento e avaliação de projetos de saúde em áreas indígenas da Amazônia Legal. 1998.

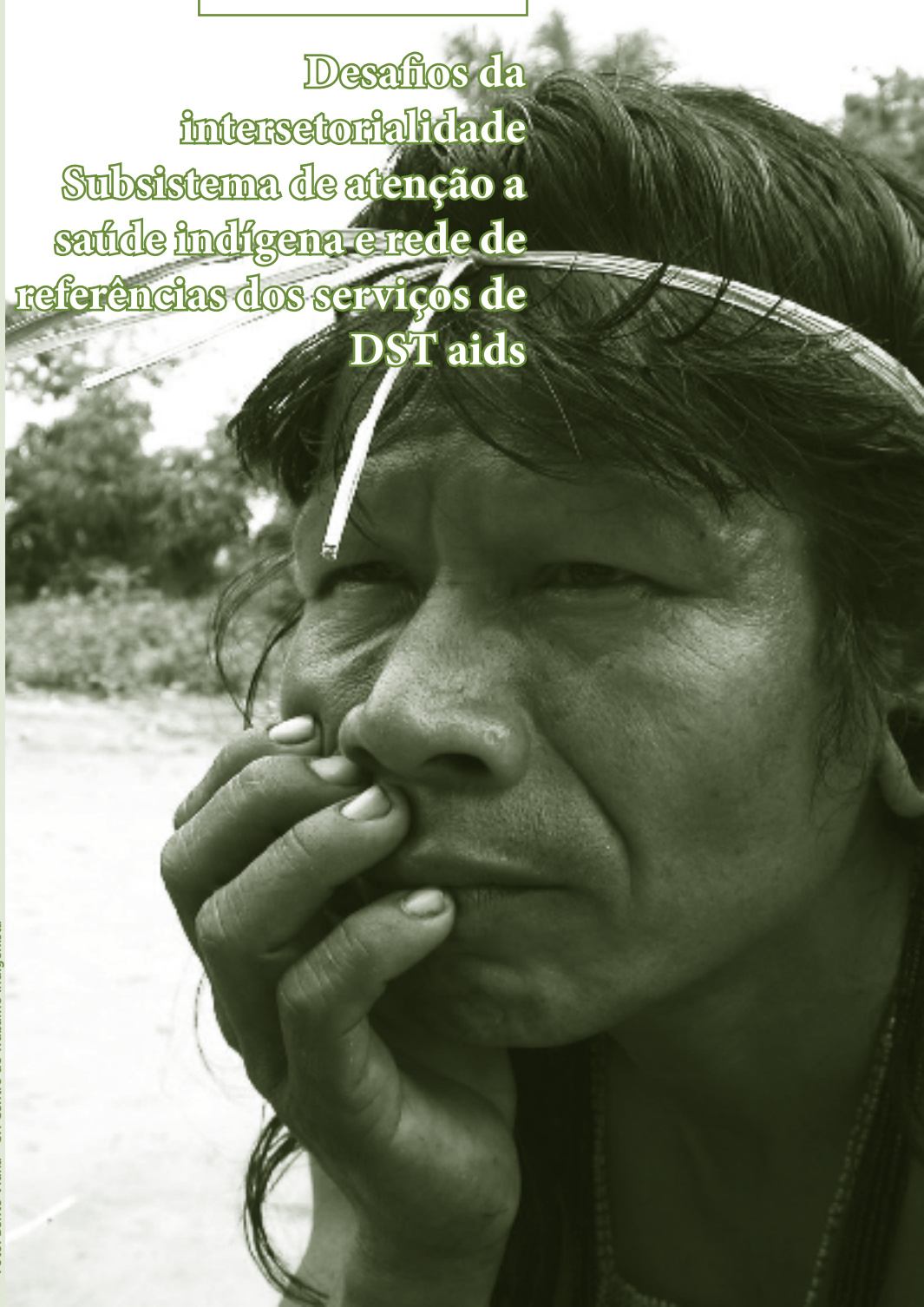
estimulam a adoção de medidas de prevenção das DST/aids e que orientam os indivíduos no caminho da cidadania e na plena utilização dos seus direitos.

Os programas estaduais de DST/aids poderão organizar, em conjunto com os DSEI e Pólos de educação permanente, cursos de aconselhamento para os profissionais de saúde que atuam com a população indígena –médicos, enfermeiros, auxiliares de saúde e agentes indígenas de saúde lotados nos postos indígenas, pólos-base e CASAI.

O manual e a metodologia para aconselhamento definidos para a atenção básica deverão ser utilizados em treinamentos para profissionais de saúde indígena para incorporação das recomendações que atendam às especificidades da população indígena.

4

Desafios da
intersetorialidade
Subsistema de atenção a
saúde indígena e rede de
referências dos serviços de
DST aids



Educação e promoção de práticas seguras;

Vacinação contra Hepatite B;

Aconselhamento e oferta do teste anti-HIV;

Manejo das DST por meio de abordagem
sindrômica;

Aquisição e disponibilização de
medicamentos para as DST em conjunto com
estados e municípios;

Aquisição e disponibilização de preservativos
em conjunto com estados e municípios;

Prevenção da transmissão vertical do HIV, da
sífilis e das hepatites;

Referenciamento das pessoas diagnosticadas
com HIV e hepatites aos serviços
especializados;

Vigilância Epidemiológica;

Articulação com as propostas de prevenção ao
abuso de álcool e outras drogas.

Desafios da intersectorialidade

Subsistema de atenção à saúde indígena e rede de referências dos serviços de DST aids

Antes mesmo da elaboração de um modelo de atenção em DST e aids dirigido à população indígena, é necessário ressaltar a importância estruturante da FUNASA na construção de um modelo de atenção integral à saúde indígena, articulando este “subsistema” ao SUS. O impacto potencial deste modelo dependerá, por um lado, da capacidade da FUNASA de desempenhar o papel da atenção primária à saúde indígena (ressaltando a avaliação da cobertura prestada pelos recursos humanos da FUNASA nas áreas indígenas), e, por outro, da capacidade de os serviços especializados do SUS absorverem a demanda referenciada, em um lugar de retaguarda a esse subsistema.

Conforme registros enviados ao PN-DST/AIDS, vem-se observando um aumento da incidência de DST e aids entre indígenas residentes e/ou freqüentadores das áreas urbanas – com destaque para os moradores da periferia dos centros urbanos – e entre habitantes das aldeias nas Terras Indígenas. Considerando que as ações de vigilância, prevenção e promoção à saúde estão sob responsabilidade da FUNASA, e que as referências para média e alta complexidade são os serviços do Sistema Único de Saúde da própria região, utiliza-se como estratégia o fortalecimento das estruturas da FUNASA – os DSEI – com os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), ambulatórios de atendimento de DST e aids (em especial os Serviços de Atendimento Especializado, SAE) e os hospitais de referência como retaguarda àquelas estruturas.

É necessário discutir a influência das DST no cotidiano das pessoas identificando os danos como: as complicações, infertilidade, aborto, gravidez fora do útero, câncer de colo de útero, facilitadoras da infecção pelo HIV, etc;

Como diretrizes para a consolidação da resposta, inicialmente, é importante ressaltar a necessidade de uma proposta que seja alicerçada na resolutividade. A pactuação do papel dos DSEI e do SUS é fundamental na elaboração de uma proposta articulada na perspectiva de rede.

Quanto à questão das DST e aids, entende-se que a FUNASA tem como papel mínimo realizar:

- Educação e promoção de práticas seguras;
- Vacinação contra Hepatite B;
- Aconselhamento e oferta do teste anti-HIV;
- Manejo das DST por meio de abordagem sindrômica;
- Aquisição e disponibilização de medicamentos para as DST em conjunto com estados e municípios;

- Aquisição e disponibilização de preservativos em conjunto com estados e municípios;
- Prevenção da transmissão vertical do HIV, da sífilis e das hepatites;
- Referenciamento das pessoas diagnosticadas com HIV e hepatites aos serviços especializados;
- Vigilância Epidemiológica;
- Articulação com as propostas de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas.

Rede Distrital de Serviços – Distritos Sanitários Especiais Indígenas

No plano local, os DSEI concretizam-se por uma rede física composta, nas aldeias, pelos Postos de Saúde Indígena, tipos I e II, onde atuam os agentes indígenas de saúde (3.276 AIS), agentes indígenas de saneamento (437 AISAN) e os auxiliares de enfermagem (1.220 profissionais na rede), respectivamente. Conta, ainda, com os Pólos-Base, uma unidade de maior complexidade, responsável pela cobertura de um conjunto definido de aldeias, com seus respectivos postos e agentes de saúde, comportando a lotação de pessoal de enfermagem (362 enfermeiros) e a visita periódica de médico (228 profissionais na rede) e odontólogo (229 profissionais na rede) em sua área de abrangência. Em algumas situações específicas, os Pólos-Base podem se localizar em pequenas cidades, cuja posição estratégica facilita o acesso aos serviços nele contidos.

Outro espaço de atenção à saúde dos DSEI é representado pelas Casas de Saúde do Índio (CASAÍ), uma unidade de apoio ao tratamento de pacientes indígenas encaminhados para atendimento na rede de referência do SUS. Dada a sua função de elo com a rede de referências, que se localiza longe das aldeias, as CASAÍs costumam ser sediadas em áreas urbanas, representando uma transição entre a rede do subsistema de saúde indígena e os outros níveis de complexidade do SUS.

O grau de resolutividade previsto para a rede própria dos DSEI restringe-se à prestação de serviços de atenção básica, gerando demandas para outros níveis do SUS, nos casos em que haja necessidade de referência para níveis de atenção de média e alta complexidade. Nestas situações, o paciente indígena deixa de gozar de atenção diferenciada e passa a receber atendimento similar àquele prestado à população não indígena.

Quanto maior for o nível de resolutividade da FUNASA, menos freqüentes serão as saídas das pessoas de sua área, melhorando sua qualidade de vida e permitindo o manejo das situações pela equipe já inserida na comunidade e familiarizada com costumes, hábitos e valores, sem as inevitáveis perdas relacionadas a essas rupturas. Além da importância do foco cultural, é preciso considerar que determinadas regiões são distantes de centros de média e alta complexidade, estando localizadas em áreas de difícil acesso, aumentando, com isso, as perdas com encaminhamentos desnecessários.

É necessária, também, uma análise da estruturação dos serviços e da habilidade técnica das equipes responsáveis pela saúde indígena no âmbito da FUNASA, além dos serviços de referência em DST e aids de cada região. É preciso avaliar as condições para implantação de postos de coleta nos Postos Indígenas com melhor infra-estrutura dentro dos distritos, considerando a distância em relação a centros urbanos e o tamanho da população atendida. Tal análise permitirá a adequação das ações esperadas em cada região, podendo, desta forma, particularizar a resposta dos DSEI segundo as possibilidades e demandas de cada localidade.

Assim, são apresentados a seguir alguns cenários de pactuação do papel dos DSEI, que demandarão articulação e um processo de capacitação, estando estes cenários hierarquizados por complexidade, na dependência da avaliação dos elementos descritos:

Cenário I

- Aconselhamento e oferta do anti-HIV e VDRL;
- Educação e saúde;
- Abordagem sindrômica de DST;
- Vigilância epidemiológica;
- Prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita.

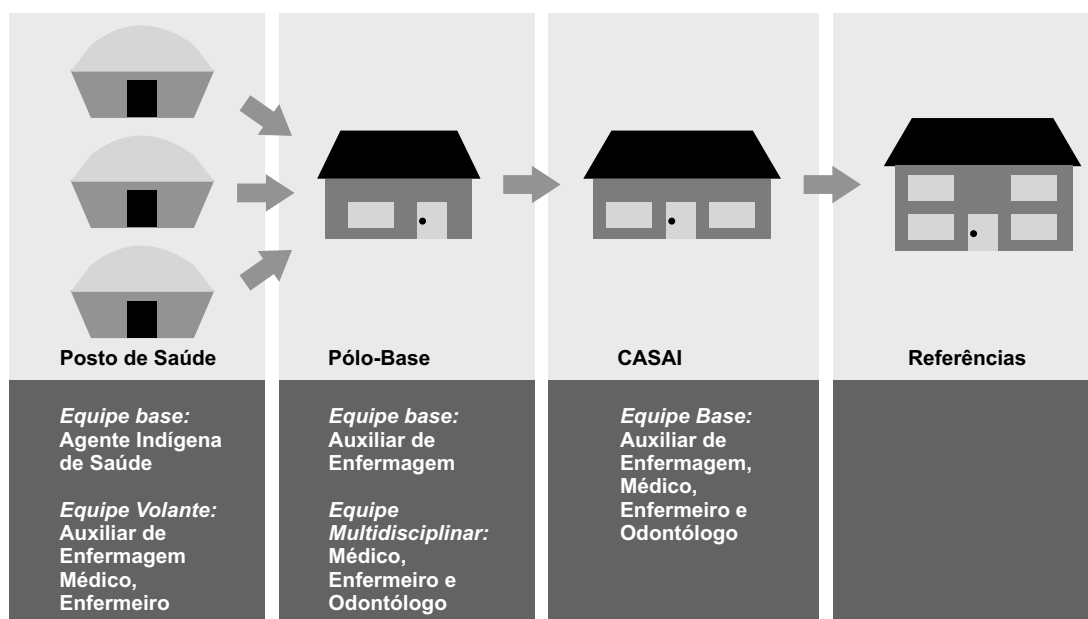
Cenário II

- Aconselhamento e oferta do anti-HIV e VDRL;
- Educação e saúde;
- Abordagem sindrômica de DST;
- Vigilância epidemiológica;
- Avaliação inicial do portador do HIV;
- Prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita.

Cenário III

- Educação e saúde;
- Aconselhamento e oferta do anti-HIV e VDRL;
- Abordagem sindrômica de DST;
- Vigilância epidemiológica;
- Avaliação inicial do portador do HIV;
- Prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita;
- Início de terapia anti-retroviral e reconhecimento da falha terapêutica (referenciar para Serviços Especializados para Manejo Terapêutico).

O desenho de cenários, com níveis distintos de complexidade, define a agregação de papéis gradualmente mais resolutivos, não determinando a exclusividade da ação nas estruturas, já que, no Posto de Saúde, por exemplo, não se espera que o tratamento através da abordagem sindrômica de DST seja executada pelo Agente Indígena de



Saúde (AIS), mas pelo médico e/ou pelo enfermeiro da equipe multidisciplinar do pólo base. O AIS deverá estar capacitado em abordagem sindrômica com a função de levantar suspeitas e encaminhar ou informar a equipe técnica. Promover, nas Unidades de Saúde, ações educativas e acesso aos insumos de prevenção como preservativos; estabelecer estratégias de busca dos (as) parceiros (as), respeitando os princípios da ética, sigilo e cidadania, no contexto de cada cultura, prevenindo, assim, infecções e reinfecções. Encaminhar aos serviços de referência os casos que necessitem de atendimento especializado.

É relevante considerar que, devido às características históricas de resposta à epidemia de aids, as habilidades no manejo e acompanhamento de pessoas vivendo com HIV e aids tem se restringido às estruturas especializadas do SUS (SAE). Contudo, nas regiões onde há equipes com experiência neste manejo, deve-se construir uma estratégia que otimize o potencial resolutivo da FUNASA, conciliando habilidade técnica com incorporação de significados e valores culturais das comunidades.

Os serviços de referência do SUS, como CTA e SAE, também devem ser objeto de adequação no contexto da saúde indígena. Inicialmente, é necessário analisar a distribuição destes serviços. Na região norte, onde a população indígena é expressiva, há carências e má distribuição de serviços de referência, havendo distâncias muito grandes entre as populações e tais serviços. Além disso, apenas uma pequena parte da rede de referência está familiarizada com as particularidades da cultura indígena, levando à necessidade de sensibilização cultural dos técnicos da rede de referência que atendem a demanda da população indígena.

Tabela 3 - Rede de referência dos serviços de aids

	Serviços de Referência para Pacientes HIV/Aids			
	Hospital Convencional (HC)	Serviço Assistência Especializada (SAE)	Hospital – Dia (HD)	Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT)
Modalidade Assistencial	Internação hospitalar	Ambulatorial integral especializada em HIV/aids	Intermediária entre ambulatório e hospital	Atenção biopsico-social especializada sem precisar usar toda infraestrutura hospitalar
Objetivos	Assistência hospitalar de alta complexidade	Assistência ambulatorial especializada; Atender demanda regional Suporte: ADT, casa de apoio, unidades básicas de saúde	Realizar procedimento diagnóstico/ terapêutico em ambiente hosp (2-8hs)	Assist. integral domiciliar; Reduzir: hospitalização/ estadia hospitalar; corrigir remissão de sintomas; controlar Patologias de menor gravidade (tratamento precoce e resolutivo)
Localização	Instituições públicas (federal/estado/ município)	Ambulatórios; policlinica especializada e hospitais referência Integrados: HD, ADT	Ambulatórios; policlinica especializada Hospital referência; SAE	Ambulatórios; policlinica especializada; Hosp referência; SAE;HD

Serviços Referência	SAE; HD; ADT	Odonto, ginecologia, dermatologia, patologia, oftalmologia, endoscopia, oncologia broncoscopia, cirurgia geral, pneumologia	Odontologia, Oftalmologia; Endoscopia; Broncoscopia; Cirurgia Geral	Fisioterapia; odontologia; UBS; Programa Saúde da Família; Agentes de Saúde; Casa Apoio
Crítérios ingresso	Portadores HIV/ aids	Portadores HIV/aids	Necessidade de intervenção em ambiente hospitalar	Restrição locomoção; patologia não indicativa de uso de recurso hospitalar; pós alta
Procedência	SAE; HD; ADT; Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Casa Apoio; Amb Esp; Hosp; HD; ADT; CTA; UBS	SAE; ADT; Hospital de referência	SAE; HD; Hospital de referência; Casa Apoio
Tipo de Assistência	Clínico/ diagnóstico/ terapêutico	DST/HIV/aids: Clínica/ diagnóstica/ terapêutica; cuidados paliativos; Redução de danos	HIV/aids:Clínica/ diagnóstica/ terapêutica; cuidados paliativos; Redução de danos	HIV/aids: Clínica/ diagn/terapêutica; cuidados paliativos; Redução de danos
Infraestrutura	Enfermarias; serviço de urgência; áreas clínico/cirúrgica, laboratório	Consultórios, farmácia, Equipamentos básicos (exame clínico/ ginecológico), odonto	Consultórios; Salas (Observação; procedimentos, isolamento Equipamentos p/ procedimentos	Salas (preparo medicação; reunião equipe); Equipamentos p/ procedimento a domicílio; veículo
Equipe Básica Multidisciplinar	Médica: infecto/ clínico psicologia; enfermagem; farmácia; serviço social	Médica:infecto/ clínico; pediatra, GO; Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Farmácia	Médica (infecto ou clínico); Psicologia, Serviço Social, Pediatria; Nutrição Enfermagem, Farmácia	Médica: clínico; Psicologia, Serviço Social, Enfermagem
Integração com áreas/serviços	SAE; HD; ADT; PSF; Saúde da Mulher; Saúde Mental; Materno Infantil	PSF; ACS; Centros Ref. DST; CTA ; Casa Apoio; HD;ADTSaúde Mental; Saúde Mulher;Adolescente;Materno Infantil; TB	Casa Apoio; ADT; SAE; Ambulatório especialidade clínico/cirúrgica; hospital referência; serviços urgência	Casa Apoio; HD; SAE; Ambulatório especialidade clínico/cirúrgica; hospital referência; serviços urgência

A dificuldade de acesso em algumas regiões é fator essencial para incorporação de uma resposta eficaz à vulnerabilidade para infecção pelo HIV. Nesse sentido, a simplificação do teste, permitindo a coleta na própria área, é estratégica como viabilizadora do diagnóstico precoce. Métodos como o teste rápido para HIV ganham importância nesse contexto. Outra estratégia a ser considerada é a coleta de sangue nas estruturas da FUNASA, dentro das áreas indígenas, resguardadas as dificuldades de transporte e o próprio significado deste ato para algumas etnias, considerando-se as diferentes representações sociais de corpo e fluidos corporais.

Devido à escassez de recursos humanos que prestam assistência às comunidades indígenas, bem como a dificuldade em acessar muitas regiões, é sabido que orientações e mesmo prescrições de medicamentos são realizadas por rádio ou telefone, entre AIS ou auxiliares de enfermagem e médicos ou enfermeiros. É importante, no processo de construção de ações mais qualificadas, avaliar e adequar esta prática, definindo quais procedimentos são permitidos dentro dos limites de segurança e responsabilidade. A organização de capacitações que agreguem esta realidade e proponham condutas tecnicamente adequadas e eticamente seguras é outra estratégia que deve ser considerada. Neste contexto, deve-se avaliar como tem sido a prática de dispensação de medicamentos nos postos de saúde e nos Pólos Base, para evitar a medicalização em excesso e sem maior controle.

No que tange ao acompanhamento de pessoas soropositivas, conforme comentado acima, excetuando-se regiões em que a equipe do subsistema tenha experiência em manejo anti-retroviral, é transferido ao serviço de referência o papel deste acompanhamento, em especial da terapia anti-retroviral (TARV). Contudo, deve ser construído, em longo prazo, o aumento da complexidade de ações da equipe da FUNASA, no sentido de se avaliar a indicação de TARV, apenas encaminhando ao serviço de referência aqueles indivíduos com esta necessidade. O manejo de infecções oportunistas associadas à aids deve ser realizado pela equipe da FUNASA somente nas situações de baixa gravidade, como candidíase orofaríngea ou vaginal, e nas infecções por herpes simples e zoster que permitam uso oral de acyclovir.

Indicadores compostos de DST

A seguir é apresentada proposta de Índice Composto Relacionado às DST, esse indicador foi especialmente adaptado para as atividades desenvolvidas pelos DSEI. Esse Índice Composto tem o objetivo de permitir aos DSEI uma auto-avaliação do grau de resposta associada a alguns parâmetros relacionados às ações de controle das DST (exceto o HIV). Os campos de 1 a 6 devem ser preenchidos com o número dos níveis de resposta (I, II, III ou IV), de acordo com o nível em que o DSEI se auto-avaliou.

Tabela 4 - Índice Composto Relacionado às DST adaptado para a População Indígena

Periodicidade:	Semestral
Preenchimento:	Nível Distrital
Início do Período:	Mês : Ano:
Fim do Período:	Mês : Ano:

Níveis de resposta

	Nível I	Nível II	Nível III	Nível IV	Nível Atual
Unidade do DSEI que atendem pessoas com DST	Nenhuma Unidade atende DST	Existe uma Unidade de referência de DST	Além da unidade (s) de referência de DST, outras unidades atendem DST	Todas as Unidades atendem pacientes com DST	1
Médicos que capacitados em abordagem síndrômica e aplicando esta estratégia para a atenção aos casos de DST.	Não há médicos capacitados em abordagem síndrômica	Existem médicos capacitados, porém não estão utilizando a abordagem síndrômica	Todos os médicos de serviços de referência de DST e de algumas unidades estão capacitados e utilizam a abordagem síndrômica	Todos os médicos estão capacitados e utilizam o a abordagem síndrômica	2
Enfermeiros capacitados em abordagem síndrômica das DST e aplicando esta estratégia para a atenção aos casos de DST.	Não há enfermeiros capacitados em abordagem síndrômica	Existem enfermeiros capacitados, porém não estão utilizando a abordagem síndrômica	Todos os enfermeiros de serviços de referência de DST e de algumas unidades estão capacitados e utilizam a abordagem síndrômica	Todos os enfermeiros estão capacitados e utilizam o abordagem síndrômica	3

Diagnóstico laboratorial das DST no DSEI.	Não faz diagnóstico laboratorial para as DST	Realiza VDRL	Realiza VDRL e bacterioscopia ¹	Faz VDRL, testes confirmatórios para sífilis, bacterioscopia e cultura para gonococo DST.	4
Disponibilidade de medicamentos para DST – pactuados na SAS	Nenhum dos medicamentos pactuados esteve disponível no período.	Alguns dos medicamentos pactuados estão disponíveis de forma irregular em algumas unidades.	Todos os medicamentos pactuados estão disponíveis de forma irregular em todas as unidades.	Todos os medicamentos pactuados estão disponíveis regularmente em todas as unidades.	5
Preservativo	Não há disponibilidade de preservativo em nenhuma unidade	Há disponibilidade de preservativo em algumas unidades de forma irregular.	Há disponibilidade de preservativo em todas as unidades de forma regular.	Há disponibilidade de preservativo em todas as unidades de forma regular e na quantidade preconizada no planejamento.	6

Notas: (*) Bacterioscopia I: inclui exame à fresco, campo escuro, Gram ou outro método de coloração, exceto imunofluorescência direta.

5

Vigilância Epidemiológica

Foto: Bento Viana - CTI Centro de Trabalho Indigenista



Ainda não se dispõe de estudos nacionais que mostrem a prevalência do HIV na população indígena, mas, até maio de 2005, foram registradas 36 notificações de gestantes HIV+ na população indígena.

Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica, de acordo com a Lei 8.080 “é um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

A vigilância epidemiológica tem, como propósito, fornecer orientação técnica permanente para os responsáveis pela decisão e execução de ações de controle de doenças e agravos. Para subsidiar esta atividade, deve tornar disponíveis informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças ou agravos, bem como dos seus fatores condicionantes, em uma área geográfica ou população determinada. A vigilância epidemiológica constitui-se, ainda, em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normalização de atividades técnicas correlatas ¹⁴.

Vigilância da aids

No Brasil, a vigilância epidemiológica (VE) da síndrome da imunodeficiência adquirida (sida/aids) vem sendo realizada tomando-se como referência a notificação universal dos casos de aids (fase mais avançada da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana -HIV), incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória, em 22 de dezembro de 1986, por meio da Portaria nº 542 do Ministério da Saúde, juntamente com a sífilis congênita.

Em 2000, a variável raça/cor foi incorporada ao SINAN ¹⁵. A partir desse campo, pode-se selecionar e analisar os agravos notificados referentes à população indígena. No entanto, o preenchimento dessa variável varia de acordo com o agravo, caracterizando a necessidade de incentivo e sensibilização dos profissionais para a importância do preenchimento dessa variável.

Em 1987, foi notificado no SINAN o primeiro caso de aids em população indígena. Até dezembro de 2003, foram notificados 100 casos, o que corresponde a 0,03% do total de casos nacionais.

O sexo masculino corresponde a 58% (58) dos casos notificados até dezembro de 2003, enquanto o sexo feminino representa 42% (42) do total de casos informados nessa população.

¹⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso. 4ª ed. Ampliada. Brasília, 2004.

¹⁵ Anteriormente, utilizava-se o campo etnia para identificar a população indígena.

Analisando-se as categorias de exposição por sexo, observa-se que, entre as mulheres, a principal é a heterossexual com 57,1% dos casos registrados, assim como entre os homens, com 36,5%. Não foi esclarecida a categoria de exposição em 23% dos casos.

Entre menores de 13 anos, foram registrados 11 casos. Desses, dez correspondem à categoria de transmissão vertical e em 1 caso a forma de exposição não foi esclarecida.

De acordo com os dados do SINAN, os DSEI com pelo menos 1 caso de Aids notificado são: Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões, Manaus, Parintins, Leste de Roraima, Kaiapó Pará, Amapá e Norte do Pará, Potiguara, Pernambuco, Alagoas e Sergipe, Bahia, Minas Gerais e Espírito Santo, Litoral Sul, Interior Sul, Araguaia, Cuiabá, Mato Grosso do Sul, Maranhão. Para essa análise foram selecionados os casos de aids, cruzando o campo raça/cor com o município de residência e o DSEI, de acordo com os municípios de sua área de abrangência. Ressalta-se que o perfil epidemiológico da aids nesta população só será melhor conhecido e dimensionado, na medida em que os serviços de saúde forem sendo implantados de fato e as ações de saúde forem desenvolvidas de forma sistemática. A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica dos casos.

Limitações da vigilância epidemiológica da aids para a população indígena:

- Dificuldade de acesso da população indígena ao diagnóstico;
- Subnotificação dos casos;
- Baixo preenchimento do campo raça/cor na ficha de notificação e investigação da aids.

Propostas:

- Notificação dos casos de aids (fase mais avançada da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV) deve ser de responsabilidade do local onde é feito o diagnóstico de aids, utilizando o instrumento do SINAN.
- Incentivo ao preenchimento do campo raça/cor na ficha de notificação/investigação.

Vigilância do HIV

Atualmente, além do acompanhamento da incidência e mortalidade por aids e suas tendências pela notificação de casos confirmados da doença, foram adotadas várias estratégias de vigilância do HIV. A notificação do portador do HIV não é compulsória, devido à dificuldade de construção de indicadores epidemiológicos, sendo recomendada apenas com fins operacionais.

Para controlar a disseminação do HIV são adotadas outras estratégias de vigilância:

- Vigilância da infecção pelo HIV em populações específicas;
- Estudos transversais de base populacional;
- Notificação compulsória das gestantes infectadas pelo HIV e crianças expostas.

A recomendação de oferta de testes anti-HIV a todas as gestantes representa uma excelente oportunidade de vigilância na população indígena¹⁶. A vigilância epidemiológica de gestantes HIV+ e crianças expostas fundamenta-se na existência de ações que efetivamente reduzem a transmissão do HIV da mãe para o filho, além da perspectiva, em curto prazo, de avaliação e redefinição dessas ações.

Essa notificação tem os seguintes objetivos:

- Conhecer, o mais precocemente possível, o estado sorológico das gestantes/parturientes/puerperas/nutrizes, para início oportuno da terapêutica materna e profilaxia da transmissão vertical;
- Acompanhar, continuamente, o comportamento da infecção entre gestantes e crianças expostas, para planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle.

Ainda não se dispõe de estudos nacionais que mostrem a prevalência do HIV na população indígena, mas, até maio de 2005, foram registradas 36 notificações de gestantes HIV+ na população indígena.

Em relação aos casos de gestantes indígenas HIV+ por município, mesmo considerando que o acesso ao pré-natal em alguns DSEI ainda é limitado e as mulheres, em geral, não têm acesso ao diagnóstico do HIV e da sífilis na gestação. Estes dados também estão sendo atualizados, pois há municípios com gestantes indígenas identificadas com HIV e que não foram notificadas. Dos 36 casos de HIV em gestantes indígenas, notificadas até 15/05/2005 no SINAN, estão nos seguintes municípios: Goiás - Aloândia, Alvorada do norte, Amorinópolis, Britânia, Córrego do Ouro, Itajá, Mairipotaba, Mara Rosa; Rio Grande do Sul - Porto Alegre, Viamão; Maranhão - São Luis; Ceará - Fortaleza, Riachuelo; Minas Gerais - Tupaciguara; São Paulo - Araraquara, Osasco, São Bernardo do Campo, São Paulo; Santa Catarina - Pomerode; Mato Grosso do Sul - Amambaí, Campo Grande, Dourados, Iguatemi, Miranda, Paranhos; Distrito Federal.

Proposta

- Implementar a notificação das gestantes HIV+ e crianças expostas no subsistema de saúde indígena, e no SINAN. Cada Distrito de Saúde Indígena deverá estabelecer o fluxo de informações, delimitando o município de referência para envio das fichas de notificação/investigação.

Vigilância da sífilis congênita

A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória. No período de janeiro de 2000 a janeiro de 2004, foram registradas no SINAN 17 notificações de sífilis congênita, referentes à população indígena.

A ocorrência de casos de sífilis congênita evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e tratamento da gestante, medidas relativamente simples, são bastante eficazes na prevenção desta forma da doença. No que pesem os esforços nacionais para uma resposta mais efetiva, a sífilis congênita persiste como um problema de saúde pública, a exemplo de outras partes do

¹⁶ A notificação do HIV na população geral tem importantes limitações para formulação de indicadores em função do viés de participação de indivíduos assintomáticos.

mundo, onde as grandes desigualdades sociais, incluindo a falta de acesso aos serviços de saúde, potencializam a sua manutenção.

Propostas:

- Implementar a notificação de sífilis congênita, utilizando o instrumento do SINAN. Cada Distrito de Saúde Indígena deverá estabelecer o fluxo de informações, delimitando o município de referência para envio das fichas de notificação.

6

Capacitações

Foto: Bento Viana - CTI Centro de Trabalho Indigenista



**Capacitação Equipes Multidisciplinares
Agentes Indígenas Saúde
Auxiliares de Enfermagem**

**Capacitação para o manejo de casos de
DST - Abordagem Sindrômica**

**Oficina de aconselhamento para DST/
HIV**

**Capacitação Transmissão Vertical do
HIV, sífilis e Hepatites**

**Capacitação CBVE - Curso Básico de
Vigilância Epidemiológica**

Capacitações

Para viabilizar a implantação das ações nos DSEI, é necessário investimento permanente na formação dos profissionais de saúde. Para as ações de DST aids, é fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados em abordagem sindrômica, transmissão vertical, hepatites, aconselhamento e Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE).

Está sendo proposto, junto à Secretaria de Gestão de Trabalho e Saúde do Ministério da Saúde (SEGETS/MS), a inclusão da agenda de capacitações dos DSEI na política dos Pólos de Educação Permanente a partir de 2005, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde.

Considerando a alta rotatividade dos profissionais de saúde dos DSEI, a proposta é de se capacitar de forma permanente os profissionais de cada distrito e oferecer turmas anualmente em abordagem sindrômica, transmissão vertical, hepatites e aconselhamento, além de estabelecer critérios mais adequados para a indicação dos profissionais que irão participar dos cursos, tais como, tempo de trabalho, capacidade para repassar informações para a equipe, adequação ao trabalho com as comunidades etc.

Com isto pretendemos estimular que as oficinas sejam participativas, potencializando a troca de experiências e participando na construção das capacitações futuras, envolvendo especialmente os profissionais já capacitados, pois assim poderão exercer o papel de multiplicadores futuros nas capacitações de auxiliares de enfermagem e de Agentes Indígenas de Saúde resguardadas suas competências. As capacitações em CBVE também serão realizadas no âmbito dos DSEI.

Considerar na proposta definição de metodologia que priorize a construção do conhecimento a partir da prática dos participantes, favorecendo a reflexão conjunta e a troca de experiências. No caso dos Agentes Indígenas de Saúde, o respeito as especificidades dos diferentes povos.

Conteúdos das capacitações

Capacitação para o manejo de casos de DST - Abordagem Sindrômica

1. Entender a cadeia de transmissão das DST levando em conta as dimensões biológicas, psicológicas e de organização de serviço, no contexto social;

2. Identificar as inter-relações do conceito de transmissão com prevenção, diagnóstico e tratamento das DST e com a prevenção de complicações e da infecção pelo HIV;
3. Entender a distribuição e os determinantes das DST na realidade local, no Brasil e no mundo;
4. Particularizar a capacitação em cada DST para o entendimento dos sintomas e complicações/sequelas específicas;
5. Identificar as competências necessárias ao profissional de saúde neste processo de trabalho.

Oficina de aconselhamento para DST/HIV

Objetivo geral: Capacitar os profissionais da rede básica de saúde em aconselhamento para DST/HIV.

Objetivos específicos:

1. Sensibilizar os profissionais de saúde indígena para a importância da descentralização e inserção do aconselhamento para DST/HIV na rotina dos serviços;
2. Discutir o aconselhamento como uma estratégia de prevenção das DST/HIV – entre os temas abordados estão sexualidade, avaliação de risco para as DST e o HIV, aconselhamento pré e pós-teste, representações sociais no contexto do HIV, uso do preservativo, identificação das DST como um problema de saúde pública;
3. Discutir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo assistencial dirigido à população indígena e a realização do aconselhamento para DST/HIV na atenção básica.

Capacitação Transmissão Vertical do HIV, sífilis e Hepatites

Objetivo geral: Capacitar as equipes multiprofissionais dos DSEI com vistas à reorganização do processo de trabalho para melhoria da qualidade do atendimento à gestante, puérpera e recém-nascido (RN), redução da transmissão vertical do HIV e controle da sífilis congênita.

Objetivos específicos:

1. Implementar ações de acolhimento à gestante;
2. Implementar ações de aconselhamento na maternidade;
3. Implementar a realização do teste rápido;
4. Implementar o manejo clínico da parturiente HIV + e do RN exposto;
5. Implementar ações de assistência adequada à puérpera HIV+ e ao RN exposto ao HIV e/ou com sífilis congênita;
6. Implementar ações de vigilância epidemiológica para parturiente infectada pelo HIV/sífilis e criança exposta ao HIV e/ou com sífilis congênita.

Capacitação CBVE - Curso Básico de Vigilância Epidemiológica

1. Atualizar conteúdos e estratégias referentes à vigilância epidemiológica (VE) do HIV e aids;


2. Implantar e implementar a coleta e análise de dados referentes ao HIV/aids para aprimorar a qualidade das ações de VE;
3. Formar referência para um trabalho de fomentação da proposta de VE do HIV em seus estados.

Este treinamento foi estruturado inicialmente para ser executado em 40 horas, incluindo atividades em grupo e plenárias. Entende-se a necessidade de sua adaptação a cada realidade, mas levando sempre em consideração os objetivos propostos. Portanto, conhecer a realidade local - organização dos serviços, a população-alvo a ser treinada e suas necessidades - é uma premissa básica para a adaptação desta atividade em nível local. A clientela prioritária da capacitação são as equipes multiprofissionais que atuam nos 34 DSEI e a metodologia é a da problematização.

7

Monitoramento

Foto: Bento Viana - CTI Centro de Trabalho Indigenista



**A principal vantagem em
monitorar sua ação é saber o que
está acontecendo em tempo real
e poder ter agilidade na solução
dos problemas**

Monitoramento

O monitoramento das ações de DST/aids, deverá ser realizado em conjunto entre as Secretarias Estaduais de Saúde e Coordenações regionais da FUNASA, acompanhadas respectivamente, pelo PN DST/AIDS e FUNASA nacional.

O quadro a seguir apresenta a estruturação da proposta de implantação do programa de DST/aids nos DSEI, a partir de quatro eixos:

Insumos disponíveis – estrutura mínima para implantação das ações

Atividades – meios de verificação monitorar via relatórios e portarias

Produtos – meio de verificação – relatórios dos DSEI em conjunto com as coordenações estaduais de DST/aids, indicadores compostos de DST apresentado pelos DSEI a cada 6 meses

Metas Relacionadas ao Programa

- Até dezembro de 2005 ter estruturado os DSEI com os equipamentos estabelecidos no projeto
- Até dezembro de 2005 ter contratados os profissionais que atuarão junto aos DSEI.
- Realizar até o final de 2005 as capacitações para profissionais previstas para todos os DSEI.
- Implantar as estratégias de aconselhamento e disponibilização de insumos de prevenção em 100% dos DSEI, até 2006.
- Realizar estudo multicêntrico da pop. Indígena, até dezembro 2006.
- Até final de 2006, ampliar para 100% dos DSEI a utilização do SINAN nas notificações dos agravos.
- Até setembro de 2005 ter identificado pelos DSEI os municípios de referência para notificação de agravos.
- Aumentar para X% a cobertura vacinal de hepatite B, até o final de 2006.
- Até 2006, 100% das pessoas diagnosticadas com HIV e hepatite B e D com indicação clínica recebendo tratamento.
- Implantar nos 34 DSEI, até junho de 2006, diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites para gestantes.
- Até 2006 implantar ações de assistência para DST/HIV/aids e hepatites em 100% dos DSEI.
- Estabelecer rede de referência e contra-referência para DST/HIV/aids e hepatites nos 34 DSEI, até 2005.
- Até 2006 ter contempladas ações de prevenção e assistência às DST/HIV/aids nos Planos Distritais.

Tabela 6 - Resultados – meio de verificação - pesquisa nacional e dados do SIASI

Fase 1 – Implantação 2004/2005			
INSUMOS DISPONÍVEIS	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS
Recursos financeiros	Repasse para FUNASA	Recursos para fase 1 repassados	34 DSEI estruturados para resposta mais consistente em DST Aids para a População Indígena
<ul style="list-style-type: none"> Conjunto de materiais para capacitação em diferentes temas Médicos, enfermeiros contratados pela FUNASA/ conveniadas 	<p> cursos para profissionais de nível superior em abordagem sindrômica, transmissão vertical HIV/sífilis/hepatites, aconselhamento no contexto do teste rápido.</p>	<p> cursos para profissionais de nível superior em abordagem sindrômica, transmissão vertical HIV/sífilis/hepatites, aconselhamento no contexto do teste rápido.</p>	
AIS - Agentes indígenas de saúde e auxiliares de enfermagem contratados pela FUNASA/conveniadas	Curso de DST AIDS para AIS e auxiliares de enfermagem	AIS e auxiliares com conhecimento ampliado em DST AIDS	
Postos, Pólos base e Casas do Índio Instaladas	<ul style="list-style-type: none"> Contratação pontual de antropólogo, lingüista e pedagogo; Aquisição e disponibilização de equipamentos para os serviços 	<ul style="list-style-type: none"> 34 DSEI com antropólogo, pedagogo e lingüista de referência nº de postos, pólos base e CASAI equipados medicamentos e testes rápidos distribuídos 	
Rede de Referência em DST AIDS instalada	Pactuação de medicamentos para DST, logístca de preservativos, fórmula infantil e rede de referência e contra-referência com Estados e Municípios	DSEI com pactuações realizadas junto às secretarias estaduais e municipais de saúde	
Equipe técnica de monitoramento e supervisão da FUNASA e PN	<ul style="list-style-type: none"> Organização do monitoramento e Supervisão nos 34 DSEI. Elaboração dos instrumentos de monitoramento 	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores de monitoramento definidos Instrumento de monitoramento elaborado 	

Fase 2 – Desenvolvimento – 2005/2006			
INSUMOS DISPONÍVEIS	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> Recursos financeiros Protocolos e normatizações de procedimentos Algoritmo para teste rápido 	<ul style="list-style-type: none"> Repasse de recursos para Fase 2 Protocolos disponíveis para profissionais de saúde Planejamento de ações realizado em conjunto DSEI/Secretarias de saúde/ONG 	Recursos da fase 2 repassados	
<ul style="list-style-type: none"> VDRL e teste rápido distribuído na rede básica Medicamentos básicos para DST, Infecções oportunistas e antiretrovirais Preservativos Postos, Pólos base e Casas do Índio Instaladas 	<ul style="list-style-type: none"> Teste rápido disponível na rede Vigilância de DST Aids implantada nos pólos base Testagem de HIV e Sífilis no pré-natal Abordagem síndrome e transmissão vertical implantadas Vacinação para hepatite B Ações de prevenção organizadas 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de testes de HIV e sífilis realizados Nº de casos de aids e sífilis notificados Nº de gestantes com HIV e sífilis diagnosticadas e tratadas Nº de pessoas vacinadas 	<ul style="list-style-type: none"> Redução da transmissão vertical do HIV e Sífilis congênita
AIS – Agentes indígenas de saúde e auxiliares de enfermagem contratados pela FUNASA/ conveniadas	<ul style="list-style-type: none"> Ações de prevenção implantadas com a participação das comunidades Materiais educativos culturalmente adequados produzidos e disponíveis Logística de preservativos implantada 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de oficinas de prevenção realizadas por etnia Nº de preservativos disponibilizados Nº de profissionais de saúde capacitados para atuar na prevenção Nº de materiais educativos produzidos e disponibilizados 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento do conhecimento em DST aids na população indígena Aumento do uso do preservativo na população indígena
Rede de Referência em DST aids instalada	<ul style="list-style-type: none"> Tratamento de sífilis, aids e outras DST inclusive na gestação 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de indígenas encaminhados aos serviços de referência em DST aids e alcoolismo 	
Equipe técnica de monitoramento e supervisão da FUNASA e PN	Monitoramento e supervisão com calendário definido	<ul style="list-style-type: none"> Visitas de supervisão aos 34 DSEI realizadas 	

8

Dos Recursos Financeiros

Foto: Bento Viana - CTI Centro de Trabalho Indigenista

Considerando o Acordo de Empréstimo Aids III entre o Banco Mundial e o Brasil, no qual o PN-DST/AIDS se compromete a repassar recursos à FUNASA, foi assinado Termo de Compromisso entre o PN-DST/AIDS e a FUNASA para a Prevenção e Assistência em saúde às populações indígenas, no valor total de R\$7.350.00,00, com contrapartida da FUNASA prevista em R\$10.256.525,89 somando um total de R\$17.606.525,89.

Dos Recursos Financeiros

Considerando o Acordo de Empréstimo Aids III entre o Banco Mundial e o Brasil, no qual o PN-DST/AIDS se compromete a repassar recursos à FUNASA, foi assinado Termo de Compromisso entre o PN- DST/AIDS e a FUNASA para a Prevenção e Assistência em saúde às populações indígenas, no valor total de R\$7.350.00,00 (Sete milhões, trezentos e cinquenta mil reais), com contrapartida da FUNASA prevista em R\$10.256.525,89 (Dez milhões, duzentos e cinquenta e seis mil, quinhentos e vinte e cinco reais e oitenta e nove centavos) somando um total de R\$17.606.525,89 (Dezessete milhões, seiscentos e seis mil, quinhentos e vinte e cinco reais, oitenta e nove centavos). Ver tabela V de orçamento do Projeto e Orçamento por Parceiros, anexo III.

Considerando também as necessidades do Departamento de Saúde Indígena - DESAI em reformular o sistema de descentralização de recursos, ficou acertado entre o PN-DST/AIDS e a Diretoria do DESAI que o repasse destes recursos se dará da seguinte forma:

- 1) Primeira fase – 2004 - Portaria Conjunta entre o PN/DST/AIDS/SVS/MS e a FUNASA assinada pelo Sr. Secretário Executivo do Ministério da Saúde e o Presidente da FUNASA, no valor de R\$780.140,00(setecentos e oitenta mil, cento e quarenta reais), provenientes da fonte 148/custeio, CFP 10.301.1306.4327.0001, em recursos do MS. Esta fase teve seu período de aplicação iniciada em outubro de 2004 e terminada em dezembro do mesmo ano.

DESPESAS CORRENTES R\$780.140,00

- 2) Segunda fase – 2005 – Portaria Conjunta entre o PN/DST/AIDS/SVS/MS e a FUNASA assinada pelo Sr. Secretário Executivo do Ministério da Saúde e o Presidente da FUNASA, no valor total de R\$3.784.019,00 (Três milhões, setecentos e oitenta e quatro mil, dezenove reais reais), divida entre recursos para investimento no valor de R\$1.964.019,00(Um milhão, novecentos e sessenta e quatro mil, dezenove reais) provenientes da fonte 148/Capital, para os quais a execução das aquisições, serão executados pela FUNASA/DESAI/DISEI. Recursos para custeio no valor de R\$1.820.000,00. A execução dos recursos acima descritos deverão seguir as normas de execução do Acordo de Empréstimo Aids III e executadas de acordo com o Manual de Convergências do PNUD/TCU.

DESPESAS CORRENTES R\$ 1.820.000,00

DESPESAS DE CAPITAL R\$ 1.964.019,00

- 3) Terceira fase – 2004 a 2006 – Estudos, Monitoramento e Avaliação no valor de R\$871.159,00(Oitocentos e setenta e um mil, cento e cinquenta e nove reais) – com execução pelo PN-DST/AIDS/SVS/MS.
- Definição do inquérito sorológico e seus custos..
 - Monitoramento, avaliação das ações previstas neste projeto.
 - Prestação de contas do primeiro ano das ações – mandatária para que se transfira o saldo dos recursos previstos na Quarta fase.
 - Contrapartida da FUNASA, de desembolso ao longo do Projeto, cabendo à mesma ao final apresentar ao PN-DST/AIDS/SVS/MS a sua prestação de contas, das mesmas.
- 4) Quarta fase – 2005 a 2006 – Portaria Conjunta entre o PN/DST/AIDS/SVS/MS e a FUNASA no valor de R\$1.914.822,00 (Um milhão, novecentos e quatorze mil, oitocentos e vinte e dois reais) provenientes da fonte 148/custeio, em recursos do MS. Após a execução destes recursos a FUNASA deverá apresentar a Prestação de contas final – caso contrário, ficando sujeita a devolução parcial ou total dos recursos. A execução dos recursos acima descritos deverão seguir as normas de execução do Acordo de Empréstimo Aids III e executadas de acordo com o Manual de Convergências do PNUD/TCU.

DESPESAS CORRENTES R\$1.914.822,00

- 5) Fase final – 2005 a 2006 – Avaliação conjunta das ações entre os parceiros e apresentação de propostas de financiamento para os anos seguintes.

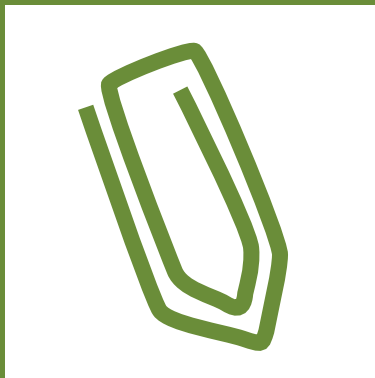
Tabela 7 - RECURSOS DST/AIDS - DESAI

ANO	RECURSOS	EXECUTOR
2004	780.140,00	FUNASA
2005	1.820.000,00	FUNASA
2005	1.964.019,00	FUNASA
2005	871.019,00	PN-DST/AIDS
2006	1.914.822,00	FUNASA
	7.350.000,00	

Referências Bibliográficas

- Manual de Diretrizes Técnicas - Povos Indígenas e a Prevenção às DST, HIV e Aids, do PN-DST/AIDS/ Ministério da Saúde – 2000
- Galvão, Eduardo. Áreas culturais indígenas do Brasil 1900 - 1959. Boletim Museu Paraense Emílio Goeldi, n.s., Antropologia, nº 8, Belém, 1960.
- Garnelo, L., Macedo, G. e Brandão, Luis Carlos. Povos indígenas e a construção de políticas de saúde no Brasil. Organização Pan-Americana de Saúde. 2004.
- Maria Luiza Heirborn e Elaine Reis Brandão. Ciências Sociais e Sexualidade o olhar das ciências sociais. RJ: Zahar, 1999.
- Buchillet, Dominique. Levantamento e avaliação de projetos de saúde em áreas indígenas da Amazônia Legal. Texto, novembro de 1998.
- Melatti, Julio C. Índios do Brasil. Hucitec, 1980.
- Melatti, Julio C. Índios da América do Sul - Áreas Etnográficas. Brasília, UNB, 1997. 2 vol. (mimeo).
- Oliveira, Marlene. Metodologia e Estratégias e Prevenção em DST/AIDS para a população Kaingáng – Um relato de Experiência, 2002.
- Ricardo, Carlos Alberto. Os Índios e a sociodiversidade nativa contemporânea no Brasil. In “A temática indígena na escola”.
- Concepções Indígenas de corpo, pessoa, doença, saúde e cura.
- Bibliografia Preliminar.
- ALBERT, b. 1992 – “A fumaça do metal: história e representações do contato entre os yanomami” In anuário Antropólogo 89: 121-189.
- _____. & RAMOS, A (orgs.) 2002. Pacificando o branco: cosmologias do contato no norte-amazônico São Paulo, Editora da Unesp/Imprensa Oficial /IRD.
- BUCHILLET, D. 2002 “ Contas de vidro, enfeites de branco e “potes de malária”.
- Epidemiologia e representações de doenças infecciosas entre os Desana do Alto Rio negro” In ALBERT, B & RAMOS, A (orgs.) Pacificando o Branco: cosmologias do contato no norte-amazônico São Paulo, Editora da Unesp/Imprensa Oficial /IRD.
- BUTT, A J. 1956 “Ritual blowing-taling: a causation and cure of illness among the Akawaio” Maqn, vo. 48.
- CONKLIN, B. A 1994 “O sistema médico Wari (pakaanova)” in SANTOS, R. V. & COIMBRA JR., C.E.A (orgs.) Saúde e Povos Indígenas Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- CROCKER, J. C. 1985 Vital Souls. Bororo Cosmology, natural symbolism and shamanism Tucson, Arizona, the University of Arizona Press.

- DAMATTA, R. 1976 Um mundo dividido: a estrutura social dos índios Apinayé. Petrópolis, Vozes.
- _____; Seege, A : Viveiros de Castro, E 1987 “ A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras” in OLIVEIRA, J. P. de (orgs) Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil. Rio de Janeiro, Marco Zero.
- ERIKSON, P. 2002 “ Reflexos de si, ecos de outrem. Efeitos do contato sobre a auto-representação Matis” In ALBERT, B. & RAMOS, A (orgs.) Pacificando o Branco: cosmologias do contato no norte-amazônico São Paulo, Editora da Unesp/Imprensa Oficial /IRD.
- [FINE, A 2003 “ Leite envenenado, sangue perturbado. Saber médico e sabedoria popular sobre os humores femininos (séculos XIX e XX)” In Matos, M.I.S. & Soihet, R. (orgs.) O corpo feminino em debate São Paulo, Editora da Unesp.]
- GALLOIS, D. 1991 “ A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena?” In BUCHILLET, D. (org.) Medicinas tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia Belém, MPEG/Edições CEJUP/UEP.
- GARNELO, L. & LANGSON, J. (orgs.) Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.
- IBNEZ-NOVION, M. A & OTT, A M T – “Adaptação a enfermidade e sua distribuição entre grupos indígenas da bacia amazônica” Brasília, Centro de Estudos e Pesquisas em Antropologia Médica.
- MCCALLUM, C. 1996 “Morte e pessoa kaxinauá” Mana, Vol. 2.
- _____. 1998 “ O corpo que sabe: da epistemologia Kaxinauá para um antropologia médica das Terras Baixas Sul-Americanas” In ALVES, P. C & RABELO, M.C (orgs) Antropolgia da Saúde Rio de Janeiro, Fiocruz, Relume Dumará.
- MENGET, P. 1981 “ From florest to mouth: refelctions on the Txicão theory of substance” In KENSINGER, K. & KRACKER, W. (ORGS) Fodd Taboos in \lowland South América Benington , Benington College.
- OVERING, J. 1994 “ O xamã como construtor de mundos: Nelson Goodman na Amazônia” In Ideias. Campinas, n. 02.
- REICHELL-DOLMATOFF, G. 1971 Amazonian Cosmos: the Sexual and Religious Symbolism of the Indians Chicago, Chicago Universitu Press.
- STWART, P. & STRATHERN, A 2002 “ Power and placement in blood practces” In Ethnology vol. 41, n. 4:349-63.
- TEMPESTA, G. A 2004 “ A produção continuada dos corpos. Práticas de resguardo entre os Wapichana e os Macuxi em Roraima” Dissertação de Mestrado não publicada, IFCH/Unicamp.
- TURNER, T. 1995 “ Social body and embodied subject: bodiliness, subjecvity and sociality among the kayapo” Cultural Anthropology vol. 10, n. 2:143-170
- VANDER VELDEN, F. F. 2003 “Por onde o sangue circula: os Karitiana e a experimentação biomédica” Comunicação apresentada no XXVII – Encontro anual da Anpocs.
- VERANI C.C.L. 1991 “Representações tradicionais da doença entre os Kuikuro (Alto do Xingu)” In BUCHILLET, D. (org.) Medicinas tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia Belém, MPEG/Edições CEJUP/UEP.
- VIVEIROS DE CASTRO E. 1987 “ A fabricação do corpo na sociedade xinguana “ In OLIVEIRA, J. P. Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil Rio de Janeiro, Marco Zero.



Anexos

Anexo 1

- *III Conferência Nacional de Saúde Indígena*

Anexo 2

- *Estratégia de Prevenção e Controle das DST*

Anexo 3

- *Cadastro Distritos Sanitários Especiais Indígena*

Anexo 4

- *Municípios da área de abrangência de cada Pólo Base/DSEI, segundo etnias e política de incentivo de DST/Aids.*

Anexo 5

- *Roteiro para implantar as Ações de DST Aids na Atenção Básica Nos Distritos Sanitários Especiais Indígena*

Anexo 6

- *Portaria da parceria PNS DST Aids/Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e FUNASA/Departamento de Saúde Indígena*

Anexo 7

- *Planilha de orientação para execução dos recursos do Projeto de parceria com a FUNASA.*

III Conferência Nacional de Saúde Indígena Construindo e Avaliando o Sistema de Saúde Indígena

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA RELATÓRIO FINAL
Conforme aprovado no Conselho Nacional de Saúde, na reunião Ordinária de Julho de 2001
Luziânia, GO, de 14 a 18 de maio de 2001

PRINCÍPIOS GERAIS

1. Cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas próprias de vivenciar a saúde e a doença. As ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos e o impacto da relação de contato interétnico vivida por cada povo.
2. As ações de saúde destinadas aos povos indígenas devem priorizar a promoção à saúde e a prevenção das doenças.
3. A saúde indígena está diretamente relacionada à garantia da demarcação, desinstituição e vigilância permanente das terras indígenas.
4. O incremento demográfico dos povos indígenas, aliado às transformações decorrentes de um contínuo processo de redução territorial e degradação ambiental, exige a formulação e a execução de uma política de segurança alimentar, desenvolvimento sustentável e recuperação do meio ambiente nas áreas indígenas.
5. O acesso a uma educação que contribua para a formação de uma consciência crítica sobre a sua situação atual diante do mundo é indispensável para que os povos indígenas sejam sujeitos da construção de seus projetos de futuro.
6. A proteção do patrimônio cultural e dos processos de aproveitamento da diversidade biológica é condição para a afirmação da identidade étnica e fortalecimento da auto-estima dos povos indígenas.
7. A implantação de medidas e ações voltadas para o combate à discriminação e ao preconceito em relação aos povos indígenas, promovendo o reconhecimento e valorização da diversidade cultural na sociedade nacional e, especialmente entre os profissionais de saúde, determina as condições de vida e acesso da população indígena aos serviços de saúde.
8. As organizações indígenas têm um papel extremamente importante no processo de melhoria das condições de vida e de saúde, na implantação e implementação do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas.
9. O fortalecimento do controle social e a sua abrangência intersetorial sobre as diversas formas de relação que afetam os povos indígenas é fundamental para a implantação de uma política de atenção integral aos povos indígenas.

ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, A SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – AIDS - E O ALCOOLISMO: DIREITOS HUMANOS E ÉTICA NAS INTERVENÇÕES.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O alcoolismo, as Doenças Sexualmente Transmissíveis e exposição ao risco de infecção pelo HIV, agente causador do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS - são problemas de saúde que atingem a grande maioria das comunidades indígenas no Brasil.

Estes problemas têm grande abrangência, mesmo que tenham pouca visibilidade, sendo determinados por diversos fatores relacionados à qualidade de vida, tais como as dificuldades de demarcação, regularização, desintrusão e vigilância das terras indígenas, degradação do meio ambiente, disponibilidade de alimentos, relações com a sociedade envolvente, localização geográfica, acesso a serviços de saúde e educação.

A proximidade das cidades, a presença de instalações militares, grandes projetos econômicos, mobilidade sazonal em busca de trabalhos temporários, garimpos, exploração madeireira, turismo e áreas de fronteiras são fatores que estão associados ao incremento desses problemas entre os povos indígenas.

A desestruturação interna das comunidades e o aumento da violência (formação de gangues, prostituição, tráfico de drogas e influência da mídia introduzindo novos valores relacionados à sexualidade e relações pessoais) também são fatores diretamente associados à magnitude destes problemas.

As concepções culturais e religiosas são fatores que devem ser considerados na implantação de programas de prevenção e controle, especialmente a divulgação de informações corretas sobre os meios de transmissão e prevenção que promovam atitudes e práticas coerentes com a preservação da saúde.

A situação e posição social da mulher nas comunidades (submissão, constrangimento na busca de tratamento com profissionais de sexo masculino, menor domínio da língua portuguesa) tornam este grupo mais vulnerável e atingido por estes agravos.

Situações de extrema pobreza em determinadas regiões e a pouca auto-estima criam contextos que muitas vezes não permitem vislumbrar um futuro demandando ações amplas e impactantes a curtíssimo prazo. Um exemplo disso é a situação vivenciada hoje pelos Guarani-Kaiowá no Mato Grosso do Sul.

PROPOSTAS

1. A implantação dos programas de controle das doenças sexualmente transmissíveis - DST e aids, alcoolismo, tuberculose, saúde da mulher, criança e adolescente deve ser considerada prioritária na implementação dos Distritos e Casas de Saúde do Índio.
2. Sensibilizar as lideranças para a gravidade e abrangência dos problemas relacionados às Doenças sexualmente transmissíveis e a aids e à dependência do consumo de álcool e estabelecer conjuntamente as estratégias de abordagem das comunidades considerando os aspectos culturais e religiosos de cada povo.

3. Promover atividades com grupos de jovens, de acordo com os costumes de cada povo, visando o resgate da espiritualidade e da auto-estima (esportes, grupos de dança, música etc.).
4. Criar em cada Distrito uma comissão interdisciplinar e interinstitucional para controle das doenças sexualmente transmissíveis, aids e alcoolismo envolvendo as diversas lideranças indígenas.
5. Capacitar profissionais de saúde para implantar o diagnóstico sintromico das Doenças Sexualmente Transmissíveis e aconselhamento nas comunidades, garantindo a disponibilização de medicamentos e outros insumos para o seu tratamento e o da aids e infecções oportunistas.
6. Promover capacitações conjuntas de profissionais de saúde e da educação na abordagem do alcoolismo e Doenças Sexualmente Transmissíveis entre os povos indígenas.
7. Garantir a disponibilização permanente de preservativos.
8. Realizar seminário multidisciplinar em cada Distrito abordando o uso de drogas, tabaco e bebidas alcoólicas.
9. Promover estudos sobre a eficácia das ervas medicinais utilizadas no tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis.
10. Promover um encontro nacional de agentes indígenas de saúde e profissionais dos Distritos e organizações conveniadas sobre doenças sexualmente transmissíveis, aids e alcoolismo.
11. Garantir, através do gestor da saúde, o fornecimento de testes diagnósticos, especialmente testes rápidos (do tipo fita reagente) para a implementação dos programas de pré-natal e DST/aids (hepatite B, sífilis e HIV) nos Distritos.
12. Formar grupos de apoio embasados na tradição dos grupos étnicos para os indígenas já infectados pelo HIV e dependentes do uso de álcool, visando o resgate da auto-estima, de forma que estes possam colaborar como atores na prevenção de tais doenças.
13. Fazer, sob responsabilidade do gestor da saúde indígena e do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, campanhas de informação e conscientização sobre as DST/aids e alcoolismo nas Casas de Saúde do Índio.
14. Introduzir os temas ligados à saúde e especialmente às DST, aids e alcoolismo nas escolas indígenas e em outras nos entornos das áreas indígenas.
15. Promover continuamente a divulgação de informações para prevenção e controle das DST/aids e dos danos causados pelo alcoolismo, dirigidas a todas as comunidades indígenas respeitando a concepção de doença de cada povo.
16. Garantir a articulação com a rede de laboratórios de saúde pública visando a disponibilização do teste anti-HIV, sorologia para sífilis, especialmente para as gestantes, além de exame colpo-citopatológico com agilização de resultados e estabelecimento de referências para tratamento.
17. Promover a participação das mulheres na implementação das ações de saúde por meio de sua atuação nos conselhos de saúde, formação como agentes indígenas de saúde e formação de grupos de discussão sobre seus problemas específicos em níveis locais, regionais e nacional.
18. Providenciar as articulações necessárias ao desenvolvimento de ações continuadas de prevenção destinadas à população do entorno das áreas indígenas ou que mantêm contato permanente com a população (instalações militares,

áreas de turismo, áreas de fronteira, garimpos, trabalhadores de grandes projetos de desenvolvimento).

19. Promover a articulação com os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS) para constituírem referência nos casos de maior gravidade em relação ao alcoolismo /saúde mental.
20. Promover articulações para aperfeiçoamento de medidas que proíbem a venda de bebida alcoólica aos índios com envolvimento do Ministério Público.
21. Demitir e estabelecer medidas punitivas para coibir funcionários públicos civis e militares e trabalhadores de saúde que comercializam e/ou promovem a circulação de bebidas alcoólicas em terras indígenas.

Cadastro Distritos Sanitários Especiais Indígena

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA ALTO JURUÁ
RUA SIQUEIRA CAMPOS 97 – CENTRO CEP:69 980 000 CRUZEIRO DO SUL-AC

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA ALTO PURUS
RUA ANTONIO DA ROCHA VIANA SN° - BAIRRO VILA IVONETE CEP:69.908.560 RIO BRANCO –AC

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA ALAGOAS
AV.DURVAL DE GOES MONTEIRO,6122 TABULEIRO
CEP 57.080,000 MACEIÓ-AL

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA ALTO RIO NEGRO
AV.DOM PEDRO MASSA 124 – CENTRO
CEP 69 750 000 SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA-AM

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA ALTO SOLIMÕES
RUA MARECHAL RONDON-279 SANTA ROSA
CEP 69.640.000 TABATINGA- AM

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA JAVARI
RUA TEOFILO BRASIL Nº189-
CEP:69-650-000 ATALAIA DO NORTE- AM

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MANAUS
RUA OSVALDO CRUZ, S/N° - BAIRRO GLORIA-
CEP:69.027.000 MANAUS-AM

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MÉDIO PURUS
RUA DR. JOÃO FÁBIO 1907-CENTRO
CEP:69.830-000 LÁBREA- AM

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA PARINTINS
AV. NAÇÕES UNIDAS, 1744 – CENTRO
CEP 69 151-060 PARITINS / AM

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MÉDIO SOLIMÕES E AFLUENTES
ESTRADA DO AEROPORTO Nº 3975
CEP: 69.470.000 TEFÉ /-AM

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA AMAPÁ
RUA EDILARDO SILVA 1039 - CENTRO
CEP 68.900.000 MACAPÁ - AP

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA BAHIA
RUA DA GRAÇA 401,
CEP. 40.150.040 – SALVADOR - BA

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA CEARÁ
AV. SANTOS DUMONT-1890
CEP 60.150.160 FORTALEZA - CE

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA ARAGUAIA
RUA MONOEL FERREIRA ROCHA N ° 2333
CEP 78.670.000 SÃO FELIX DO ARAGUAIA - MT

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MARANHÃO
RUA 5 DE JANEIRO SN° -JORDOA,
CEP 65.040.450 SÃO LUIZ - MA

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MINAS GERAIS
RUA BARBARA HELIODORA, 184-CENTRO
CEP 35.000.000 – GOVERNADOR VALADARES – MG

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL
RUA JORNALISTA BELIZARIOS LIMA 263
CEP 79.004.270 – CAMPO GRANDE - MS

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA CUIABÁ
RUA BALTAZAR NAVARROS 113 – BAIRRO BANDEIRANTES
CEP 78.010.130 – CUIABÁ - MT

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA KAIAPÓ-COLÍDER
TRAVESSA DOS BANDEIRANTES S/N°
CEP 78.500.000 COLIDER- MT

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA XINGU
RUA CENTRO NOVO 81
CEP 78.640.000 CANARANA - MT

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA XAVANTE
RUA XAVANTE N° 785 – CENTRO
CEP 78.600.000 BARRA DO GARÇA - MT

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA ALTAMIRA
AV. JOÃO PESSOA N° 1150
CEP 68.370.000 ALTAMIRA - PA

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA GUAMÁ TOCANTINS
AV.VISCONDE DE SOUZA FRANCO-616-BAIRRO DO REDUTO
CEP 66.053.000 BELEM/ - PA

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA KAIAPÓ-REDENÇÃO
AV.MINISTRO OSCAR TOMPSOM FILHO –SOBRELOJA – SETOR MORADA DA PAZ,
CEP68.550.000 REDENÇÃO - PA

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA TAPAJÓS
AV. GETÚLIO VARGAS Nº17
CEP 68.180-000 - ITAITUBA – PA

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA POTIGUARA
RUA GERALDO VAN SHOSTER 285 JAGUARIBE
CEP 69.304.000 JOÃO PESSOA - PB

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA PERNAMBUCO
AVENIDA ROSA E SILVA-1489- BAIRRO AFLITOS
CEP 52.050.020 RECIFE - PE

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA LITORAL SUL
RUA CÂNDIDO LOPES Nº208
CEP 52.050.020 CURITIBA - PR

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA PORTO VELHO
RUA 5 Nº 167 –BAIRRO COSTA E SILVA,
CEP 78.900.970 – PORTO VELHO – RO

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA VILLHENA
AV. GUAPORÉ-3046 JARDIM COLORADO
CEP 78.975.000 CACOAL - RO

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA LESTE DE RR
AV.ENE GARCEZ Nº1636 BAIRRO SÃO FRANCISCO
CEP 69.340.000 BOA VISTA - RR

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA YANOMAMI
AV.ENE GARCEZ Nº1636 BAIRRO SÃO FRANCISCO,
CEP 69.340.000 BOA VISTA - RR

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA INTERIOR SUL
MAX SEHRAMM, 2179- BAIRRO ESTREITO
CEP 88.095.001 FLORIANÓPOLIS- SC

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA TOCANTINS1004S
AL.4 LOTE32-
CEP.: 77145-320 PALMAS -TO

Municípios da área de abrangência de cada Pólo Base/DSEI, segundo etnias e política de incentivo de DST/Aids.

Estão relacionadas abaixo as etnias que constam no SIASI- Sistema de Informação de Saúde Indígena, por DSEI. Quando tratamos dos povos indígenas brasileiros, estamos abordando uma grande diversidade étnica e considera-se também que muitos povos indígenas têm mais do que uma denominação. Na relação apresentada abaixo, estão também incluídas as etnias que se referem a indivíduos de etnias de outras localidades, casados com indivíduos de grupos étnicos locais, tal como consta no SIASI.

Existe uma política de incentivo para a implementação das ações de controle das DST/Aids nos Estados e Municípios por meio do Plano de Ações e Metas (PAM). Há 411 municípios que estão incluídos nesta política e recebem repasses fundo a fundo do Ministério da Saúde. Esses são os que têm proporcionalmente, o maior número de casos de Aids no país e contam com serviços de referência na área de DST Aids. Identificamos entre os municípios da área de abrangência dos Pólos Base, quais que estão incluídos na política de incentivo de DST Aids -PAM. Quanto aos municípios, relacionou-se todos da área de abrangência dos Pólos Base, de acordo com o SIASI. Há mais de 300 municípios na área de abrangência dos Pólos Base dos DSEI.

1 - DSEI Alagoas e Sergipe:

Etnias: Kalankó, Tingui Boto, Wassu, Karapato, Xucuru, Xucuru Kariri, Jeripankó, Karuazu,, Pankararu,, Tuxá, Xocó, Kariri Xocó, Fulniô

Municípios área abrangência dos Pólos Base: Feira Grande, Joaquim Gomes, Palmeira dos Índios, Pariconha, Porto da Folha, Porto Real do Colégio, São Sebastião

Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

2 - DSEI Altamira - Pará

Etnias: Arara, Kuruaia, Xipaya, Kayapo, Xicrin, Assurini, Parakanã, Gavião Juruna

Municípios área abrangência dos Pólos Base :Altamira, São Félix do Xingu, Senador José Porfírio, Vitória do Xingu

Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

3 - DSEI Alto Juruá – Acre

Etnias – Arara, Jaminawa, Katukina, Marubo, Kampa, Kaxinawá, Shanenawa, Ashaninka, Yauanawá, Nukini, Payanawa

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Porto Walter, Rodrigues Alves, Tarauacá, Feijó, Jordão, Mâncio Lima, Marechal Thaumaturgo

Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

4 - DSEI Alto Rio Negro – Amazonas

Etnias – Baniwa, Bare, Tariano, Tukano, Nhengatu, Dessano, Wanano, Cubeu, Tuyuka, Hupde, Yepamassã, Bara, Tuxá, Karapana, Miriti tapuia, Piratuapuaia, Siriano, Arapaço, Columbiara, Curipako, Warekena, Maku, Tatu, Aicaba, Maribondo, Inhabarana, Yanomami, Tupi, Xiruai, Aikana, Curipako, Pareci, Makunambé, Hengatu, Warekena, Pirata, Silcy-Tapuia, Iauarete Açu, Inambu, Miriti Tapuia, Munduruku, Sateré-Mawé

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro

Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

5 - DSEI Alto Rio Purus – Acre, Rondônia e Amazonas

Etnias – Aikana, Jaminawa, Manchineri, Kaxinawa, Kaxarari, Apurinã, Jamamadi, Kulina Madjá, Kulina, Yauanawá, Shanenawa, Kampa

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Assis Brasil, Porto Velho, Boca do Acre, Manoel Urbano, Pauini, Santa Rosa do Purus, Sena Madureira

Municípios com PAM – Porto Velho

6 - DSEI Alto Rio Solimões – Amazonas

Etnias – Kocama, Ticuna, Kanamari, Kaixana

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Tabatinga, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Iça, Benjamin Constant, Amatura, Tonantins

Municípios com PAM – Tabatinga

7 - DSEI Amapá e Norte do Pará

Etnias – Waiapi, WaiWai, Aparai, Wayana, Kaxuyana, Tiriyo, Galibi, Galibi Marworno, Karipuna do Amapá, Palikur

Municípios área abrangência dos Pólos Base: Pedra Branca do Amapari, Almeirim, Oiapoque, Óbidos

Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

8 - DSEI Araguaia – Goiás e Mato Grosso

Etnias – Karajá, Tapirapé, Tapeba, Javaé, Tora, Ava-Canoeiro, Tapuia, Kamayurá, Krenak, Maxakali

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Confresa, Santa Teresinha, Aruana, Formoso do Araguaia, Nova América, Rubiataba, Lagoa da Confusão, Luciara, São Félix do Araguaia

Municípios com PAM- Confresa

9 - DSEI Bahia

Etnias – Kiriri, Kaimbé, Atikum, Karaja, Tuxa, Kariri, Pankararu, Pataxó, Pataxó Hã-Hã-Hãe, Tumbalala, Kantarure, Pankarare, Xucuru, Xucuru Kariri, Patamona

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Banzaé, Euclides da Cunha, Ibotirama, Muquem de São Francisco, Santa Rita de Cássia, Serra do Ramalho, Abare, Camacan, Camamu, Ilhéus, Itaju do Colônia, Pau Brasil, Curaçá, Glória, Paulo Afonso, Rodelas, Itamaraju, Porto Seguro, Santa Cruz de Cabarália

Municípios com PAM- Ilhéus, Porto Seguro

10 - DSEI Ceará

Etnias- Tremembé, Jenipapo-Kanindé, Tapeba, Pitaguarí

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Acarau, Aquiraz, Caucaia, Itarema, Maracanau, Pacatuba

Municípios com PAM- Caucaia, Maracanau

11 - DSEI Cuiabá – Mato Grosso

Etnias – Iranxe, Pareci, Iauanaua, Enauene-Nawe, Matipu, Myky, Cinta Larga, Rickibatsa, Nambikuara, Terena, Sabanê, Chiquitano, Bororo, Guató, Bakairi, Kayabi, Umutina, Camasuri, Xerente, Aiacaba

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Brasnorte, Sapezal, Porto Espiridião, Barão de Melgaço, Nobres, Paranatinga, General Carneiro, Rondonópolis, Santo Antônio do Lerverger, Barra do Bugres, Campo Novo dos Parecis, Diamantino, Pontes e Lacerda, Tangará da Serra

Municípios com PAM- Rondonópolis, Tangará da Serra

12- DSEI Guamá-Tocantins - Pará

Etnias – Tembê, Gavião, Munduruku, Gavião, Guajajara, Guarani, Karajá, Timbira, Xerente, Guarani, Atikum, Kaiapó, Xicrin, Parakanã, Suruí, Wai Wai, Katuena, Kaapor, Timbira, Amannaye, Assurini

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Capitão Poço, Santa Luzia do Pará, Bom Jesus do Tocantins, Canaã dos Carajás, Itupiranga, Jacundá, Marabá, Paraopebas, São Domingos do Araguaia, Oriximiná, Centro Novo do Maranhão, Ipixuna do Pará, Paragominas, Santa Luzia do Paruá, Tomé-Açu, Moju, Tucuruí

Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

13- DSEI Interior Sul – São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul

Etnias – Atikum, Fulniô, Kaingang, Kaiowa, Krenak, Pankararu, Terena, Guarani, Xokleng, Guarani M' baya, Aicaba, Xeta, Pataxó

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Arco íris, Avai, Bauru, Brauna, Abelardo Luz, Chapecó, Entre Rios, Ipuacu, Porto União, Seara, Candido de Abreu, Chopinzinho, Coronel Vivida, Diamante D' Oeste, Espigão Alto do Iguçu, Guairá, Inácio Martins, Laranjeiras do Sul, Mangueirinha, Manoel Ribas, Nova Laranjeiras, Palmas, São Miguel do Iguacu, Terra Roxa, Turvo, José Boiteux, Vitor Meireles, Londrina, Ortigueira, Santa Amélia, São Jerônimo da Serra, Tomazina, Água Santa, Benjamin Constant do Sul, Cacique Doble, Charrua, Constantina, Engenho Velho, Erebang, Gramado dos Loureiros, Ibiraiaras, Irai, Liberato Suzano, Muliterno, Nonoai, Planalto, Redentora, Rio dos Índios, Ronda Alta, Salto do Jacuí, São Miguel das Missões, São Valério do Sul, Tenente Portela, Três Palmeira, Vicente Dutra

Municípios com PAM- Bauru, Chapecó, Londrina, Suzano.

14 – DSEI Kaiapó do Pará

Etnias – Kaiapó

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – São Félix do Xingu, Bannach, Cumaru do Norte, Ourilândia do Norte, Pau D' Ardco

Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

15 - DSEI Kaiapó do Mato Grosso

Etnias – Aoiaka, Kayabi, Munduruku, Kayapó, Panará, Suyá, Juruna

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Juara, Peixoto de Azevedo, São José do Xingu, Altamira, Jacareacanga, São Félix do Xingu

Municípios com PAM- Juara

16- DSEI Leste de Roraima

Etnias – Makuxi, Wapixana, Wai Wai, Katuena, Mawayana, Xereu, Yanomami, Patamona, Ingarikó, Tauren pang

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Normandia, Pacaraima, Uiramuta, Bonfim, Caroebe, São Luis, Cantá, Alto Alegre, Amajari, Boa Vista

Municípios com PAM- Boa Vista

17- DSEI Litoral Sul –Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul

Etnias – Guarani, Guarani M' Baya, Tupi, Kaiowa, Terena, Karajá, Kiriri, Nambikuara, Pankararu, Guarani Nhadeva, Kaingang

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Angra dos Reis, Parati, Araquari, Navegantes, São Francisco do Sul, Barra do Ribeiro, Cachoeira do Sul, Camaquã, Tapes, Biguaçu, Imarui, Palhoça, São Sebastião, Ubatuba, Itanhaem, Mongaguá, Peruíbe, Guaraquecaba, Paranaguá, Piraquara, Pontal do Paraná, Iguape, Itariri, Peruíbe, Canaieia, Pariquera-açu, Registro, Sete Barras, São Paulo, Capivari do Sul, Caraa, Maquine, Palmares do Sul, Porto Alegre, Riozinho, Torres, Viamão

Municípios com PAM- Angra dos Reis, São Sebastião, Ubatuba, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Pariquera-açu, Registro, São Paulo, Paranaguá, Piraquara, Navegantes, São Francisco do Sul, Biguaçu, Palhoça, Cachoeira do Sul, Porto Alegre, Torres, Viamão.

18 - DSEI Manaus

Etnias – Torá, Parintintin, Mura, Tenharim, Pirahã, Mundurucu, Apurinã, Diahoi, Baré, Sateré-Maué, Ticuna, Arara, Dessano, Tukano, Kocama, Kambeba, Katukina, Jamamadi, Gavião, Yanomami

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Humaitá, Manicoré, Autazes, Borba, Careiro, Novo Aripuanã, Itacoatiara, Rio Preto da Eva, Anama, Beruri, Manacapuru, Careiro da Várzea, Novo Airão,

Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

19 - DSEI Maranhão

Etnias – Guajajara, Gavião, Timbira, Krikati, Kanela, Kanela Rankoktramekra, Kanela Apaniekra, Urubu Kaapor, Guajá, Guarani

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Amarante do Maranhão, Bom Jesus das Selvas, Montes Altos, Arame, Barra do Corda, Fernando Falcão, Itaipava do Grajaú, Jenipapo dos Vieiras, Grajaú, Araguana, Bom Jardim, Maranhãozinho, Nova Olinda do Maranhão, São João do Caru

Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

20 - DSEI Mato Grosso do Sul

Etnias – Guarani, Kaiowa, Terena, Cinta Larga, Kadiweu, Atikum, Kinikinawa, Kaapor, Ofaié Xavante, Guató, Tefé, Xavante, Ahanenawa

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Amabai, Aral Moreira, Coronel Sapucaia, Laguna Carapa, Antônio João, Bela Vista, Ponta Porã, Anastácio, Aquidauana, Nioaque, Porto Murtinho, Caarapó, Juti, Laguna Carapa, Brasilândia, Corumbá, Rochedo, Douradinha, Dourados, Eldorado, Japorá, Miranda, Paranhos, Dois Irmãos do Buriti, Maracaju, Sidrolândia, Tacuru

Municípios com PAM- Ponta Porã, Aquidauana, Corumbá, Dourados,

21 – DSEI Médio Rio Purus

Etnias – Apurinã, Paumari, Jamamadi, Jarawara, Bakairi, Aparai, Banawa Yafi, Zuruahá

Municípios área abrangência dos Pólos Base: - Tapaua, Lábrea

Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

22 – DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes - Amazonas

Etnias – Kambeba, Miranha, Ticuna, Kocama, Maku, Kulina Madja, Kanamari, Mayoruna, Tukano, Deni,

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Coari, Tefé, Japura, Jutai,

Maraá, Eirunepé, Envira, Ipixuna, Jurá, Alvarães, Uarini, Carauari, Itamarati

Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

23 – DSEI Minas Gerais e Espírito Santo

Etnias – Maxacali, Krenak, Pankararu, Pataxó, Xucuru Kariri, Guarani, Tupiniquim, Xacriabá, Xerente

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Santa Helena de Minas, Coronel Murta, Caldas, São João das Missões, Aracruz, Carmesia, Bertópolis, Resplendor

Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

24 – DSEI Parintins - Amazonas

Etnias – Sateré Maué, Zo`é, Hixkariana, Kaxuyana, Wai Wai, Bara

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Barreirinha, Oriximiná, Nhamundá, Maués, Parintins

Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

25 – DSEI Pernambuco

Etnias – Atikum, Fulniô, Kapinawa, Truká, Tumbalala, Arara, Xucuru

Municípios área abrangência dos Pólos Base: - Carnaubeira da Penha, Mirandiba, Floresta, Ibimirim, Inaja, Jatobá, Petrolândia, Tacaratu, Cabrobó, Pesqueira

Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

26 – DSEI Porto Velho – Rondônia e Amazonas

Etnias – Ajuru, Aruá, Macurap, Sakirabiar, Aricapú, Tuparí, Kampa, Kampé, Tenharim, Jaboti, Ajuru, Canoe, Aricapu, Cujubim, Oro Não, Oro Waram Xijein, Gavião, Massaka, Oro At, Oro Eo, Oro Jowin, Oro Mon, Canoe, Cinta Larga, Columbiara, Mequém, Miqueleno, Cabixi

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Alta Floresta do Oeste, Guajará-Mirim, Nova Mamorá, Humaitá, Manicoré, Aripuana, Governador Jorge Teixeira, Jaru, Ji-Paraná, Mirante da Serra, Porto Velho

Municípios com PAM- Porto Velho.

27 – Potiguara – Paraíba

Etnias - Potyguara

Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Baía da Traição, João Pessoa, Maracão, Rio Tinto

Municípios com PAM- João Pessoa.

28 – DSEI Rio Tapajós

Etnias – Munduruku, Apiaká, Kaiapó, Tembé, Ava-canoeiro, Kayabi,
Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Jacareacanga, Itaituba
Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

29 – DSEI Tocantins

Etnias – Javaé, Karajá, Xerente, Avá-canoeiro, Tuxá, Tapirapé, Krahô, Karajá
 Javaé, Kanela, Karafawyana, Guarani, Karajá Xambioá, Apinaye, Guajajajra
Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Formoso do Araguaia, Lagoa
 da Confusão, Sandolândia, Goiatins, Itacajá, SantaFé do Araguaia, Santa
 Maria das Barreiras, Tocantinia, Araguaína
Municípios com PAM- Araguaína.

30 – DSEI Vale do Javari - Amazonas

Etnias – Marubo, Matse, Katukina, Kanamri, Kulina, Matis
Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Atalaia do Norte
Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

31 – DSEI Vilhena – Rondônia e Mato Grosso

Etnias – Cinta Larga, Arara, Arara do Aripuana, Terena, Mequém, Sakirabiar,
 Aikana, Aikanã-Kwasá, Suruí, Rikbatsa, Apurinã, Macurap, Nambikuara,
 Latundê, Alantesu, Halantesu, Halotesu, Wassussu, Waikisu, Mamaindê,
 Manduca, Tawandê, Kithaulu, Sawentesu, Wakalitesu, Negarotê, Akuntsu,
 Fulniô, Kassupá, Kwasar, Sabanê
Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Aripuana, Alta Alegre dos
 Parecis, Cacoal, Espigão do oeste, Brasnorte, Cotriguaçu, Juara, Juina,
 Chupinguaia, Comodoro, Corumbiara, Pontes e Lacerda, Vilhena
Municípios com PAM- Juara, Juina,

32 – DSEI Xingu – Mato Grosso

Etnias – Kayabi, Tapirapé, Ikpeng, Juruna, Suyá, Kamayurá, Trumai, Kayapó
 Mentutire, Mahinaku, Panará, Nambikuara do Norte, Awuará, Kalapalo,
 Kuikuro, Nahukwa, Aweti, Matipu, Yawalapiti, Warekena
Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Feliz Natal, Marcelândia,
 Querência, São Félix do Araguaia, São José do Xingu, Canarana, Gaúcha do
 Norte, Nova Uiratã
Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

33- DSEI Yanomami

Etnias – Yanomami, Sanuma
Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Caracará, Barcelos, Mucajá,
 Alto Alegre, Santa Isabel do Rio Negro, Amajari, Iracema, São Gabriel da
 Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro
Municípios com PAM- nenhum dos municípios acima

34- DSEI Xavante

Etnias – Xavante
Municípios área abrangência dos Pólos Base: – Água Boa, Canarana,
 Campinápolis, General Carneiro, Novo São Joaquim, Paranatinga, Poxoreo,
 Barra do Garças
Municípios com PAM- Barra do Garças

Roteiro para implantar as Ações de DST Aids na Atenção Básica Nos Distritos Sanitários Especiais Indígena

Este roteiro apresenta os aspectos envolvidos na implantação das ações de DST Aids na atenção Básica, de responsabilidade dos Distritos Sanitários Especiais Indígena. Para garantir os insumos necessários, é necessário a pactuação com Estados e Municípios para a implementação das ações de forma contínua. A participação das populações indígenas na discussão e nas pactuações é fundamental. Este roteiro, tem o objetivo de contribuir com as equipes técnicas locais para o planejamento e implementação das ações. Ações de Hepatites Virais também estão descritas.

Bloco I

Tema: Articulação dos Programas de DST Aids locais com as Coordenações Regionais da FUNASA e DSEI.

1. Como o processo está organizado – memória histórica das ações de DST Aids para a população indígena desde a implantação do DSEI;
2. Como tem sido a articulação do DSEI com a Coordenação Estadual de DST/Aids;
3. Quem participa da articulação;
4. Facilidades na articulação;
5. Dificuldades na articulação;
6. Demandas atuais;
7. Alternativas e estratégias para consolidar as articulações e planejamento conjunto das ações
8. Identificar se nas pactuações da bipartite, a população indígena está sendo contemplada.

Bloco II

Estrutura disponível nos Pólos Base/DSEI:

Recomendação: identificar por Pólo-Base

1. Se a capacidade instalada é suficiente para atender as demandas – equipamentos e insumos;
2. Quais os recursos humanos disponíveis em cada Pólo-Base – composição da equipe multidisciplinar; carga horária; regime de visita às comunidades; quais são as aldeias atendidas pelas ações de DST
3. Identificar o número de AIS há por Pólo, quantos são homens e quantos são mulheres e quantos foram treinados em DST Aids
4. Identificar se há antropólogos, lingüistas e pedagogos apóiam as ações de educação em saúde e de prevenção das DST/AIDS desenvolvidas pelo DSEI, qual a percepção do DSEI sobre a participação destes profissionais, em quais atividades colaboram, e com qual frequência
5. Identificar a qualificação da equipe sobre DST Aids e quais os conteúdos foram trabalhados na educação continuada

Bloco III

Tema: Vulnerabilidade

Recomendação: a equipe deverá conversar com os parceiros locais sobre os fatores que contribuem para a vulnerabilidade das populações indígenas no âmbito do DSEI, identificando aqueles que estão mais presentes:

1. Fatores externos – exploração de recursos florestais por não índios nas Terras Indígenas - TI; mineração e garimpagem nas TI; estradas e ferrovias; arrendamento de terras indígena; projetos do setor elétrico; invasões das TI; TI sem demarcação; núcleos rurais e projetos de colonização; viajantes que freqüentam as TI; presença de agências indigenistas; turismo; presença de missões religiosas.
2. Fatores internos – conhecimento sobre formas de transmissão e prevenção das DST AIDS; consumo abusivo de álcool; poder aquisitivo; escolaridade; freqüência dos jovens nas cidades; mobilidade de segmentos de maior status no grupo; relações de gênero; presença indígena em centros urbanos; arranjos sexuais do grupo; relações com outras etnias; pauperização da população indígena; acesso da população aos serviços de saúde; mobilização comunitária; orientações/restrições dos grupos indígenas quanto ao uso do preservativo por membros da comunidade/quais situações, realização de festas grandes nas aldeias com a presença de não índios e consumo de bebidas alcoólicas.

Bloco IV

Tema: Ações de DST Aids por Pólo Base

Recomendação: Neste tema estaremos identificando por Pólo Base quais das ações estão sendo implementadas, quais não estão e o contexto da discussão e avaliação das equipes locais sobre cada um dos itens abaixo elencados.

A- Educação e Saúde:

- Qual o conhecimento das comunidades indígenas sobre o tema DST Aids, quais são as principais questões apresentadas pelas comunidades nas oficinas e atividades de prevenção das DST Aids;
- Qual a freqüência das atividades de prevenção, qual a equipe responsável por estas atividades, quais segmentos da comunidade participam (homens, mulheres, jovens, pajés, parteiras etc), se os profissionais da funai participam;
- Se há material educativo de prevenção das dst aiads elaborado; se é bilíngüe, se está na língua indígena, se as comunidades participaram na sua elaboração, se é utilizado algum outro material não específica para a população indígena;

B- Vacinação contra Hepatite B

- Identificar qual a cobertura da vacinação da Hepatite B, se as três doses são aplicadas obedecendo aos prazos do protocolo; qual a percepção das comunidades indígenas sobre a vacinação; se há casos de hepatite B nas comunidades (homens, mulheres, gestantes, crianças).

C- Aconselhamento e oferta do teste anti-HIV e VDRL

- Identificar se as equipes de saúde estão habilitadas para a prática do aconselhamento e se está incorporado ao contexto do trabalho de atenção, se as comunidades têm tido acesso ao diagnóstico, em quais situações esta necessidade tem sido identificada pela equipe

D- Manejo das DST por meio da Abordagem sindrômica

- Identificar se o DSEI adquire medicamentos de DST, se há medicamentos para DST disponíveis nos Pólos Base, quais profissionais implementam esta ação, qual a receptividade das comunidades para esta intervenção, se há busca consentida ou ativa dos parceiros dos portadores de DST

E- Aquisição e disponibilização do preservativo masculino

- Identificar a partir da percepção da equipe local, qual a receptividade das comunidades indígenas ao preservativo, se há alguma orientação expressa quanto a adoção do uso pelas lideranças indígenas locais, como os preservativos são disponibilizados, quem os entrega aos membros das comunidades indígenas, quais os segmentos das comunidades que recebem os preservativos (homens, jovens masculinos, femininos, mulheres), se a equipe identifica a necessidade de algum outro insumo de prevenção
- Identificar se há preservativos masculinos e femininos disponíveis para as comunidades, se estes insumos são fornecidos pelo Programa Estadual/municipal de DST aids ou adquiridos pelo DSEI/FUNASA, se o quantitativo é suficiente para a demanda; descrever logística de distribuição do preservativo – Programa Estadual DST Aids/ Programa Municipal de DST AIDS/CORE/DSEI/Pólos Base/Postos de Saúde/Aldeias/ CASAIS/Associações Indígenas/Associações Indigenistas/ONG/Missões Religiosas

F- Prevenção da Transmissão vertical do HIV

- Se as mulheres gestantes têm acesso ao diagnóstico do HIV no pré -natal, se as gestantes portadoras do HIV recebem a medicação e acompanhamento durante a gravidez e no parto, se há inibição da lactação ou orientação quanto a necessidade de não amamentar a criança filha de mãe soropositiva, se há leite disponível para as crianças expostas, se a criança recebe a medicação no parto e após o parto, se a criança exposta é acompanhada até que momento; se o(s) parceiro(s) realizam o diagnóstico do HIV

G- Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis

- Se as mulheres gestantes têm acesso ao diagnóstico do VDRL no pré -natal, se as gestantes com sífilis recebem a medicação e acompanhamento durante a gravidez e no parto, se a criança exposta é acompanhada até que momento

H-Prevenção da Transmissão vertical das Hepatites

- Se as mulheres gestantes têm acesso ao diagnóstico, tratamento, e, se há disponibilidade de vacina ou imunoglobulina nas 12 primeiras horas (pode-se esperar até 7 dias) de vida e quais as condutas sobre o aleitamento materno.

Lembrar: filhos de mães HBSAG positivas após a aplicação de imunoglobulinas deve-se recomendar o aleitamento materno, orientando os cuidados com as fissuras mamárias

I- Referenciamento das pessoas diagnosticadas com HIV e hepatites aos serviços especializados

- Se a equipe de saúde do Pólo Base tem conhecimento da rede de serviços especializados em AIDS, se há dificuldade de acesso a estes serviços, se as equipes dos serviços especializados estão sensibilizadas para acolhimento da população indígena, se os membros da comunidade indígena vivendo com HIV aids têm acesso ao tratamento/medicamentos antiretrovirais e de doenças oportunistas além dos exames de monitoramento/carga viral e CD 4, se a adesão ao tratamento é garantida ou prejudicada, por quais aspectos.

J- Vigilância epidemiológica

- Descrever o fluxo das notificações da aids, sífilis, sífilis congênita; gestantes HIV+ e crianças expostas, se há profissionais habilitados no DSEI para realizar adequadamente estas notificações, se está pactuado com o município de referência para encaminhamento das notificações ao sinan, se os casos são informados no SIASI
- Quantos casos de HIV, aids, hepatites B,C e D são de conhecimento da equipe dos Pólos Base em índios que vivem nas aldeias, em quais faixas etárias, categoria de exposição e ano, sexo e m quais Pólos Base
- Quantos casos de sífilis e sífilis congênita são de conhecimento da equipe dos Pólos Base em índios que vivem nas aldeias, em quais faixas etárias,
- Quantos casos de HIV, aids, sífilis e sífilis congênita são de conhecimento da equipe dos Pólos Base em índios que vivem nas áreas urbanas

K- Ações de prevenção ao uso de álcool e outras drogas

- Identificar na comunidade a percepção sobre utilização de álcool , o padrão de consumo e a estratificação etária de utilização, descrever as atividades que são desenvolvidas na área da prevenção ao abuso de álcool, identificar se há consumo de bebidas fermentadas tradicionais nas comunidades e se há consumo de outras drogas.
- A equipe tem conhecimento se há uso abusivo de álcool pelas comunidades, quais comunidades?
- Do ponto de vista das equipes de saúde qual a percepção sobre uso de álcool e outras drogas?
- Onde a comunidade indígena adquire bebida alcoólica? Explorar se é dentro ou fora das aldeias (Comercio, vendedores ambulantes).

Há situações de violência relacionadas ao consumo abusivo de álcool e outras drogas? Se sim, que tipos de violência estão relacionados? Há serviços de saúde de referência que acolhem as demandas da população indígena na questão do álcool de outras drogas?

Bloco V**Tema: Índios em trânsito ou residentes em áreas urbanas**

Recomendação: identificar quais são os municípios/área urbana mais freqüentados pelos índios:

- Entre os índios que vivem nas aldeias, se há casas/alojamentos de associações indígenas nas cidades e se favorece a permanência dos mesmos por tempo mais prolongado nas áreas urbanas, quais são os principais motivos que trazem os índios para estes locais, freqüência nas cidades, locais onde se hospedam, quem freqüenta – homens, jovens, mulheres, crianças, se estabelecem parcerias sexuais nas áreas urbanas com não índios ou com índios de outras etnias, se usam preservativos nestas situações
- identificar se há índios vivendo em áreas urbanas e que mantêm contato com suas comunidades de origem

Bloco VI**Tema: Controle Social**

Recomendação: identificar a existência das instâncias de controle social e a participação dos representantes indígena nas mesmas

- identificar se há conselho distrital instalado, quantos representantes indígenas participam, qual o regime de reuniões e atividades, se os representantes indígenas têm participação efetiva, se os conselhos locais estão instalados, qual o regime de reuniões e atividades
- identificar se o Plano Distrital prevê ações de DST Aids e Prevenção do uso de álcool e outras drogas, se o conselho distrital ou os conselhos locais têm alguma recomendação específica que tenha interface com as ações de DST aids.

Outros pontos não descritos nos blocos acima e que poderão contribuir na contextualização da situação do DSEI e Pólos Base

**Portaria da parceria PNS DST Aids/Secretaria de Vigilância em Saúde/
Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e FUNASA/Departamento de
Saúde Indígena**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA EXECUTIVA

PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2005

Aprova a descentralização de dotações orçamentárias e recursos financeiros objetivando o apoio às ações de saúde pertinentes a execução do Projeto de Implantação do Programa de DST/Aids nos 34 Distritos Sanitários Indígenas, especificamente das ações de Prevenção e Assistência em saúde às populações indígenas, através da Fundação Nacional de Saúde, visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde.

O SECRETÁRIO EXECUTIVO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE por Delegação de Competência através da Portaria MS nº. 93, de 05/02/2003, publicada no DOU nº 27, pág.14, Seção II, de 06/02/2003, e o PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE FUNASA, no uso de suas atribuições legais, e com base nas normas e procedimentos constantes do Acordo de Empréstimo 4713-BR, celebrado entre a União e o Banco Mundial e no que couber as condições consignadas no Decreto nº 825, de 28/05/93, com suas alterações, observadas as disposições do Decreto-lei nº 200, de 25/02/67, da Lei nº 8.666, de 21/06/93, com suas alterações, da Lei 10.934 - Lei de Diretrizes Orçamentárias, de 11/08/2004 e da Lei nº 11.100, de 25/01/2005 e do Decreto nº 93.872, de 23.12.86, e da Instrução Normativa/STN nº 01, de 15/01/1997, no que couber, resolvem:

Art. 1º - Aprovar a descentralização de dotações orçamentárias e de recursos financeiros do Orçamento do MINISTÉRIO DA SAÚDE, no montante de R\$ 3.784.019,00 (três milhões, setecentos e oitenta e quatro mil, dezenove reais) finalidade de apoiar as ações de Prevenção e Assistência às Populações Indígenas desenvolvidos pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, de conformidade com a Lei nº 11.100, de 25/01/2005, objetivando fortalecer o Sistema Único de Saúde - SUS, em conformidade com a Lei Orgânica de Saúde, conforme detalhamento a seguir:

Processo nº 25000.015585/2005-14
ORGÃO CEDENTE - MINISTÉRIO DA SAÚDE
Programa Nacional de DST/Aids/Secretaria de Vigilância em Saúde
ORGÃO EXECUTOR - FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
DESPESAS CORRENTES R\$ 1.820.000,00
DESPESAS DE CAPITAL R\$ 1.964.019,00
NOTA DE CRÉDITO Nº 000425, de 22/02/2005

Art. 2º - Esta Portaria terá a sua vigência encerrada em 31 de dezembro de 2005.

Art. 3º - As dotações orçamentárias correspondentes serão descentralizadas de acordo com as normas vigentes, devendo os recursos financeiros serem repassados através da Conta Única do Tesouro Nacional, sendo vedada a sua utilização de forma diversa da estabelecida no aludido Quadro Demonstrativo, de conformidade com a legislação pertinente.

Art. 4º - A execução destes recursos por parte da Fundação Nacional de Saúde devem seguir as Normas de Execução do Acordo de Empréstimo, 4713-BR, celebrado entre a União e Banco Mundial. Os bens patrimoniais produzidos ou adquiridos com os recursos desta descentralização integrarão o patrimônio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, mediante a apresentação da respectiva declaração de incorporação.

Artº 5º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação

ANTONIO ALVES DE SOUZA
Secretário Executivo do Ministério da Saúde

VALDI CAMARCIO BEZERRA
Presidente da Fundação Nacional de Saúde

Planilha de orientação para execução dos recursos do Projeto de parceria com a FUNASA.

Apresentamos abaixo, planilha com o detalhamento dos recursos do Projeto, onde consta o que pode ser gasto com os recursos repassados pelo PN DST Aids para a FUNASA e os recursos de contrapartida da FUNASA.

	AQUISIÇÃO MS	EXECUÇÃO PN-DST/ AIDS	REPASSE FNS/FUNASA EQUIPAMENTOS	REPASSE FNS/FUNASA CUSTEIO	CONTRA-PARTIDA FUNASA
Treinamento de Profissionais em abordagem síndrome, hepatites e CBVE					
Passagem aérea					398.040,00
Hospedagem					277.400,00
Ajuda de custo					27.759,85
Sub total					703.199,85
Treinamento para aux. Enfermagem em TBVE					
Locação de espaço físico				18.730,00	
Hospedagem				1.179.800,00	
Alimentação				180.950,00	
Material de expediente				8.856,60	
Material didático				16.832,00	
Material de limpeza				6.554,00	
Passagem aérea p/ instrutor				57.800,00	
Diárias p/ instrutor				48.180,00	
Passagem p/ profissionais				208.884,00	
Óleo diesel					459.000,00
Óleo 2T					15.452,50
Gasolina					677.340,00
Sub-total				1.726.586,60	1.151.792,50
Oficinas para produção de material inst/educativo					
Passagens p/ Antropólogo				33.000,00	
Passagens p/ Linguista				33.800,00	
Passagens p/ Pedagogo				34.724,30	
Diárias para instrutor antropólogo			51.150,00		
Diárias para instrutor linguista				51.150,00	
Diárias para instrutor Pedagogo				51.150,00	
Mobilização comunitária					

Alimentação				202.580,00	
Material de expediente				9.379,00	
Material didático				15.558,00	
Material de limpeza				6.566,00	
Peças anatômicas masculina				6.300,00	
Peças anatômicas feminina				5.256,00	
Deslocamento dos participantes				71.760,00	
Óleo diesel					460.500,00
Óleo 2T					13.665,00
Gasolina					690.360,00
Editoração					
Cartazes				340.000,00	
Cartilhas				1.365.000,00	
Fitas de vídeo				119.000,00	
Ajuda de custo				59.462,52	
Sub-total				2.455.835,82	1.164.525,00
Estruturação do serviço					
Mesa ginecológica p/ Pólo			172.420,00		
Escada com 2 degraus			86.128,00		
Mesa ginecológica portátil			113.278,00		
Foco de luz			64.420,00		
Lanterna de 2 elementos			168.255,00		
Televisor de 20"			228.298,00		
Video			500.760,00		
Gerador portátil de 1.1/2 Kva			602.140,00		
Rádio toca-fitas			28.320,00		
Educação continuada				332.400,00	
Óleo diesel					274.950,00
Óleo 2T					265.109,00
Gasolina					492.490,00
Sub-total			1.964.019,00	332.400,00	1.032.549,00
ASSISTÊNCIA					
TOTAL GERAL	2.185.643,68	871.159,00	1.964.019,00	4.514.822,42	9.240.782,65
TOTAL GLOBAL					18.776.426,75

Documento elaborado pelos assessores técnicos do PN-DST/Aids ¹

Vera Lopes dos Santos – Unidade de Prevenção – PN-DST/AIDS

Leidijany Costa Paz – Unidade de Epidemiologia - PN-DST/AIDS

Ronaldo Hallal – Unidade de Diagnóstico, Assistência e Tratamento
- PN-DST/AIDS

Carlos Roberto Ferreira de Deus – Assessoria de Planejamento e
Avaliação - PN-DST/AIDS

Colaboradores

Angela Donini – Unidade de Prevenção – PN-DST/AIDS

Henriette Ahrens - Unidade de Prevenção – PN-DST/AIDS

Sérgio D'ávila - Assessoria de Planejamento e Avaliação - PN-DST/
AIDS

Ivo Brito - Unidade de Prevenção – PN-DST/AIDS

Liliana Pittaluga - Unidade de Prevenção – PN-DST/AIDS

Maria Dulcimar del Castilo - FUNASA/DESAI

Marta Pereira Carvalho – Programa de Hepatites Virais

Isabelle Queiroz - Unidade de Prevenção – PN-DST/AIDS

Valdir Pinto - Unidade de DST – PN-DST/AIDS

¹ Proposta apresentada na reunião dos dias 13 e 14 de maio de 2004 em Brasília e modificada com sugestões feitas pelos participantes. Em reunião nos dias 24 e 25 de junho, este documento foi apresentado aos DSEI e CORE que integram a proposta-piloto.

Colofon

Projeto Gráfico

Alexsandro de Brito Almeida

Miolo

fonte família Minion Pro corpo 12/14,4. Fonte serifada desenvolvida por Robert Slimbach em 1992, inspirada na beleza das fontes da Renascença. Criada primariamente como fonte tradicional de texto, se adaptou a tecnologia digital apresentando a riqueza das formas barrocas dentro de um formato de texto moderno.

fonte família Frutiger corpo 7/8,4. Fonte sem serifa, originalmente desenvolvida por Adrian Frutiger como alfabeto para sinalização no aeroporto Gaulle em Paris, posteriormente foi adaptada pela Linotype como fonte para texto e edição em 1976.

papel Pólen Soft 80g/m² Susano

tinta: 2/2 - Verde Pop. Indigenas Pantone 576C - 65C 26M 100Y 8P cor processo e Preto 100%.

Capa

papel Supremo Duo Design 250g/m² Susano

tinta: 4/1 - policromia/Verde Pop. Indigenas Pantone 576C - 65C 26M 100Y 8P cor processo

foto: **Bento Viana - CTI Centro de Trabalho Indigenista**