

Reflexões sobre as políticas de controle das DST e Aids na população indígena

Analyzing STD and Aids control policies among Brazilian indigenous population.

Reflexiones sobre as políticas de control de EST y Sida en la población indígena.

Vera Lopes dos Santos

Departamento de DST Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde.

Ximena Pamela Bermúdez

Organização Pan-americana da Saúde

Luciano Medeiros de Toledo

Marly Marques Cruz

Elizabeth Moreira

FIOCRUZ

t

da alteridade cultural que os caracteriza.

PALAVRAS CHAVE:

Aids, DST, HIV, indígena.

ABSTRACT

By consulting secondary data and official information from the Department of STD, AIDS, and Viral Hepatitis of the Ministry of Health, this article analyses the National Health Policy of Indigenous People, particularly, the national health policy that has been implemented regarding STD/HIV/AIDS control within the Indigenous Special Health Districts. Even though the relevant improvement regarding featuring the epidemic scenario among the indigenous people, the most urgent challenge today is the harmonization of public policies in health with cultural forms of life of these different ethnic groups, its vulnerabilities and the comprehension of the singularities due to cultural alterity.

RESUMEN

Por medio de consulta a fuentes secundarias y al acervo del Departamento de ETS, sida y Hepatitis Virales del

RESUMO

Por meio de consulta a fontes secundárias e ao acervo do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, este artigo reflete sobre a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, particularmente, sobre como vem sendo implementada a política de controle às DST/HIV/Aids dentro dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Para além dos importantes avanços na identificação do perfil da epidemia entre os povos indígenas, o desafio mais urgente é na harmonização das políticas públicas em saúde com as formas culturais de vida desses povos, suas vulnerabilidades e a compreensão de suas especificidades dentro

Ministerio de Salud, este artículo reflexiona sobre la Política Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, particularmente, sobre como se viene aplicando la política de control a la ETS/VIH/Sida dentro de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas. Más allá de los importantes avances en la identificación del perfil de la epidemia entre los pueblos indígenas, el desafío más urgente hoy es la armonización de las políticas públicas en salud con formas culturales de vida de esas sociedades, sus vulnerabilidades y la comprensión de sus especificidades dentro de la alteridad cultural que los caracteriza.

PALABRAS CLAVE:

Sida; EST; VIH; indígena.

INTRODUÇÃO

Muitas são as dúvidas que persistem acerca da epidemia de aids entre a população indígena. Como esta população tem sido afetada? Em quais regiões os casos de aids tem aparecido com mais frequência? Quais são os determinantes e os contextos de vulnerabilidades às DST/aids entre a população indígena?

A proximidade das áreas indígenas a centros urbanos, entradas de não indígenas nas aldeias, a incursão de jovens indígenas nas cidades, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, resistências ao uso do preservativo, reduzida informação e acesso aos exames diagnósticos pelo serviços às gestantes, fatores sócio-econômicos como pauperização e terra indígena sem demarcação são alguns dos principais fatores de vulnerabilidade DST e aids para os povos indígenas.

No Brasil há mais de 200 povos

indígenas, entre os quais povos isolados e sem contato permanente com a sociedade envolvente. Entre os povos indígenas, há um rico e diverso universo lingüístico de cerca de 180 línguas. De acordo com a resolução número 304, do Conselho Nacional de Saúde, de agosto de 2000, são considerados: Povos indígenas: povos com organizações e identidades próprias, em virtude da consciência de sua continuidade histórica como sociedades pré-colombianas. Índio: quem se considera pertencente a uma comunidade indígena e é por ela reconhecido como membro.

A população indígena é estimada pela FUNASA em 528.603 indivíduos (SIASI/FUNASA/ 2008), sendo que esta é a parcela da população que vive em áreas indígenas (tabela 1). A região norte, concentra a maior parte da população indígena, com aproximadamente 45% da população, seguida da Região Nordeste com aproximadamente 24%, seguida da Região Centro-Oeste com aproximadamente 20%, seguida pela Região Sul com aproximadamente 8% e a Região Sudeste com aproximadamente 3%. Observa-se, por esta distribuição regional, que a presença da população indígena é inversa a presença da população geral: onde há maior percentual de população indígena, há o menor % de população não indígena, como na região norte e onde há menor percentual de população indígena, há maior percentual de população não indígena, como na região sudeste.

A população indígena vive em 4.095 aldeias, distribuída em 615 Terras Indígenas regularizadas ou em processo de regularização fundiária. Além da população indígena residente nas Terras Indígenas, há um contingente de índios vivendo em áreas

urbanas, para os quais ainda não se tem uma estimativa atualizada.

Aids: características da epidemia entre a população indígena brasileira

O primeiro caso de aids entre a população indígena brasileira foi notificado no estado de Mato Grosso, em 1987. Dois anos depois, em 1989, foi criado, na Coordenação Nacional das DST/HIV/AIDS/MS, o Projeto de Prevenção de DST e AIDS dirigido para essa população. Inicialmente, as ações desse Projeto estiveram voltadas para aspectos pontuais e focalizadas em alguns segmentos e grupos indígenas, sem alcançar uma dimensão nacional (Ministério da Saúde, 2000).

Até dezembro de 2007 haviam sido notificados 191 casos de aids na população indígena adulta, segundo registros do SINAN (Relatório, FUNASA/PN DST AIDS, 2008).

Entretanto, no ano seguinte, quando se fizeram novos cálculos baseados na integração de diferentes bancos de dados dos sistemas de informação de rotina tais como o SINAN, SISCEL, SICLON e SIM, que permite uma leitura mais consistente o número de casos de aids notificados na população indígena subiu para 624. Essa integração somente foi possível pelo fato de cada um desses bancos de dados apresentarem uma variável comum, qual seja a raça/cor. Essa variável permite a identificação, dentre todos os casos notificados, os casos atribuídos a indivíduos autodefinidos como indígenas, embora a filiação étnica específica não seja coletada. Os dados, frutos do cruzamento destes diferentes bancos de informação, atribuídos a população indígena, merecem ser aprofundados pelas vigilâncias

epidemiológicas dos estados em conjunto com a rede de saúde indígena.

Deve-se destacar que a grande diversidade étnica da população indígena, a presença cada vez maior de indígenas vivendo em áreas urbanas e a não inclusão da filiação étnica nas fichas de notificação, dificultam a identificação de um indígena acometido pela doença. Grande parte dessa dificuldade pode ser devida a baixa percepção da categoria índio junto a nossa sociedade, situação essa que também se reflete nos serviços de saúde.

Como ocorre no conjunto do país, a principal forma de transmissão do HIV nesta população é pela via sexual, sendo que 61% dos casos notificados estão atribuídos a pessoas que se declaram heterossexuais, 21% dos casos estão atribuídos a pessoas que se declaram como homo e bissexuais e 6,7% estão atribuídos a usuários de drogas injetáveis.

A epidemia atinge mais os homens com 62 % dos casos notificados. 38% dos casos são entre as mulheres. Seguindo a tendência nacional, para cada caso em homem, há 1,6 casos em mulheres.

Considerado o período de 2000 a 2008, foram notificados no SINAN, 94 casos de mulheres gestantes indígenas com HIV em todo o país. As estratégias de prevenção, que incluem o período da gravidez (com aconselhamento, acesso ao diagnóstico do HIV com resultado em tempo hábil e o tratamento preconizado), o momento do parto, supressão da amamentação e a profilaxia com as crianças, exigem dos serviços de saúde, um cuidado intenso, frente às implicações destes cuidados nos diferentes contextos culturais das populações indígenas.

No período de 2000 a 2008, foram notificados e investigados 173 casos de sífilis congênita entre a população indígena. Considerados somente os anos de 2007 e 2008, se notificaram no SINAN 133 casos de gestantes indígenas com sífilis em todo o país. O tratamento destas mulheres durante a gravidez incluindo ao seu parceiro ou parceiros nos diferentes ambientes culturais permanece um grande desafio dos serviços de saúde para o controle da sífilis congênita.

Estudo sentinela, ano base 2006, que estima a taxa de prevalência de HIV e sífilis entre parturientes (Szwarcwald et al, 2006), apontou que as mulheres indígenas têm 2,44 vezes mais chances do que as mulheres brancas de não terem acesso ao teste do HIV durante a gestação: enquanto a cobertura de mulheres gestantes que têm acesso ao teste do HIV durante o pré-natal é de 74% para mulheres brancas, entre as indígenas, este percentual atinge 36%. Foi identificado, que 95% das mulheres indígenas realizaram o pré-natal, 88% tinham o cartão do pré-natal, sendo que estes percentuais se aproximam das mulheres brancas, pretas, pardas e amarelas. O Ministério da Saúde preconiza a realização testes de sífilis e HIV durante o pré-natal. Caso não haja disponibilidade dos resultados, as mulheres devem ser testadas na hora do parto.

Deve-se destacar que a problemática da saúde nos sítios considerados neste artigo, insere-se dentro do contexto maior da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas. Esta Política, estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde no 254, de 31 de janeiro de 2002, integra, por sua vez, a Política Nacional de Saúde, que reconhece aos povos indígenas, suas especificidades étnicas e culturais e seus

direitos territoriais e define a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios sua cidadania (Ministério da Saúde, 2002).

A Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas parte do contexto histórico onde se identificam elementos marcantes das relações interétnicas que levaram ao extermínio de muitas etnias. Neste processo, estão presentes, os elementos que demonstram que tanto as expedições punitivas e conflitos entre colonizadores e indígenas, quanto as epidemias de doenças infecciosas, contribuíram para a dizimação de inúmeros povos indígenas autóctones no Brasil. A desarticulação de formas particulares de organização social, a proibição de falar a língua materna, a pressão sobre os territórios de ocupação imemorial, são alguns dos exemplos das violências sofridas pelos povos indígenas (Ministério da Saúde, 2002).

Revezaram-se no atendimento às demandas de saúde desta população, missões religiosas e órgãos oficiais, executado de forma esporádica na maior parte das localidades. Muitas missões se instalaram nas áreas indígenas, prestando assistência de saúde, na ausência de instituições governamentais. A diversidade cultural e a dispersão demográfica dos povos indígenas se constituía como grande desafio para o desenvolvimento de políticas eficazes de proteção da saúde (Ministério da Saúde, 2002).

Estas práticas de atenção à saúde, em geral não respeitavam os sistemas indígenas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer, nem seus sistemas tradicionais de cura. Isso continua sendo uma brecha na organização de serviços de saúde para

as populações indígenas, mesmo após o advento da Constituição de 1988, na qual se propugna o reconhecimento e respeito às suas organizações socioculturais (Ministério da Saúde, 2002).

A partir das Conferências Nacionais de Saúde Indígena foi proposto o desenvolvimento de modelos de atenção diferenciada, com participação indígena visando incorporar as necessidades destas populações.

A emergência dessa nova Política determinou a conformação de um novo modelo de Sistema de Saúde, voltado especificamente para a população indígena brasileira e inserido dentro da Política Nacional de Saúde. Esse novo modelo, denominado Subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituído por meio da Lei Arouca 9.836/99.

Dos projetos pontuais de prevenção às DST/aids à organização da rede de serviços de saúde nos DSEI

A partir do primeiro acordo de empréstimo de recursos financeiros do Banco Mundial ao governo brasileiro para o Programa DST/HIV/AIDS, formalizado em 1994, e com o surgimento de novos casos de AIDS na população indígena, o Ministério da Saúde definiu diretrizes mais consistentes para ampliar as ações de prevenção e controle desses agravos, junto a essa população.

A estratégia definida naquele momento para a realização das ações de prevenção foi o apoio a projetos de intervenção executados por organizações indígenas e indigenistas.

Entre os anos de 1995 a 1998 foram

desenvolvidos 27 projetos de prevenção em DST/HIV/AIDS em diferentes comunidades indígenas. A execução desses projetos permitiu a capacitação de 1.455 agentes multiplicadores de prevenção das DST AIDS (Ministério da Saúde, 2000).

A nova Política Nacional de Saúde dos Povos indígenas identificou a AIDS como um dos graves problemas de saúde que atingiam a saúde desta população. Somente a título de ilustração, até o ano 2000, havia registro de 36 casos conhecidos de AIDS, distribuídos em todas as regiões do Brasil. Segundo a FUNASA (2002: 11), o curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes, acrescido da falta de informações entre os índios sobre os modos de transmissão do HIV e a prevenção da sua infecção, bem como as dificuldades de comunicação devido às suas diversidades lingüísticas e culturais, se constituíam desafios a serem enfrentados.

A compreensão das redes de transmissão e os determinantes dos processos sociais e culturais originados do contato com a sociedade envolvente, bem como as relações interétnicas, foram elementos norteadores para a adoção de medidas mais adequadas de prevenção e controle da epidemia de AIDS, culturalmente sensíveis.

A III Conferência Nacional de Saúde Indígena realizada em 2001, em Brasília, reconhece a vulnerabilidade das populações indígenas às DST/HIV/AIDS e recomenda a implementação de ações de controle em todos os DSEI.

A partir de 1996, foi institucionalizado o acesso universal ao tratamento da AIDS no País, ampliando-se a rede de serviços de referência em HIV/aids, tais como Serviços

Ambulatoriais Especializados (SAE) e Centros de Orientação e Aconselhamento Sorológico (COAS) ou Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Entre 1999 e 2003, se intensificaram as ações de prevenção das DST/HIV/AIDS, com foco nas populações mais vulneráveis, incluindo a população indígena. Nesse escopo, o Programa Nacional de DST/HIV/MS ampliou o financiamento a projetos de prevenção propostos e executados por organizações não governamentais. Nesse período, se desenvolveram 66 novos projetos para a população indígena, baseados em metodologias inovadoras de prevenção, centradas na participação comunitária.

Com a necessidade de assegurar a sustentabilidade das ações de DST/HIV/AIDS nas áreas indígenas, restritas até 2003 a projetos pontuais, o PN DST/HIV/AIDS, em parceria com a FUNASA, definiu que a partir de 2004, os recursos seriam direcionados para fortalecer a organização da rede de serviços de saúde nas áreas indígenas.

Algumas experiências permitem resgatar a trajetória desses projetos que promoveram a discussão da prevenção considerando os contextos de vulnerabilidade e a dimensão da sexualidade nas comunidades indígenas. Também contribuíram para sistematizar informações sobre concepções indígenas acerca da saúde e doença, particularmente, sobre sexualidade e DST e Aids.

Projeto da ANAI/Bahia – Associação Nacional de Ação Indigenista DST AIDS entre mulheres indígenas do norte e sul da Bahia, Tupinambá, Pataxó Hãhãhã, Tuxá, Pankararé, Kiriri, Kaimbé, Tumbalalá (etnias do norte e sul da Bahia). Objetivo:

Conhecer o perfil de ocorrência das DST/Aids entre a mulheres indígenas do sul e norte da Bahia, com o objetivo de orientar estas comunidades e as instituições governamentais no desenvolvimento de ações estratégicas de prevenção adequadas, visando a promoção e recuperação da saúde das mulheres pesquisadas; Estratégias: realização de entrevistas e oficinas com as mulheres nas terras indígenas; disponibilização de preservativos e materiais educativos. Resultados: Foram realizadas mais oficinas do que as originalmente previstas no projeto; as mulheres sugeriram que os homens também tivessem acesso a estas atividades; necessidade de realizar estas atividades de forma periódica nas comunidades; 647 mulheres responderam ao questionário, sendo que 459 eram casadas e 372 estavam na faixa etária entre 21 e 40 anos, 290 com ensino fundamental incompleto, 304 são donas de casa, 471 se deslocavam das aldeias para as cidades para realizar compras em primeiro lugar e para atendimento médico em segundo lugar, 539 já tinham tido relação sexual, 510 relataram não ter tido DST, 270 informaram que não se consideram em risco de pegar aids, 549 referiram que o povo das aldeias devem se preocupar com a aids e de 225 que responderam, 44 disseram usar camisinha.

Portela e Marinho (Brasil, 2008:46), no âmbito do projeto de prevenção - Projeto Experimental para Construção de Conceitos de Prevenção em DST/aids junto aos Indios Guarani do Estado do Rio de Janeiro - desenvolvido em aldeias indígenas Guarani-Mbyá, no Rio de Janeiro, descreveram que há diferentes classificações para as doenças: doenças espirituais, que são causadas por divindades ou pelo diabo, podem ser castigos aplicados por maus

comportamentos seja dentro do seio familiar ou junto à comunidade; doenças do mundo são as causadas pelos donos da natureza, por exemplo dos espíritos; doenças internas são os pequenos adoecimentos da mulher grávida; doenças por feitiço são aquelas operadas por feitiçaria.

As classificações para as doenças, também variam, entre os diferentes povos indígenas. Em geral, as DST e aids, são vistas como resultado do contato com o não-índio e advindas do mundo externo à aldeia. Mesmo diante das classificações de cada cultura, as pessoas nas comunidades querem conhecer as informações disponíveis sobre estas enfermidades do branco.

Entre os Apinajés e Krahôs, foi desenvolvido Projeto de prevenção pelo CTI - Centro de Trabalho Indigenista e a Associação Wyty-Catë das Comunidades Timbira do Maranhão e Tocantins. Objetivo: Levantar as principais situações e fatores que colocam os Apinajé em uma situação de risco e vulnerabilidade frente as DST/Aids. Estratégias: Caracterizar as situações de risco e vulnerabilidade e vivenciadas pelos Apinajé, Correlacionar os aspectos socioculturais do modo de vida dos Apinajé com situações de exposição ao risco e ou a prevenção de DST/aids, Formar um grupo de multiplicadores em DST/Aids, Trabalhar a importância do envolvimento da comunidade na prevenção das doenças e promoção da saúde, especialmente as DST/aids, Identificar como as comunidades percebem os trabalhos de prevenção em saúde, especialmente sobre DST/Aids, já realizados e o próprio levantamento antropológico-participativo desenvolvido pelo projeto, Identificar possíveis caminhos para que as atividades de “educação e saúde” voltada para a prevenção em DST/aids tenham sentido para a comunidade

indígena e que seja desenvolvida em parceria com a comunidade

De acordo com relato deste projeto, a classificação das doenças poderia ser abordada resumidamente, da seguinte forma:

Os Timbira de modo geral, e os Apinajé em específico, concebem um sistema duplo de doenças onde articulam identidade, vetores de doença e cultura. Isto porque existem as “doenças de cupen” (brancos) e “doenças de panin” (apinajé). Esta dicotomia é bastante comum nas sociedades indígenas brasileiras e reforçam a identidade indígena na medida em que uma série de conhecimentos médicos tradicionais só é eficiente se forem aplicados em casos de “doenças de panin”.... Dentro da concepção Apinajé, portanto, as DST/aids são tidas como “doenças de cupen” e a transmissão destas doenças são entendidas pela ação de um agente externo.

Uma das questões mais contundentes que aparecem nos relatos dos projetos quanto a vulnerabilidade, está relacionada ao consumo abusivo de bebida alcoólicas nas comunidades indígenas. Outros fatores presentes são: negação do uso de preservativos e o aumento da frequência de membros da comunidade nas cidades próximas, além das novas relações sociais que derivam das estradas, hidrelétricas etc. Entre os Krahô, é comum a seguinte percepção sobre o uso do preservativo:

Há muitas restrições sobre o uso do preservativo e, talvez, a principal é que o uso do preservativo é uma espécie de homicídio, pois quem usou

estaria jogando fora seus próprios filhos e descendentes. Como os Krahô estão recuperando sua população, chegando em patamares vivenciados no séc. XIX, eles não aceitam a idéia de um controle de natalidade e este fator os estimula a não utilizar o preservativo (Relatório Krahô).

É importante observar que estes projetos se depararam com uma grande fragilidade dos serviços de saúde das áreas indígenas, considerando-se que se desenvolveram em período recente de implantação dos DSEI, quanto a implementação de ações de controle das DST Aids nestas áreas e sugeriram de forma ampla, que os serviços de saúde estivessem mais preparados e organizados para desenvolvimento destas ações:

Serviços de Saúde

Sob o ponto de vista de sua estrutura interna, o Subsistema de Saúde Indígena organiza-se por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como modelo diferenciado de atenção à saúde da população indígena. Segundo Garnelo (2004), esse modelo de Subsistema de saúde indígena, tem as seguintes características:

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, busca-se 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 (Garnelo, 2004: 48).

No âmbito do Subsistema de Saúde Indígena, os DSEI constituem um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado. Contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (Ministério da Saúde, 2002).

As dimensões territoriais de cada um dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas foram definidas a partir dos 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 a 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.

É importante sinalizar que, do ponto de vista geográfico, os DSEI, que conformam a rede de atenção básica de saúde dirigida à população indígena, ultrapassam os limites de estados e municípios, podendo seus territórios abarcar partes de municípios e de estados, pois se orientam pela lógica da distribuição espacial das terras indígenas. Do ponto de vista da gestão, essa configuração especial é um grande desafio na interlocução com estados e municípios.

Os DSEI. Não sendo unidades gestoras, carecem de autonomia administrativa e dependem das Coordenações regionais da FUNASA e/ou de organizações não governamentais e prefeituras conveniadas para estruturar a rede de serviços.

Os DSEI devem contar com equipe técnica tanto na sede quanto nos Pólos Base, além de outros profissionais como administradores, pessoal administrativo, motoristas e outros funcionários. As equipes multidisciplinares da Saúde Indígena (EMSI) que atuam em cada Pólo Base dos DSEI equivalem às equipes de – Programa Saúde da Família PSF, cuja base de atuação é territorial. As EMSI são contratadas pelos municípios de referência ou pelas ONG conveniadas com a FUNASA para prestarem serviços naquele DSEI específico.

O papel do Distrito Sanitário Especial Indígena em sua interface com o SUS, o sistema de referência e contra referência e a capacidade dos serviços dentro e fora da

área indígena de assumir práticas de saúde que reconheçam a interculturalidade, é fenômeno ainda não estudado. Apesar desses vazios, a diretriz da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena é clara quando orienta sobre a necessidade de articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde:

Todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. Esses sistemas tradicionais de saúde são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença das estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão da mensagem de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças (Ministério da Saúde, 2002:17).

O monitoramento das ações de DST/aids nos DSEI, realizado em 2007 pelo DESAI e Programa Nacional de DST AIDS, sistematizou algumas prioridades:

De acordo com os relatos enviados pelos DSEI ao Ministério de Saúde e Departamento de Saúde Indígena da FUNASA, as ações que estão descritas abaixo, estão se inserindo na rotina dos serviços, no entanto, nem todos os DSEI as desenvolvem de forma contínua e permanente para todas as aldeias de sua área de abrangência e os cuidados não excluem os tratamentos tradicionais realizados pelos especialistas indígenas:

Prevenção/disponibilização de preservativos masculinos

Foi relatado se o DSEI realizou atividades de prevenção e a disponibilização de preservativos para a comunidade, em aldeias, sede do posto de saúde, escola, sede do Pólo base ou por meio da mobilização dos Agentes indígenas de saúde ou de outros profissionais de saúde no âmbito do DSEI. Se o DSEI realizou pactuação I com estados e/ou municípios sobre o fornecimento regular desse insumo e a oferta de preservativos em todos os Pólos Base. Registrou também a resistência ao uso do preservativo nas comunidades..

Abordagem Síndrômica das DST

Foi relatado se o DSEI conta profissionais capacitados, se realiza o registro dos casos de DST, o recebimento do material instrucional para manejo das DST e a disponibilidade de medicamentos para tratamento. A cobertura da abordagem síndrômica por todos os Pólos Base de cada DSEI permanece como desafio.

Oferecimento do diagnóstico do HIV e da Sífilis

Foi relatado se o DSEI realiza o oferecimento do diagnóstico do HIV (por meio do teste rápido ou do teste convencional em parceria com a rede de referência) e do VDRL em parceria com os municípios. Neste caso, a limitação ainda é a cobertura, pois objetiva-se que as pessoas com TB, DST e gestantes, em todos os Pólos Base de cada DSEI, tenham acesso garantido à realização destes exames. Não se observaram dificuldades na aceitação das comunidades para realização do diagnóstico, mas a garantia do sigilo nestas comunidades exige habilidade da equipe de

saúde.

Prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis

Foi relatado se o DSEI realiza o oferecimento do diagnóstico do HIV e da sífilis para as gestantes e os protocolos de rotina para casos positivos. Por exemplo, tratamento durante a gestação e parto, oferecimento da fórmula infantil para crianças expostas, uso de antiretrovirais e acompanhamento laboratorial. No caso da gestante com sífilis a oferta de diagnóstico e tratamento. Registrou-se dificuldade na aceitação do tratamento do parceiro das mulheres com sífilis e a suspensão da amamentação das mulheres infectadas pelo HIV nos diferentes contextos culturais.

As experiências na organização dos serviços e as interfaces com os serviços de referência em HIV aids, têm sido impulsionadas pelo aparecimento de casos de HIV e de aids nas comunidades, tal como é percebido pelo relato abaixo:

Neste DSEI sempre houve muita dificuldade para se trabalhar as questões de DST/AIDS. Primeiro que as referências não oferecem nenhum serviço adequado à prevenção, diagnóstico e tratamento destas doenças. O processo sempre foi organizado pelo próprio DSEI que busca alternativas próprias de resolução dos problemas. Em segundo lugar está a resistência dos indígenas em procurarem os postos de saúde para consultas, quando sentem algum sintoma, gerando assim uma sub notificação de casos. Historicamente falando, não havia no início muitas ações relevantes para a questão, isso passou a acontecer a partir do ano de 2000, com a chegada

das EMSI nas áreas e a detecção de 04 casos de HIV nas aldeias. Hoje em dia mantemos uma parceria com o CTA de Confresa e, assim, conseguimos realizar um trabalho adequado.(DSEI Araguaia/2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise até aqui conduzida permite exemplificar, entre o conjunto de objetivos dos projetos, centrados principalmente na produção de conhecimentos acerca das condições de vulnerabilidade da população indígena. Dentre os principais logros destacam a identificação de conhecimentos e práticas sobre comportamentos sexuais dessas populações, desenvolvimento de ações de prevenção das DST/HIV/aids em áreas definidas de atuação, construção de metodologias participativas de prevenção, formação de multiplicadores para educação de pares e a elaboração de materiais educativos bilíngües de prevenção das DST/aids em diferentes comunidades indígenas de todas as regiões, além de apresentarem sugestões para os serviços de saúde.

No que tange à organização dos serviços de saúde, observa-se que o objetivo principal dos projetos centrou-se na redução da incidência das DST e HIV desta população por meio da realização de um conjunto de atividades executadas pela rede de serviços de saúde indígena. Suas principais estratégias foram a promoção de práticas seguras de prevenção, o diagnóstico do HIV e da sífilis; abordagem sindrômica das DST; prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis; definição das referências com serviços especializados em DST/HIV/aids abrangendo resultados 34 DSEI com ações de DST/HIV/aids incorporadas em seu planejamento e executadas nas

comunidades indígenas, embora ainda de forma descontinuada e persistam brechas na continuidade destas intervenções.

REFERÊNCIAS

Manual de Diretrizes Técnicas - Povos Indígenas e a Prevenção às DST, HIV E AIDS, do PNDST/AIDS, 2000.

Distritos Sanitário Especial Indígena - Diretrizes para Implantar o programa de DST AIDS, 2005

Relatório da Atenção à Saúde Indígena no Contexto das DST e AIDS, Implementada no Subsistema de Saúde Indígena no SUS – Um Retrato de 2007- FUNASA/DESAI, PN DST AIDS/SVS /MS JUNHO 2008).

Diagnóstico situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento. Org. Alexandre Grangeiro, 2007

FUNASA, Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, 2a Edição, 2002

PN DST AIDS,MS, Oficina de Aconselhamento para os Distritos Sanitários Especiais Indígena, 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.

Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Souza-Júnior PR, Lemos KR, Frias PG, Luhm KR, Holcman MM, Esteves. A. HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and prevalence in HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test

coverage and prevalence inrazil. Braz J
Infect Dis. 2008 Jun;12(3):167-72.