Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

"Avaliação do Grau de Implementação do Programa de DST AIDS no Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul - Distrito de Dourados"

por

Vera Lopes dos Santos

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientador principal: Prof. Dr. Luciano Medeiros de Toledo
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Marly Marques da Cruz

Brasília, abril de 2009.

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

"Avaliação do Grau de Implementação do Programa de DST AIDS no Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul - Distrito de Dourados"

apresentada por

Vera Lopes dos Santos

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.ª Dr.ª Ximena Pamela Díaz Bermúdez
Prof.ª Dr.ª Elizabeth Moreira dos Santos
Prof. Dr. Luciano Medeiros de Toledo – Orientador principal

Dissertação defendida e aprovada em 29 de abril de 2009.

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S237 Santos, Vera Lopes dos
Avaliação do grau de implementação do Programa de DST AIDS no Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul – Pólo Base de Dourados. / Vera Lopes dos Santos. Rio de Janeiro: s.n., 2009.
106 f., il., tab., graf., mapas

Orientador: Toledo, Luciano Medeiros de
Cruz, Marly Marques da
Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 2. Saúde Indígena. 3. Sistemas Locais de Saúde. 4. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 5. HIV. 6. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 7. Atenção Primária à Saúde. I. Título.
CDD - 22 ed. – 980.41

Dedico este trabalho

À minha mãe Hilda e ao meu pai Waldemar, *in memorian*, pois além de muito amor, me deram a *régua e o compasso* para viver a vida;

Aos meus filhos Caio, Lucas e Hilda Maira, meus grandes amores, que muito têm me ensinado;

Ao Mário, meu companheiro nos momentos prazerosos e nos momentos difíceis;

Aos meus queridos irmãos e irmãs da grande família (Hamilton, Hélio, Hilton, Homero, Valdete, Humberto, Haroldo, Vilma, Henrique, Volneide);

A Valmira Teixeira, pela sua dedicação ;

Aos índios Kaiowá, Guarani-Ñandeva e Terenas das aldeias Bororo e Jaguapiru, que têm resistido no tempo e no espaço na defesa de seus direitos.

Agradecimentos

Agradeço as professoras e aos professores do curso, na pessoa da professora Elizabeth Moreira pelos ensinamentos, momentos de troca, inspiração e apoio que nos proporcionou ao longo do curso. Ao meu Orientador professor Luciano Toledo que ofereceu importantes contribuições ao projeto e ao longo da elaboração da dissertação, além do incentivo permanente. A segunda orientadora professora Marly Cruz, que nos incentivou nas reflexões. Ao Ivo Brito, meu chefe na unidade de prevenção do PN DST AIDS que sempre nos inquietou com suas permanentes reflexões e deu o incondicional apoio para seguirmos em frente, e em nome dele as todas (os) as (os) colegas da Unidade de Prevenção do PN DST AIDS que foram solidários desde o primeiro momento da minha participação no curso. A Direção do PN DST AIDS pela oportunidade, na medida em que decidiu investir nos seus próprios técnicos para o fortalecimento desta importante ferramenta de gestão, que é o monitoramento e a avaliação. Ao Programa Nacional de DST AIDS e o *Centers for Disease Control and Prevention – CDC* , pelo apoio para as atividades do trabalho de campo. As equipes do Pólo Base de Dourados, do DSEI MS, do SAE e CTA de Dourados, da Administração da FUNAI em Dourados, ao Presidente do CONDISI MS, pela disponibilidade de todos e pelas contribuições para a coleta dos dados nas aldeias Bororo e Jaguapiru. A Isabel Trajber, pelo apoio na coleta de referências bibliográficas em Dourados. A enfermeira Maria Dulcimar Del Castilho, com quem aprendi um pouco da rede de saúde indígena, profissional que tem um profundo respeito pelos povos indígenas, pela parceria na construção desta política, por sua garra e dedicação no processo de implementação das ações de DST AIDS nos DSEI, enquanto técnica do Departamento de Saúde Indígena.

Ko'ãga katu oike rire karai kuéra, ka'aguy ndoikovéima, Ava kuéra oñomboatypa ysau retãicha, umi ijyvy kuéra ojepe'apáma ndoikovéima y porá resakãva há oive opamba'e. Há umi pira kuéra katu okañy petéma.

Oñepyruma Ava kuéra mboriahu hembi'u'e'yreheve. Há yvy katu naiorãvéima, naimbaretevéima temity peguarã.

Omongaru haguã katu ita'yra tekotevema araka'e omba'apo karai . kuérape, há upéicha rupi mante oguereko pirapique ojagua haguã opamba'e tembi'u oiko porá haguã hikuái.

Ndoikovéiramo tembi'u,

Ndoikovéiramo y resakã porá,

Ndoikovéiramo yvy tuicha,

Ndoikovéiramo pohã ka'aguy.

Oñepyruma upe javé, oiko umi mba'asy ováva karai kuéragui voi oseva hu'u, chiri avei mba'asy vaíva.

*"Agora, depois que entraram os brancos, as matas foram derrubadas, os índios foram espremidos, ficaram pobres, sem alimento, perderam suas terras, o rio foi poluído, acabaram os peixes, a terra foi ficando fraca. Para sustentar a família, era necessário usar a própria força trabalhando para os brancos, ganhando dinheiro para trazer as mercadorias para a família. Se falta comida, se a água fica poluída, se diminui a terra, se falta remédio da mata, começa a aparecer as doenças: gripe, diarréia, tuberculose...." "**Peepa peikuaa kunã há kuimba'e mba'asy vai?** (vocês sabem o que são doenças sexualmente transmissíveis?)*
UCDB – NEPPI – Programa Kaiowá/Guarani, apoio FUNASA, Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde MS/ Programa de DST AIDS –pg. 06, julho 2000

Kari oike rupi rire jehasa asy opárupi oiko.

Karai rupi avei oikéma ñandeve opaichagua mba'asy. Há mba'asy oikéva va'e ñandéve jakyhyjeve va'era niko "kuña mba'asýgui". Upéa kuimbaé maymáva oikuaa voi.

Ko'ãva mba'asy vai ohasa kuña há kuimba'e ohuga javé tupápe petei hasýva ndive.

Ko mba'asy niko ohupyty va'era há'ekuetéva ndajaiko kuaáiramo ichugui, taha'éna kuimba'e, kuña há avei mitã nguéra.

"Além de tudo que estamos sofrendo, nos sentimos mais espremidos com outras doenças que o contato com os brancos trouxe para os índios: as DST, ou seja, doenças adquiridas durante o ato sexual com pessoas contaminadas. Essas doenças podem atingir tanto o sexo masculino, como o feminino, podendo atingir até crianças"

Peepa peikuaa kunã há kuimba'e mba'asy vai? *(vocês sabem o que são doenças sexualmente transmissíveis?)*

UCDB – NEPPI – Programa Kaiowá/Guarani, apoio FUNASA, Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde MS/ Programa de DST AIDS –pg 10, julho 2000

"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-sanitária"s.

Dominique Buchillet
in Contato Interétnico e Saúde

Resumo

Este estudo é uma avaliação acerca do grau de implementação do Programa de DST/HIV/AIDS no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de Mato Grosso do Sul - Região de Dourados, onde se localizam as aldeias Bororo e Jaguapiru. A Avaliação foi desenvolvida considerando a relevância e o peso atribuídos pelas equipes locais aos diferentes componentes do programa, a partir da percepção dos profissionais de saúde, inclusive indígenas. Quanto a metodologia, os dados de campo foram coletados entre julho e agosto de 2008. Além dos dados empíricos produzidos por meio de entrevistas semi-estrtuturadas e questionários, foram consideradas fontes secundárias que forneceram informações sobre o período de 2005 a 2008. Estas subsidiaram a contextualização interna e externa do programa e nortearam a comparação entre o que preconizam as políticas públicas e a forma em que elas são apropriadas na vida real do programa na localidade estudada. A caracterização do contexto externo do programa foi complementado por meio de revisão bibliográfica de estudos etnográficos desenvolvidos na região. A categoria de acesso da população indígena aos serviços de saúde, foi considerada em suas diferentes dimensões, tendo sido fio condutor para a definição da matriz de análise e da matriz de julgamento. Um importante exercício desta avaliação foi a construção de recomendações discutidas com os usuários do sistema de saúde com o intuito de contribuir com a melhoria do programa, as quais foram incorporadas neste estudo. Quanto aos resultados desta avaliação concluiu-se que, na perspectiva dos usuários alvo básicos, fatores relacionados a aspectos culturais da população indígena, às condições socioeconômicas da população, à atuação das agências governamentais indigenistas e às condições nas quais os serviços da rede de atenção básica de saúde estão instalados, influenciam a implementação do programa de DST/HIV/AIDS no Distrito Sanitário Especial Indígena. Conforme o modelo de avaliação proposto, registrou-se que o Programa de DST/HIV/AIDS no Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul - Região de Dourados, aldeias Bororo e Jaguapiru está em processo de implementação tendo obtido um score de 69%.

Palavras-chave: avaliação, saúde indígena, distritos sanitários, DST/HIV/AIDS, Atenção básica.

Summary

The study presents an appraisal of the status of implementation of the STD/HIV/AIDS Programme in the Special Indigenous Health District in the Dourados region of Mato Grosso do Sul State where the villages of the Bororo and Jaguapiru are located. The evaluation used qualitative methodology and took into account the relevance and weight local teams attributed to programme components, namely materials, activities and products. Field data gathering was done in July and August of 2008 and secondary sources of information referring to the period 2005 to 2008 were also used to establish the internal and external context of the programme itself and enable an identification of what the programme expects to occur in that region and what is actually happening. A bibliographic review of ethnographical studies carried out in the region helped to establish the programme's external context. One of the major tasks of the evaluation is to put forward recommendations for improving the programme that have been duly discussed with its targeted users. The evaluation also considered formal aspects of the programme components based on the perceptions of the health workers, some of whom are indigenous people. In regard to the primary users targeted by the programme, factors associated to cultural aspects of the indigenous population, their living conditions, the performance of government indigenist agencies and the conditions in which services of the primary health network are installed affect the implementation of the STD/HIV/AIDS Programme in the Special Indigenous Health District. Access of the indigenous population to the different aspects of the health services has been analysed in this evaluation and has served to provide a thread of continuity linking the definition of the analysis matrix and the judgement matrix, in compliance with the proposed methodology. The evaluation has concluded that the STD/HIV/AIDS Programme in the Special Indigenous Health District in the Dourados region of Mato Grosso do Sul State, where the villages of the Bororo and Juguapiru are located, has been partly implemented and attributed it a score of 69%.

Key words: evaluation, indigenous health, health districts, STD/HIV/AIDS, primary care.

Índice de quadros, tabelas e figuras

Tabelas

Tabela 1- População Indígena Por Distrito Sanitário Especial Indígena 15
Tabela 2 - Casos de AIDS notificados no SINAN em indivíduos com raça/cor Indígena segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2000-2008 23
Tabela 3- Casos de AIDS notificados no SINAN em indivíduos com raça/cor indígena segundo categoria de exposição, por sexo. Brasil, 2000-2008 24
Tabela 4 - Casos de AIDS notificados no SINAN em indivíduos com raça/cor indígena segundo categoria de exposição, por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2000-2008 25
Tabela 5 - Casos de AIDS notificados no SINAN em indivíduos com raça/cor indígena segundo sexo por ano de diagnóstico. Brasil, 2000-2008 26
Tabela 6 - Casos de AIDS notificados no SINAN em indivíduos com raça/cor indígena segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Brasil, 2000-2008 27
Tabela 7 – Matriz de Julgamento 44
Tabela 8 - População Indígena do Pólo Base Dourados do DSEI Mato Grosso do Sul 51
Tabela 9 - Matriz de Julgamento – Índice Conformidade, componente Insumos, subdimensões disponibilidade e oportunidade 69
Tabela 10 - Matriz de Julgamento – Índice Conformidade, Componente Atividades, subdimensões disponibilidade e oportunidade 75
Tabela 11 - Matriz de Julgamento – Índice aceitabilidade, componentes insumos e atividades 80
Tabela 12 – Matriz de Julgamento - resultados 80

Quadros

Quadro 1 - Componentes dos modelos de atenção à saúde indígena em DST/HIV/AIDS 27
Quadro 2 – Ações Prioritárias de DST AIDS em Implementação nos DSEI 30
Quadro 3 - Procedimentos da Avaliação 39
Quadro 4 - Momentos Operacionais do Programa - Fase 1 Estruturação dos Serviços 41
Quadro 5 - Momentos Operacionais do Programa - Fase 2 Desenvolvimento das Ações 42
Quadro 6 - Matriz de Relevância 44
Quadro 7 - *Score* do Grau de Implementação 44
Quadro 8 - Fatores de Vulnerabilidade Presentes nas Aldeias Bororo 60
Quadro 9 - Fatores de Vulnerabilidade Presentes nas Aldeias Jaguapiru 61
Quadro 10 - Indicadores do Índice de Conformidade, Componente Insumos, Subdimensão Disponibilidade 69
Quadro 11 - Indicadores do Índice Conformidade, Componente Insumos, Subdimensão Oportunidade 70
Quadro 12 - Indicadores do Índice Conformidade, Componente Atividades, Subdimensão Disponibilidade 76
Quadro 13 - Indicadores Índice Conformidade, Componente Atividade, Subdimensão Oportunidade 77
Quadro 14 - – Pontuação - Índice aceitabilidade, componentes insumos e atividades. 80
Quadro 15 - Grau de Implementação do Programa de DST/HIV/AIDS nas aldeias Bororo e Jaguapiru, Dourados, MS 82
Quadro 16 - Pontuação - Índice Conformidade, Subdimensões Disponibilidade e Oportunidade, Componente Insumos (apêndice) 93
Quadro 17- Pontuação - Índice Conformidade, Subdimensão Disponibilidade, Componente Atividades (apêndice) 99
Quadro 18 - Pontuação - Índice Conformidade, Subdimensão Oportunidade, Componente Atividade (apêndice) 102
Quadro 18 - Pontuação - Índice aceitabilidade, componentes insumos e atividades. (apêndice) 103

Figuras

Figura 1 – Mapa das Terras Indígenas no Brasil 18
Figura 2 – Territorialidade DSEI 20
Figura 3 – Organização dos DSEI e Fluxo de Atenção à Saúde 21
Figura 4 - Cobertura Teste HIV no Pré-Natal por raça/cor. 26
Figura 5 – Mapa Localização atual das terras Kaiowá Guarani no Mato Grosso do Sul 50
Figura 6 – Mapa Localização do Território Tradicional Kaiowá e Guarani em Mato Grossso do Sul 51
Figura 7 - Mapa do DSEI mato Grosso do Sul 52

SUMÁRIO

Dedicatória 4
Agradecimentos 5
Epígrafe 6,7,8
Resumo 9
Abstract 10
Índice de quadros, tabelas e figuras 11
Lista de Siglas e Abreviaturas 12
CAPITULO 1: INTRODUÇÃO, BASES TEÓRICAS DA AVALIAÇÃO
1.1 Introdução 15
1.1.2 Da Política Nacional de Saúde Indígena, Um Pouco da História..... 16
1.1.3 AIDS: Características da Epidemia entre a População Indígena e indicadores de comportamento sexual dos jovens masculinos 23
1.1.4 Dos Projetos de Prevenção Pontuais a organização dos Serviços de Saúde nos DSEI 27
1.2 Bases Teóricas da Avaliação 29

CAPÍTULO 2. METODOLOGIA . 38
2.1.Momentos Operacionais do Programa 41
2.2.Matriz de Relevância 44
2.3.Matriz de Julgamento e Indicadores e Parâmetros da Matriz de Julgamento 44

CAPITULO 3: RESULTADOS e DISCUSSÃO 48
3.1 Contexto Externo 49
3.1.1 Trabalho de Campo 50
3.1.2 Dados Demográficos 50
3.1.3 As comunidades Indígenas em Dourados – alguns elementos dos contextos culturais e políticos 53
3.1.4 Vulnerabilidades 60
3.2 Contexto Interno 63
3.2.1 Dados Epidemiológicos 63
3.2.2 Serviços de Saúde 65
3.2.3 Indicadores e Parâmetros – Índice conformidade, componente insumo, subdimensões disponibilidade e oportunidade 68
3.2.4 Indicadores e Parâmetros – Índice conformidade, componente atividade, subdimensões disponibilidade e oportunidade 72
3.2.5 Indicadores e Parâmetros – Índice Aceitabilidade 78
3.2.6 – Matriz de Julgamento e Grau de Implementação 82

CAPITULO 4: SUGESTÕES PARA A MELHORIA DO PROGRAMA 84

CAPÍTULO 5: CONCLUSÃO 88

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 92

Apêndice 94

Lista de Siglas e Abreviaturas

AIDS - AIDS, *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, em português: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

AIS – Agente Indígena de Saúde

CASAI – Casa de Saúde do Índio

CBVE – Curso Básico de Vigilância Epidemiológica

CORE – Coordenação Regional da FUNASA

CONDISI - Conselho Distrital da Saúde Indígena

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HU – Hospital Universitário

ONG – Organização Não Governamental

PN DST/HIV/AIDS – Programa Nacional de DST/HIV/AIDS do Ministério da Saúde

PNHV – Programa Nacional de Hepatites Virais do Ministério da Saúde

PS- Posto de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SAE – Serviço de Atenção Especializada em HIV/AIDS

SE – Secretaria Executiva do Ministério da Saúde

SINAN – Sistema Nacional de Notificação de Agravos

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

SUS – Sistema único de Saúde

SISCEL – Sistema de Informação de Controle de Exames Laboratoriais

SICLOM – Sistema de Informação de Controle Logístico de Medicamentos

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SI-CTA – Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento

TB - Tuberculose

1.1 Introdução

Na atualidade, muitas perguntas existem acerca da presença do HIV/AIDS entre a população indígena brasileira e este estudo se insere neste contexto, procura dar respostas sobre algumas questões vinculadas à implementação das ações de controle do HIV/AIDS e nessa população.

O presente estudo foi realizado no Distrito Sanitário Especial indígena de Mato Grosso do Sul, região de Dourados, aldeias Bororo e Jaguapiru. A região possui as seguintes características: existência de casos de AIDS notificados ao Sistema Nacional de Notificação de Agravos – SINAN, em homens, mulheres e crianças que vivem na terra indígena e em indígenas que vivem na sede urbana do município nos últimos dois anos; existência de serviços de assistência à saúde indígena; existência de serviços de referência em DST/HIV/AIDS no município. As etnias que habitam estas duas aldeias são Guarani Kaiowá, Guarani Ñandeva e Terenas.

A pergunta avaliativa que este estudo se propôs a responder foi: qual o grau de implementação do Programa de DST/HIV/AIDS no Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul, região de Dourados? Para tanto, foram considerados os fatores facilitadores e os entraves para o alcance das ações de controle.

O objetivo do estudo foi o de avaliar o grau de implementação do Programa de DST/HIV/AIDS no âmbito de um Distrito Sanitário Especial Indígena, visando o bem estar social da população indígena das aldeias Bororo e Jaguapiru, município de Dourados/MS. Em termos gerais, esta avaliação visou contribuir para aprimorar o que está sendo desenvolvido, tanto na saúde indígena (atenção básica), quanto na rede de referência de serviços de saúde em DST/HIV/AIDS, que atende populações de diferentes contextos culturais.

Os objetivos específicos do estudo foram: descrever a organização dos serviços de atenção básica no Pólo Base de Dourados, nos aspectos relativos às ações do Programa de DST/HIV/AIDS, considerados os momentos operacionais de sua implementação; descrever a organização dos serviços de referência em DST/HIV/AIDS no Município de Dourados; analisar as relações entre os fatores externos e organizacionais que influenciam o momento atual da implementação do Programa, na área indígena de estudo.

Foram valorizados os esforços empreendidos na organização dos serviços para que se viabilizasse a implementação das ações de controle das DST/HIV/AIDS na população indígena da área de interesse. Considerou-se que o Programa está imerso em um contexto

organizacional e em um contexto sócio-cultural externo, que foram abordados a partir da discussão com os usuários alvo básicos.

Dada a organização da rede de serviços de atenção básica, dos serviços de referência em DST/HIV/AIDS e os diferentes contextos de vulnerabilidade para as DST/HIV/AIDS da população indígena, o estudo foi aplicado nos seguintes sítios: 1. Pólo-Base de Dourados que assiste à população indígena Guarani Kaiowá, Guarani Nãndeva e Terenas e Serviços de referência em DST/HIV/AIDS que atendem a população indígena localizados no município de Dourados.

1.1.2 Da Política de Saúde Indígena, um pouco da história

O Brasil possui uma imensa diversidade étnica e lingüística, estando entre as maiores do mundo. A grande diversidade cultural dos povos indígenas se constitui como importante desafio para implantar as ações de controle das DST/HIV/AIDS dirigidas a essa população. Há mais de 200 povos indígenas, além de aproximadamente 55 grupos de índios isolados. São 180 línguas, de 30 famílias lingüísticas.

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).

Tabela 1 – População Indígena por Distrito Sanitário Especial Indígena

Nº	DSEI	População
01	Alagoas e Sergipe	14.759
02	Altamira	2.198
03	Alto Juruá	10.659
04	Alto Purus	7.958
05	Alto Rio Negro	28.141
06	Alto Rio Solimões	34.634
07	Amapá e Norte do Pará	8.990
08	Araguaia	3.996
09	Bahia	26.159
10	Ceará	22.367
11	Cuiabá	5.859
12	Guamá Tocantins	6.321
13	Kayapo MT	4.806

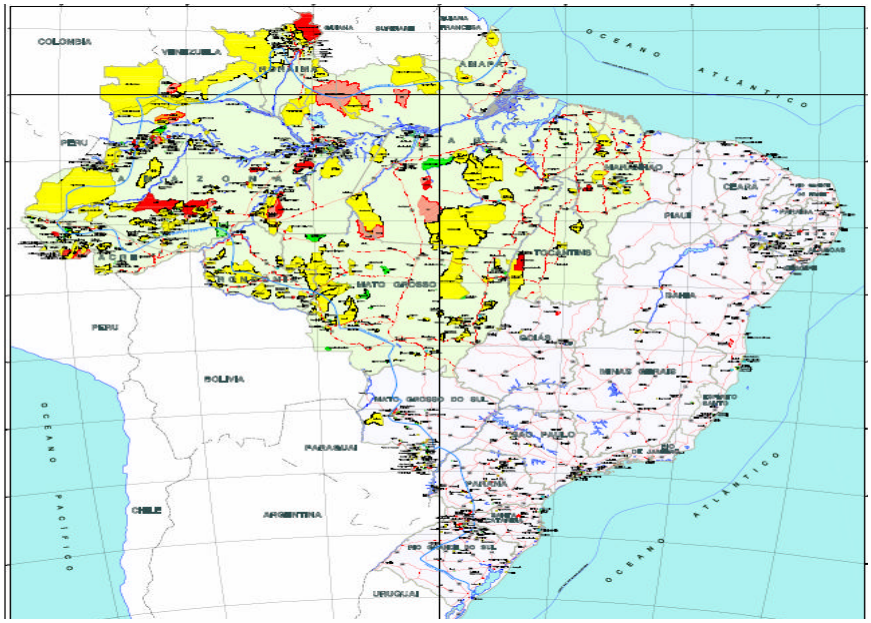
14	Kayapo Redenção	4.198
15	Leste de Roraima	35.054
16	Manaus	14.927
17	Maranhão	26.865
18	**Mato Grosso do Sul**	**64.952**
19	Médio Purus	5.645
20	Médio Solimões e Afluentes	9.738
21	Minas Gerais e Espírito Santo	14.122
22	Paraná (1)	12.525
23	Parintins	10.030
24	Pernambuco	38.227
25	Porto Velho	8.773
26	Potiguara	10.457
27	Rio Tapajós	7.056
28A	Sul- Sudeste/Rio Grande do Sul	35.803
28B	Sul-Sudeste/ Rio de Janeiro	
28C	Sul-Sudeste/ Santa Catarina	
28D	Sul- Sudeste/ São Paulo	
29	Tocantins	8.588
30	Vale do Javari	1.748
31	Vilhena	6.128
32	Xavante	13.870
33	Xingu	5.401
34	Yanomami	17.649

Fonte: SIASI/DESAI/FUNASA/2008

Segundo o critério regional, essa população está distribuída da seguinte forma:

- Região Norte - 7% da população brasileira - 45% da População Indígena
- Região Centro-Oeste - 7% da população brasileira - 20% da População Indígena
- Região Sul - 15% da população brasileira - 8% da População Indígena
- Região Nordeste - 28% da população brasileira - 24% da População Indígena
- Região Sudeste - 43% da população brasileira – 3% População Indígena

A população indígena vive em 4.095 aldeias, distribuida em 615 Terras Indígenas regularizadas ou em processo de regularização fundiária (figura 1). 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.



TERRITÓRIO NACIONAL - SITUAÇÃO FUNDIÁRIA

Superfície do Território Nacional: 851.487.659,9 ha

Terras Indígenas no Brasil – Quadro Geral

SITUAÇÃO	Nº DE TERRAS	SUPERFÍCIE (ha)
EM ESTUDO / RESTRIÇÃO	114	523
DELIMITADA	28	1.736.873
DECLARADA	36	8.010.856
HOMOLOGADA	26	1.647.746
ENCAMINHADA COMO R. I.	16	6.903
REGULARIZADA	395	95.535.012
TOTAL	615	106.937.530

A superfície total das terras indígenas com limites já definidos corresponde a 12,56 % do território nacional

Figura 1 Mapa Terras Indígenas no Brasil.(ISA/2008)

Deve-se destacar que a problemática da saúde nos sítios considerados neste estudo 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.

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 enormemente 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.

Revezaram-se no atendimento às demandas de saúde desta população, missões religiosas e órgãos oficiais, executada 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.

Estas práticas de atenção à saúde, em geral não respeitavam os sistemas indígenas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer. Este permanece sendo um grande desafio para a 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 atenção diferenciada, com participação indígena e que melhor atendesse às 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 como Subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituído por meio da Lei Arouca 9.836/99.

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 como princípios doutrinários:

> 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 se caracterizam como um modelo de organização de serviços orientado - para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que 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 administrativas-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (FUNASA, 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.

Os DSEI conformam a rede de atenção básica de saúde dirigida à população indígena. Como ainda não são unidades gestoras, não têm autonomia administrativa e dependem das Coordenações regionais da FUNASA e/ou de Organizações não governamentais e prefeituras conveniadas para estruturar a rede de serviços. É importante sinalizar, que do ponto de vista da territorialidade, os DSEI ultrapassam os limites de estados e municípios, podendo abarcar partes de municípios e partes dos estados, pois estão basicamente relacionados a distribuição espacial das terras indígenas. Este fator, do ponto de vista da gestão, é um grande desafio na interlocução com estados e municípios (figura 2)

Há muitos questionamentos quanto ao desenho de alguns DSEI, que foram definidos sem levar em conta, todos os critérios estabelecidos pela política, o que dificulta a organização da rede de serviços e o acesso das comunidades às ações de saúde de forma contínua a, como proposto.

Os DSEI contam 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 PSF, cuja base de atuação é territorial. As EMSI são contratadas pelos municípios de referência ou pelas ONG conveniados com a FUNASA para prestarem serviços naquele DSEI específico.

Em Junho de 2008, a rede de saúde indígena estava composta por 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, presentes em 24 estados e 338 municípios. As unidades de saúde que compõem os DSEI são denominadas Pólos-Base. A FUNASA estimou o seu universo em 316 unidades, mesmo considerando que parte dos Pólos-Base ainda não estão em funcionamento efetivo, dada a falta de estrutura física e material e/ou de recursos humanos (SIASI/FUNASA,2008). A territorialidade dos DSEI, pode ultrapassar os limites dos estados e municípios, pois está focada na terras indígenas (figura 2)

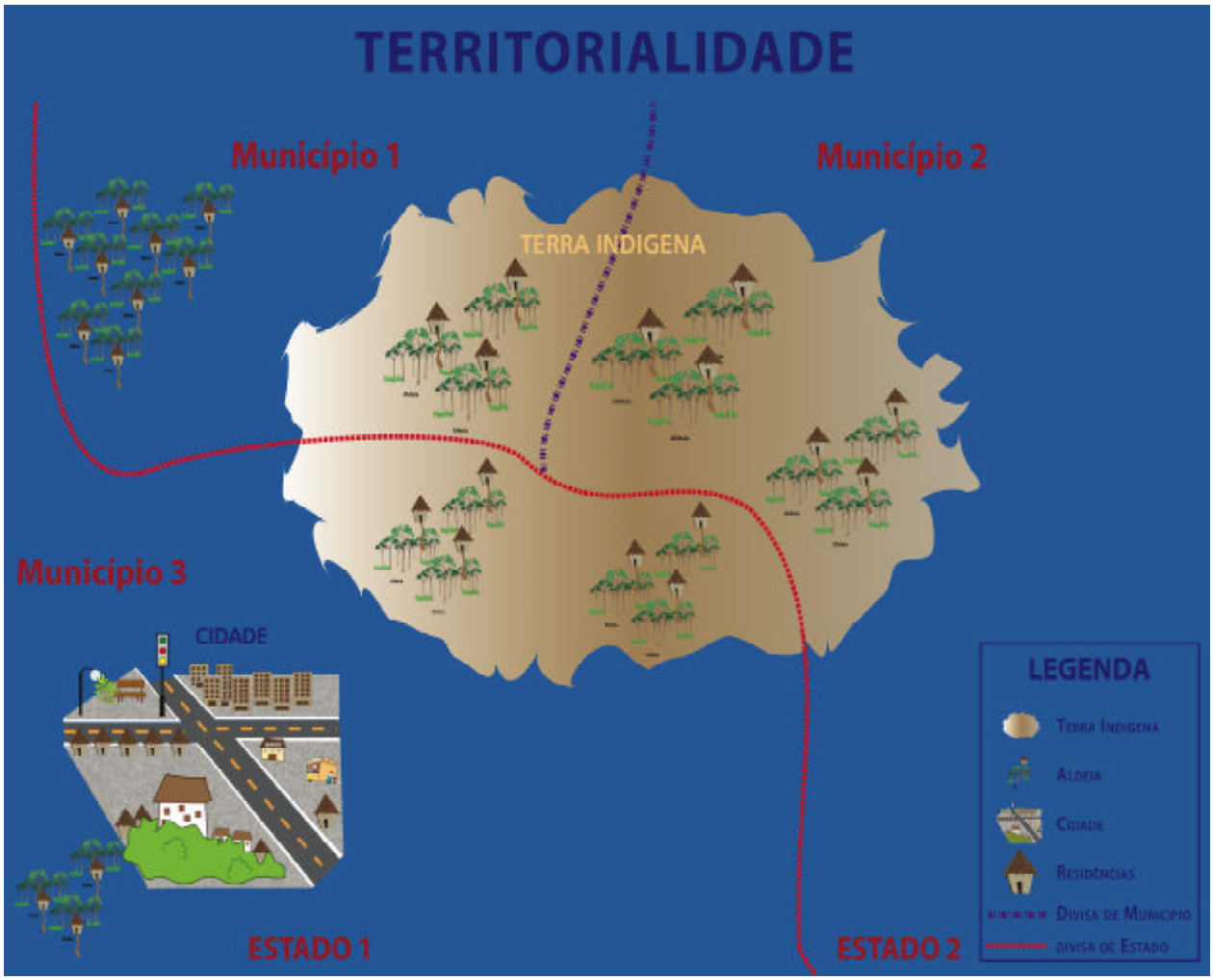


Figura 2: Territorialidade DSEI (Fonte: FUNASA/2008)

O Modelo Assistencial dos DSEI, de base territorial, incorpora os Postos de Saúde - PS, nos quais atuam agentes indígena de saúde (AIS) e/ou auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem inclusive indígenas, além de agentes indígenas de saneamento, em alguns casos. Incorpora também os Pólos Base e as Casas de Saúde Indígena (CASAI), sendo que estas últimas têm como missão acolher em trânsito as pessoas das comunidadesindígenas que necessitam de assistência de maior complexidade (figura 3).

Figura 3 – Organização dos DSEI e Fluxo de Atenção à Saúde (Fonte FUNASA, 2007)

O papel do Distrito Sanitário Especial Indígena e a sua interface no âmbito do SUS, no estabelecimento dos sistemas de referência e contra referência, na capacidade dos serviços dentro e fora da área indígena exercer a interculturalidade, dada a diversidade cultural dos povos indígenas é algo ainda não estudado. No entanto, 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 á 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 o profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão da mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças (Ministério da Saúde, 2002:17).

PORTELA e MARINHO (Brasil, 2008:46) descreveram que há diferentes classificações para as doenças entre os Guarani-Mbyá do Rio de Janeiro: doenças espirituais, que são causadas por divindades ou pelo diabo, podem ser castigos aplicados por maus comportamentos seja dentro do seio familiar ou junto a comunidade; doenças do mundo são as causadas pelos donos da natureza, por espíritos;doenças internas são os pequenos adoecimentos da mulher grávida; doenças por feitiço são aquelas enviadas por um feiticeiro.

> Quando a doença é classificada por eles (pelos Guarani) como doença de contágio, procuram o tratamento da medicina ocidental, porém se o caso for classificado como sendo de uma outra origem, só o pagé pode curar....Segundo Chamorro citando Garlet, "os Guarani interpretam as doenças adquiridas no contato (com a sociedade envolvente), sobre as quais sua medicina tradicional não tem poder, como sintomas de um grande mal que deterioram o equilíbrio da sociedade e do ecossistema como um todo (PORTELA e MARINHO , Brasil, 2008:46)

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.*

1.1.3 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).

No início dos anos 90 foi verificada a ocorrência de mudanças no perfil epidemiológico da AIDS no país, caracterizada pela interiorização, pauperização e

feminização da epidemia. Estas tendências se refletiram nos casos notificados referentes à população indígena.

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).

No ano seguinte, constatou-se que o número de casos registrados até então estava subestimado já que, após a integração dos diferentes bancos de dados em saúde (SINAN, SISCEL, SICLON e SIM), o número de casos de AIDS notificados na população indígena passou 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 indígenas, embora a filiação étnica 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 se reflete nos serviços de saúde.

Os dados abaixo, das tabelas de 2 a 5, referem-se ao período de 2000 a 2008, apenas considerados os casos notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), sem o cruzamento com os demais sistemas de informação.

Considerado apenas os casos de AIDS no SINAN nacional, entre 2000 e 2008, foram registrados 401 casos na população indígena.

Tabela 2 - Casos de AIDS notificados no SINAN em indivíduos com raça/cor indígena segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2000-2008

Ano Diagnóstico	Casos de AIDS
2000	60
2001	58
2002	38
2003	38
2004	38
2005	44
2006	51
2007	69
2008	5
Total	**401**

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTA: SINAN até 30/06/2008.

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.

Tabela 3 - Casos de AIDS notificados no SINAN em indivíduos com raça/cor indígena segundo categoria de exposição, por sexo . Brasil, 2000-2008.

Categoria de exposição	Total
Masculino	
Homossexual	49
Bissexual	34
Heterossexual	104
UDI	21
Transfusão	2
Transmissão Vertical	6
Ignorado	32
Total	**248**
Feminino	
Heterossexual	139
UDI	6
Transmissão Vertical	7
Ignorado	1
Total	**153**

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTA: SINAN até 30/06/2008.

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 (tabela 3).

Tabela 4 - Casos de AIDS notificados no SINAN em indivíduos com raça/cor indígena segundo sexo por ano de diagnóstico. Brasil, 2000-2008

Ano Diagnóstico	**Masculino**	**Feminino**	**Total**
2000	39	21	60
2001	36	22	58
2002	21	17	38
2003	22	16	38
2004	22	16	38
2005	23	21	44
2006	32	19	51
2007	49	20	69
2008	4	1	5
Total	**248**	**153**	**401**

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTA: SINAN até 30/06/2008.

Entre a população com 30 a 60 anos, estão 65% de todos os casos de AIDS notificados no SINAN, como pode ser observado na tabela abaixo:

Tabela 5 - Casos de AIDS notificados no SINAN em indivíduos com raça/cor indígena segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Brasil, 2000-2008

Faixa etária	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
< 5 anos	1	0	2	0	3	1	0	0	1	8
5-12	0	0	0	0	4	1	1	0	1	7
13-19	0	1	4	2	0	1	1	0	0	9
20-24	6	11	1	3	3	9	5	4	0	42
25-29	9	10	8	7	7	6	12	13	1	73
30-34	13	5	8	12	7	3	9	13	1	71
35-39	15	10	6	6	7	7	6	11	1	69
40-49	13	14	7	5	5	10	12	18	0	84
50-59	2	5	2	3	2	5	3	6	0	28
60 e mais	1	2	0	0	0	1	2	4	0	10
Total	**60**	**58**	**38**	**38**	**38**	**44**	**51**	**69**	**5**	**401**

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTA: SINAN até30/06/2008.

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 as 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 apenas os anos de 2007 e 2008, foram notificados no SINAN 133 casos de gestantes indígenas com sífilis em todo o país. O tratamento destas mulheres durante a gravidez e do 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 (figura 4). 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.

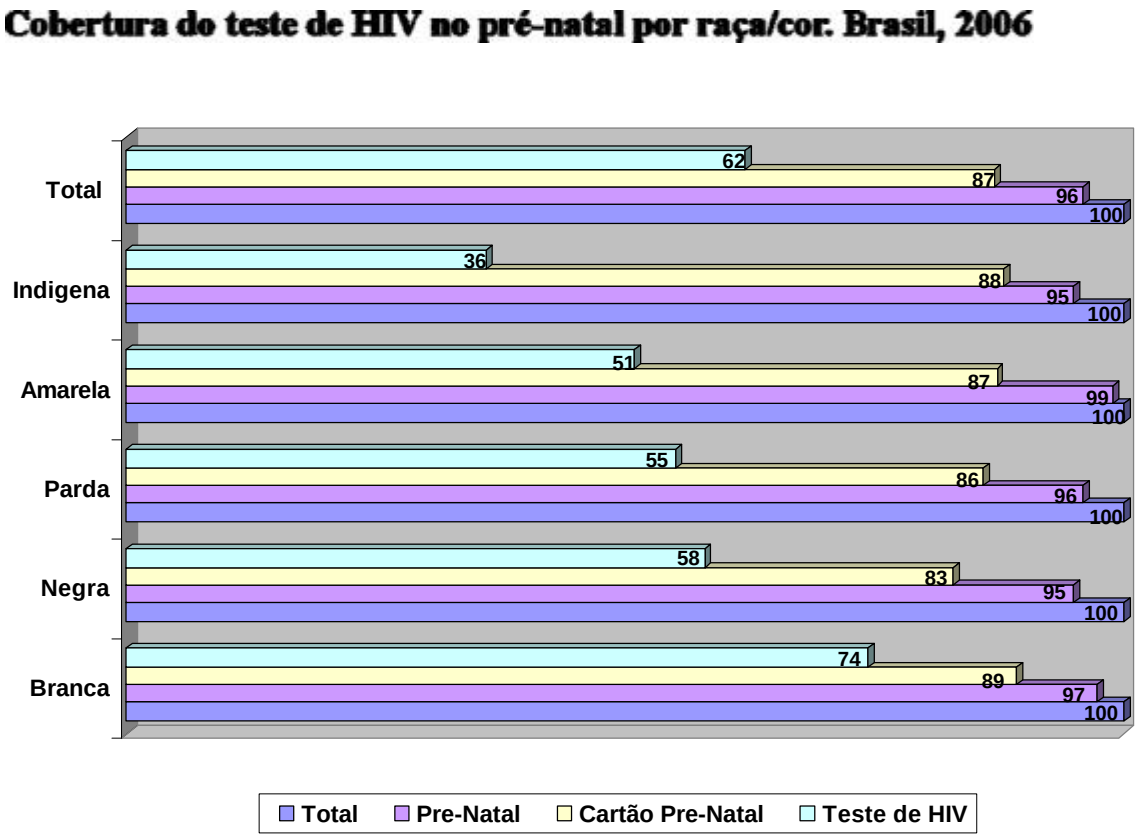


Figura 4 – Cobertura do teste de HIV no Pré-natal por raça/cor. Ministério da Saúde, Brasil, 2006

1.1.4 - 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. Envolvendo parcerias com organizações indígenas e indigenistas, 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, já haviam 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 enquanto 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, é considerado como um elemento importante para a adoção de medidas mais adequadas de prevenção e controle da epidemia de AIDS.

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 das 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, sobretudo para as 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 dentre os quais, 66

novos projetos para a população indígena, com 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 do acordo de empréstimo do Mundial (AIDS III), seriam direcionados para fortalecer a organização da rede de serviços de saúde nas áreas indígenas.

Quadro1 - Componentes dos modelos de atenção à saúde indígena em DST/HIV/AIDS

Modelos / Componentes	**Projetos Pontuais**	**Organização da Rede de Serviços**
Período	1999 a 2002	2003-2008
Objetivos	Reduzir a incidência das DST e HIV na população Indígena por meio de intervenções pontuais, executadas por ONG indígenas e indigenistas	Reduzir a incidência das DST e HIV na população indígena, por meio da realização de um conjunto de atividades continuadas, executadas pela rede de serviços de saúde indígena
Principais Estratégias	Projetos de prevenção das DST/HIV/AIDS com duração de um ano em áreas definidas de atuação. Construção de metodologias participativas de prevenção, formação de multiplicadores/educação de pares, elaboração de materiais educativos bilíngüe.	Promoção de práticas seguras de prevenção (ações educativas, disponibilização de preservativos elaboração de materiais informativos, formação de agentes indígenas de saúde); 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.
Coordenação do Processo	PN DST AIDS/Ministério da Saúde	Departamento de Saúde Indígena/FUNASA
Parceiros Prioritários	ONG, universidades, estados e municípios	DSEI, estados, municípios, PN DST AIDS e universidades
Abrangência	41 projetos apoiados de 1999-2000 e 25 projetos apoiados de 2001 a 2002	34 Distritos Sanitários Especiais Indígena
Financiamento	Recursos do Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial - AIDS II Projetos apresentados por meio de formulários específicos, ao PN DST AIDS. Os projetos financiados continham: a área geográfica de atuação, estratégias e metodologias, cronograma de execução e orçamento.	Recursos do Acordo de Empréstimo com o do Banco Mundial - AIDS III Portarias de repasse anuais – da Secretaria Executiva do MS e Secretaria de Vigilância em Saúde para a FUNASA. Recursos descentralizados para os 34 DSEI, para executar ações definidas localmente, com base nas Diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde. Os recursos descentralizados eram administrados pelas Coordenações Regionais da FUNASA (CORE), pois os DSEI não se constituem como unidades gestoras.
Efeitos Esperados	Ampliação do conhecimento das comunidades indígenas sobre formas de transmissão e prevenção das DST AIDS e adoção de práticas sexuais seguras.	Execução das ações de DST/HIV/AIDS nos 34 DSEI; aumento do conhecimento das comunidades indígenas sobre formas de transmissão e prevenção das DST AIDS; ampliação do acesso destas comunidades aos insumos de prevenção, ao diagnóstico do HIV e ao tratamento das DST e AIDS; diminuição dos

		casos de transmissão vertical do HIV e da Sífilis; promoção das atividades de prevenção participativas.
Efeitos Obtidos	Desenvolvimento de metodologias participativas de prevenção das DST AIDS em diferentes comunidades indígenas de todas as regiões.	34 DSEI com ações de DST/HIV/AIDS incorporadas em seu planejamento e executadas nas comunidades indígenas embora ainda de forma descontinuada. Implementação diferenciada entre os 34 DSEI.

O monitoramento das ações de DST AIDS nos DSEI, realizado em 2007 pelo DESAI e Programa Nacional de DST AIDS, apresentou o seguinte panorama, tomando como referência ações prioritárias (quadro 2), das quais destacamos os principais elementos.

? **Disponibilização de Preservativos Masculinos** – se o DSEI realizava a disponibilização de preservativos para a comunidade, em qualquer espaço – aldeias, sede do posto de saúde, escola, sede do Pólo base, por meio dos Agentes indígenas de saúde ou de outros profissionais de saúde; se o DSEI informou haver pactuado com estados e/ou municípios o fornecimento regular do insumo. O oferecimento dos preservativos por todos os Pólos Base de cada DSEI, bem como a resistência ao uso do preservativo são desafios presentes e dão uma dimensão das ações de prevenção desenvolvidas nas comunidades.

? **Abordagem Sindrômica das DST** – Se o DSEI que informou a existência de profissionais capacitados, o registro de casos de DST, o recebimento do material instrucional para manejo das DST, a disponibilidade de medicamentos para tratamento das DST. A cobertura da abordagem sindrômica por todos os Pólos Base de cada DSEI permanece como desafio.

? **Oferecimento do diagnóstico do HIV e da Sífilis** – Se o DSEI que realizava o oferecimento do diagnóstico do HIV (por meio do teste rápido ou por meio do teste convencional em parceira com a rede de referência) e o oferecimento 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 tem sido observadas 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** – Se o DSEI que realizava o oferecimento do diagnóstico do HIV e da sífilis para as gestantes, os cuidados no caso da gestante infectada com o HIV(tratamento durante a gestação, cuidados no parto, oferecimento da fórmula infantil para crianças exposta, monitoramento da criança com a profilaxia e exames de monitoramento da criança) e da gestante com sífilis

(diagnóstico e tratamento). As dificuldades relatadas têm relação com o tratamento do parceiro das mulheres com sífilis e a suspensão da amamentação das mulheres HIV+, em diferentes contextos culturais.

.

Quadro 2 – Ações Prioritárias de DST AIDS em implementação nos DSEI em 2007

Nº	DSEI	Ação Prioritária: Disponibiliza-ção de preservativo masculino	Ação Prioritária: Abordagem Sindrômica das DST	Ação Prioritária: Oferecimen-to do Diagnóstico HIV e Sífilis	Ação Prioritária: Prevenção da Transmissão vertical HIV e Sífilis
01	Alagoas e Sergipe	X	Não informado	X	Não informado
02	Altamira	x	x	x	x
03	Alto Juruá	X	Não Informado	X	X
04	Alto Purus	X	X	X	X
05	Alto Rio Negro	Não informado	X	X	X
06	Alto Rio Solimões	X	X	X	X
07	Amapá e Norte do Pará	X	X	Só HIV	X
08	Araguaia	X	X	X	X
09	Bahia	x	x	x	x
10	Ceará	X	X	X	X
11	Cuiabá	X	Não Informado	X	X
12	Guamá Tocantins	X	X	X	X
13	Kayapo MT	X	X	X	X
14	Kayapo Redenção	X	X	X	X
15	Leste de Roraima	X	Não Informado	Não Informado	Não Informado
16	Manaus	X	X	X	Não Informado
17	Maranhão	X	X	X	Só para sífilis
18	Mato Grosso do Sul	X	X	X	X
19	Médio Purus	X	X	X	Só para Sífilis
20	Médio Solimões e Afluentes	Não Informado	X	Não Informado	Não Informado
21	Minas Gerais e Espírito Santo	X	X	X	X
22	Paraná (1)	X	X	X	X
23	Parintins	X	Não Informado	Não Informado	Não Informado
24	Pernambuco	X	X	X	X
25	Porto Velho	X	X	X	X
26	Potiguara	X	X	X	X
27	Rio Tapajós	X	X	Só Sífilis	X
28A	Sul- Sudeste Rio Grande do Sul (2)	X	X	X	Não Informado
28B	Sul-Sudeste Rio de Janeiro (3)	Não Informado	Não Informado	X	X

28C	Sul-Sudeste Santa Catarina (4)	X	X	Só VDRL	X
28D	Sul- Sudeste São Paulo (5)	X	Não Informado	Não Informado	Não Informado
29	Tocantins	X	X	X	X
30	Vale do Javari	X	Não Informado	Não Informado	X
31	Vilhena	X	X	X	X
32	Xavante	X	X	X	Não Informado
33	Xingu	X	Não Informado	X	Não Informado
34	Yanomami	X	X	Não Informado	Não Informado

Fonte: Roteiro Preenchido por cada um dos 34 DSEI sobre a implantação das ações de DST/HIV/AIDS, 2007(DESAI/FUNASA/PNDST AIS-SVS-MS). (1)- DSEI Paraná – Aqui foi considerado o DSEI Paraná, que foi desmembrado dos DSEI Litoral Sul e Interior Sul, no ano de 2007. (2) – Assessoria de Saúde Indígena – Coordenação Regional da FUNASA/Rio Grande do Sul (parte integrante do DSEI SUL - SUDESTE). Aqui foi considerado o DSEI Sul- Sudeste, estado do Rio Grande do Sul, que foi desmembrado dos DSEI litoral Sul e Interior Sul. (3) - Assessoria de Saúde Indígena – Coordenação Regional da FUNASA/Rio de Janeiro (parte integrante do DSEI SUL -SUDESTE). Aqui foi considerado o DSEI Sul- Sudeste, estado do Rio de Janeiro, que foi desmembrado dos DSEI litoral Sul e Interior Sul. (4) - Assessoria de Saúde Indígena – Coordenação Regional da FUNASA/Santa Catarina (parte integrante do DSEI SUL -SUDESTE). Aqui foi considerado o DSEI Sul- Sudeste, estado de Santa Catarina, que foi desmembrado dos DSEI litoral Sul e Interior Sul. (5) - Assessoria de Saúde Indígena – Coordenação Regional da FUNASA/São Paulo (parte integrante do DSEI SUL -SUDESTE). Aqui foi considerado o DSEI Sul- Sudeste, estado do São Paulo, que foi desmembrado dos DSEI litoral Sul e Interior Sul

1.2 Bases teóricas da Avaliação

Neste estudo, partiu-se dos pressupostos de que a efetividade das ações de controle de DST/HIV/AIDS está condicionada aos fatores de vulnerabilidade das populações indígenas, à organização da atenção básica e à organização dos serviços de referência disponíveis.

O objeto desta dissertação foi realizar uma avaliação da implementação do Programa de DST/HIV/AIDS, no âmbito dos serviços de saúde situados nas aldeias Bororo e Jaguapiru, área indígena de Dourados, Mato Grosso do Sul, no ano de 2008. De acordo com SANDERS (2004), o objeto da avaliação é qualquer programa, projeto ou intervenção que esteja sendo avaliado.

A avaliação é considerada como um processo que leva ao julgamento do valor ou mérito de alguma coisa, incluindo a descrição e a análise. O objetivo básico de uma avaliação é produzir julgamentos do valor do que quer que esteja sendo avaliado, mas em todos os casos o objetivo central do ato avaliatório é o mesmo: determinar mérito ou valor de alguma coisa (SANDERS, 2004).

A abordagem dessa avaliação é centrada nos participantes, pois enfatiza o elemento humano na avaliação e a importância de ver o programa por diferentes pontos de vista, além de dirigir a atenção do avaliador para as necessidades daqueles para quem a avaliação está sendo feita (SANDERS, 2004).

Essa abordagem parte da crítica às experiências de avaliação desenvolvidas principalmente no campo da educação na década de 60 nos Estados Unidos, construídas

muitas vezes sem que os avaliadores tivessem contato com o ambiente onde os programas eram desenvolvidos. Muitos avaliadores passaram a se perguntar, nesses casos, qual era a compreensão real dos fenômenos que estavam nas bases dos números, diagramas, gráficos e tabelas dessas avaliações (SANDERS, 2004).

De acordo com a visão de SANDERS (2004), a avaliação centrada nos participantes, apresenta as seguintes características:

> ***1.*** *Dependem do raciocínio indutivo* – a compreensão de um problema, evento ou processo deriva da observação e descoberta feitas no ambiente do programa. A compreensão vem à tona, não é o produto final de um plano de estudo preordenado antes de a avaliação ser feita. Neste caso, pontuamos que o projeto elaborado, aponta para os prováveis caminhos da avaliação, mas que as descobertas realizadas em campo poderiam também indicar a forma mais adequada de construir as evidências;
>
> ***2.*** *Usam multiplicidade de dados* – a compreensão decorre da assimilação dos dados de um grande número de fontes. São usadas representações subjetivas e objetivas, qualitativas e quantitativas dos fenômenos que estão sendo avaliados*;*
>
> ***3.*** *Não seguem um plano padronizado* – o processo de avaliação evolui à medida que os participantes ganham experiência na atividade. Muitas vezes, o resultado importante de uma avaliação é a compreensão profunda de uma entidade específica com todas as suas influências contextuais idiossincráticas, variações de processo e história de vida. É importante em si mesmo, pelo que diz a respeito dos fenômenos ocorridos ;
>
> ***4****. Representam realidades múltiplas e complexas, não realidades simples* – As pessoas vêem as coisas e as interpretam de forma diferente. Ninguém sabe de tudo o que acontece numa escola nem no programa mais diminuto. E nenhuma perspectiva é aceita como a verdade. Como só o indivíduo pode saber realmente qual foi sua experiência, todas as perspectivas são aceitas como corretas, e uma tarefa crucial do avaliador é captar essas realidades e retratá-las sem sacrificar a complexidade do programa (SANDERS 2004: 226-227)

Entre as vantagens da abordagem centrada nos participantes, o autor destaca a flexibilidade na utilização de métodos qualitativos e quantitativos; a atenção a variáveis contextuais e a promoção de *múltiplas técnicas de coleta de dados destinada a oferecer uma visão de aspectos menos tangíveis, mas cruciais, do comportamento humano e organizacional*. Entre as limitações dessa abordagem, o autor destaca o risco da avaliação não conseguir chegar ao fechamento e o risco da generalização das hipóteses (SANDERS, 2004:226-227).

Em outra perspectiva, STAKE (1967), informa que existem diferentes eventos que podem ser tomados como ponto de partida na avaliação. Este autor propõe também uma matriz de descrição do Programa que está sendo objeto da avaliação, na qual seja possível examinar a congruência entre o que já existia antes da implementação do programa e as atividades e produtos definidos para o Programa. Em qual medida, as atividades e produtos têm relação com os insumos disponíveis?

Os julgamentos são feitos com a aplicação de padrões. O padrão, enquanto uma referência de qualidade é um elemento que possibilita o julgamento no processo da avaliação. Sendo assim, é operativo numa avaliação, pois são os parâmetros estabelecidos para definir o que é e o quanto é desejado realizar para alcançar o sucesso do Programa.

A relação entre o planejado e o executado, é permeada pelos contextos organizacional e externo. Considerar o contexto externo do programa é procurar conexões da realidade local e única, pois mesmo partindo do que está preconizado pelo Ministério da Saúde para uma determinada política, é necessário compreender que o país é um mosaico de múltiplas realidades sociais, culturais, econômicas, políticas e epidemiológicas. Cada cenário onde os programas estão imersos e operando pode influenciar nos resultados obtidos e no efeito esperado.

O foco desta avaliação é no processo, pois buscou compreender como o Programa de DST /HIV/AIDS está sendo implementado em uma localidade da rede de saúde indígena e se as atividades previstas estão sendo executadas.

Para tanto, a dimensão de acesso aos serviços de saúde, precisa ser problematizada.

Tomando como referencia o problema deste estudo, que constata o aumento dos casos de DST/HIV/AIDS na população indígena e a disponibilidade de serviços de saúde que atendam as demandas da população na atenção às DST/HIV/AIDS, considera-se que o conceito de acesso proposto por PECHANSKY & THOMAS (1981), contribuiu para analisar os aspectos relativos ao grau de implementação do Programa na localidade definida.

Estes autores definem acesso a saúde considerando a compatibilidade entre as necessidades da população e os recursos ofertados pelos serviços de saúde. A categoria acesso, na sua visão, é complexa e multidimensional, pois envolve muitas variáveis que determinam a sua compreensão:

Subdimensão disponibilidade – a disponibilidade dos insumos nos serviços de saúde, em quantidade que atenda a demanda da população da sua área de abrangência e em condições

adequadas. Dimensão aceitabilidade – qual a aceitação, tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos representantes indígenas, das atividades propostas pelo Programa.

No que se refere a disponibilidade, cabe identificar a existência de serviços básicos de saúde para atender as aldeias indígenas, com equipes multidisciplinares, bem como, de serviços especializados de referência em HIV/AIDS, ambos com profissionais treinados nos temas pertinentes ao programa de DST AIDS, insumos de prevenção, medicamentos para tratamento das DST e da AIDS e para realização do diagnóstico do HIV e da sífilis.

No caso da aceitabilidade, quando se trata de populações culturalmente diferenciadas, esta dimensão pode representar a relação entre a forma como os profissionais de saúde percebem sua clientela e a forma com a clientela percebe os profissionais de saúde. Trata da importância da aceitação de procedimentos para melhorar a condição do cliente: o cliente acredita que tal procedimento pode de fato melhorar a sua condição de saúde? Esta dimensão tem relação muito próxima com a forma como os serviços desenvolvem suas atividades e a habilidade do usuário em participar das atividades desenvolvidas nos serviços. Em situações específicas o indígena recorre as suas práticas tradicionais de cura, será que esta atitude é respeitada pelos serviços de saúde? Ao mesmo tempo, como o cliente recebe os cuidados que o serviço oferece? Na perspectiva do serviço de saúde, é o serviço que cria estratégias para acolhimento e atendimento da população indígena culturalmente diferenciada ou é a população indígena que tem que se adequar a forma de funcionamento do serviço? Um exemplo é a situação na qual o cliente, neste caso o indígena, fala sua língua materna e não fala o português fluentemente e necessita de um intérprete de sua confiança para ajudá-lo a apresentar suas queixas e dúvidas e compreender as orientações dos profissionais de saúde, entre outras questões.

Além dessas dimensões, incluímos a subdimensão oportunidade, entendendo esta como sendo a dinâmica que os serviços estabelecem para mobilizar os insumos disponíveis na realização das atividades do programa que efetivamente atendam as demandas das comunidades.

Para realizar esta avaliação, tomou-se como referência, o que está preconizado pelo Ministério da Saúde para a implementação do programa de DST/HIV/AIDS nos DSEI e se as atividades desenvolvidas na localidade estudada estão em conformidade com estas diretrizes.

Nesse estudo, as dimensões e subdimensões do acesso acima relatadas, orientam a formulação da matriz dos índices e parâmetros para a descrição dos componentes do programa.

Mais um referencial teórico importante para este estudo é o conceito de vulnerabilidade para as DST/HIV/AIDS de uma população, pois partiu-se do pressuposto que o contexto sócio cultural pode influenciar a implementação das ações do Programa.

VALADÃO (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) argumenta que o planejamento de programas e ações com base no conceito da vulnerabilidade só é uma ferramenta útil para a mudança das realidades de saúde se tomamos em conta que *as pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de sua vida* (Brasil, 2008:35-36*).*

Esta autora destaca que, visando ampliar horizontes para construir ações preventivas que possam trazer a saúde - assim como a possibilidade de adoecer - para o campo da vida real, para o mundo dos "sujeitos em relação" no qual saúde e doença ganham sentido, a vulnerabilidade ao HIV/AIDS é analisada a partir de três eixos interligados, *pessoal*, *institucional* e *social*.

A autora defende que o conceito de vulnerabilidade busca relacionar os dados científicos a respeito do HIV e da AIDS às implicações de caráter sócio-político da epidemia para permitir a realização de um trabalho preventivo mais eficaz, mais humano e mais ético. *A aplicação deste conceito não visa "distinguir aqueles que têm alguma chance de se expor à AIDS, mas fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema* (Brasil, 2008: 35-36).

As vulnerabilidades pessoais e sociais têm relação direta com o contexto externo da implementação do programa, assim como as vulnerabilidades programáticas têm relação mais direta com o contexto interno do programa.

A vulnerabilidade pessoal está associada a vivências, especialmente as sexuais, que possam expor os indivíduos a DST e ao HIV, o vírus transmissor da AIDS.

A vulnerabilidade programática deve ser considerada no caso do acesso das populações indígenas aos serviços de saúde.

As vulnerabilidades entre a população indígena estão demarcadas pelas relações que estas comunidades estabelecem com a sociedade nacional. As dissimetrias das relações interétnicas, revelam-se na forma como as populações indígenas interagem com as novas

tecnologias, saberes e práticas da sociedade envolvente e como esta lida com as diferentes culturas indígenas.

2 Metodologia

A avaliação desenvolvida pode ser classificada como estudo de caso único, pois procurou compreender como o Programa de DST /HIV/AIDS está sendo implementado nas aldeias Bororo e Jaguapiru.

Os critérios de seleção para o estudo de caso consideraram a existência de casos de AIDS nos últimos dois anos, em homens, mulheres e crianças que vivem na terra indígena e em indígenas oriundos destas aldeias que vivem na sede urbana do município; a existência de serviços de atenção à saúde indígena e a existência de serviços de referência em DST/HIV/AIDS no município.

Segundo YIN (2003:19), os estudos de casos se justificam quando os estudos se propõem a responder questões do tipo "como" e "por que", *quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real*. De acordo com o autor citado, os estudos de caso podem ser utilizados em avaliação, em diferentes aplicações, entre as quais, *descrever uma intervenção e o contexto na vida real em que ela ocorre*.

O estudo priorizou o relato dos atores profissionais de saúde, inclusive dos agentes indígenas de saúde, na implementação das ações do programa de DST AIDS nas aldeias Bororo e Jaguapiru. Mais do que o relato ou a perspectiva de cada um sobre as questões apresentadas, a avaliação buscou incluir em diferentes momentos, a participação desses atores.

Foram utilizadas as técnicas de entrevistas semi-estruturadas e de questionários com perguntas específicas sobre o desenvolvimento das ações do Programa de DST/HIV/AIDS e sobre aspectos relativos à vulnerabilidades das comunidades indígenas estudadas. Os roteiros de entrevistas (anexo) e dos questionários (resumo no anexo) foram construídos de forma a buscar as evidências necessárias para se responder a pergunta avaliativa desse estudo.

Os procedimentos metodológicos processualmente construídos e utilizados em cada do estudo estão sintetizados no quadro 3.

Para o desenvolvimento dos objetivos do estudo, ainda no início dos trabalhos de campo, foram realizadas visitas aos órgãos competentes para apresentação do projeto de avaliação à representantes da FUNAI, FUNASA, Secretaria Municipal de Saúde de Dourados,

Serviços de Referência em HIV/AIDS. A FUNAI colaborou no acesso às lideranças indígenas no interior da área indígena para apresentação do projeto e a proposta de anuência para a realização da avaliação.

Ao final do trabalho de campo, foram realizadas reuniões com parte dos usuários alvos básicos da avaliação (apresentados na página 42), para comentários gerais sobre os principais achados e evidências coletadas e apresentação das primeiras sugestões para o trabalho desenvolvido no pólo-base de Dourados e serviços de referência**.**

Para descrever a organização dos serviços de atenção básica no Pólo-base de Dourados quanto às ações de DST/HIV/AIDS, foram desenvolvidas as seguintes atividades: seleção dos profissionais de saúde de cada Posto de Saúde instalado nas aldeias Bororo e Jaguapiru das equipes multidisciplinares e agentes indígenas de saúde para serem entrevistados; agendamento das entrevistas; realização das entrevistas com os profissionais de cada uma destas equipes; realização das entrevistas com a equipe técnica do Pólo-base. Foram utilizados roteiros semi-estruturados para a realização destas entrevistas.

Os critérios para a seleção dos profissionais a serem entrevistados se deram por ocasião da reunião de apresentação do projeto. Essa reunião contou com a participação de indígena membro do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI). As entrevistas ocorreram no interior da área indígena, na sede dos Postos de Saúde Bororo I, Bororo II Zelic Trajber, Jaguapiru I e Guateka.

A equipe técnica do Pólo-Base também respondeu um questionário, sem a presença da avaliadora, onde constavam questões pertinentes às ações de DST/HIV/AIDS desenvolvidas. Foi procedida e categorização das informações coletadas, que contribuíram para a construção da Matriz de Relevância e dos valores na Matriz dos Índices e Parâmetros de Descrição e Julgamento desse estudo.

Para descrever a organização dos serviços especializados em DST/HIV/AIDS no Município de Dourados no que se refere às ações dirigidas à população indígena, foram desenvolvidas as seguintes atividades: seleção dos profissionais de saúde do SAE e CTA para serem entrevistados; agendamento das entrevistas; realização das entrevistas com os profissionais de cada uma destas equipes; coleta de dados nos sistemas de informação de saúde (SINAN, SICLOM SISCEL); coleta dos indicadores de contextos descritos no item fonte de dados secundários.

Para descrever as ações do CTA, utilizou-se como referência para a elaboração dos instrumentos, o questionário desenvolvido pela pesquisa de GRANGEIRO (2007).

Para descrever as ações do SAE, além dos questionários aplicados *in loco,* também se utilizou, com a anuência por escrito do serviço, alguns dados do *Qualiaids.* Os dados disponíveis no *Qualiaids* eram referentes a dezembro de 2007. O *Qualiaids* é um sistema que contribui para a avaliação da qualidade da assistência dos serviços de assistência especializada em HIV/AIDS no Brasil. É fruto de uma pesquisa que avaliou a qualidade destes serviços de saúde (MELCHIOR et al, 2006).

Para analisar as relações entre os fatores externos e organizacionais foram desenvolvidas as seguintes atividades: consultas às etnografias e textos disponíveis em sites sobre a população indígena da área de abrangência do estudo; consulta aos relatórios recentes sobre o contexto da população indígena; consideradas informações coletadas nas entrevistas com os profissionais de saúde, da Casa de Saúde Indígena (CASAI) e da organização conveniada da FUNASA, profissional do programa estadual de DST AIDS, profissional da equipe técnica do DSEI MS, representante do CONDISI e liderança indígena.

Como fontes de dados secundários foram consultados os materiais educativos e instrucionais adotados pelo DSEI para ações de prevenção; o Plano Distrital de Saúde Indígena aprovado pelo DSEI Mato Grosso do Sul desde 2005; os Planos de Ações e Metas do Estado Mato Grosso do Sul; os Planos de Ações e Metas do município de Dourados; os dados da execução financeira do AIDS III em DST/HIV/AIDS; os dados referentes a identificação da terra indígena Guarani Kaiowá, que incluem as aldeias Bororo e Jaguapiru no Município de Dourados, em Mato Grosso do Sul; os sistemas de informação SINAN, SIASI, SISCEL e SICLOM, nos quais foram buscados dados epidemiológicos que informam – número de casos de AIDS notificados em adultos e menores de 13 anos, número de casos notificados de gestantes HIV, número de casos de sífilis congênita, número de DST por síndrome, número de óbitos por AIDS, número de indígenas que realizam exames de monitoramento de carga viral e CD 4, número de indígenas que recebem regularmente medicamentos antiretrovirais.

Quadro 3 – Procedimentos da Avaliação

Fases	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Objeti-vos	**Apresentação da proposta de avaliação aos participantes , atribuição de valores na matriz de relevância e a pontuação dos indicadores**	**Coleta de dados**	**Sistematização**	**Julgamento e Análise**	**Apresentação dos Resultados da Avaliação aos Usuários Alvos Básicos**
Procedi-mentos	Reunião com as equipes do Pólo Base e representante do CONDISI, reunião com profissionais do Programa Municipal de DST AIDS, SAE e CTA de Dourados	Entrevistas Observação Dados secundários	Categorização e Descrição dos dados e informações coletados Banco de Dados ↓	Categorização dos dados na Matriz de Julgamento ↓	Reunião com as equipes do Pólo Base e representan-te do CONDISI, reunião com profissionais do Programa Municipal

			Descrição das ações do programa ↓	Aplicação do Padrão para Grau de Implementação segundo *score* ↓ Elaboração do Relatório analítico	de DST AIDS, SAE e CTA
Instrumen-tos	Apresentação da proposta de avaliação com os pressupostos, objetivos perguntas avaliativa , procedimentos da avaliação, Matriz de Relevância e Indicadores	Roteiros para entrevistas semi-estruturadas; Questionários; Relatórios; Dados de sistemas de informação em saúde	Matriz de Relevância Indicadores	Matriz de Julgamento Padrão para Grau de implementação segundo *score* Padrão para Grau de Implementa-ção segundo *score*	Relatórios com recomendações preliminares

A avaliação contemplou o levantamento de diferentes indicadores, relacionados aos insumos ou às atividades do Programa, tais como: disponibilidade de medicamentos para tratamento das DST, da AIDS e das infecções oportunistas; Disponibilidade de preservativo; Disponibilidade de médicos e enfermeiros capacitados em aconselhamento em DST/HIV/AIDS, na abordagem sindrômica das DST, na transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatite, Vigilância Epidemiológica; Disponibilidade de materiais educativos de prevenção das DST/HIV/AIDS, por etnia; Existência de agentes indígenas desenvolvendo ações de prevenção de DST/HIV/AIDS, na comunidade; Proporção de gestantes com acesso ao diagnóstico do HIV, sífilis e hepatite B; Existência de sistema de referência e contra-referência para os casos de DST e AIDS e outros que constam nos quadros disponíveis no apêndice.

Para cada um dos indicadores incluídos no estudo, foram estabelecidas pontuações máximas. Os parâmetros para a categorização desses indicadores, e suas respectivas pontuações, estão apresentados no apêndice.

2.1 Momentos Operacionais do Programa

Os momentos operacionais do programa, apresentado nos quadros 3 e 4, tomou como referência, o desenho original do Programa divulgado junto à rede de saúde indígena com todos os seus componentes. Estão incluídos insumos, atividades, produtos e resultados.

De acordo com Manual da oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa (Ministério da Saúde, 2007), insumos são os recursos previamente disponíveis para a execução das atividades do Programa, incluem recursos financeiros, humanos e materiais; Atividades são os procedimentos pelos quais os insumos são mobilizados visando a obtenção dos efeitos desejados; Produtos são as conseqüências imediatas das atividades do Programa e os Resultados são os efeitos na população alvo.

Os quadros 4 e 5 referem-se às duas fases de implementação do Programa: fase 1 que corresponde ao momento da estruturação do programa na rede de saúde indígena; fase 2 que corresponde a fase de implementação das ações de saúde.

Quadro 4- Momentos Operacionais do Programa - Fase 1 Estruturação dos Serviços

Insumos disponíveis	Atividades	Produtos	Resultados
Recursos financeiros	Repasse para FUNASA	Recursos para fase 1 repassados	DSEI organizados para resposta mais consistente em DST/HIV/AIDS para a População Indígena
Médicos, enfermeiros contratados pela FUNASA/conveniadas Materiais instrucionais disponiveis	Cursos para profissionais de nível superior em abordagem sindrômica, transmissão vertical HIV/sífilis/hepatites, CBVE, TBVE, aconselhamento no contexto do teste rápido.	Cursos realizados para profissionais de nível superior em abordagem sindrômica, transmissão vertical HIV/sífilis/hepatites, CBVE, TBVE, aconselhamento no contexto do teste rápido do HIV.	
AIS - Agentes indígenas de saúde e auxiliares de enfermagem contratados pela FUNASA/conveniadas	Curso de DST/HIV/AIDS para AIS e auxiliares de enfermagem	AIS e auxiliares com conhecimento ampliado em DST/HIV/AIDS	
Postos, Pólos base e Casas do Índio Instaladas, componentes da rede de saúde indígena	? Incorporação de antropólogo, lingüista e pedagogo no apoio as atividades educativas; ? Aquisição e disponibilização de equipamentos para os serviços	? 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, logística 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	

A fase 1, correspondeu ao momento em que o programa criou condições favoráveis para seu desenvolvimento. Nessa fase foram definidas as ações prioritárias, os recursos financeiros, a identificação da rede de serviços de saúde instalada, a capacitação dos profissionais de saúde em temas afetos ao programa, a definição da logística de medicamentos, a logística dos insumos de prevenção e da fórmula infantil para crianças exposta ao HIV, a pactuação das referências, a organização do monitoramento com definição de indicadores e metas.

O resultado esperado da primeira fase do Programa é o conjunto dos DSEI organizados para resposta mais consistente em DST/HIV/AIDS para a população indígena.

Quadro 5 -Momentos Operacionais do Programa - Fase 2 Desenvolvimento das Ações

Insumos disponíveis	Atividades	Produtos	Resultados
? Recursos financeiros ? Protocolos e normatizações de procedimentos Algoritmo para teste rápido	? 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	Aumento do nº. de casos de DST AIDS diagnosticados e tratados na população indígena Redução da transmissão vertical do HIV e Sífilis congênita Aumento do conhecimento em DST/HIV/AIDS na população indígena Aumento do uso do preservativo na população indígena
? VDRL e teste rápido distribuído na rede básica ? Medicamentos básicos para DST, Infecções oportunistas e anti-retrovirais. ? Preservativos Postos, Pólos base e Casas do Índio Instaladas.	? Teste rápido disponível na rede ? Vigilância de DST AIDS implantada nos pólos base ? Testagem de HIV e Sífilis no pré-natal ? Abordagem sindrômica e transmissão vertical implantadas ? Vacinação para hepatite B	? 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	
AIS - Agentes indígenas de saúde e auxiliares de enfermagem contratados e treinados pela FUNASA/conveniadas	? Ações de prevenção implantadas com a participação das comunidades ? Materiais educativos culturalmente adequados produzidos e disponíveis Logística de preservativos implantada	? 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	
Rede de Referência em DST AIDS instalada	? Tratamento de sífilis, AIDS e outras DST, inclusive na gestação.	Nº. de indígenas encaminhados aos serviços de referência em DST AIDS	
Equipe Técnica dos DSEI	Monitoramento nos Pólos Base com calendário e estratégias definidas	Ações de monitoramento realizadas	

A fase 2 correspondeu a realização das ações de saúde, chegando a resultados tais como o aumento do número de casos de DST diagnosticados e tratados, a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis, o aumento do conhecimento sobre DST/HIV/AIDS pela população indígena e o aumento no uso de preservativos por esta população.

O objetivo em montar os quadros 3 e 4 foi para demonstrar que há uma relação entre os componentes do programa. Estes quadros, enquanto uma representação esquemática do programa tem limitações: não permitem a incorporar a noção de temporalidade, nem as conexões dos componentes com o contexto sociocultural das comunidades indígenas, pois o contexto mais amplo das redes de serviços de saúde se caracteriza numa perspectiva sistêmica.

2.2 Matriz de Relevância

A Matriz de Relevância é uma síntese das principais atividades preconizadas pelo Programa e sua interface com as subdimensões disponibilidade e oportunidade e dimensão aceitabilidade do acesso aos serviços de saúde. O conceito de acesso aos serviços de saúde está apresentado nas bases teóricas desse estudo. Mas qual a necessidade da construção dessa Matriz para o presente estudo?

A Matriz contribui para visualizar quais são as dimensões e subdimensões do acesso aos serviços que conferem maior importância na realização das ações do Programa e que irão influenciar no resultado de sua implementação.

A Matriz de Relevância permite visualizar de forma esquemática, o conjunto das principais ações do Programa e a importância de cada subdimensão do acesso aos serviços, para cada uma dessas ações.

Quais dimensões do acesso aos serviços têm mais relevância para uma ação específica em determinado contexto social? Um serviço pode não ter dificuldade de dispor de preservativos para sua clientela, pois conseguiu organizar a logística necessária e também criou estratégias para facilitar o acesso aos insumos de prevenção pelos usuários. Porém, na localidade sob sua influência, pode estar presente muita resistência à adoção do uso do preservativo pela clientela, mesmo entre aqueles usuários que estão em situação de maior vulnerabilidade. Nesse caso, tanto a disponibilidade, quanto a oportunidade e aceitabilidade, são relevantes para que o programa alcance seus objetivos. Pode ser que haja também dificuldades individuais de adaptação ao uso do preservativo, o preservativo pode representar para determinada coletividade uma barreira na troca de fluídos corporais associados à vitalidade ou na necessidade de ter filhos, entre outras questões.

A importância que a equipe dos profissionais de saúde do serviço atribui a cada um desses aspectos, disponibilidade, oportunidade, em conformidade com o que é preconizado pelo programa, bem como a aceitabilidade, podem influenciar as prioridades escolhidas e as estratégias a serem seguidas para a superação dos desafios.

Para compor a Matriz de Relevância que está descrita abaixo, foram incluídas as ações que têm relação direta na implementação do Programa frente as dimensões e subdimensões do acesso aos serviços de saúde, conforme preconizado pelas Diretrizes do Ministério da Saúde.

A relevância das ações do programa para a construção dessa Matriz foi atribuída pelas equipes locais.

Quadro 6 – Matriz de Relevância

ATIVIDADES/AÇÕES	Dimensão Conformidade		Dimensão Aceitabilidade
	Disponibilidade	Oportunidade	
A- Educação e Promoção de Práticas Seguras	R	R	RR
B - Oferta do Diagnóstico do HIV e da Sífilis	RR	RR	R
C- Disponibilização de Preservativos	RR	R	RR
D- Abordagem Sindrômica das DST	RR	R	RR
E- Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV	R	RR	RR
F- Vigilância Epidemiológica da sífilis congênita, do HIV em gestantes e da AIDS	I	I	I

RR = Muito Relevante **R = Relevante** **I = Irrelevante**

2.3 Matriz de Julgamento e indicadores e parâmetros da matriz de julgamento

Os dados coletados foram categorizados conforme as matrizes de relevância e os índices e parâmetros de pontuação. Após aplicar os parâmetros, foi estabelecido o padrão de implementação, conforme *score* e procedida a análise da implementação.

Na matriz de Julgamento, o índice de conformidade é composto pelas subdimensões disponibilidade e oportunidade. Este índice corresponde à organização e oferta do serviço considerada a demanda e necessidade da população.

O índice de aceitabilidade é composto pelas evidências coletadas por meio das entrevistas com os profissionais de saúde e representantes indígenas. Este índice corresponde a aceitabilidade das ações pelos profissionais de saúde e pelos representantes indígenas.

Tabela 6 - Matriz de Julgamento

Componente	**Índice Conformidade**		**Compo-nente**	**Índice de Aceitabilidade**		**Soma dos índices**
Insumos →	Disponibilidade Pontuação Esperada=140	PE= 185	**Insumos** →	Profissionais de saúde Pontuação Esperada = 10	PE= 20	**PE= 205**
	Oportunidade Pontuação Esperada=45			Representantes Indígenas Pontuação Esperada =10		

Atividades →	Disponibilidade Pontuação Esperada = 245	PE= 337	**Atividades** →	Profissionais de Saúde Pontuação Esperada = 40	PE= 80	
	Oportunidade Pontuação Esperada= 92			Representantes Indígenas Pontuação Esperada = 40		**PE=417**
---------- **Soma dos indices e componentes**		------- **PE= 522**			------- **PE= 100**	---------- **PE=622**

PE= pontuação esperada

Na Matriz de Julgamento estão presentes os índices e componentes considerados na avaliação. Esta matriz inclui a pontuação máxima esperada para cada um dos componentes, partindo-se de um total de 622 pontos. Neste caso, a pontuação total está distribuída conforme a relevância dos diferentes componentes do programa, na perspectiva dos profissionais de saúde. O Índice de Conformidade, teve maior percentual de pontuação esperada, pois reúne um número maior de indicadores, os quais têm relação com a estrutura dos serviços para desenvolver as ações do Programa e a as coberturas alcançadas por estas ações.

Foi utilizado o modelo de quartil adotado por Consendey (2003), para atribuir o grau de implementação para cada um dos componentes analisados.

Quadro 7– *Score* do Grau de Implementação

Percentual	**Grau de Implementação do Programa**
>75%	Implementado
50-75%	Parcialmente Implementado
25 – 49%	Incipiente
<25%	Não Implementado

Em relação as considerações éticas do estudo, por se tratar de pesquisa com a população indígena, foi necessário observar as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 196/96 e a 304/00.

Os seguintes órgãos públicos deram autorização para a realização da avaliação: CEP/ENSP, CONEP, FUNAI Nacional, FUNAI Administração Regional em Dourados, CNPq, Secretaria Municipal de Saúde de Dourados. Além desses órgãos, o estudo somente foi realizado após a anuência por escrito, de lideranças indígenas e de representação indígena no Conselho Distrital.

O processo para obtenção de todas as autorizações transcorreu durante doze meses, o que comprometeu o cronograma inicialmente previsto para a realização do estudo.

Todos os procedimentos do estudo foram realizados, segundo as normas e princípios da ética em pesquisa. Para resguardar a privacidade, os entrevistados não foram identificados pela escolaridade, sexo, idade, profissão ou qualquer outra característica que pudesse revelar sua identificação.

A cada entrevistado foi apresentado o termo de consentimento, explicitado sobre a avaliação e seus procedimentos e entregue, a cada um, cópia de seu termo de consentimento. Também foi informado preliminarmente aos entrevistados, sobre os assuntos que seriam abordados nas entrevistas.

3 Resultados e Discussão

Os resultados e discussão apresentados, estão divididos em duas partes: na primeira, constam as informações que têm maior relação com o contexto externo do programa. Na segunda parte, constam as informações que têm relação mais direta com o contexto interno do programa. Ao final deste capítulo, é apresentado o grau de implementação do programa na localidade estudada.

O campo da avaliação costuma considerar contextos internos e externos aos programas. O contexto externo é constituído pelos aspectos sociolinguisticoculturais políticos e econômicos da população indígena, nas suas relações com a sociedade regional. O contexto interno, se relaciona a ação e ambiente dos serviços de saúde, nas suas relações com as comunidades.

No entanto, nem sempre é possível delimitar com precisão os dois contextos e os elementos que podem estar presentes em cada um deles, pois ambos não são estanques na vida real. É muito difícil estabelecer com precisão, quais dos "fatores externos" podem influenciar favorável ou desfavoravelmente a implantação desta ou daquela ação do programa de saúde. Considerou-se que estes aspectos se inter-relacionam de forma dinâmica e sistêmica.

Considerando os diferentes atores envolvidos na avaliação - os usuários alvo do estudo, ou como é comumente denominado nas avaliações, os *steakholders* – foram identificados os seus interesses primordiais no processo da avaliação:

1) Representantes Indígenas do Conselho Distrital de Saúde Indígena, CONDISI, que é composto por 10 etnias distribuídas em 74 aldeias do Estado em 28 municípios: além de discutir e aprovar as prioridades do DSEI, acompanhar o desempenho dos serviços e compreender o que está sendo desenvolvido adequadamente ou não do ponto de vista das comunidades que representam;

2) Equipe técnica e gerência do DSEI Mato Grosso do Sul que é responsável pela gestão de todos os programas no âmbito da saúde indígena no estado de Mato Grosso do Sul: compreender o que está preconizado e o que está de fato sendo implantado, a partir do que que está definido como prioridade local;

3) Gerência do Programa Estadual de DST/HIV/AIDS de Mato Grosso do Sul: compreender como o programa está ocorrendo no âmbito da saúde indígena no estado e quis as possibilidades de atuação conjunta com a rede de saúde indígena;

4) Gerências do Programa Nacional de DST/HIV/AIDS e do DESAI/FUNASA: compreender como o programa está ocorrendo no âmbito da saúde indígena, os seus resultados alcançados, para adequar o que é definido como diretriz técnica e a prioridade na alocação de recursos;

5) Profissionais de saúde dos serviços do Pólo Base de Dourados/MS, responsáveis diretos pelas ações locais: relatar suas expectativas com relação ao programa e destacar os fatores favoráveis e desfavoráveis presentes no dia-a-dia dos serviços de saúde;

6) Profissionais de saúde dos serviços de referências em DST/HIV/AIDS localizados no município de Dourados/MS: compreender como opera a saúde indígena no interior das aldeias e como os serviços especializados estão ou não preparados para lidar com a demanda da população indígena, que "fala outra língua";

7) Agentes indígenas de saúde, AIS, que são protagonistas das ações de saúde desenvolvidas: obter mais informações sobre o programa, além de relatar suas experiências e dificuldades.

3.1 – Contexto Externo

3.1.1 – Trabalho de Campo

O trabalho de campo desta avaliação (realizado entre julho e agosto de 2008) coincidiu com o período preparatório da chegada de equipes de identificação das terras indígenas instituídas pela FUNAI em julho de 2008**,** coordenadas por antropólogos, sendo que as lideranças das comunidades estavam mobilizadas para o desencadeamento deste processo de fundamental importância política para os indígenas.

O clima no local era de grande expectativa, para que o trabalho de identificação e delimitação das terras indígenas kaiowá e Guarani-Ñandevas de Mato Grosso do Sul, pudesse produzir um resultado capaz de corrigir distorções históricas que levou a perda de grande parte dos territórios imemoriais destas comunidades na região sudoeste e sul do estado.

A reação dos não índios e grandes produtores ou proprietários de terras estava também mobilizada para frear possíveis avanços no reconhecimento dos direitos indígenas. Estas "reações" eram diariamente estampadas nos jornais, com grande espaço para publicar a "apreensão" dos fazendeiros, fortalecendo um discurso de formação de opinião pública contrário aos interesses da população indígena.

No discurso da grande mídia do estado de Mato Grosso do Sul, era evidente o fomento ao clima de apreensão e insegurança diante de *eminente confronto*, sendo os índios tratados

como um problema e os antropólogos responsáveis pelos trabalhos de identificação das terras indígenas, como profissionais não confiáveis por terem ampla interlocução com as comunidades indígenas.

Desenvolver a coleta de dados requereu ainda mais cautela e negociação junto às agencias indigenistas locais, para que a presença da avaliadora na região, que é antropóloga, não representasse qualquer interferência indevida.

Para estabelecer uma interlocução direta inicial com algumas lideranças indígenas que estavam se deslocando para a região mais ao sul do estado para realizarem o *Aty Guasu*, grande assembléia que trataria da identificação das áreas indígenas foi necessário contar com a intermediação da agência indigenista, apresentando preliminarmente a proposta da avaliação na administração da FUNAI em Dourados.

Como o caráter da proposta de trabalho era a de realizar avaliação das ações de saúde e a própria FUNAI informou que não tem tido condições de acompanhar de forma ampla o desenvolvimento das políticas de saúde local, pois julga que este é um dos seus papéis institucionais, considerou que o trabalho poderia contribuir para o conhecimento e melhoria do que está sendo realizado.

Foi informado pelas agências indigenistas, que a população indígena estava cansada da presença de pesquisadores e não estavam mais dispostas a autorizar pesquisas que não dessem efetivo retorno para as comunidades.

3.1.2 – Dados Demográficos

A aldeia Bororo e a aldeia Jaguapiru localizam-se nos limites da área urbana do município de Dourados, apenas 15Km e 8km respectivamente do centro da cidade. A terra indígena possui uma área mínima de 3,5 mil hectares, bastante prejudicada do ponto de vista ecológico, pois são escassos os recursos naturais disponíveis que possam dar sustentação ao padrão tradicional de vida destas comunidades.

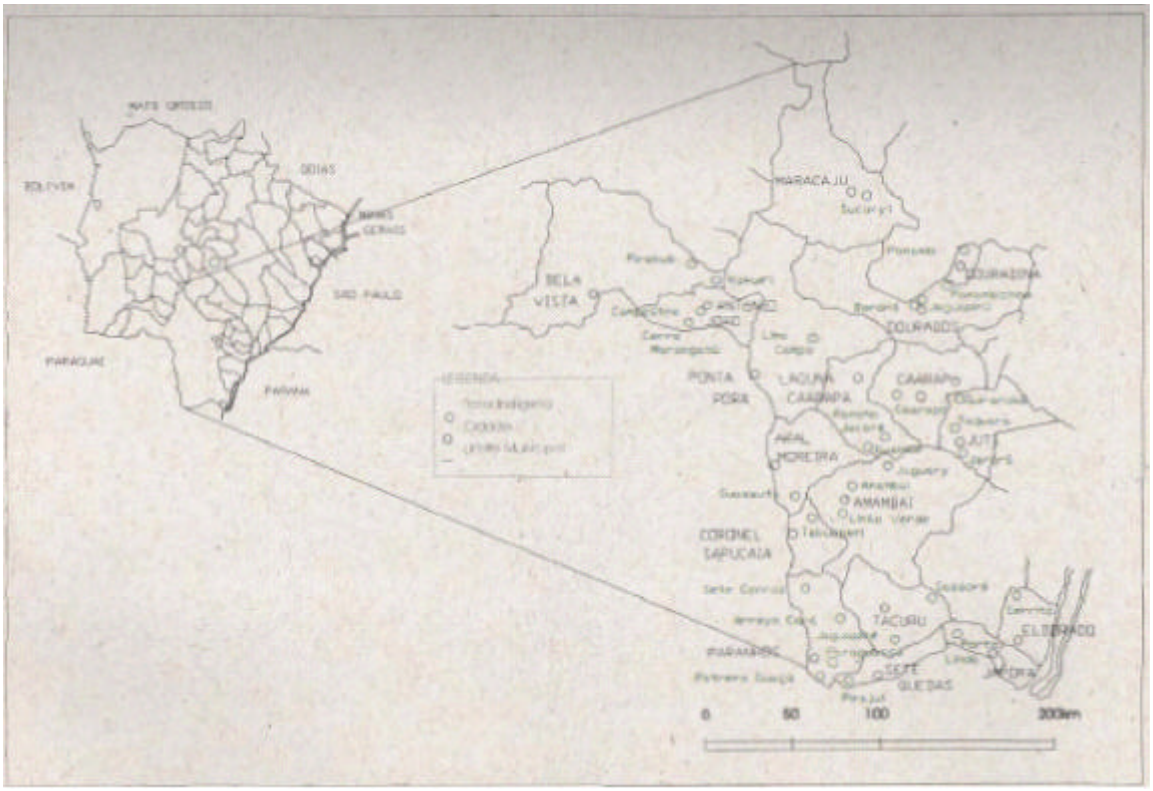


Figura 5 : Mapa Localização atual das terras Kaiowá Guarani no Mato Grosso do Sul (fonte: Projeto Criança Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul: A relaidade na visão dos índios, UCDB, 2005)

O município de Dourados, localizado a 225 km de Campo Grande em Mato Grosso do Sul, tem uma população de 179.810 habitantes. O município é referência para mais de 20 municípios do sul do estado na área da saúde, conta com serviços de assistência bem estruturados, dotados de profissionais treinados, insumos necessários e presta assistência aos indígenas vivendo com HIV e AIDS, seja os que vivem na terra indígena sejam os que vivem na sede do município ou em outras terras indígenas que se localizam no âmbito da regional de saúde.

Figura 6 : Mapa Localização do Território Tradicional Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul (fonte: Projeto Criança Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul: A relaidade na visão dos índios, UCDB, 2005)

Com relação a distribuição da população indígena no DSEI Mato Grosso do Sul, (o mais populoso dos 34 DSEI), observa-se que o Pólo Base de Dourados é o que tem a maior população, se comparado aos demais Pólos Base do DSEI MS.

Na tabela 6, estão em destaque a população das aldeias Bororo e Jaguapiru, cuja população é inferior apenas a aldeia Amambai, que tem 7.030 pessoas.

Tabela 7 – População Indígena do Pólo Base Dourados do DSEI Mato Grosso do Sul

Pólo Base	Municípios	Aldeias	Número de Pessoas
Dourados	Douradina, Dourados, Maracaju	Panambi, Panambizinho, Porto Cambira Sucuri	1.451
	Dourados	**Bororó**	**5471**
	Dourados	**Jaguapiru**	**5781**
			Total do Pólo Base Dourados: 12.703
Fonte: SIASI - FUNASA/MS, 31/07/2008			

A equipe do Pólo Base informou que há 1300 famílias na aldeia Jaguapiru e 1200 famílias na aldeia Bororo. As aldeias Jaguapiru e Bororo, integram a área Indígena Dourados, localizam-se na região sul do estado de Mato Grosso do Sul, inserida na área de abrangência do Município de Dourados. A população das aldeias oscilam, dada a mobilidade entre as comunidades Guarani e também a existência de diferentes agrupamentos comunitários que vivem nas beiras de estrada, acampados, aguardando a definição quanto a demarcação de suas terras.

Os dados do SIASI/módulo demográfico, indicam que nestas duas aldeias, 58% da população é Guarani kaiowá, 21% são Guaranis Nandeva, 20% são Terenas e menos de 1% são indivíduos de outras etnias casados com pessoas da comunidade. Há cerca de 100 indivíduos do sexo masculino a mais do que indivíduos do sexo feminino.

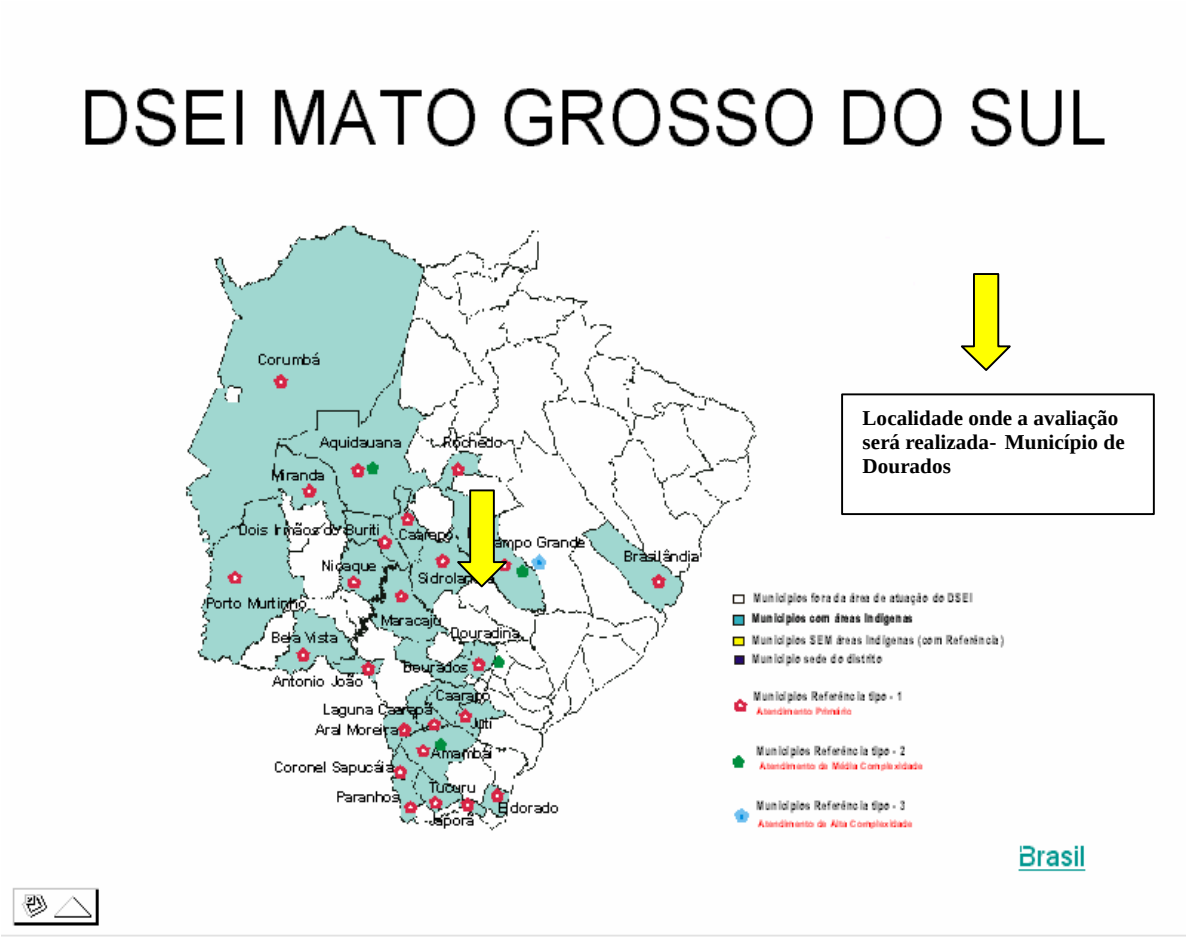


Figura 7 – Mapa do DSEI mato Grosso do Sul (Fonte: FUNASA, 2006)

3.1.3 - As Comunidades Indígenas em Dourados – alguns elementos dos contextos culturais e políticos

De acordo com diferentes autores consultados, estudos realizados sobre contextos de vida sociocultural, político e econômico destas comunidades, em particular os kaiowá, demonstram que muito embora esta população indígena tenha uma experiência de contato interétnico muito antiga com a sociedade envolvente que remonta ao início do século passado de forma mais intensa, com a chegada das frentes de expansão econômicas em seus territórios tradicionais, ainda assim, os kaiowá mantêm forte referência em seus valores culturais.

A relação interétnica com a sociedade envolvente foi permeada pela convivência e sob a influência de agências indigenistas, além das igrejas pentencostais e missões religiosas.

Foi possível perceber pelos relatos, que os profissionais que atuam na diferentes agências indigenistas têm diferentes percepções com relação as três etnias presentes nas duas aldeias. Diferenciam a partir do contato interétnico, os determinantes sociais de saúde de cada uma das etnias, sendo que os Kaiowá, além de se constituírem como a maioria dos indígenas que habitam as duas aldeias, também são considerados os que têm as situações de vulnerabilidade mais agravadas.

Do ponto de vista da subsistência, a maioria da população depende de produtos industrializados ou produzidos fora da terra indígena. Esta área indígena se localiza na região sul do estado que é palco histórico de conflitos, altos índices de mortes violentas entre indígenas, incluindo-se o suicídio e a proximidade da fronteira considerada rota do tráfico de drogas.

Nos últimos anos, a situação da desnutrição indígena, tem sido apontada como grave problema de saúde pública e tem sido objeto central das ações de saúde local, com a vigilância nutricional permanente, organizada por meio da atuação das equipes de saúde indígena, com destaque para o papel dos Agentes Indígenas de Saúde, a coordenação ativa da equipe técnica do Pólo Base de Dourados, da Missão Caiuá e a atuação do controle social indígena.

O que se passa na saúde indígena em Dourados tem repercussão nacional e internacional, sendo uma das "vidraças" da saúde indígena, repercutindo tanto os avanços alcançados na estruturação da rede de atenção básica com aumento da cobertura das ações de saúde, e em muito maior escala, os eventos e contextos de vulnerabilidade com suas graves conseqüências para a qualidade de vida desta população, exemplificados na mortalidade por subnutrição, suicídio e violência.

De acordo com os relatos de profissionais das equipes de saúde indígena destas aldeias, diferentes iniciativas governamentais dirigidas a população indígena têm sido implantadas em caráter piloto na região de Dourados, para posteriormente serem implantadas em outras regiões. Imagina-se que o que "der certo" nas aldeias Bororo e Jaguapiru, poderá "dar certo' em outros locais. PEREIRA (2004), analisa que:

> A Reserva Indígena de Dourados é considerada pelos Guaranis um centro dinamizador de transformações sociais para as outras reservas Guarani de Mato Grosso do Sul; foi aí que se instalou a primeira experiência avançada de cristianização desta população...A consciência do papel de vanguarda ocupado pela reserva indígena de Dourados leva suas lideranças a firmar que "Dourados é a reserva principal porque é a mais desenvolvida". A afirmação está respaldada na enorme estrutura existente, composta por hospital, escola, sedes administrativas, núcleo de pesquisa de uma universidade particular

> e enorme corpo administrativo para gerenciar todos estes empreendimentos. A idéia da reserva de Dourados como a mais desenvolvida está associada ao fato de ela melhor representar a situação atual da etnia (Kaiowá), configurado pelo confinamento geográfico e cultural. (PEREIRA,2004:269)

PEREIRA (2004), refere que a presença missionária protestante entre os Kaiowá é bastante antiga:

> A Missão Evangélica Caiuá instalou-se ao lado da Reserva de Dourados em 1928, construindo hospital, orfanato, escola e mantendo serviços religiosos....Mantida pelas igrejas presbiterianas (independente e do Brasil)...a missão logrou poucos resultados entre os Kaiowá em termos de conversão...seus programas sociais são explicitamente considerados um meio para atingir a conversão dos índios....ela se afirma como presença civilizadora e espaço de sociabilidade entre índios e missionários..a maior parte dos Kaiowá que desempenham funções administrativas...passaram pela igreja e pela escola da missão.
> Há diferentes correntes religiosas presentes nas duas aldeias. São em torno de 38 igrejas, sendo que entre as pentecostais os pastores são indígenas, além de uma igreja fundamentalista, a Deutch Indiaaner Pioneer Mission, que se instalou na área na década de 60 (PEREIRA, 2004:278).

Em Dourados, percorrendo alguns espaços diferenciados da cidade, parece haver uma certa vergonha entre os cidadãos pela presença da população indígena no município. Os índios, quando não "invisíveis", são bastante depreciados ao olhar dos habitantes da cidade.

A herança "protecionista" do indigenismo oficial tem como sua principal motivação, fazer frente à pressão sofrida pelos povos indígenas durante o processo histórico de contato destes povos com a sociedade envolvente e que resultou no desaparecimento de inúmeros grupos indígenas, na invasão das terras indígenas e no impacto que as doenças "do branco" provocaram nestas populações.

Isto significa que os órgãos indigenistas oficiais nem sempre conseguiram exercer suas funções em consonância com o que está preconizado pela Constituição Federal de 88 e a legislação indigenista, pois as omissões oficiais também custaram muito caro para diversos povos indígenas.

O fato é que estas questões parecem ter importância na implementação de programas de saúde nas áreas indígenas, na definição dos papéis, de quem pode e de quem não pode gerir e executar as ações da saúde indígena. O acesso da população indígena aos serviços passa pela forma como as comunidades indígenas aceitam ou não os protocolos estabelecidos para os cuidados e tratamento e como os serviços oferecem esses cuidados. Se os serviços aceitam ou não as formas particulares de cuidados tradicionais das comunidades, também pode influenciar na eficácia dos cuidados adotados. As percepções de saúde e doença, dos índios e dos "brancos", encontram aí, um terreno fértil para definir o que se torna ou não eficaz na prática dos serviços de saúde.

Teoricamente, todos os níveis de gestão do SUS entre os quais, a rede dos DSEI são co-responsáveis, pelas ações de saúde dirigidas à população indígena. resguardadas as diferentes atribuições.

Mas na prática, parece não ser assim. Observa-se que há dificuldade de se estabelecer os papéis e as responsabilidades, as pontes e elos entre o subsistema de saúde indígena e o sistema de referência do SUS.

A política de Saúde Indígena buscou promover o desenvolvimento de algumas estratégias para fazer face a esse desafio, como exemplo, a atuação de uma rede de agentes indígenas de saúde de forma sistemática nos serviços básicos.

Os AIS têm a vivência comunitária e com acesso a formação permanente em serviço e apoio suficiente para a realização de suas atividades, consegue manter viva, acesa e atuante a vigilância da saúde, antecipando-se a situações que possam colocar em risco a saúde dos indivíduos e da coletividade.

A integralidade da atenção e a integralidade da gestão parecem ainda distantes de acontecer de fato. Até mesmo a noção da interculturalidade que permeia diferentes discursos oficiais, é algo ainda intangível, aos olhos dos profissionais de saúde. É considerada a necessidade de implantar protocolos de atenção preconizados pelo ministério da saúde, mesmo em diferentes contextos sociais e culturais, tomando-se alguns cuidados.

Em que medida estas práticas sanitárias são aceitas pelos indivíduos e coletividades, ainda não se tem avaliação concreta. Observa-se que é necessário realizar estudos e avaliações que incorporem a satisfação dos usuários com os serviços, para que esta aproximação ocorra.

Os serviços de saúde que atendem a população indígena dentro dos territórios indígenas estão inseridos em contextos nos quais os valores e regras sociais diferem da sociedade envolvente e isto acarreta novos desafios para os serviços: a questão da privacidade e sigilo é um deles, tendo sido relatado pelos profissionais de saúde como um problema na abordagem dos usuários.

Algumas outras situações envolvem práticas sociais nestas comunidades que são criminalizadas pelo arcabouço jurídico da sociedade nacional, também podem ter influência direta na implementação de medidas de controle para promoção da saúde e nas chances de abordagem pelas equipes de saúde que precisam estar vigilantes permanentemente.

O modelo de organização dos serviços de saúde que incorpora as equipes de saúde da família com a participação de agentes indígenas de saúde, trouxe, no olhar dos indígenas e lideranças entrevistadas, uma mudança qualitativa na atenção a saúde nestas comunidades.

A aparente fragilidade da rede de saúde indígena pode ser observada em diferentes perspectivas, entre as quais: a desorganização momentânea do serviço de saúde que provoca impactos imediatos na queda da qualidade de vida das pessoas das comunidades indígena e a piora de alguns indicadores, como o aumento da mortalidade infantil. O serviço de saúde precisa estar permanentemente vigilante, não pode "dormir no ponto". A velocidade com que as situações de vulnerabilidade podem afetar a saúde da população e influenciar, por exemplo, na perda ou na proteção da saúde das crianças, ocorre em curto espaço de tempo. Os AIS neste contexto têm a possibilidade, desde que bem treinados e apoiados, de observar estas evidências para que o serviço possa intervir em tempo hábil. Os AIS utilizam o termo "controle" para se referir a sua prática no serviço, evidenciando a tônica que o serviço dá ao perceber o grau de vulnerabilidade social e individual na relação das comunidades indígenas com a sociedade envolvente.

Como dissociar o contexto das relações interétnicas como fator determinante de saúde destas comunidades e o tipo e qualidade dos serviços de saúde ofertado pelo aparato governamental? Tanto a fragilidade ou a organização dos serviços de saúde quanto a vulnerabilidade social destas comunidades, são componentes que podem se somar ou se "estranhar", caso o serviço não exercite a alteridade, pois os profissionais de saúde, em sua ampla maioria, não são oriundos das comunidades indígenas e exercem o saber da medicina ocidental. Este é um aprendizado que exige tempo.

Dada a grave situação epidemiológica na ocorrência de inúmeras perdas de crianças indígenas por subnutrição nos últimos anos e casos de violência nestas duas aldeias, incluídos os suicídios, os serviços locais da saúde indígena são alvo freqüente de questionamentos da imprensa, o que também de alguma forma interfere na rotina da equipe, conforme relato dos profissionais de saúde na reunião ocorrida no Pólo Base.

Pela ótica das equipes de saúde locais, esta situação não é observada com a mesma intensidade em outras áreas indígenas. Os profissionais de saúde indígena atuam sobre a pressão externa, apesar de contarem com precárias condições na estrutura dos Postos de Saúde e precárias relações trabalhistas.

O fato de existir esta pressão, uma espécie de "controle social" exercido externa e permanentemente pela imprensa, mobiliza desde os representantes das duas comunidades

indígenas, CONDISI, parlamentares, governo municipal, estadual e federal, rede de saúde indígena, pesquisadores, Ministério Público, FUNAI, e têm impacto na intensidade e mesmo qualidade do trabalho desenvolvido, na busca de resultados concretos na área da saúde.

O controle social é exercido pelos conselhos locais de saúde, que contam com a participação de lideranças e representação dos trabalhadores da saúde:

> (...) em 2006 numa outra eleição de composição do conselho... era uma responsabilidade muito grande por ter aqui nesse estado a segunda maior população indígena do pais são 6 , 7 etnias com várias áreas problemáticas disputa de fazendeiros e índios na disputa por espaço, por terra, e associado a isso os problemas sociais, o alcoolismo a violência, suicídio enfim, entre outros agravos que tenha cometido as comunidades indígenas... sempre dá quorum, participam do nosso conselho pessoas que foram escolhidas, ela são indicadas pelos conselhos locais no seguimento do usuário. O representante ele é indicado pelo conselho local cuja a composição do conselho local ela é feita de forma também a contemplar toda a comunidade então a composição do conselho e feito por segmentos organizados da comunidade, exemplo de Dourados, o conselho do Pólo Base de Dourados ele conta hoje com 48 membros 50% usuário, 50% trabalhador. Do segmento usuário nos pegamos segmentos organizados da aldeia, reservamos vagas mesmo para garantir a participação, então tem vagas pra professores, pra jovens, igrejas, associações, movimentos de mulheres, estudantes e tem mais um são sete seguimentos que compõe a mesa. Cada segmento desses reune seu grupo e através disso ele então escolhe um representante e repassa isso pra representar dentro do conselho local. Então hoje a composição do conselho local é feita dessa forma.... Hoje o conselho local ele acompanha a política de saúde desenvolvida dentro do pólo básico seja ela desenvolvida pela FUNASA, pelo município, pelo estado ou por ONG a gente tem que acompanhar toda a ação de qualquer ação desenvolvida dentro da aldeia e inclusive para as referencia de saúde para qual está sendo referenciada (liderança indígena)

Pelo olhar da representação indígena, embora ainda se enfrente muitos problemas na operacionalização da política de saúde indígena, os avanços alcançados com a implantação do DSEI, são visíveis:

> (...)hoje avaliando e conhecendo como era antes e como é hoje teve um avanço fantástico eu tive oportunidade de presenciar e viver os dois momentos, antes do subsistema e pós , durante com o sub-sistema, antes era muito precário o serviço, o atendimento esporadicamente vinha a equipe se saúde que era então organizada pela FUNAI uma vez por ano dependendo da situação duas vezes por ano vinha em um ônibus anunciava com antecedência e ai todos nós íamos lá nessa unidade móvel e lá passava pelos médico pelos dentistas,alguns exames RX pra ver o problema da tuberculose mais era um serviço muito vago eu vivi isso, daí essa equipe ia embora e nós ficávamos abandonados a FUNAI não tinha né aqui no posto da FUNAI nenhum técnico chamávamos ele de atendente que nem agente de saúde atendente de enfermagem ficava numa sala ali na FUNAI com algumas medicações básicas, xarope, anti- térmico, quando nós tínhamos algum problema de saúde a alternativa era correr nesse posto e ai a gente era auto medicado, a tá vamos fazer uma bezentacil, não tá aqui um xarope, tá aqui um antibiótico, nós éramos auto medicados, não tinha outro, quando passava mal dentro da aldeia a família

> o vizinho socorria trazia uma carroça trazia um cavalo ou uma bicicleta colocava o paciente em cima e nós éramos encaminhados para um hospital mais próximo que era o hospital da missão Caiuá que dava uma retaguarda ou um suporte pra essas famílias ou dependendo da gravidade de lá a gente pegava a bicicleta ou cavalo e ia correndo lá no hospital sempre falava com a equipe do hospital que tinha um paciente passando mal e se tivesse disponível eles mandavam uma viatura que era uma Toyota velha antiga par vim buscar esse paciente.... hoje tem a cobertura, toda família tem um agente de saúde só que há uma sobre carga de atividades, de serviços e de famílias para cada agente então a nossa proposta com o pólo aqui de Dourados de fazer a redistribuição de área que faça um estudo pela coordenação técnica aqui do pólo e que faça uma redistribuição de área para que cada agente tenha um numero menor de famílias para que as famílias tenham uma visita de qualidade, (liderança indígena)

Embora escassas as informações especificas destas etnias sobre características culturais que possam interessar ao estudo (questões de gênero, concepções sobre trocas de fluídos corporais,gravidez, arranjos matrimoniais, parto, amamentação, amamentação cruzada, contextos de vida da população indígena vivendo em área urbana, padrões de vivencia da sexualidade), foram encontradas referências sobre alguns destes temas relativas aos Guarani Mbyá do Rio de Janeiro.

Havia uma grande preocupação das equipes de saúde com a diminuição do início da vida sexual, com o aumento de meninas grávidas com 11, 12, 13 anos e sem parceiros. Situação semelhante foi descrita por López (2000)[1], ao abordar a fecundidade da população Guarani no Rio de Janeiro:

> A idade do primeiro casamento das mulheres Guarani-Mbyá que agora estão no período reprodutivo é de 14,9 anos. Atualmente, a maioria dos matrimônios se faz pouco depois da menarca. É uma idade muito precoce, ainda mais se comparada com a idade de matrimônio de 16,8 anos das mulheres que atualmente terminaram seu período fértil (mulheres maiores de 50 anos)..... A idade do primeiro matrimônio está diminuindo em concordância com a idade da menarca e, em resposta, também tem baixado a idade da primeira gravidez e do primeiro parto. Segundo pessoas idosas dessas aldeias, o matrimônio da mulher era a partir dos 20 anos; sendo isto verdadeiro, as mulheres Guarani-Mbyá- de Paraty estariam diminuindo a idade da união conjugal. Tal diminuição, de acordo com os velhos, não é determinada pela cultura, mas sim por dificuldades no controle social do grupo. (López, G. Fecundidade entre os Guarani: Um legado de Kunhankarai, tese de dourado, ENSP, Fiocruz RJ, 2000: 40).

De acordo com as concepções culturais em torno dos fluídos corporais, há maior ou menor aceitação dos tratamentos indicados pelas equipes de saúde, o que amplia ou reduz as alternativas terapêuticas. LOPEZ informa que entre os Guarani de Parati, no Rio de Janeiro,

1

(...) o ato conceptivo se dá em dois níveis: um divino, que dá a essência, alma; e outro físico, que aporta os sangues do homem e da mulher. E mais, o fato de aportar o sangue não garante a fecundação, é preciso que tanto o homem como a mulher estejam em equilíbrio em relação ao sistema frio-quente; o desequilíbrio em um dos cônjuges implica fracasso da fecundação.

Os Guarani de Paraty desconhecem os mecanismos de ovulação e também presença dos espermatozóides. O relato deles coincide com o expressado por Héritier (1996**:** 99), quando a concepção não é atribuída somente a causas espirituais, ela é considerada como resultado de uma relação entre duas "águas" ou "entre dois sangues", levando o sangue paterno o esperma (López, 2000)... "O sistema cosmológico Guarani-Mbyá deve ser entendido à luz da noção de 'alma humana' que, por sua vez, é relativa à noção de concepção. São obscuras as idéias entre relações sexuais e concepção, em vários autores, porém são unânimes em afirmar que as relações sexuais representam um papel coadjuvante na idéia de concepção Mbyá. De preferência, ela ocorre devido a causas sobrenaturais, por intermédio do sonho: a criança é enviada, pelos deuses-heróis ou parentes falecidos, ao pai que recebe em sonho e conta a mãe que engravida" (Verani et al., 1996: 9) in (López, 2000: 39).

3.1.4 - Vulnerabilidades

Segundo relatos da equipe de saúde indígena, a principal situação de vulnerabilidade para as DST e AIDS têm relação com a permanência dos homens nas usinas de cana de açúcar por longos períodos, onde mantêm outras redes de relações sexuais. Outra situação associada ao trabalho na usina é a separação freqüente dos casais que buscam novos arranjos matrimoniais, ampliando a rede de parcerias sexuais, a violência sexual associada ao consumo abusivo de álcool, a variedade de parceiros sexuais, a intensidade das práticas sexuais desprotegidas, além da falta de ações de prevenção. Não foi relatada qualquer ação que tenha como foco a prevenção ao consumo abusivo de bebida alcoólica na comunidade.

Nestas situações de permanência prolongada fora da aldeia em condições muito precárias de trabalho, alimentação e subsistência, o contato sexual com mulheres profissionais do sexo e em algumas situações entre homens que fazem sexo com homens, sem o uso do preservativo.

As mulheres são obrigadas a garantir sozinha o sustento da família e há mulheres que trabalham como domésticas na cidade de Dourados e em outras atividades com baixa remuneração.

Esta situação tem sido mudada mais recentemente, quando por força de acordos da justiça trabalhista e vigilância do Ministério Público, os usineiros foram obrigados a regularizar a situação trabalhista dos indígenas.

Os indígenas também passaram a trabalhar em usinas mais próximas geograficamente da área indígena, indo para o trabalho e retornando no mesmo dia para a aldeia, o que reduz o tempo fora da comunidade e longe de suas famílias.

Desde 2006, houve a iniciativa do Programa Estadual de DST AIDS de MS e DSEI MS de contatar com os responsáveis pelas usinas para desenvolverem orientações e disponibilização de preservativos para os indígenas que trabalham nas usinas, no entanto, foi incipiente o desenvolvimento destas atividades.

Com a ampliação da produção de biodiesel, nos anos recentes, eram 14 usinas, agora são mais de 29 em operação no estado e muitas absorvem a mão-de-obra indígena.

Nos quadros seguintes, estão elencados outros fatores de vulnerabilidade identificados pelos profissionais de saúde das duas aldeias, relacionados a vulnerabilidades pessoais, sociais e programáticas:

Quadro 8 – Fatores de Vulnerabilidade Presentes nas Aldeias Bororo

Aldeia Bororo
? Baixo conhecimento pelos jovens e mulheres sobre formas de transmissão e prevenção das DST/HIV/AIDS; ? Consumo abusivo de álcool e outras drogas entre jovens masculinos solteiros, homens adultos e mulheres adultas casados; ? Grande freqüência dos jovens indígenas nas cidades; ? Jovens indígenas com contato sexual com pessoas de outras comunidades ou não indígenas sem uso do preservativo; ? Desagregação de práticas tradicionais nas comunidades que fortaleciam a vivencia comunitária; ? Violência contra mulheres no ambiente doméstico e casos de abuso sexual onde o agressor permanece em convívio doméstico com a íntima menor de idade; ? Abuso sexual a membros da comunidade em estado de embriaguez; prostituição e exploração sexual de pessoas das comunidades; ? Discriminação a membros das comunidades que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo masculino; ? Proximidade das comunidades indígenas a regiões metropolitanas e periferias de grandes e médios centros urbanos; ? Visitas de membros das comunidades a parentes que vivem do outro lado da fronteira ou em localidades muito distantes, que amplia a mobilidade;

? Visitas de parentes que vivem em outros países fronteiriços, que amplia a mobilidade; ? Pauperização das comunidades indígena com penúria alimentar; restrições nas comunidades indígenas quanto ao uso do preservativo; ? Realização de festas nas aldeias com a presença de não índios e com grande consumo de bebidas alcoólicas; existência de estradas que cortam a terra indígena com grande movimentação de veículos; ? Arrendamento de terras indígena; ? Viajantes não índios que freqüentam as TI; ? Presença de agências indigenistas; ? Presença de missões religiosas nas áreas Indígenas, algumas com orientações contrárias às ações de prevenção

Quadro 9– Fatores de Vulnerabilidade Presentes nas Aldeias Jaguapiru

Aldeia Jaguapiru
? Alta prevalência de DST nas comunidades; ? Consumo abusivo de álcool e outras drogas entre jovens masculinos, jovens femininas solteiras,homens adultos casados e entre mulheres casadas; ? Grande freqüência dos jovens indígenas nas cidades; ? Jovens indígenas com contato sexual com pessoas de outras comunidades ou não indígenas sem uso do preservativo; ? Desagregação de práticas tradicionais nas comunidades que fortaleciam a vivencia comunitária; ? Violência contra mulheres no ambiente doméstico abuso sexual a membro da comunidade em estado de embriaguez; ? Prostituição e exploração sexual de pessoas das comunidades; ? Discriminação a membros das comunidades que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo masculino; ? Proximidade das comunidades indígenas a regiões metropolitanas e periferias de grandes e médios centros urbanos visitas de membros das comunidades a parentes que vivem do outro lado da fronteira ou em localidades muito distantes; ? Comunidades recebem freqüentemente visitas de parentes que vivem em outros países fronteiriços pauperização das comunidades indígena com penúria alimentar; ? Restrições das comunidades indígenas quanto ao uso do preservativo;

- ? Realização de grandes festas nas aldeias com a presença de não índios e com grande consumo de bebidas alcoólicas; estradas arrendamento de terras indígena;
- ? Projetos do setor elétrico viajantes não índios que freqüentam as TI;
- ? Presença de agências indigenistas; presença de missões religiosas nas áreas Indígenas com orientações contrárias ás ações de prevenção.

No Plano Distrital do DSEI Mato Grosso do Sul nos períodos de 2005 a 2007 e 2008-2010, foram incluídas propostas de ação do programa de DST HIV AIDS, classificadas como alta prioridade. Há uma avaliação no Plano Distrital para justificar a inclusão das ações.

> Quanto a incidência das DST na população indígena do estado de Mato Grosso do Sul, as causas estão associadas a múltiplos parceiros; Alcoolismo/Drogas Ilícitas; Alta rotatividade da população masculina no trabalho das Usinas de Álcool e Cana de açúcar; Movimentos migratórios (Fronteira seca com Paraguai, entre Aldeias, aldeia e Município);Baixa adesão ao uso do preservativo por parte da população masculina;Desconhecimento por parte da comunidade em relação as DST/AIDS e Hepatite;Desconhecimento das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena a respeito da abordagem antropológica com a comunidade;.Infra-estrutura insuficiente para assistência;Falta de material educativo. As conseqüências relatadas são**:** Vulnerabilidade, dificuldade de controle dos parceiros sexuais; Disseminação das DST/AIDS e Hepatite; Início da vida sexual sem proteção; Subnotificação dos casos de DST/AIDS e Hepatites; Baixa sensibilização da comunidade e falta de envolvimento das lideranças em relação as DST/AIDS e Hepatites; Baixa assimilação da informação em DST/AIDS por parte da comunidade; Falta de privacidade nas consultas;Falta de informação as crianças em idade escolar e adolescentes (Plano Distrital DSEI MS 2005-2007)

3.2 – Contexto Interno

3.2.1 - Dados Epidemiológicos

De acordo com os dados epidemiológicos das aldeias Bororo e Jaguapiru, localizadas no município de Dourados, há pouca coincidência entre o que a equipe local conhece e o que chega na extremidade da cadeia de informações- SINAN no nível nacional, passando pelo município e pelo estado.

Quanto aos casos de AIDS notificados atribuídos a esta população, observou-se que há necessidade de confirmação se de fato todos são de indivíduos indígenas, embora todos os municípios de residência informados nestes casos são os que têm população indígena na sua área de abrangência.

A área de vigilância epidemiológica e a área de Assistência do Programa Nacional de DST AIDS, ao verificarem e compararem diferentes fontes de dados dos sistemas de

informação, classificaram 21 casos de AIDS atribuídos a população indígena registrados em Dourados, sendo 17 com residência em Dourados, até agosto de 2008. Dos 21 casos registrados em Dourados, 10 são de mulheres. 8 gestantes indígenas foram notificadas com HIV, sendo que destas, 2 estão entre os casos de AIDS.

Quando relacionados os 4 sistemas de Informação – SINAN, SICLOM, SISCEL e SIM, havia notificação referente a 35 casos de AIDS entre a população indígena de Mato Grosso do Sul, no período de 1988 a 2007, sendo que entre estes casos, 16 estão notificados apenas no SINAN. Isto demonstra a importância de se buscar as diferentes fontes de informação, para se aproximar do dimensionamento da epidemia nestas áreas (MS/SVS/PN-DST E AIDS, 2008).

De acordo com o Programa Estadual de DST AIDS de MS, haviam 29 casos de AIDS notificados até o inicio de 2007, entre a população indígena do estado com 13 anos ou mais.

No SISCEL, até abril de 2008, houve o registro de 32 indivíduos indígenas que realizaram exames de carga viral e CD4 no Estado de Mato Grosso do Sul. No SICLOM, até abril de 2008, 27 casos foram registrados, de indivíduos indígenas, recebendo naquele momento, medicação antiretroviral em Mato Grosso do Sul. No SINAN estado, haviam 20 casos de gestantes indígena HIV até agosto de 2006. De acordo com o Programa estadual de DST AIDS de MS, estes 20 casos, não constam entre os casos de AIDS do SINAN do estado, entre pessoas com mais de 13 anos. No nível estadual do SINAN, foram registrados 8 casos de sífilis congênita na população indígena de Mato Grosso do Sul em 2007 e 14 em 2008.

Os dados acima relatados, demonstram que a epidemia de AIDS atingiu de forma particular e grave a população indígena na localidade estudada, exigindo claramente a necessidade de implementar e aprimorar as ações de controle de DST AIDS.

Os dados epidemiológicos são de fundamental importância para a definição das prioridades locais. As informações disponíveis sobre casos de AIDS e de sífilis nos sistemas de informação mencionados dão uma dimensão da subnotificação, por atraso no envio da informação entre as diferentes instâncias – serviços notificadores, município e estado para o nacional. Esta situação é particularmente observada no SINAN.

Neste contexto, as equipes locais que atuam nas comunidades têm conhecimento do seu universo, mas não têm a dimensão histórica do conjunto de todos os casos de AIDS ocorridos nestas comunidades.

Outra questão que se observa é que os SAE não têm um registro dos casos disponível em meio eletrônico, para seu próprio controle, todos os registros estão em prontuários. O

estado não tem um quadro epidemiológico da AIDS na população indígena analisado em conjunto com o DSEI.

Logo após o trabalho de campo, técnico do DSEI MS iniciou o trabalho de visita junto aos SAE e vigilâncias dos municípios, para ter uma dimensão mais real do perfil epidemiológico da AIDS entre a população indígena, considerando os acentuados fatores de vulnerabilidade presentes na região.

3.2.2 Serviços de Saúde

Em Dourados, há um Pólo Base que está composto pela equipe administrativa, equipe técnica, 1 CASAI que recebe indígena oriundo de outras localidades ao sul do estado e por 5 equipes EMSI: 2 atuam na aldeia Bororo, 2 atuam na aldeia Jaguapiru e 1 é volante, atendendo a população indígena de acampamentos, fora da área demarcada.

Diariamente as equipes se deslocam da sede do Pólo Base que fica em Dourados para as aldeias às 7 horas da manhã com retorno às 11horas da manhã e às 13 horas com retorno às 17 horas, as entrevistas deveriam ocorrer no horário de trabalho, de acordo com avaliação da equipe técnica do Pólo Base. Os PS contam com infraestrutura básica, mas observa-se que uma das unidades localizadas na aldeia Bororo e outra na aldeia Jaguapiru, são precárias.

De acordo com o último Plano Distrital elaborado pelo DSEI Mato Grosso do Sul, período 2008-2010, há o seguinte quadro de distribuição das equipes de saúde:

Há 36 equipes EMSI no DSEI, sendo 6 em Dourados. A carga horária destes profissionais é de 40 horas semanais. A equipe do Pólo Base informou que 5 equipes EMSI estavam atuantes e aguardavam a definição para contratação de mais uma equipe, dado ao número de habitantes na área de abrangência do Pólo Base. Como são 4 equipes nas duas aldeias, para uma população de 11.252 pessoas, cada equipe tem em média 2.813 pessoas na sua área de abrangência.

Nos moldes do PSF, é preconizado pelo Ministério da Saúde até 4000 pessoas para atendimento por equipe, portanto nas duas aldeias está em conformidade com o que é indicado, do ponto de vista numérico.Do ponto de vista dos profissionais de saúde, este número de equipes ainda não é suficiente para o atendimento de qualidade para todas as famílias das duas aldeias.

O Plano Distrital do DSEI MS informa que há 4 médicos, 6 enfermeiros, 3 nutricionistas, 4 odontólogos, 1 psicólogo, 11 auxiliares de enfermagem (a maioria é indígena), 3 auxiliares de consultório dentário, 37 agentes indígenas de saúde e 6 agentes

indígenas de saneamento. Todas as EMSI trabalham com carga horária de 40 horas semanais, atendem a todos os 10 programas prioritários: Programa de Saúde da Mulher; Programa de Saúde da Criança; Programa de Controle da Tuberculose e Hanseníase; Programa DST/AIDS e Hepatites; Programa de Vigilância Epidemiológica; Programa de Imunização; Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional; Programa de Saúde Bucal; Programa de Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas; Programa de Monitoramento das Doenças Crônico-degenerativas.

No Município de Dourados há um Serviço de Atenção Especializada em HIV/AIDS – SAE, e um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS, além de outras unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade.

O CTA localizado em Dourados funciona desde 1996 e está sob a gestão municipal. Está instalado no mesmo prédio onde funciona o SAE e o Programa Municipal de DST AIDS. Funciona de segunda a sexta-feira das 7 às 11 horas e das 13 às 17 horas, conforme horário de funcionamento dos órgãos públicos em Dourados.

As instalações são modernas, o serviço é informatizado e com espaços adequados para a prática do aconselhamento e coleta de sangue para testagem. A equipe é formada por 1 assistente social, 1 auxiliar administrativo, 2 auxiliares de serviços gerais, 1 bioquímico, 1 educador de saúde, 1 enfermeiro, 1 psicólogo, 2 recepcionistas, 1 técnico de laboratório e 3 técnicos de enfermagem, sendo que todos os profissionais receberam capacitação para atuar no CTA, em temas específicos, de acordo com suas funções.

As capacitações abrangeram os temas aconselhamento, hepatites virais, SI-CTA, redução de danos, teste rápido do HIV, biossegurança, prevenção da transmissão vertical, prevenção para populações mais vulneráveis e atualização em tratamento da AIDS.

Cabe ressaltar, que os mesmos profissionais que atuam no CTA, atuam também no SAE, sendo que o SAE, além desta equipe, conta com médicos, 1 infectologista, 1 ginecologista, 1 pediatra e 1 odontólogo e 2 recepcionistas.

Com relação ao perfil dos usuários do CTA, foi informado que a maior demanda é da população geral, profissionais do sexo, HSH, portadores de DST e usuários de outras drogas não injetáveis. Os usuários que chegam ao CTA, são demanda espontânea, vêm dos bancos de sangue e dos serviços de atenção básica.

No período de janeiro a junho de 2008, 825 pessoas haviam realizado o teste do HIV no CTA, com 18 resultados positivos e 724 realizaram o VDRL para sífilis, com 58 resultados positivos. Deste total, não houve informação quanto ao número de indígenas atendidos.

O CTA realiza aconselhamento pré e pós teste, além de disponibilizar preservativos masculinos de 49 mm e 52 mm, preservativos femininos, gel lubrificante e materiais educativos, inclusive para a população indígena que eventualmente procura o serviço. Para receber os preservativos, os usuários não necessitam passar por qualquer tipo de atendimento ou procedimento, nem mesmo apresentar qualquer identificação.

O serviço estabelece cotas diferenciadas de preservativos por tipo de usuário. Não havia cartazes no serviço informando sobre que ali se distribui preservativos. Este CTA, além do atendimento na sua sede, também realiza ações volante dirigidas a segmentos específicos da população: orientação preventiva, distribuição de preservativos e materiais educativos, coleta para testagem o HIV, aconselhamento. Como ação extramuros, o CTA participou de atividades de capacitação de professores indígenas sobre prevenção das DST/HIV/AIDS.

O CTA realiza coleta para exames sorológicos todos os dias úteis da semana, sendo oferecido para os usuários as seguintes sorologias: HIV com teste rápido utilizando o algoritmo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, HIV Elisa- sendo que o confirmatório é realizado pelo Lacen em Campo Grande, sífilis, hepatite B, Hepatite C e marcadores de hepatite B. O tempo para devolver o resultados dos exames aos usuários é de 15 dias, exceto para o teste rápido.

A principal dificuldade apontada pelo serviço no atendimento aos indígenas é a barreira lingüística e propõe que os indígenas estejam sempre acompanhados por interprete.

Esta questão também se aplica ao SAE, onde os indígenas com HIV e AIDS das aldeias Bororo e Jaguapiru fazem exames de monitoramento e tratamento com a terapia antiretroviral.

O espaço onde funcionam estes serviços dispõe de sala equipada para reunião de equipes ou dos usuários do SAE.

> (..).medicação nunca faltou, quando falta as vezes é um dia ou dois e só problema mesmo de transporte de Campo Grande, as vezes não chega, mais é muito pouco nós temos um estoque muito bom nunca teve problema nenhum com abastecimento, troca nada, com exames também não, então quanto a isso a gente usa, o programa é bem eficiente é um dos melhores que eu já conheço por ai e de contato com outros colegas o daqui é bem eficiente então é só você querer que o resto a gente faz (profissional de saúde)

O Programa tem os fluxos estabelecidos entre a rede de atenção básica que atua diretamente na atenção da saúde indígena dentro e fora das aldeias Bororo e Jaguapiru e os serviços de referência em DST/HI/AIDS e unidades de internação localizados no município de Dourados.

A rotatividade dos profissionais de saúde indígena foi apontada como um desafio para a organização dos serviços, bem como as dificuldades dos profissionais de saúde para a abordagem de temas com a comunidade que envolvam a vivência da sexualidade.

As equipes dos serviços de referência ainda não têm qualquer participação direta nas ações de saúde desenvolvidas na área indígena, inclusive na prevenção e no oferecimento de diagnóstico do HIV e da sífilis.

Estas ações chegaram a ser incluídas nos Planos de Ações e Metas do município, mas as equipes não conseguiram organizá-las para que chegasse até a comunidade, na forma de CTA itinerante, que desloca a equipe para fazer abordagens coletivas e individuais, oferecimento do preservativo e do diagnóstico do HIV e da sífilis.

O contato da equipe do município com esta clientela se dá no espaço formal dos serviços de referência, sem qualquer aproximação da realidade nas aldeias. A interlocução entre estas duas esferas de atenção – atenção básica e equipes do SAE e do CTA é incipiente o que dificulta a compreensão sobre as principais dinâmicas que envolvem os contextos de vida desta população pelos serviços de referência.

> Bom eu penso que a dinâmica existe entre os programas de DST e o DSEI, os CTA e os vários pólo base ..... Penso que as equipes trabalham mais ao mesmo tempo existe uma dificuldade muito grande em estar se comunicando, em estar referenciando os pacientes..... nós tivemos(atividade de capacitação e de prevenção com a saúde indígena) já e colocamos isso no nosso plano de atendimento já em dois anos e nós não conseguimos .... até hoje nós não conseguimos (profissional de saúde município Dourados).

3.2.3 - Indicadores e Parâmetros – Índice conformidade, componente insumo, subdimensões disponibilidade e oportunidade

De acordo com a matriz de julgamento, os indicadores e parâmetros utilizados e descritos no apêndice, foram obtidos os seguintes resultados: para o índice **conformidade**, considerando-se o componente **insumo** na subdimensão **disponibilidade**, obteve-se 82% de execução. Na subdimensão **oportunidade**, obteve-se 20% de execução.

Embora a subdimensão oportunidade tenha obtido menor desempenho no conjunto, a subdimensão disponibilidade teve um desempenho considerado satisfatório.

Ao considerar a organização dos serviços de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), observa-se que há alta rotatividade de profissionais na rede, situação que está caracterizada no DSEI MS e no Pólo Base de Dourados.

Conforme Relatório das Ações de DST/HIV/AIDS referente ao ano de 2007, no DSEI MS: 29 médicos, 30 enfermeiros, 60 auxiliares de enfermagem, 32 Agentes Indígenas de saúde masculinos, 29 Agentes Indígenas de Saúde femininos e 1 bioquímico que já haviam sido treinados desde 2006, em temas de DST e AIDS pelo DSEI em parceria com o estado e municípios, não se encontravam mais atuando na rede de saúde indígena.

Relato da equipe técnica do Pólo Base de Dourados, informou que todas as equipes de saúde multidisciplinares haviam sido treinadas em serviço nestes temas, mas que os profissionais não se encontravam mais nos Postos das Aldeias Bororo e Jaguapiru.

Entre as principais causas da alternância permanente de profissionais de saúde na párea indígena, estão a precariedade dos contratos e as condições para atuação dos profissionais nos serviços (frente às condições oferecidas na rede municipal), as dificuldades de abordagem da população e os conflitos existentes nas áreas, situações para as quais, os profissionais de saúde respondem individualmente de forma diferenciada.

Foi observado que muitos profissionais que compõem as equipes não participaram de treinamentos específicos ofertados pelo programa sobre os temas indicados: aconselhamento, abordagem sindrômica das DST, Transmissão vertical do HIV e da sífilis, curso básico de vigilância epidemiológica e outros. O profissional capacitado para exercer suas atividades, foi considerado como insumo no ambiente do Programa.

Dependendo da experiência e vínculo do agente indígena de saúde entre as famílias que acompanha, as queixas compatíveis com sinais e sintomas de DST são apresentadas e a pessoa é encaminhada à unidade para consulta com médico ou enfermeiro. Em geral, os AIS informaram que os casos encaminhados por eles se confirmam e são tratados. Destacou-se que todas as equipes da área contavam com um conjunto de AIS atuantes na comunidade, havendo graus diferenciados de conhecimentos básicos entre eles sobre os conteúdos pertinentes ao Programa, para o exercício de suas atribuições.

Há barreiras na comunidade que dificultam o oferecimento do preservativo pelas equipes e possivelmente estão diretamente relacionadas às estratégias de prevenção, ainda

incipientes. Na medida em que estas ações se intensifiquem, poderá haver o aumento da demanda. Este insumo é disponibilizado pelos AIS e na sede dos Postos de Saúde, mas a procura espontânea é baixa na avaliação das equipes. As estratégias para a sua disponibilização podem ser aprimoradas. Foi referido pelos profissionais de saúde que a regularidade entre o município e Pólo Base no envio do insumo para os PS precisava ser readequada.

Foi relatado pelos profissionais de saúde que medicamentos para DST, medicamentos para tratamento da AIDS e das doenças oportunistas e a vacina contra a hepatite B, estavam disponíveis em condições e quantidades adequadas para a demanda dos serviços. O componente insumo na subdimensão disponibilidade teve o resultado de 82%.

Quanto à subdimensão oportunidade, componente insumo, obteve-se 20% de execução. De acordo com o relato dos profissionais de saúde das equipes multidisciplinares, foi constatado que aqueles que estavam atuando na área, em sua maioria, não haviam participado de capacitações em temas específicos do Programa. A oferta de cursos é esporádica não consegue suprir as demandas da rede marcada pela dinâmica de rotatividade de profissionais.

Tabela 8 – Matriz de Julgamento – **Índice Conformidade, componente Insumos, subdimensões disponibilidade e oportunidade*.**

Componente	**Índice de Conformidade**			
		Pontuação Esperada	**Pontuação Obtida**	**Grau de implementação**
Insumos	**Disponibilidade**	140	115	82% implementada
	Oportunidade	45	9,75	20% não implementada
	Total	185	124,5	67% parcialmente implementado

*Nota: Os dados detalhados com a descrição e pontuação que subsidiaram a elaboração desta tabela encontram-se no apêndice. Os indicadores relacionados estão nos Quadros 9 e 10 .

Quadro 10 - Indicadores do Índice de Conformidade, Componente Insumos, Subdimensão Disponibilidade

Indicadores
Em 2008**:** Disponibilidade de medicamentos de DST em quantidade suficiente para atendimento da demanda

Em 2008**:** Disponibilidade de medicamentos de ARV em quantidade suficiente para atendimento da demanda
Em 2008**:** Disponibilidade de medicamentos de IO em quantidade suficiente para atendimento da demanda
Em 2008: Disponibilidade de teste rápido para HIV em quantidade suficiente para atendimento da demanda
Em 2008 Disponibilidade de preservativos em quantidade suficiente para atendimento da demanda
Em 2008: Disponibilida-de da vacina contra a Hepatite B em quantidade suficiente para atendimento da demanda

Quadro 11 – Indicadores do Índice Conformidade, Componente Insumos, Subdimensão Oportunidade

Indicadores
Médicos do Pólo-Base treinados em Aconselhamen-to
Enfermeiros do Pólo Base treinados em Aconselhamento
Médicos do Pólo Base treinados em Abordagem Sindrômica
Enfermeiros do Pólo Base treinados em Abordagem Sindrômica
Médicos Pólo Base treinados em Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites
Enfermeiros Pólo Base treinados em Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites
Médicos Pólo Base treinados em CBVE
Enfermeiros Pólo Base treinados em CBVE
Agentes Indígenas de Saúde Contratados em todas as aldeias conforme preconizado
Auxiliares e Técnicos de enfermagem Contratados em todas as EMSI
Antropólogo de referência no Pólo Base

Lingüistas de referência no Pólo base
Pedagogo de referência no Pólo base
Materiais educativos sobre prevenção das DTS Aids produzidos para atividades por etnia

3.2.4 - Indicadores e Parâmetros – Índice conformidade, componente atividade, subdimensões disponibilidade e oportunidade

Para o índice de **Conformidade**, considerando-se o componente **atividade** na subdimensão **disponibilidade**, obteve-se 55% de execução. Na subdimensão **oportunidade**, obteve-se 85% de execução.

Quando se observa quais atividades que as equipes desenvolve, todas relataram que estas estão presentes na rotina dos serviços básicos que fazem o atendimento direto nas comunidades: abordagem sindrômica das DST, prevenção, controle da transmissão vertical e outras. No entanto, deixam claro, que há necessidade de atualização das equipes quanto aos conteúdos e acesso a materiais instrucionais que possam apoiar as suas atividades.

Considerando-se o índice de conformidade, componente atividade na subdimensão oportunidade, as coberturas alcançadas pelas ações desenvolvidas nos serviços de atenção básica são expressivas. Exemplo: cobertura de 100% na testagem para HIV e sífilis em gestantes. Aqui é importante destacar, no caso da transmissão vertical da sífilis, que embora haja acesso das mulheres ao diagnóstico da sífilis com devolução do resultado em tempo hábil e a realização do tratamento, ainda assim, ocorreram casos de sífilis congênita nas comunidades. As equipes identificaram a dificuldade de tratar os parceiros destas mulheres. Também foi relatado, que a elevada cobertura da testagem para HIV e sífilis entre gestantes, tem relação com a estratégia adotada em Mato Grosso do Sul nas áreas indígenas, de realização no pré-natal da triagem com a coleta em papel filtro, sendo que os casos positivos para HIV, são enviados para realização de teste confirmatório.

No Pólo Base de Dourados, a prioridade das ações de saúde têm como foco as mulheres, em especial as gestantes e também as crianças indígenas, sendo que os resultados podem ser observados pelo impacto no indicador de mortalidade infantil que apresenta tendência de queda:

> A mortalidade infantil em 2000 era de 140 por mil nascidos vivos e com os seguintes resultados nos anos subseqüentes: 2001: 68,37/1000n.v, 2002: 48,31/1000n.v, 2003: 48,19/1000n.v, 2004: 60,54/1000n.v. Previsto 2007: 40/1000n.v e em 2008: 39/1000n.v. (CONDISI DSEI MS, setembro 2008 e Plano Distrital 205-2007 e 2008-2010).

Estas prioridades têm relação direta com a implementação do Programa de DST/HIV/AIDS, pois criam um ambiente de interface entre os diferentes programas, que não podem ser percebidos de forma estanque, mas na perspectiva da integralidade da atenção. Os cuidados com as mulheres e crianças quando priorizado, propicia a interface por exemplo, com o controle da transmissão vertical do HIV e da Sífilis.

Há alta cobertura do pré-natal e a oferta do diagnóstico do HIV e da sífilis para gestantes, com resultado em tempo hábil para início do tratamento. Já a adesão das mulheres, bem como dos seus respectivos parceiros ao tratamento, está relacionada a aceitação das medidas preconizadas, nem sempre são executadas na sua completude conforme preconizam os protocolos.

A realização da testagem para HIV e da sífilis entre gestantes, acaba por se constituir também em um importante parâmetro para a identificação de outros casos na comunidade, a partir da rede de parcerias sexuais estabelecidas e acompanhadas pelas equipes de saúde para realização do aconselhamento e oferta da testagem e outros cuidados.

De acordo com os depoimentos dos profissionais de saúde do Pólo Base de Dourados, a alta cobertura do diagnóstico nas gestantes deve-se a implantação do IPD-APAE, por meio do qual são realizados 18 exames em gestantes incluindo HIV, Hepatites e VDRL, pela coleta em papel-filtro, como relatado acima. Alguns PS realizam a aplicação da penicilina. Outros preferem encaminhar as indígenas que necessitam do tratamento da sífilis durante a gravidez, para o hospital da Missão Caiuá.

O oferecimento e realização do PCCU- exame preventivo de câncer de colo uterino (alguns homens não permitem que sua parceira o realize) tem interface direta com o Programa de DST, mas tem sido realizado com certa dificuldade nos PS, embora a cobertura seja crescente e proporcional a aceitação da comunidade.

Outro programa que é prioridade e tem sido implantado com grande atenção pela equipe de saúde é o de controle da tuberculose. Entre 2006 e 2008, foram diagnosticados 48 casos de TB na aldeia Bororo e 24 casos na Aldeia Jaguapiru (Pólo Base Dourados).

As equipes realizam reuniões quinzenais para discutir o acompanhamento dos casos de TB e monitoram nos domicílios a continuidade do tratamento. Nestas duas aldeias, para as pessoas que são diagnosticadas com TB, adotou-se a rotina de oferecer o diagnóstico do HIV. Também foi relatado que havia o oferecimento do diagnóstico do HIV para pessoas com DST, cuja coleta é realizada pelos Postos de Saúde e encaminhadas para o HU que é uma unidade de referência.

A prática do aconselhamento foi relatada pelos profissionais de saúde quando do oferecimento do diagnóstico para as gestantes, e também na entrega de resultados, principalmente quando é resultado positivo para HIV ou sífilis. O aconselhamento não foi incorporado nos PS das duas aldeias como uma ferramenta que possibilita um momento privilegiado de interlocução e reflexão do serviço de saúde com os usuários, sobre práticas favorecem a exposição às DST e HIV, e também quanto aos cuidados que podem ser adotados para prevenir infecções e o oferecimento do diagnóstico. Os profissionais requereram atualização neste tema.

A partir do conhecimento dos casos de HIV, as equipes procuraram conhecer a cadeia de comunicantes, o que permitiu a identificação de novos casos , no entanto, o diagnóstico foi tardio na maioria das situações, pois o diagnóstico não é oferecido com freqüência na comunidade. Foi mencionado pelos profissionais de saúde que a implantação do teste rápido do HIV poderá contribuir para ampliar o acesso ao diagnóstico precoce do HIV, ampliando as possibilidades terapêuticas e melhorando a qualidade de vida das pessoas em tratamento.

A cobertura para a vacinação da hepatite B com as três doses era de 59% da população, o que pode ser ampliado, já que foi referido que não havia dificuldade quanto a disponibilidade da vacina na área..

As atividades coletivas de prevenção são ofertadas por meio de palestras que ocorrem durante os “sopões”, sendo que a participação da população das aldeias é muito variável.

Os “sopões” ocorrem aproximadamente a cada dois meses nas microáreas 9área de responsabilidade de cada equipe e grupo de AIS), de forma alternada, em local comunitário dentro das aldeias, envolve todos os profissionais de saúde do PS e os AIS. Nestas ocasiões, é preparado alimento com contribuição da comunidade e são realizadas “palestras” sobre vários temas, inclusive sobre formas de transmissão e prevenção das DST e HIV e como estas se manifestam.

As mulheres são as que mais participam destas atividades. Pelos relatos, houve “sopões” que chegou a reunir em torno de 500 pessoas.

Atividades que envolvam a abordagem das vivências da sexualidade entre os indígenas encontram forte resistência no grupo. Os profissionais de saúde relataram que há uma barreira muito grande para o tratamento desses temas em espaços coletivos. A forma encontrada tem sido nas oportunidades individuais, a partir de queixas espontânea que chegam aos serviços.

Ou seja, de alguma forma a sexualidade é mais abordada no contexto da doença do que no contexto da saúde. Até porque, falar sobre sexualidade exige, de acordo com os profissionais, um investimento na capacitação dos mesmos e o apoio de pessoas chaves da comunidade, além de um bom vínculo de confiança entre o profissional de saúde e a comunidade, bem como o conhecimento que os profissionais de saúde têm da cultura indígena.

Destaca-se a participação dos Agentes Indígenas de Saúde, que têm a grande responsabilidade de acessar cada família da sua microárea de atuação mensalmente, e é a primeira porta de entrada no SUS junto a comunidade e como membros da comunidade, partilham do universo cultural e lingüístico.

A escola das aldeias, embora já tenha colaborado no trabalho de prevenção, ainda não tem uma estratégia discutida e planejada em conjunto com a saúde, para abordagem dos temas ligados a sexualidade e prevenção das DST AIDS com os jovens, de forma contínua e lúdica, incluindo a participação das lideranças indígenas.

Em média nascem 500 crianças por ano nestas duas aldeias. Relato de profissional de saúde indígena confirma esta preocupação e tendência entre as jovens:

> Olha o comentário que eu queria colocar que a gente pudesse buscar outros meios de trabalho com relação à prevenção. Ainda tem muitos jovens na faixa de 12, 13 até 14 anos que já estão vivendo no mundo do sexualismo isso é um risco aqui dentro da aldeia já tem vida sexual ativa com 12, 13 anos e ai a gente tem bastante caso de pessoas que engravidaram com 12 anos com 13 e é uma gravidez de risco. A criança nasce pré-matura como aconteceu na nossa área à gente teve dois casos de duas mães que tiveram uma criança pré-matura mãe aos 12 anos e as crianças acabaram falecendo vindo a óbito, nem saíram do hospital, então seria bom a gente está buscando outros meios de orientação mais adequada pra essas pessoas nessa faixa etária de 12 a 16 anos.... Olha, eu acho que precisa melhorar justamente isso que eu acabei de falar , a gente está trabalhando para essas pessoas, esses meninos de 12 a 14 anos é um grupo que a gente tem feito de tudo pra alcançar mais agente tem tido bastante dificuldade porque ele não vem nessas reuniões que a gente promove.... a escola seria uma saída, seria único lugar que a gente teria para encontrar com eles e falar com eles é a escola, depois que eles saem da escola você pode chamar, fazer o que quiser se eles souberem que é uma reunião pra alguma coisa que eles não comparecem mesmo. (profissional de saúde indígena aldeia Jaguapiru)

A abordagem sindrômica das DST é realizada, também a partir das observações iniciais dos AIS com encaminhamento para as unidades de saúde para médicos e enfermeiros, havendo disponibilidade de medicamentos para realizar o tratamento. Foi referida a dificuldade no tratamento dos parceiros e exposta a necessidade de atualização dos profissionais de saúde neste tema.

Foi mencionado a necessidade de um tradutor indígena para acompanhar as pessoas que estão em tratamento não apenas da AIDS, mas em outras diferentes situações. No HU foi incorporado a participação de um profissional de saúde indígena, que atua como interlocutor das pessoas da comunidade indígena, durante os atendimentos nesta unidade de saúde, o que contribuiu para melhorar o acolhimento e a comunicação entre a equipe de saúde e os usuários.

Quanto aos materiais educativos de prevenção nas unidades, foi constatado que não estavam disponíveis nos serviços de saúde, para as ações com as comunidades, embora já tenham sido produzidos com a participação de AIS e professores indígenas Kaiowá e Terenas.

Os materiais instrucionais, de diretrizes da implantação do Programa nos DSEI e materiais para os AIS distribuídos pelo PN DST AIDS aos DSEI também não se encontravam disponíveis nos PS e não são de conhecimento das equipes, com raras exceções.

Se uma indígena que mora na aldeia abandona o tratamento da AIDS, como resgatar o vínculo desta pessoa com o serviço de referência que fica na sede do município? Este é um caso relatado por um dos profissionais de saúde.

Uma alternativa surgida durante a avaliação é a de tornar a equipe de atenção básica que tem vinculo mais próximo com a comunidade, instrumentalizada para manejo clínico básico em AIDS.

Os AIS têm conhecimento sobre formas de transmissão das DST baseadas em experiências vivenciadas pelas equipes, mas demandam capacitação sobre o tema com acesso a materiais de qualidade. Desconhecem em parte as formas de transmissão do HIV, por exemplo, no caso da transmissão vertical a maioria dos AIS desconhecia que a amamentação pode transmitir o HIV da mãe para a criança.

O módulo DST AIDS para formação dos AIS, não foi desenvolvido. A equipe técnica alegou a dificuldade dos AIS se ausentarem das suas funções por uma semana e propôs receber os materiais instrucionais a fim de adaptá-los para a formação em serviço.

Tabela 9 – Matriz de Julgamento – **Índice Conformidade, Componente Atividades, subdimensões disponibilidade e oportunidade*.**

Componente	**Índice de Conformidade**			
		Pontuação Esperada	**Pontuação Obtida**	**Grau de implementação**

Atividade	**Disponibilidade**	245	135,9	55% parcialmente implementada
	Oportunidade	92	78	85% implementada
	Total	337	213,9	63% parcialmente implementado

*Nota: Os dados detalhados com a descrição e pontuação que subsidiaram a elaboração desta tabela encontram-se no apêndice e os indicadores no Quadro 11 .

Quadro 12 – Indicadores do Índice Conformidade, Componente Atividades, Subdimensão Disponibilidade

Indicadores
AIS desenvolvendo ações na comunidade
Aux e Tec enfermagem treinados em TBVE e desenvolvendo ações na vigilância
Equipes EMSI realizam abordagem sindrômica
Equipes EMSI realizam ações de prevenção nas comunidades
Equipes EMSI realizam aconselhamento
Oferecimento do diagnóstico do HIV para a comunidade
Oferecimento do diagnóstico da sífilis para a comunidade
Oferecimento do diagnóstico da hepatites B para a comunidade
Oferecimento do diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites B para os (as) parceiros(as) dos portadores
% da população vacinada contra hepatite B – 1ª, 2ª e 3ª dose
Realização de treinamentos anuais em AB, TV, AC, CBVE, TBVE e Módulo DST/AIDS para profissionais de saúde das equipes EMSI
Referência e contra-referência estabelecida entre Pólo Base e serviços especializados no município
Município notifica casos de AIDS da população indígena no SINAN; Estado notifica casos de AIDS no SINAN**;** DSEI informa caso de AIDS ao SIASI
Município notifica casos de HIV em gestantes da população indígena no SINAN; Estado notifica casos de HIV em gestantes no SINAN; DSEI informa caso de HIV em gestantes ao SIASI**;**
Município notifica casos de Sífilis Congênita da população indígena no SINAN; Estado notifica casos de Sífilis Congênita no SINAN; DSEI informa caso de Sífilis Congênita ao SIASI
Realização de atividade de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas
O Plano distrital inclui atividades de DST AIDS desde 2004

Quadro 13 - Indicadores Índice Conformidade, Componente Atividade, Subdimensão Oportunidade

Indicadores
% gestantes testadas p/ HIV
% gestantes testadas p/ Sifilis
% gestantes aconselhadas
% gestantes diagnosticadas com HIV Tratadas durante a gravidez, no parto e puerpério
% gestantes diagnosticadas com sífilis Tratadas
% das pessoas com indicação de tratamento da AIDS têm adesão*
Oferecimento do diagnóstico de HIV para pessoas com Tuberculose

3.2.5 - Indicadores e Parâmetros – Índice Aceitabilidade

Neste recorte, a dimensão aceitabilidade foi dividida em duas partes: insumos e atividades. Foi considerada a opinião dos profissionais e saúde e a percepção das lideranças indígenas.

Quanto aos insumos, os profissionais de saúde informaram que consideram atribuição das equipes dos Postos de Saúde, a disponibilização de preservativos. As lideranças entrevistadas, também consideram essa uma atribuição das equipes de saúde.

Tomamos o preservativo como indicador, pois as diretrizes do Programa para os DSEI informam da grande resistência a adoção do preservativo pelos indivíduos das comunidades indígenas, dadas as interpretações sobre fluidos corporais nestas culturas, que têm grande variedade de representações, entre outros fatores.

Quanto às atividades, os profissionais de saúde das equipes multidisciplinares consideram como atribuição das equipes multidisciplinares, a realização das ações estratégicas do programa para controle da epidemia de AIDS: abordagem sindrômica, aconselhamento, prevenção da transmissão vertical e a ação educativa de prevenção. O diagnóstico não entrou neste rol, por ser percebido como atribuição de serviços laboratoriais e especializados.

Da mesma forma, as lideranças entrevistadas consideraram que estas são atribuições das equipes multidisciplinares.

É importante registrar que nos relatos dos profissionais de saúde dos Postos de Saúde localizados na área indígena, foram referidas situações de não aceitação por indivíduos da comunidade de alguns procedimentos dos serviços, tais como o tratamento dos parceiros das mulheres diagnosticadas com sífilis, abandono de tratamento da terapia antiretroviral, recusa de mãe quanto ao tratamento de criança exposta ao HIV, resistência dos homens casados na adoção do uso do preservativo.

No entanto, pelo relato das lideranças ouvidas, não há evidências de restrições quanto a adoção destas medidas como norma. A não aceitação do tratamento em alguns destes casos, pode ter outras motivações, inclusive a influência de igrejas, uma das quais, declarou como "curada" uma mulher que estava em tratamento antiretroviral levando a mesma a abandonar o tratamento.

Tratamento para doenças que exigem cuidados especiais e consumo de muitos medicamentos, outros que necessitam de uso de medicamentos por período de tempo prolongado, ou aqueles nos quais o uso do medicamento favorece reações adversas desconfortáveis, são mais difíceis de serem administrados, pois "espera-se que ao ingerir medicamentos a cura seja a mais imediata possível" (depoimento de profissional de saúde).

Casos de câncer de colo uterino que envolvem quimioterapia, casos de tratamento da AIDS e casos de tratamento da tuberculose exigem uma vigilância permanente das equipes sendo que algumas vezes os procedimentos não são aceitos e há interrupção no processo.

Estas situações também foram descritas em casos que exigem internação da criança para tratamento da sífilis congênita. A aceitação das práticas médico-sanitárias e as concepções de saúde e doença das comunidades podem estar diretamente relacionadas, segundo a visão de profissionais de saúde que foram entrevistados.

Quanto a influencia das missões religiosas, houve opiniões divergentes, sendo que os profissionais de saúde indígenas afirmaram que não há incompatibilidade de orientações, outros profissionais de saúde informaram que esta influência está presente, quer favoravelmente em alguns casos cedendo espaços para a realização de atividades de saúde que envolvem a mobilização comunitária, quer desfavoravelmente dando orientações individuais que desestimula a adesão ao tratamento da AIDS e a adoção de medidas de proteção e prevenção.

Houve situações da equipe de saúde recorrer a FUNAI, para acionar o Ministério Público, a fim de garantir o acesso de crianças exposta ao HIV para realizar o acompanhamento, pois a mãe, convertida para uma igreja que a declarou curada da aids, não queria permitir que o filho realizasse os exames necessários.

Outras motivações foram relatadas, como o caso da confirmação de doença nas crianças que podem estar associadas ao universo das crenças e concepções indígenas sobre doença, relacionadas a infortúnios pela violação de alguma regra social.

O desafio da interculturalidade na organização da rede de serviços de atenção básica de saúde indígena e especializados em DST/HIV/AIDS parece ter influência na adaptação entre usuários e sistema, implicando no acesso da população aos serviços de saúde.

Pensando a dimensão da aceitabilidade, esta pode estar sendo permeada por uma forma de relacionamento dos indígenas com os agentes externos, aqui representados pelos serviços de saúde.

ALMEIDA (2001) relatou que os Kaiowás e Ñandeva, apesar da convivência com agentes governamentais e missões presentes na área indígena por longo período,

> (...)A reação dos Guarani pode tornar exasperante a vida profissional de um agente, pois suas negativas não são explícitas. Ao contrário, as propostas de ação são invariavelmente aceitas, sem, contudo se materializarem ou concretizarem, não superando o aspecto puramente formal a aceitação da proposta, em formas quase "teatrais" de comportamento que têm por virtude anular ou minimizar as ações dos Karaí. Negaceiam ante as pressões dos agentes, que deles exigem que não fumem, não se relacionem comercial e isoladamente com regionais, não bebam, não freqüentem o culto da igreja, andem mais bem vestidos, não deixem as crianças apanharem sereno nas cerimônias noturnas, trabalhem nas roças e para o bem próprio etc. Respondem sempre com discurso e expressão de anuência: aparentemente aceitam por completo as sugestões e indicam que vão acatá-las, o que não ocorre. Raramente dizem "não" ao interlocutor...obtêm-se (os agentes) respostas evasivas..ao se inquirir incisivamente um Kaiowá ou Ñandeva sobre temas como casamento, parentesco, mitos, aspectos religiosos etc.."(ALMEIDA, 2001:40)

Nos relatos dos profissionais de saúde dos PS e do SAE, esta questão de alguma forma parece estar presente entre os desafios vivenciados pelos serviços de saúde, com relação às orientações para tratamentos específicos.

Profissional de saúde do SAE informou que nas consultas de indígenas em tratamento de AIDS, procura explicar da forma mais acessível possível, do seu ponto de vista, as orientações para o tratamento. Na consulta os indígenas costumam acordar que irão seguir estas orientações, mas ela fica sempre com a "impressão" de que isto não será seguido efetivamente. As dificuldades para seguir o tratamento estão mais presentes entre os usuários do sexo masculino:

> "Quanto ao indígena em termos de acesso ao programa que não é difícil eles têm contato com a gente quando precisa de consulta de medicação então não é difícil o acesso. Agora o indígena em si ele tem muita dificuldade ele tem eu acho que uma barreira cultural muito grande quanto a ser portador de HIV ele não entende o que é, então pra começar ele não acha que um bichinho está causando mal e pode ser transmitido sexualmente e que pra não ser transmitido ele tem que usar preservativo, na cultura dele não existe preservativo e principalmente para o indígena masculino, a feminina a indígena mulher, ela já é mais acessível e se ela tem um pouquinho de conhecimento ou de estudo ela adere mais ao tratamento

ela toma a medicação mais adequada e ela tenta na medida do possível se tem um marido indígena adequar o companheiro o que é difícil as vezes, agora o masculino é bem difícil, o usuário masculino, o portador masculino, ele é muito difícil as vezes ele vem, ele é trazido aqui por um pessoal que cuida dos indígenas, eles marcam a consulta trazem com os exames já e a gente consulta mesmo que eles não entendam a gente, o pessoal está ali pra traduzir a gente tem que explicar de forma bem simples o que ele tem o que ele pode ter e as complicações porque ele precisa tomar remédio com tempo, porque ele precisa usar preservativo., ele até parece que da uma entendida ali mais raramente volta é muito difícil voltar. Há o indígena que vive na cidade que já tem uma convivência mais aqui com a pessoa da cidade esse indígena é mais esse sim adere mais ele já tem uma mentalidade melhor ele trata, ele acompanha, agora o indígena da aldeia mesmo."(relato profissional de saúde)

Várias das narrativas coletadas indicaram as resistências dos homens das comunidades em aderir ao uso do preservativo, ao tratamento da AIDS, em se opor as atividades de prevenção que incorporem o uso de imagens, figuras, prótese penianas, a realização de exames de PCCU nas suas esposas. Este é um nó crítico que os serviços de saúde enfrentam.

Tabela 10 – Matriz de Julgamento – **Índice aceitabilidade, componentes insumos e atividades*.**

Componente	**Índice de Aceitabilidade**			
Insumos		**Pontuação Esperada**	**Pontuação Obtida**	**Grau de implementação**
	Profissionais de Saúde	10	05	50% implementada
	Representantes Indígenas	10	10	100% implementada
	Total Índice de Aceitabilidade/insumos	20	15	75% implementado
Componente	**Índice de Aceitabilidade**			
Atividade		**Pontuação Esperada**	**Pontuação Obtida**	**Grau de implementação**
	Profissionais de Saúde	40	36	90% implementada
	Representantes Indígenas	40	40	100% implementada
	Total Índice de Aceitabilidade/atividade	80	76	95% implementado

*Nota: Os dados detalhados com a descrição e pontuação que subsidiaram a elaboração desta tabela encontram-se no Quadro 13.

Quadro 14 – Pontuação - Índice aceitabilidade, componentes insumos e atividades.

Indicadores
A equipe Técnica do Pólo Base de Dourados considera como atribuição da EMSI: Realizar disponibilização de preservativos
A equipe dos PS considera que há boa aceitação ao uso do preservativo nas comunidades indígenas
A equipe Técnica do Pólo Base de Dourados atribuição da EMSI: Realizar Abordagem Sindrômica das DST
A equipe Técnica do Pólo Base de Dourados atribuição da EMSI:

Realizar Aconselhamento
A equipe Técnica do Pólo Base de Dourados atribuição da EMSI: Realizar Prev TV do HIV e da Sífilis
A equipe Técnica do Pólo Base de Dourados atribuição da EMSI: A equipe considera que há boa aceitação dessas práticas nas comunidades indígenas
Tem conselheiro Indígena que considera que considera como ações de atribuição da EMSI: Realizar disponibilização de preservativos
Tem conselheiro distrital indígena que considera como ações de atribuição da EMSI: Realizar Abordagem Sindrômica das DST
Realizar Aconselhamento
Realizar Prev TV
Realizar Ação educativa

3.2.6 – Matriz de Julgamento e Grau de Implementação

Conforme a matriz de julgamento, com a soma da pontuação obitida, o *score* foi de 69% de implementação.

Tabela 11 – Matriz de Julgamento – resultados

Componente	**Índice de Conformidade**		**Índice de Aceitabilidade**		**Soma dos Componentes**
Insumos	Disponibilidade PO= 115 82%	PO= 124,75 67%	Profissionais de saúde PO= 05 50%	PO= 15 75%	PO= 139,75 68%
	Oportunidade PO= 9,75 20%		Representantes Indígenas PO= 10 100%		
Atividades	Disponibilidade PO= 135,9 55%	PO= 213,9 63%	Profissionais de Saúde PO= 36 90%	PO=76 95%	PO= 289,9 70%
	Oportunidade PO=78 85%		Representantes Indígenas PO= 40 100%		
---------- **Soma das dimensões da avaliação**	----------	---------- **PO = 338,65** **65%**	----------	---------- **PO= 91** **91%**	---------- **PO=429,65** **69%**

PO= pontuação obtida

Quadro 15 - Grau de Implementação do Programa de DST/HIV/AIDS nas aldeias Bororo e Jaguapiru, Dourados, MS

Percentual	**Grau de Implementação**
>75%	Implementado
50-75%	**Parcialmente Implementado**
25 – 49%	Incipiente
<25%	Não Implementado

4. Sugestões para a melhoria do Programa:

As reflexões produzidas por esta avaliação permitiram tecer algumas sugestões para contribuir com a melhoria do Programa na localidade estudada.

Disponibilidade:

- Estabelecer comunicação entre o DSEI e o estado/ SES/ vigilância epidemiológica e serviços notificadores para melhorar a notificação dos casos;
- Pólo Base monitorar a disponibilização e uso do leite para as crianças expostas ao HIV;
- Programa estadual e municipais de DST/HIV/AIDS promover o treinamento de curso de manejo clínico básico em HIV AIDS, onde for o caso;
- Pólo base identificar se a medicação para tratamento das DST está disponível nos postos de saúde em quantidade e variedade que atenda a demanda das comunidades;
- Programa estadual e municipais de DST/HIV/AIDS promover em conjunto com o DSEI MS capacitação anual para as equipes de saúde indígena de todos os Pólos base referentes aos temas pertinentes ao Programa, conforme as Diretrizes para Implantar o Programa de DST AIDS nos DSEI (Ministério da Saúde, 2005);
- Pólo base realizar a checagem de materiais instrucionais, protocolos e portarias que devem estar disponíveis para a consulta das equipes multidisciplinares;
- DSEI estabelecer estratégia para disponibilização de materiais instrucionais para as equipes dos Pólo Base;
- Criar condições para que as EMSI possam contar com aporte antropológico, pedagógico, do Programa Municipal de DST AIDS de Dourados e dos AIS para definir estratégias de prevenção
- Estas ações de prevenção podem ser dirigidas prioritariamente aos jovens e aos homens adultos.

- Sugestão de ampliar a tiragem dos materiais pelo DSEI e monitorar a distribuição, principalmente com os AIS. Equipes podem avaliar a eficácia destes materiais.

Oportunidade:

- Pólo Base de Dourados definir estratégia para a realização de ações de prevenção das DST/HIV/AIDS de forma permanente e envolvendo diferentes espaços: AIS, profissionais de saúde dos postos, professores, lideranças, serviços de referência em DST/HIV/AIDS, ONG, universidades e outros;
- Pólo Base de Dourados definir logística para insumos de prevenção na comunidade e estratégia de disponibilização mais abrangente.
- Fortalecer o papel dos AIS na disponibilização dos preservativos;
- Pólo Base de Dourados implantar o teste rápido do HIV nas unidades básicas das aldeias, a fim de ampliar a oportunidade do usuário no acesso ao diagnóstico precoce do HIV;
- Manter a estratégia de oferecimento com aconselhamento do teste para HIV para as pessoas com tuberculose e DST;
- Oferecer aconselhamento e diagnóstico do HIV para comunicantes de pessoas com HIV e AIDS;
- Manter a cobertura diagnóstica para HIV e Sífilis em gestantes;
- Equipe técnica do DSEI e Programa estadual de DST/HIV/AIDS definirem estratégia para implantar ações de prevenção, disponibilização de preservativos e diagnóstico para HIV e sífilis entre os trabalhadores indígenas das indústrias alcooleiras em todo o estado;
- Programa estadual de DST/HIV/AIDS apoiar as equipes da saúde indígena na implementação do teste rápido do HIV em todos os pólos base;
- Pólo base realizar o treinamento de todos os AIS no módulo de DST AIDS;
- Ampliar a interação entre as EMSI e os serviços como o CTA que tem experiência em ações de prevenção;

Aceitabilidade:

- Serviços da AB e CTA definirem ações conjuntas de prevenção e diagnóstico;
- Pólo Base Dourados, DSEI e Programas estadual e Municipal, participarem de planejamentos conjunto das ações;
- DSEI propor pauta de discussão no CONDISI sobre a implementação do Programa de DST/HIV/AIDS no DSEI MS, com abordagem da situação epidemiológica de cada Pólo Base;
- DSEI promover capacitação das lideranças indígenas sobre o Programa;
- Pólo Base organizar as informações pertinentes a prevenção das DST/HIV/AIDS e saúde sexual e reprodutiva da comunidade: idade de início da vida sexual, idade de cada gravidez, número de filhos; uso de métodos anticoncepcionais e preventivos, inclusive os métodos tradicionais; amamentação e amamentação cruzada; número de parceiros sexuais das mulheres e homens, uso do preservativo (quantidade disponibilizada pelos serviços e de pessoas que usam por sexo e faixa etária), pessoas que realizaram o teste do HIV e da sífilis na comunidade, entre outras informações;
- Pólo Base identificar e analisar quais os determinantes para a existência dos casos de sífilis congênita e definir estratégias para abordagem dos parceiros das gestantes diagnosticadas com sífilis;
- Pólo base monitorar junto com os serviços referência as pessoas que estão em tratamento da AIDS e garantir que haja tradutores nas consultas nesses serviços;
- SAE informatizar dados dos indivíduos indígenas em tratamento da AIDS e disponibilizar a informação aos Pólos Base correspondentes para melhor acompanhamento do tratamento dessas pessoas;
- Rede de saúde indígena e lideranças indígenas que participam do CONDISI, participarem da elaboração dos PAM estadual e municipais;
- Pólo base elaborar estratégia de monitoramento das ações de DST/HIV/AIDS com a definição de indicadores;
- Realização de um curso de manejo clínico básico para os médicos dos PS, para ampliar o acesso e a adesão em alguns casos, pois estes profissionais têm maior

vínculo com a comunidade e avaliam que podem acompanhar mais de perto o desenvolvimento do tratamento de pessoas que vivem na comunidade e que têm menor adesão.

- Inclusão da filiação étnica nas fichas de notificação dos sistemas de informação em saúde que têm a variável raça/cor.

5-Conclusão:

A pontuação obtida, com 69% de implementação, não considerou os aspectos da qualidade das abordagens e ações desenvolvidas e nem a satisfação do usuário quanto aos serviços prestados. Portanto, trata-se de uma aproximação com a realidade local, que precisa ser dimensionada em outros aspectos.

A equipe técnica do Pólo Base de Dourados relatou, que o Programa já teve um desempenho mais desenvolvido do que na atualidade, dada as prioridades locais estabelecidas frente aos problemas de saúde a serem enfrentados, investimentos e insumos existentes.

Os principais desafios e avanços identificados para a implementação do Programa de DST/HIV/Aids na localidade de Dourados, aldeias Bororo e Jaguapiru, encontram consonância entre os identificados na rede de saúde indígena, resguardadas as devidas especificidades relatadas ao longo desta dissertação, quais sejam:

- A pauperização da população indígena que cada vez mais dependem de projetos e programas governamentais para a sustentabilidade nutricional. Esta pauperização resulta do limitado acesso às suas terras tradicionais, do impacto ambiental nas terras que restaram na posse indígena e da mudança das práticas tradicionais de fortalecimento comunitário.
- O abuso ao consumo de bebida alcoólica sem estratégias comunitárias que enfrentem este problema em larga escala e sem políticas que consigam de fato alcançar a comunidade de forma sistêmica e permanente.
- Os padrões diferenciados de vivencia da sexualidade com redes extensas e complexas de parcerias sexuais, com tipos de arranjos pouco abordados pela literatura.
- O desconhecimento dos padrões de evolução da epidemia de AIDS com evidências de subnotificação ou atraso na notificação dos casos.
- A implantação relativamente recente da política pública de saúde indígena com modelo diferenciado de atenção e inexistência de avaliações da implantação do subsistema de saúde indígena. O predomínio na saúde indígena de ações de prevenção de caráter pontual. A inexistência de política de recursos humanos nos DSEI com alta rotatividade de profissionais de saúde das equipes multidisciplinares. A falta de autonomia administrativa e política dos DSEI, que dependem da estrutura centralizada da FUNASA

- A capacidade resolutiva do SUS em atender à demanda da população indígena e incorporação da dimensão intercultural pelos serviços de saúde especializados. A dificuldade de articulação entre DSEI, Estados e Municípios para planejamento e execução das ações.

Os avanços alcançados na implementação do Programa de DST AIDS, podem ser identificados pelo aumento crescente da cobertura do diagnóstico do HIV e da Sífilis em gestantes com o conseqüente tratamento nos casos confirmados, embora casos de sífilis congênita não tenham sido evitados. A pactuação das referências entre atenção básica e serviços especializados, embora a referência e contra-referência ainda não funcionem de forma adequada, na percepção dos serviços de saúde. O aumento dos serviços de atenção básica realizando abordagem sindrômica das DST, embora se perceba a dificuldade da abordagem dos parceiros dos portadores de DST e o desconhecimento sobre possíveis tratamentos tradicionais complementares; A possibilidade de incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde indígena – aconselhamento e teste rápido do HIV. O crescente suprimento de medicamentos para tratamento das DST e de preservativos.

A ênfase do Programa de DST AIDS no ambiente da saúde indígena em Dourados está nas ações de assistência e menos nas ações de prevenção. Atividades de prevenção são incipientes, chamadas de "palestras" por todos os profissionais, que não incorporaram as propostas de roda de conversa e oficinas participativas, além do aconselhamento. As equipes dos PS relataram dificuldades na abordagem da prevenção que sejam aceitas pela comunidade.

A pouca interação dos PS com os serviços como o CTA que tem experiência em ações de prevenção, poderia contribuir para mudar este quadro. Outra possibilidade é da equipe de saúde dos PS poder contar com aporte antropológico para definir estratégias de prevenção.

O desencontro das informações entre as diferentes instâncias e serviços quanto ao conhecimento do número de casos de AIDS foi observado. O quadro epidemiológico da AIDS, do HIV em gestantes e da sífilis congênita em MS na população indígena é mais grave do que aquele que o Ministério da Saúde conhecia até julho de 2008, pois o registro de casos de AIDS ainda não chegaram ao SINAN nacional. Este desconhecimento da realidade epidemiológica da AIDS na população indígena, influencia na tomada de decisão e na eleição das prioridades pelos serviços de saúde. Foi percebido claramente que o Programa de DST AIDS não é prioridade na localidade estudada, na percepção de muitos profissionais de saúde.

A avaliação de alguma forma, na interação com os usuários alvos básicos, começou a produzir algumas reflexões e preocupações que poderão se configurar no aprimoramento do programa. Ao sistematizar as informações necessárias e participar da discussão da avaliação, as equipes locais contribuíram para início deste processo.

Na prática da avaliação, estabelecer um canal de comunicação com os interessados na melhoria do Programa pode significar a inclusão dos sujeitos de forma ativa no processo da avaliação, favorecendo a construção de consensos que irão determinar os parâmetros para o julgamento do que está sendo avaliado. Um aspecto que pode ser considerado como mais relevante para um sujeito, pode ser menos relevante para outro, dependendo de onde se fala.

Esta questão fica muito evidente, quando se trata, por exemplo, da vigilância epidemiológica e do uso das informações para efeito de planejamento local. A relevância para o nível local pareceu ser mais relativa do que para outros níveis de gestão.

Para as equipes locais que se encontram frente a realidade imediata das respostas complexas do dia-a-dia dos serviços, outros aspectos do programa, como a cobertura do pré-natal, o controle da transmissão vertical do HIV e da sífilis, a abordagem sindrômica das DST e as ações de prevenção, foram considerados mais relevantes do que a vigilância epidemiológica.

O tempo disponível para realizar o trabalho de campo também interferiu no seu resultado. Não foi possível reunir as equipes da atenção básica com as equipes dos serviços de referência, todas as interlocuções ocorreram em dias e horários diferentes, pois quando havia disponibilidade de um serviço, não havia do outro.

Esta foi uma das dificuldades concretas, pois as interlocuções foram se dando separadamente com as equipes dos serviços, tendo sido necessário arbitrar em algumas situações quanto às informações apresentadas nas diferentes reuniões.

Neste sentido foi dado maior peso relativo ao componente atividade, tanto na subdimensão oportunidade, como na subdimensão disponibilidade, por demonstrar mais diretamente o alcance das ações desenvolvidas na comunidade pelos serviços de saúde.

Ao longo do trabalho de campo, as equipes foram colaborando de acordo com a sua disponibilidade, respeitadas as rotinas e horários de trabalho em consonância com o que estava contido nos termos de consentimento livre e esclarecido. O apoio da equipe técnica do Pólo Base de Dourados e do DSEI MS foi de fundamental importância para a realização da avaliação.

Esta avaliação sublinhou que a organização da atenção básica do subsistema de saúde indígena condiciona a implementação das ações de controle de DST/HIV/AIDS, que a organização da rede de serviços de referência que atendem DST/HIV/AIDS condiciona a implementação das ações de controle e que contextos culturais e de vulnerabilidade da população indígena influenciam a implementação das ações de controle.

Ao final do trabalho de campo, foi possível apresentar verbalmente uma avaliação preliminar da implementação do programa para a equipe técnica que coordena as ações das equipes que atuam nas duas aldeias, para o presidente do CONDISI, para a coordenação técnica dos serviços de referência em DST/HIV/AIDS, para a coordenação técnica do programa de DST/HIV/AIDS do DSEI Mato Grosso do Sul, bem como recomendações preliminares para a melhoria do programa.

Referências Bibliograficas

Worthen, Blaine R - Avaliação de Programas: concepções e práticas/ Blaine R. Worthen, James R. Sanders, Jody L. Fitzpatrick; tradução de Dinah de Abreu Azevedo. – São Paulo: Editora Gente, 2004

Roy Pechansky e J.William Thomas, O conceito de acesso – definição e relacionamento com a satisfação do consumidor. Medical Care Fevereiro de 1881, vol XIX, nº 2 (tradução livre)

Stake, R. E. Program Evaluation, particularly responsive evaluation. (occasional paper nº 5) Kalamazoo: Western Michigan University Evaluation Center 1975

----------*The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage 1995

Minayo, M. C. S. , Assis, S.G., Souza, E.R (org) – Avaliação por triangulação de métodos – Abordagem de programas sociais – Editora Fiocruz, 2005

Melchior, Regina et AL. Avaliação da Estrutura Organizacional da Assistência Ambulatorial em HIV/AIDS no Brasil. Revista de Saúde Pública 2006, 40 (1): 143-51

Víctora, C. G, Knauth, Daniela Riva e Hassen, M.N.A (org) – Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema – Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000

Ministério da Saúde, Brasil, Programa Nacional de DST AIDS/ ENSP/FIOCRUZ - Curso de Especialização em Avaliação de Programas de Processos Endêmicos, com ênfase em DST/HIV/AIDS - Série Ensinando Avaliação 1, 2, 3,4 e 5

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

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

----------Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas – Guia para Formação de Profissionais de Saúde e Educação. Org. Valadão, Marina, MS, 2008.

----------PN DST AIDS DESAI/FUNASA.Relatórios de vista técnica de Monitoria ao DSEI Mato Grosso do Sul – 2004 2005 e 2006

---------- 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, Galvão, J. e Marinho, D. 2008

Coimbra, C. E. A e Santos, R. V. – ética e pesquisa biomédica em sociedades indígenas no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12(3): 417-422, jul-set 1996

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.

Buchillet, Dominique. *Levantamento e avaliação de projetos de saúde em áreas indígenas da Amazônia Legal*. Texto, novembro de 1998.

Almeida, Rubens Thomas de. *Do desenvolvimento comunitário a mobilização política* : o Projeto Kaiowa-Ñandeva como experiência antropológica. Rio de Janeiro : Contra Capa, 2001. 240 p.

--------. *O Projeto Kaiowá-Ñandeva*: uma experiência de etnodesenvolvimento junto aos Guarani-Kaiowá e Guarani-Ñandeva contemporâneos do Mato Grosso do Sul. Rio de Janeiro: UFRJ - Museu Nacional, 1991

Pereira, Levy M. Mobilidade e Processos de territorialização entre os Kaiowá atuais in Suplemento Antropológico. Universidade Católic Revista Del Centro de Estudios Antropológicos.Asunción, Paraguay. 2007

Ayres JRCM, França-Júnior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. p. 117-39.

Feliciano KVO, Ayres CMJ. Prevenção da AIDS entre jovens: significados das práticas e os desafios à técnica. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2002; (suppl. especial / pôster 668): 297.

Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Souza-Júnior PR, Lemos KR, Frias PG, Luhm KR, Holcman MM, Esteves MA. HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and prevalence in Brazil. Braz J Infect Dis. 2008 Jun;12(3):167-72.

Apêndice

Indicadores e Parâmetros da Matriz de Julgamento, Índice de Adequação, Dimensões de Oportunidade e Disponibilidade, Componentes Insumo e Atividade

Quadro 16- Pontuação - Índice Conformidade, Subdimensões Disponibilidade e Oportunidade, Componente Insumos

Dimensão /Componente	**Indicadores**	**P E**	**P O**	**Fonte de verificação**	**Observações**
Disponibilidade /Insumo	Em 2008: Disponibilidade de medicamentos de DST em quantidade suficiente para atendimento da demanda	25	15	Relatório DSEI Dados Pólo Base Entrevistas com responsáveis técnicos do Pólo Base, profissionais das equipes EMSI e com profissionais de saúde do SAE e CTA do Município	Os profissionais de saúde dos serviços informaram que não há falta de medicamentos que afete o atendimento contínuo dos usuários dos serviços, quer sejam os da atenção básica dentro da área indígena para os casos dos tratamentos das DST, quer sejam os serviços especializados em HIV AIDS. Informaram que eventualmente falta algum medicamento, mas os problemas identificados neste aspecto foram de rápida solução, não havendo comprometimento no aspecto da disponibilidade no serviço. ARV – medicamentos antiretrovirais IO – medicamentos para tratamento das infecções oportunistas
	Em 2008: Disponibilidade de medicamentos de ARV em quantidade suficiente para atendimento da demanda	25	25		
	Em 2008: Disponibilidade de medicamentos de IO em quantidade suficiente para atendime	25	25		

	nto da demanda				
	Em 2008: Disponibilidade de teste rápido para HIV em quantidade suficiente para atendimento da demanda	15	0	Dados Pólo Base Entrevistas com responsáveis técnicos do Pólo Base, profissionais das equipes EMSI e com profissionais de saúde do SAE e CTA do Município	Os profissionais do Pólo foram capacitados, no entanto o teste ainda não está implantado, pois as referências ainda não o adotam na sua prática, na forma do algoritmo estabelecido pelo M Saúde, como teste diagnóstico. A logística do teste rápido não estava definida e não haviam testes rápidos disponíveis com a equipe do Pólo Base. De acordo com o relatório das ações de DST Aids do DSEI referente ao Ano de 2007: o DSEI MS utiliza o teste rápido como triagem. Não está utilizando o teste como diagnóstico, pois as referências ainda não estão capacitadas. Grupos de pessoas que realizam o teste rápido: pessoas em trânsito, contatos de portadores do HIV, pessoas em região de fronteira e trabalhadores em usinas sucro-alcooleiras. Informa que menos de 10% da população indígena sexualmente ativa no estado teve acesso ao diagnóstico do HIV.
	Em 2008 Disponibilidade de preservativos em quantidade suficiente para atendimento da demanda	25	25	Dados Pólo Base Entrevista com responsável técnica do Pólo Base e com um médico e um enfermeiro de equipe EMSI e com CTA do Município	A equipe do Pólo Base, informou que não há falta de preservativos, mas que a aceitação da comunidade é baixa. Os AIS relataram que distribuem preservativos na sua rotina de trabalho e quem mais demanda são os jovens. As mulheres informam nas atividades educativas que os homens se recusam a usar nas relações estáveis. Parte dos homens que trabalham nas usinas recebem, mas muitos se recusam a levar. Em todos os PS visitados havia preservativos disponíveis. A falta de ações sistemáticas de prevenção também contribui para a baixa adesão ao uso, de acordo com a visão de alguns informantes. De acordo com a liderança não há restrições ao uso, no entanto informam que a melhor forma dos Kaiowá se protegerem é respeitar sua tradição de casamento monogâmico. Textos antropológicos apontam que os rearranjos de parcerias e casamentos são freqüentes nas comunidades

	Em 2008: Disponibilida-de da vacina contra a Hepatite B em quantidade suficiente para atendimento da demanda	25	25	Dados Pólo Base Entrevista com responsável técnica do Pólo Base e com um médico e um enfermeiro de equipe EMSI e com CTA do Município	O grande desafio a cobertura para as três doses da Vacina. Nas duas aldeias foi estimada em 59% da população, embora a disponibilidade do insumo não tenha sido identificado como uma limitação para o serviço.
	TOTAL	**140**	**125**		**Disponibilidade/Insumo** **No índice disponibilidade, componente insumo, obteve-se 82% de execução, dada a disponibilidade de insumos estratégicos para a implementação das ações do programa.**
Dimensão /Componente	**Indicadores**	**P E**	**P O**	**Fonte de verificação**	**Observações**
Oportunidade **/Insumos**	Médicos do Pólo-Base treinados em Aconselhamento	3	0,75	Relatório DSEI Entrevista com Chefe e responsável técnica Pólo Base Entrevista com Médicos das Equipes EMSI	Nº de médicos no Pólo Base = 04 Nº de médicos treinados em Aconselhamento no Pólo Base = 01 De acordo com o relatório das ações de DST AIDS do DSEI referente ao Ano de 2007: haviam 6 médicos no Pólo Base de Dourados, incluídas todas as equipes. Considerando os 13 Pólos Base do DSEI MS constam 36 médicos, sendo que 4 haviam realizado o curso de Aconselhamento, sendo apenas 01 do Pólo Base de Dourados Médico treinado em aconselhamento é um produto do programa. Na subdimensão *oportunidade*, considera-se a dinâmica que os serviços estabelecem para mobilizar os insumos disponíveis para viabilizar as ações do programa. Os profissionais de saúde das equipes de atenção básica referiram a necessidade de realizarem treinamento em aconselhamento para qualificar esta estratégia do programa. Não conheciam o material específico elaborado pelo Ministério da Saúde para a saúde indígena. Memória de cálculo: 01 médico no Pólo Base treinado em Aconselhamento/ 04 médicos no Pólo Base: 01x100/04 = 25, o que corresponde a 0,75 do total de pontos esperados

	Enfermeiros do Pólo Base treinados em Aconselhamento	3	0	Relatório DSEI Entrevista com Chefe e responsável técnica Pólo Base Entrevista com enfermeiros das Equipes EMSI	De acordo com o relatório das ações de DST AIDS do DSEI referente ao Ano de 2007: haviam 8 enfermeiras no Pólo Base de Dourados, incluídas todas as equipes. Considerando os 13 Pólos Base do DSEI MS constam 42 enfermeiras, sendo que 5 haviam realizado o curso de Aconselhamento. Nº de enfermeiros no Pólo Base no momento da avaliação = 06 Nº de enfermeiros treinados em Aconselhamento no Pólo Base = 00
	Médicos do Pólo Base treinados em Abordagem Sindrômica	3	0,75	Relatório DSEI Entrevista com Chefe e responsável técnica Pólo Base Entrevista com Médicos das Equipes EMSI Nº de médicos no Pólo Base = 04 Nº de médicos treinados em AS no Pólo Base = 01	De acordo com o relatório das ações de DST AIDS do DSEI referente ao Ano de 2007: haviam 6 médicos no Pólo Base de Dourados, incluídas todas as equipes. Considerando os 13 Pólos Base do DSEI MS constam 36 médicos, sendo que 8 haviam realizado o curso de Abordagem Sindrômica Memória de cálculo= 01 de médico no Pólo Base treinado em AS/ 04 médicos no Pólo Base 01x100/04 = 25, o que corresponde a 0,75 do total de pontos esperados
	Enfermeiros do Pólo Base treinados em Abordagem Sindrômica	3	0	Relatório DSEI Entrevista com Chefe e responsável técnica Pólo Base Entrevista com Enfermeiros das Equipes EMSI	Nº de enfermeiros no Pólo Base = 06 Nº de enfermeiros treinados em AS no Pólo Base = 00 De acordo com o relatório das ações de DST AIDS do DSEI referente ao Ano de 2007: haviam 8 enfermeiras no Pólo Base de Dourados, incluídas todas as equipes. Considerando os 13 Pólos Base do DSEI MS constam 42 enfermeiras, sendo que 11 haviam realizado o curso de Abordagem Sindrômica das DST.
	Médicos Pólo Base treinados em Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites	3	0,75	Relatório DSEI Entrevista com Chefe e responsável técnica Pólo Base Entrevista com Médicos das Equipes EMSI	Nº de médicos no Pólo Base = 04 Nº de médicos treinados em TV no Pólo Base = 01 De acordo com o relatório das ações de DST AIDS do DSEI referente ao Ano de 2007: haviam 6 médicos no Pólo Base de Dourados, incluídas todas as equipes. Considerando os 13 Pólos Base do DSEI MS constam 36 médicos, sendo que 9 haviam realizado o curso de Transmissão Vertical Memória de cálculo= 01 de médico no Pólo Base treinado em TV/ 04 médicos no Pólo Base 01x100/04 = 25, o que corresponde a 0,75 do total de pontos esperados

	Enfermeiros Pólo Base treinados em Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites	3	0,5	Relatório DSEI Entrevista com Chefe e responsável técnica Pólo Base Entrevista com Enfermeiros das Equipes EMSI	Nº de enfermeiros no Pólo Base = 06 Nº de enfermeiros treinados em TV no Pólo Base = 01 De acordo com o relatório das ações de DST AIDS do DSEI referente ao Ano de 2007: havia 8 enfermeiras no Pólo Base de Dourados, incluídas todas as equipes. Considerando os 13 Pólos Base do DSEI MS constam 42 enfermeiras, sendo que 12 haviam realizado o curso de Transmissão Vertical. Memória de cálculo= 01 de enfermeiro no Pólo Base treinado em TV/ 06 enfermeiros no Pólo Base 01x100/06 = 16, o que corresponde a 0,5 pontos do total de pontos esperados
	Médicos Pólo Base treinados em CBVE	3	0	Relatório DSEI Entrevista com Chefe e responsável técnica Pólo Base Entrevista com Médicos das Equipes EMSI	Nº de médicos no Pólo Base = 04 Nº de médicos treinados em CBVE no Pólo Base = 00 De acordo com o relatório das ações de DST AIDS do DSEI referente ao Ano de 2007: haviam 6 médicos no Pólo Base de Dourados, incluídas todas as equipes. Considerando os 13 Pólos Base do DSEI MS constam 36 médicos, sendo que 3 haviam realizado o curso de CBVE
	Enfermeiros Pólo Base treinados em CBVE	3	0	Relatório DSEI Entrevista com Chefe e responsável técnica Pólo Base Entrevista com Enfermeiros das Equipes EMSI	Nº de enfermeiros no Pólo Base = 06 Nº de enfermeiros treinados em CBVE no Pólo Base = 00 De acordo com o relatório das ações de DST AIDS do DSEI referente ao Ano de 2007: havia 8 enfermeiras no Pólo Base de Dourados, incluídas todas as equipes. Considerando os 13 Pólos Base do DSEI MS constam 42 enfermeiras, sendo que 11 haviam realizado o curso de CBVE
	Agentes Indígenas de Saúde Contratados em todas aldeias conforme preconizado	8	3	Relatório DSEI Entrevista com Chefe e responsável técnica Pólo Base Entrevista com Enfermeiros das Equipes EMSI e AIS	Nº de AIS contratados Pólo Base de Dourados =37 Nº de famílias que cada AIS atende aldeia Bororo = média de 70 Nº de famílias que cada AIS atende aldeia Jaguapiru = média de 73 De acordo com o relatório das ações de DST AIDS do DSEI referente ao Ano de 2007: haviam 12 AIS Masculinos e 23 AIS femininas no Pólo Base de Dourados, incluídas todas as equipes. Considerando os 13 Pólos Base do DSEI MS constam, 110 AIS Masculinos e 82 AIS femininas sendo que nenhum realizou o módulo de DST AIDS. Foi apontada a necessidade de contratação de mais AIS para a aldeia Bororo, nas localidades onde cada AIS atende mais de 70 famílias. De acordo com o relato dos profissionais das equipes, durante as reuniões de rotina nos PS, eventualmente os temas referentes as DST/HIV/AIDS são abordados com os AIS, para orientar a observação e abordagem durante as visitas domiciliares.

	Auxiliares e Técnicos de enfermagem Contratados em todas as EMSI	4	2	Relatório DSEI Entrevista com Chefe e responsável técnica Pólo Base Entrevista com Enfermeiros das Equipes EMSI e auxiliares e técnicos de enfermagem	Há 10 Auxiliares de Enfermagem nas duas aldeias, distribuídos entre todas as EMSI Nº de famílias que a equipe multidisciplinar atende aldeia Bororo= 1317 Nº de famílias que a equipe multidisciplinar atende aldeia Jaguapiru =1406 De acordo com o relatório das ações de DST AIDS do DSEI referente ao Ano de 2007: havia 12 auxiliares de enfermagem no Pólo Base de Dourados, incluídas todas as equipes. Considerando os 13 Pólos Base do DSEI MS constam 76 auxiliares de enfermagem. Obs: observou-se que nos PS das Aldeias Bororo e Jaguapiru, a maioria destes auxiliares são indígenas. Não estavam treinados nos cursos de DST AIDS.
	Antropólogo de referência no Pólo Base	1	0	Relatório DSEI Entrevista com Chefe e responsável técnica Pólo Base	No momento da avaliação, aconteceu um curso de 3 dias em Dourados sobre noções de antropologia, para os Profissionais da equipe EMSI, cujos professores, um antropólogo e um historiador, são pesquisadores com experiência na região, mediados por uma socióloga do DSEI MS e um Médico do Pólo Base. Curso organizado pela equipe do Pólo Base e DSEI. Iniciativa importante, dado que o Pólo Base não dispõe destes profissionais, que coordena uma área onde atuam várias equipes de saúde.
	Lingüistas de referência no Pólo base	1	0		
	Pedagogo de referência no Pólo base	1	0		
	Materiais educativos sobre prevenção das DTS Aids produzidos para atividades por etnia	6	2	Entrevista com AIS e equipe responsável técnica do Pólo Base	Nº de materiais educativos elaborados= 01 Nº de materiais distribuídos= NÃO HÁ REGISTRO NO POLO BASE A equipe Técnica do Pólo informou que uma cartilha bilíngüe Guarani foi distribuída em atividades coletivas, os AIS não fizeram menção a cartilha.
	TOTAL	**45**	**9,75**		**Oportunidade Insumo** **No índice oportunidade, componente insumo, obteve-se 20% de implementação, dada principalmente a não existência de profissionais de saúde da rede de atenção básica na área indígena treinados pelo programa.**

PE – Pontuação Esperada

PO – Pontuação Obtida

Quadro 17 – Pontuação - Índice Conformidade, Subdimensão Disponibilidade, Componente Atividades

Dimensão /Componente	Indicadores	P E	P O	Fonte de verificação	Observações
Disponibilidade **Atividade**	AIS desenvolvendo ações na comunidade	17	10	Entrevista com os AIS Relatório DSEI	De acordo com as entrevistas com os AIS, embora não estejam treinados no módulo específico recebem orientações da equipe na rotina de trabalho e são capazes de identificar sinais e sintomas compatíveis com as DST, bem como encaminhar ao PS as pessoas com suspeita de HIV para serem encaminhadas à referência, bem como contribuem no contato com os comunicantes. Têm conhecimento básico sobre as formas de transmissão, mas com lacunas importantes no caso da transmissão vertical. Demandam capacitação e acesso a materiais instrucionais específicos.
	Aux e Tec enfermagem estão treinados em TBVE e desenvolvendo ações na vigilância	8	0	Entrevista com os Aux e Técnicos das equipes EMSI Entrevista com coordenadores de equipe EMSI	O Programa prevê o treinamento destes profissionais em TBVE. Nenhum destes profissionais estava treinado.
	100% das equipes EMSI realizam abordagem sindrômica	.12	10	Entrevista com equipe Pólo Base e EMSI	Em 2008: Nº de equipes EMSI que realizam abordagem sindrômica= 4 Nº de equipes EMSI das duas aldeias = 4 Os profissionais estudaram individualmente neste tema
	50% ou menos das equipes EMSI realizam abordagem sindrômica	6	0		
	100% das equipes EMSI realizam ações de prevenção nas comunidades	12	10	Entrevista com equipe Pólo Base e EMSI	Em 2008: Nº de equipes EMSI que realizam ações de prevenção nas comunidades = 4. No entanto, estas ações não são sistemáticas na comunidade e não têm uma cobertura adequada para toda a comunidade.

	100% das equipes EMSI realizam aconselhamento	10	5	Entrevista com coordenadores de equipe EMSI	Em 2008: Nº de equipes EMSI que realizam aconselhamento = 4 As equipes demandam treinamento neste tema.
	Oferecimento do diagnóstico do HIV para a comunidade	18	15	Entrevista com coordenadores de equipe EMSI	Em 2008: Nº de pessoas em idade sexualmente ativas testadas para o HIV= não havia informação disponível Oferecimento do diagnóstico do HIV por indicação médica (gestante, TB, DST) ou a pedido do paciente
	Houve oferecimento do diagnóstico da sífilis para a comunidade	18	15	Entrevista com coordenadores de equipe EMSI	Em 2008: Nº de pessoas em idade sexualmente ativas testadas peara sífilis= não há informação Obs: por indicação médica (gestante, TB, DST) ou a pedido do paciente
	Oferecimento do diagnóstico da hepatites B para a comunidade	5	5	Entrevista com coordenadores de equipe EMSI	Em 2008**:** Houve oferecimento do exame do diagnóstico da hepatite B apenas para as gestantes IPEDAPAE 100% e também para outras pessoas da comunidade
	Oferecimento do diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites B para os (as) parceiros(as) dos portadores	10	10	Entrevista com equipe EMSI e com equipe técnica do Pólo Base	Em 2008: Houve o oferecimento do diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites B para os parceiros da gestantes portadoras
	100% da população vacinada contra hepatite B – 1ª dose	10	5,9	Entrevista com equipe EMSI e com equipe técnica do Pólo Base	% da população vacinada com as 3 doses= 59%
	100 % da população vacinada contra hepatite B – 2ª dose				
	100 % da população vacinada contra hepatite B – 3ª dose				
	Se oferece treinamentos* anuais em AB, TV, AC, CBVE, TBVE e Módulo DST/AIDS para profissionais de saúde das equipes EMSI	10	0	Entrevista com coordenadores de serviços especializados e com responsável técnica do Pólo Base Relatório DSEI	Pode ser treinamento oferecido pelo DSEI/Município/Estado. O município ofereceu um treinamento com vagas para os profissionais da saúde indígena em vários temas referentes ao Programa dois anos antes**.**

	Se há referência e contra-referência estabelecida entre Pólo Base e serviços especializados no município	10	10	Entrevista com coordenadores de serviços especializados, com responsável técnica do Pólo Base, com responsável pelo Programa no DSEI MS, com responsável pelo Programa Estadual da Secretaria Estadual de Saúde	
	Município notifica casos de AIDS da população indígena no SINAN; Estado notifica casos de AIDS no SINAN**;** DSEI informa caso de AIDS ao SIASI	28	14	Entrevista com coordenadores de serviços especializados, com equipe técnica do Pólo Base, com responsável pelo Programa no DSEI MS, com responsável pelo Programa Estadual da Secretaria Estadual de Saúde Consulta aos sistemas de informação	Embora a notificação ocorra nas diferentes instâncias, as mesmas pouco interagem. A maioria dos casos que constam no SINAN estadual, não chegaram ao SINAN nacional.
	Município notifica casos de HIV em gestantes da população indígena no SINAN; Estado notifica casos de HIV em gestantes no SINAN; DSEI informa caso de HIV em gestantes ao SIASI**;**	28	14	Entrevista com coordenadores de serviços especializados, com responsável técnica do Pólo Base, com responsável pelo Programa no DSEI MS, com responsável pelo Programa Estadual da Secretaria Estadual de Saúde	Embora a notificação ocorra nas diferentes instâncias, as mesmas pouco interagem. A maioria dos casos que constam no SINAN estadual, não chegaram ao SINAN nacional
	Município notifica casos de Sífilis Congênita da população indígena no SINAN; Estado notifica casos de Sífilis Congênita no SINAN; DSEI informa caso de Sífilis Congênita ao SIASI	28	8	Entrevista com coordenadores de serviços especializados, com responsável técnica do Pólo Base, com responsável pelo Programa no DSEI MS, com responsável pelo Programa Estadual da Secretaria Estadual de Saúde	Embora a notificação ocorra nas diferentes instâncias, as mesmas pouco interagem. A maioria dos casos que constam no SINAN estadual, não chegaram ao SINAN nacional
	Se é realizada alguma atividade de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas	10	0	Entrevista com equipe EMSI e com equipe técnica do Pólo Base	
	O Plano distrital inclui atividades de DST AIDS desde 2004	5	5	Entrevista com equipe EMSI e com equipe técnica do Pólo Base	
	TOTAL	**245**	**135,9**		**Disponibilidade/atividade No índice disponibilidade, componente atividade,**

					obteve-se 55% de implementação, dada principalmente a não existência de profissionais de saúde da rede de atenção básica na área indígena treinados pelo programa.

PE – Pontuação Esperada

PO – Pontuação Obtida

Quadro 18 - Pontuação - Índice Conformidade, Subdimensão Oportunidade, Componente Atividade

Dimensão /Componente	Indicadores	P E	P O	Fonte de verificação	Observações
Oportunidade **Atividade**	> 75% gestantes testadas p/ HIV	15	15	Dados Pólo Base Entrevista com responsável técnica do Pólo Base e com um médico e um enfermeiro de equipe EM	Em 2008 Nº de gestantes testadas para HIV nos últimos 12 meses= 1.006 Nº de gestantes dos últimos 12 meses =1.006 De acordo com informação das equipes dos PS e livro de registro do PS Jaguapiru I, o exame é colhido na primeira consulta da gestante e os resultados dos exames retornam no prazo de 30 dias.
	> 75% gestantes testadas p/ Sifilis	15	15	Dados Pólo Base Entrevista com responsável técnica do Pólo Base e com um médico e um enfermeiro de equipe EMSI	Em 2008 Nº de gestantes testadas para sífilis nos últimos 12 meses =1.006 Nº de gestantes dos últimos 12 meses =1.006
	49% a 25 % gestantes aconselhadas	10	6	Dados Pólo Base Entrevista com responsável técnica do Pólo Base e com um médico e um enfermeiro de equipe EMSI Entrevista com Responsável do SAE	Em 2008 De acordo com as entrevistas com profissionais das equipes, é apresentado o teste para a gestante explicado sobre o exame, nenhuma mulher se recusa a realizá-lo
	>75% gestantes diagnosticadas com HIV Tratadas durante a gravidez, no parto e puerpério	14	12	Dados Pólo Base Entrevista com responsável técnica do Pólo Base e com um médico e um enfermeiro de equipe EMSI Entrevista com Responsável do SAE	Nº de gestantes diagnosticadas com HIV tratadas durante a gravidez, no parto e puerpério em 2008= 01
	> 75% gestantes diagnosticadas com sífilis Tratadas	14	14	Dados Pólo Base Entrevista com responsável técnica do Pólo Base e com um médico e um enfermeiro de equipe EMSI Entrevista com Responsável do Serviço especializado em DST	Nº de gestantes diagnosticadas com sífilis que receberam tratamento nos últimos 12 meses = 10 Nº de gestantes diagnosticadas com sífilis = 10 Nº de crianças com sífilis

					congênita= 02 (inadequadamente tratados de acordo com a equipe) Nº de parceiros das gestantes com sífilis que receberam tratamento = **(sem informação)**
	< 24% das pessoas com indicação de tratamento da AIDS têm adesão*	12	4	Dados Pólo Base Entrevista com responsável técnica do Pólo Base e com um médico e um enfermeiro de equipe EMSI Entrevista com Responsável do Serviço especializado em HIV/AIDS	(* adesão corresponde à pessoa que faz uso de 95% dos medicamentos nos 3 últimos dias)
	Oferecimento do diagnóstico de HIV para pessoas com Tuberculose	12	12	Dados Pólo Base Entrevista com responsável técnica do Pólo Base e com um médico e um enfermeiro de equipe EMSI	nº de pessoas diagnosticadas com tuberculose= Aldeia Bororo: 2006- 13 2007- 25 2008 - 10 Aldeia Jaguapiru: 2006 -06 2007 - 11 2008 - 07
	TOTAL	**92**	**78**		**Oportunidade/atividade** **85%**

PE – Pontuação Esperada

PO – Pontuação Obtida

Quadro 19 – Pontuação - Índice aceitabilidade, componentes insumos e atividades.

Dimensão /Componente	Indicadores	P E	P O	Fonte de verificação	Observações
Insumo	A equipe Técnica do Pólo Base de Dourados considera como atribuição da EMSI: Realizar disponibilização de preservativos	5	5	Entrevista com responsável técnica do Pólo Base, com responsável pelo Programa no DSEI MS/ Plano Distrital 2008 a 2011/Entrevistas com profissionais do Pólo Base	Percepção dos profissionais de saúde
	A equipe dos PS considera que há boa aceitação ao uso do preservativo nas comunidades indígenas	5	0		
Atividade	A equipe Técnica do Pólo Base de Dourados atribuição da EMSI: Realizar Abordagem Sindrômica das DST	8	8	Entrevista com responsável técnica do Pólo Base, com responsável pelo Programa no DSEI MS/Plano Distrital 2008 a 2011/Entrevistas com profissionais do Pólo Base	
	A equipe Técnica do Pólo Base de Dourados atribuição da EMSI: Realizar Aconselhamento	8	8		
	A equipe Técnica do Pólo Base de Dourados atribuição da EMSI: Realizar Prev TV do HIV e da Sífilis	8	8		
	A equipe Técnica do Pólo Base de Dourados atribuição da EMSI: A equipe considera que há	8	4		

	boa aceitação dessas práticas nas comunidades indígenas				
	Total	**50**	**41**		**82%**
Insumos	Tem conselheiro Indígena que considera que considera como ações de atribuição da EMSI: Realizar disponibilização de preservativos	10	10	Entrevista com Conselheiro Distrital/Plano Distrital	* somente um conselheiro foi ouvido e uma liderança, além dos agentes indígenas de saúde, estes últimos não são considerados como representação política da comunidade.
Atividades	Tem conselheiro distrital indígena que considera como ações de atribuição da EMSI: Realizar Abordagem Sindrômica das DST	10	10	Entrevista com Conselheiro Distrital/Plano Distrital	Atividade * somente um conselheiro foi ouvido e uma liderança, além dos agentes indígenas de saúde, estes últimos não são considerados como representação política da comunidade.
	Realizar Aconselhamento	10	10		
	Realizar Prev TV	10	10		
	Realizar Ação educativa	10	10		
	TOTAL	**50**	**50**		**100%**

PE – Pontuação Esperada

PO – Pontuação Obtida

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo