

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS E
PARASITÁRIAS**

SAMARA VILAS-BÔAS GRAEFF

**O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA NA POPULAÇÃO INDÍGENA DO
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**

**CAMPO GRANDE
2015**

SAMARA VILAS-BÔAS GRAEFF

**O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA NA POPULAÇÃO INDÍGENA DO
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias como requisito à obtenção do título de Mestre em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Orientador Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha.

**CAMPO GRANDE
2015**

SAMARA VILAS-BÔAS GRAEFF

**O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA NA POPULAÇÃO INDÍGENA DO
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito ao título de Mestre em Doenças
Infecciosas e Parasitária, pela comissão formada pelos professores:

BANCA EXAMINADORA

Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha (Presidente)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Dr. Rui Arantes (Titular)
Fundação Osvaldo Cruz

Dra. Renata Palopoli Picoli Nardoni (Suplente)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Campo Grande, 30 de março de 2015

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aos Povos Indígenas, em especial aos que residem no estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, e que seja utilizado em prol da qualidade na Atenção à Saúde Indígena.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que colaboraram de alguma forma para essa conquista, em especial:

- A Deus;
- Meus pais e familiares;
- Meus amigos;
- Carlo Alberto Coloma;
- Rivaldo Venâncio da Cunha;
- Edílson Reis;
- Vera Lucia Carvalho da Silva;
- Vivianne de Oliveira Landgraf de Castro;
- Karoline de Lima Silva;
- Maristela Farias Frihling;
- Grupo “Mestrado et al., 2015” (Anna Letícia, Edy, Eunice, Luciana e Nara)
- Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS);
- Programa de Pós-graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias/ UFMS;
- Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul (DSEI-MS);
- Divisão de Atenção a Saúde Indígena do DSEI-MS;
- Coordenação Técnica e Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena dos Polos Base do DSEI-MS;
- Conselho Distrital de Saúde Indígena Mato Grosso do Sul;
- Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul; e
- Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul.

“Here's my key: philosophy. A freak like me just needs infinity. Relax! Take your time.”

Guru Josh

RESUMO

Introdução: A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma das epidemias de maior importância da história da humanidade, milhões de pessoas já foram infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em todo o mundo. Ela ultrapassa assuntos médicos-científicos e exige conhecimento psicossocial e cultural de povos e raças, a fim de que se conheça em que contexto o vírus circula e infecta pessoas. A visualização do seu impacto entre os povos indígenas, por exemplo, é bastante complexa, pois as informações disponíveis apresentam lacunas e imprecisão, o que esconde a gravidade da situação, aumenta o risco de contaminação e limita as possibilidades de intervenção eficaz. O estado de Mato Grosso do Sul possui a segunda maior população indígena do Brasil, são mais de 73 mil indígenas assistidos pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Mato Grosso do Sul. **Objetivo:** Caracterizar a infecção pelo HIV na população indígena do estado de Mato Grosso do Sul. **Metodologia:** Estudo epidemiológico transversal e analítico, realizado no DSEI Mato Grosso do Sul, através da coleta de dados secundários referentes a indígenas residentes em aldeias, entre os anos de 2001 e 2014. **Resultados:** Foram identificados 103 pacientes com infecção pelo HIV, em sua maioria diagnosticada na faixa etária de 20 a 39 anos, do sexo feminino, da etnia Kaiowá, com ensino fundamental incompleto, mulheres cuidadoras do lar e homens trabalhadores braçais. Das mulheres, 49,2% foram diagnosticadas durante o pré-natal. A prevalência de infecção pelo HIV em 2014 foi de 65,6 casos por 100 mil indígenas e a incidência de 15,0 casos por 100 mil indígenas e apresenta tendência futura de crescimento. A aldeia com a maior prevalência foi a Ofaié no município de Brasilândia e a com o maior número de pessoas vivendo com o HIV, a Jaguapirú em Dourados. Quanto ao estágio da infecção 48,5% desenvolveram a AIDS, sendo 60,0% com menos de um ano de diagnóstico. O teste rápido para HIV é o método diagnóstico mais eficiente em áreas indígenas do estado, apresentou o maior número de casos identificados desde 2012. No primeiro exame de acompanhamento realizado 67,0% tiveram a carga viral detectada e 59,3% apresentaram contagem de Linfócitos T-CD4+ menor que 500 células/mm³. Do total de pacientes, 38,8% foram a óbito, dos quais 77,5% em decorrência da AIDS e 62,5% antes de completarem um ano do diagnóstico da infecção. A média de tempo de sobrevivência dos pacientes é de 13 meses a partir do momento do diagnóstico. Já a maior probabilidade de morrer ocorre entre os seis e os 20 meses. O ponto final de expectativa de sobrevida não chega aos 75 meses. As comorbidades mais frequentes foram o etilismo e a tuberculose. **Conclusão:** O déficit imunológico dos pacientes já no primeiro exame de acompanhamento e a rápida evolução tanto para a AIDS quanto para o óbito demonstram a baixa capacidade do Sistema de Atenção à Saúde em realizar diagnósticos oportunos e tratamento precoce. É necessário melhorar a prevenção, diagnóstico, acompanhamento e oferecer tratamento com qualidade para controlar a epidemia e proporcionar um maior tempo de sobrevida aos pacientes.

Palavras-chave: Epidemiologia / HIV / Populações Indígenas

ABSTRACT

Introduction: The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is one of the most important epidemics in the history of mankind. Millions of people have already been infected with the human immunodeficiency virus (HIV) all over the world. It transcends scientific and medical issues and psychosocial and cultural knowledge of different peoples and races is required in order to understand the context in which the virus spreads and infects people. For instance, it is hard to precise its impact on Brazilian Indian native populations, due to the lack of accuracy and exactness of the data available. Not only does this imprecision conceal the extreme gravity of the situation, but it also increases the risk of contamination and lessens the possibilities of an efficient intervention. The state of Mato Grosso do Sul is home to the second largest Indian native population in Brazil, and over 73 thousand Brazilian Indians are assisted by the Special Sanitary District for Indian tribes (Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Mato Grosso do Sul). This paper aims at developing a profile of the Indian native population from Mato Grosso do Sul infected with HIV. **Materials and methods:** to develop this profile, we conducted an analytical cross-sectional study at the Special Sanitary District for Indian tribes (Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Mato Grosso do Sul), collecting secondary data about native Indians resident in villages between 2001 and 2014. **Results:** we identified 103 patients infected with HIV, mostly between ages 20-29, women, Kaiowá ethnicity, incomplete primary education, stay-at-home women and blue-collar workers. Among the women, 49, 2% were diagnosed during prenatal care. The prevalence of infection with HIV in 2014 was 65,6 cases per 100 thousand native Indians and the incidence was 15,0 cases per 100 thousand native Indians. The latter shows a growing tendency in the future. The Ofaié Village, situated within the town of Brasilândia, displays the highest prevalence, while the Jaguapirú Village, in Dourados, displays the highest number of people living with HIV. In relation to the stage of the infection, 48,5% people have developed AIDS, 60,0% in less than a year after diagnose. The rapid HIV test is the most efficient method in areas populated by native Indians, and it has accounted for the highest number of cases reported since 2012. In the first follow-up test, 67,0% of patients had their viral load detected and 59,3 showed CD4+ cell count below 500 cells/mm³. 38,8% out of the total of patients have died. 77,5% of deaths have been attributed to AIDS, which 62,5% occurred barely within a year after diagnose. Survival average after diagnose is 13 months. Higher probability of death is observed within 6 and 20 months. Life expectancy is barely 75 months. The most frequent comorbidities have been alcoholism and tuberculosis. **Conclusion:** the patients' immunologic deficit shown in the first follow-up exam and the rapid evolution to either AIDS or death corroborate the incapability of the local health care system to diagnose and provide patients with early treatment. Prevention, diagnose, proper medical follow-up and better treatment are necessary to control the epidemic and prolong the survival of patients.

Keywords: Epidemiology / Human Immunodeficiency Virus / Indigenous Population

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
2.1 O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS) NO MUNDO.....	11
2.1.1 Terapia Antirretroviral.....	12
2.2 O HIV E A AIDS NA POPULAÇÃO BRASILEIRA.....	13
2.3 O HIV E A AIDS NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL...	15
2.4 O HIV E A AIDS NAS PRINCIPAIS POPULAÇÕES INDÍGENAS DO MUNDO.....	17
2.5 O HIV E A AIDS NA POPULAÇÃO INDÍGENA BRASILEIRA.....	21
2.5.1 Atenção à Saúde Indígena no Brasil.....	23
2.5.1.1 O DSEI Mato Grosso do Sul.....	25
2.5.2 Caracterização dos Povos Indígenas no estado de Mato Grosso do Sul.....	32
2.5.2.1 O povo Guarani.....	33
2.5.2.2 O povo Terena.....	34
2.5.2.3 O povo Kadiwéu.....	36
2.5.2.4 O povo Kinikinau.....	37
2.5.2.5 O povo Ofaié.....	37
2.5.2.6 O povo Guató.....	38
2.5.2.7 O povo Atikum.....	39
3 OBJETIVOS	40
3.1 OBJETIVO GERAL.....	40
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
4 MATERIAIS E MÉTODOS	41
4.1 MODELO DE ESTUDO.....	41
4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA.....	41
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	41
4.3.1 Critérios de inclusão.....	41
4.3.2 Critérios de exclusão.....	42

4.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	42
4.4.1 Coleta de dados.....	42
4.4.2 Análise dos dados.....	43
4.5 CRITÉRIOS ÉTICOS E LEGAIS PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	45
4.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	45
5 RESULTADOS.....	48
6 DISCUSSÃO.....	65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
8 RECOMENDAÇÕES.....	81
REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICE A – FICHA PARA COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS.....	92
APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	95
ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO À PESQUISA DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGNA MATO GROSSO DO SUL.....	97
ANEXO B - CARTA DE AUTORIZAÇÃO À PESQUISA DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA.....	99
ANEXO C – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO LACEN MATO GROSSO DO SUL PARA ACESSO AO BANCO DE DADOS DO SISCEL.....	101
ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE PRONTUÁRIOS EM PROJETO DE PESQUISA.....	103
ANEXO E – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE BANCO DE DADOS.....	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Número de pessoas que viviam com HIV até o final do ano de 2013 por Região do mundo.....	12
Tabela 2 –	Distribuição dos casos segundo local de diagnóstico de infecção pelo HIV por Polo Base, município e aldeia no estado de Mato Grosso do Sul entre os anos de 2001 e 2014.....	51
Tabela 3 –	Análise das variáveis sócio-econômicas por sexo entre os indígenas infectados pelo HIV assistidos pelo DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014 (N=103).....	52
Tabela 4 –	Análise das variáveis clínicas e laboratoriais por sexo entre os indígenas infectados pelo HIV assistidos pelo DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014 (N=103).....	53
Tabela 5 –	Média do tempo de sobrevivência (em meses) após o diagnóstico entre os indígenas infectados pelo HIV assistidos pelo DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014 (N=103).....	55
Tabela 6 –	Relação do primeiro resultado da contagem de Linfócitos T-CD4+ com o tempo de evolução (em anos) da infecção pelo HIV até o desenvolvimento da AIDS na população indígena assistida pelo DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014.....	56
Tabela 7 –	Relação entre o primeiro resultado da contagem de Linfócitos T-CD4+ e o óbito na população indígena infectada pelo HIV, assistida pelo DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014.....	57
Tabela 8 –	Tipos de exames mais utilizados para o diagnóstico de infecção pelo HIV no DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014.....	58
Tabela 9 –	Frequência de diagnósticos de infecção pelo HIV em mulheres gestante assistida pelo DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014.....	59
Tabela 10 –	Número, porcentagem e prevalência (por 100.000) dos pacientes vivendo com o HIV segundo local de residência (aldeia, Polo Base e município) no estado de Mato Grosso do Sul em dezembro de 2014.....	59
Tabela 11 –	Ranking de prevalência (por 100 mil habitantes) de infecção pelo HIV por Polo Base e aldeia de residência no estado de Mato Grosso do Sul em 2014...	60
Tabela 12 –	Análise das variáveis socioeconômicas por sexo na população indígena infectada pelo HIV assistida pelo DSEI Mato Grosso do Sul em 2014 (N=48)	62
Tabela 13 –	Características comportamentais dos indígenas infectados pelo HIV assistidos pelo DSEI Mato Grosso do Sul em 2014 (N=48).....	63
Tabela 14 –	Adesão ao tratamento e local de referência para o atendimento especializado aos indígenas com infecção pelo HIV no DSEI Mato Grosso do Sul em 2014.	64

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.....	24
Figura 2 -	Municípios com aldeias e ou acampamentos indígenas reconhecidos pelo DSEI Mato Grosso do Sul por Região.....	26
Figura 3 -	Mapa do DSEI Mato Grosso do Sul.....	28
Figura 4 -	Municípios do estado de Mato Grosso do Sul com ao menos um caso de infecção pelo HIV registrado em suas aldeias entre os anos de 2001 e 2014...	48
Figura 5 -	Taxa de Incidência (por 100.000) e número de casos de infecção pelo HIV na população indígena assistida pelo DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014.	49
Figura 6 -	Prevalência (por 100.000) e número de casos de infecção pelo HIV na população indígena assistida pelo DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014.	50
Figura 7 -	Taxa de Mortalidade por AIDS (por 100.000) distrital, estadual e nacional de 2001 a 2014.....	54
Figura 8 -	Letalidade por AIDS no DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014.....	55
Figura 9 -	Curva de Kaplan-Meier com a estimativa da sobrevida após o diagnóstico de infecção pelo HIV no DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014.....	56
Figura 10 -	Mapa de distribuição espacial segundo município de residência dos indígenas assistidos pelo DSEI Mato Grosso do Sul vivendo com o HIV em 2014.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização demográfica dos povos indígenas do DSEI Mato Grosso do Sul.....	30
---	----

1 INTRODUÇÃO

Desde seu início na década de 1980, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) vem acometendo milhões de pessoas em todo o mundo. Ela é considerada uma das epidemias de maior importância de toda a história da humanidade, principalmente pela extrema capacidade de mutagenicidade do vírus da imunodeficiência humana (HIV), pela degradação imunológica que o mesmo ocasiona e por sua forma de transmissão (QUIÑONES-MATEU; ARTS, 2001).

Os problemas de ordem econômica e social associados a essas questões fizeram da epidemia da AIDS um desafio para a sociedade moderna e chamam a atenção pela quantidade de mortes que já causou. Até o final do ano de 2013 cerca de 39 milhões das 78 milhões de pessoas que já foram infectadas com o HIV no mundo, foram a óbito. O que representam uma taxa de letalidade acumulada de 50% (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014a).

Até o final de 2013, 35 milhões de pessoas viviam com o HIV em todo o planeta, sendo a maioria em países pobres ou em desenvolvimento e aproximadamente 19 milhões não sabiam que portavam o vírus. Contudo, o número de novas infecções vem diminuindo, em 2013 a quantidade de novos casos foi 27,5% (2,1 milhões) menor que em 2005 (2,9 milhões) e 38% menor que em 2001 (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014a).

A expectativa de vida dos soropositivos aumentou com a evolução do monitoramento e uso dos antirretrovirais, diminuindo o número de óbitos relacionados à AIDS entre 2005 e 2013 em 35% (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014a). Mesmo assim, do número estimado de pessoas que necessitam de tratamento no mundo, apenas 28% o recebem (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2012).

As condições sociais impostas a uma comunidade podem influenciar na frequência e intensidade do comportamento de risco e contribuir para magnitude da epidemia. A desigualdade social e econômica entre as diversas raças e povos é sem dúvida um dos contribuintes mais fortes para propagação do HIV (SOTO, 2004).

Por esse motivo, a infecção pelo HIV ultrapassa os assuntos médicos-científicos e exige conhecimento psicossocial e cultural de grupos, comunidades, raças e nações, principalmente para que se conheça em que contexto o vírus circula e infecta pessoas, proporcionando meios para definição de políticas de prevenção, controle e tratamento (SOARES, 1998).

A articulação entre os dados biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais, iniciada nos anos 50, procura a interpretação do processo saúde doença frente a uma convergência entre a Epidemiologia e as Ciências Sociais. Nesse sentido Almeida Filho (1999) sublinha a incorporação de elementos da etnografia social e cultural nas pesquisas sobre a AIDS.

A visualização do impacto da epidemia de HIV e da AIDS entre povos indígenas, por exemplo, é bastante complexa, pois entre a maioria desses povos as informações apresentam grandes lacunas, dados não precisos ou indisponíveis, o que acaba tornando a infecção invisível e aumenta em grande escala o risco de epidemias, além de possibilitar o agravamento dos casos já existentes (WARD, 2014).

Também há de se considerar que enquanto alguns povos se mantêm isolados dos centros urbanos e seu contato é remoto, uma parcela considerável se move de maneira constante inserindo-se nos processos globais atuais, situação em que pode ocorrer a infecção pelo HIV e sua inserção na comunidade no retorno desses indígenas às aldeias (PONCE; NORIEGA, 2011).

Ser indígena não é, por si só, fator de risco para infecção pelo HIV. Porém, associado à determinantes sociais de saúde, como renda, educação, emprego, condições de trabalho, ambientes físicos, acesso aos cuidados de saúde, entre outros, epidemias e doenças nessas comunidades tendem a causar maior impacto no estado de saúde de seus integrantes (WARD, 2014).

Uma parte dos casos de infecção pelo HIV na população indígena também pode ser atribuída ao acesso inadequado aos serviços de saúde, exames diagnósticos, cuidados e tratamento, além do estigma associado à raça (SOTO, 2004).

A proximidade com centros urbanos e o rápido crescimento populacional de algumas comunidades aliados às condições precárias de moradia, saúde, saneamento e educação, também são pontos a serem considerados na propagação do HIV entre indígenas, pois implicam abandono de práticas conservadoras e adoção de atitudes mais liberais (SOTO, 2004).

A população indígena total do estado de Mato Grosso do Sul passou de 53.900 no ano 2000 para 73.295 em 2010, apresentando crescimento populacional de 36% em 10 anos, enquanto no mesmo período a população no estado cresceu 18%, e a população indígena nacional 11% (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b).

De 1987 até junho de 2014 foram registrados 961 casos de AIDS em indígenas no Brasil, sendo que do ano 2000 em diante o número de casos foi 28 vezes maior do que nos anos 80 e 90

juntos (BRASIL, 2000b, 2012a, 2013a, 2014a).

Diante do exposto, pelas populações indígenas serem consideradas populações-chave sob maior risco e enfrentarem altos níveis de estigma, discriminação, violência e obstáculos no acesso aos serviços de apoio, ao cuidado, à prevenção e tratamento da doença, esta pesquisa se propõe a descrever e analisar a situação epidemiológica do HIV na população indígena do Estado de Mato Grosso do Sul e contribuir, meio a evidências, para o avanço da assistência à saúde oferecida a essa população.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS) NO MUNDO

Os primeiros casos de AIDS foram detectados na África e nos Estados Unidos da América. A epidemia passou a adquirir importância no decurso de 1980. Após 30 anos de epidemia, mais de 78 milhões de pessoas já foram infectadas pelo HIV em todo o mundo. Em 2013, aproximadamente 2,1 milhões de pessoas teriam sido infectadas e 1,5 milhões, falecido em decorrência da AIDS, a maioria por conta do acesso inadequado aos serviços de tratamento e assistência (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014a).

A África Subsaariana é a região do mundo que detém o maior número de casos da doença, 70% do total de casos. Em 2013 houve cerca de 1,5 milhão de novas infecções e 1,1 milhão de óbitos em decorrência da AIDS. Até o final do mesmo ano aproximadamente 24,7 milhões das 35 milhões de pessoas que vivem com o HIV pertenciam a este continente (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014a).

A Ásia e o Pacífico é a segunda região com o maior número de pessoas vivendo com o HIV, no final de 2013 chegou a 4,8 milhões de pessoas. Na América Latina cerca de 1,6 milhões (4,6%) de pessoas vivem com o vírus, e estão distribuídas praticamente em 4 países, Brasil, Colômbia, México e Venezuela (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014a).

A detecção de novas infecções pelo HIV vem em queda em quase todas as partes do mundo, de 2005 a 2013 houve diminuição de 28% no número de casos novos. Esse resultado é reflexo, principalmente, do recuo da epidemia em regiões críticas, como a África Subsaariana, que apresentou uma redução de novas infecções de 33%. A América Latina recuou apenas 3% no mesmo período, mas os índices alternam de país para país. O México, por exemplo, registrou queda de 39% e o Peru, de 26% (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014a).

Contudo, em outros países como no Brasil, que teve um aumento de 11% no número de novos infectados, por exemplo, houve expansão do HIV principalmente pela contaminação das populações-chave sob maior risco, sobretudo entre os homens que fazem sexo com homens (HSH), jovens e idosos (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014a).

A Ásia está dentre os continentes que mais preocupam. Países como a Índia e Indonésia, apresentaram uma ampliação de 48% no número de novas infecções desde 2005. A Índia possui o terceiro maior número de pessoas vivendo com HIV no mundo, 2,1 milhões até o final de 2013 e é responsável por cerca de 4 em cada 10 pessoas que vivem com HIV na região da Ásia e do Pacífico (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014a).

Tabela 1 – Número de pessoas que viviam com HIV até o final do ano de 2013 por Região do mundo

Regiões do mundo e número de pessoas vivendo com o HIV até o final de 2013				
Regiões	Número de casos de infecção pelo HIV	%	País com maior nº de casos na região	%
África Subsaariana	24,7 milhões	71	África do Sul	25
Ásia e Pacífico	4,8 milhões	14	Índia	43
Europa Ocidental e Central e América do Norte	2,3 milhões	7	Estados Unidos da América	56
América Latina	1,6 milhões	5	Brasil	47
Europa Oriental e Ásia Central	1,1 milhões	3	Rússia	69
Caribe	250 mil	0,7	Haiti	55
Oriente Médio e Norte da África	230 mil	0,7	Irã	30
TOTAL	35 milhões	100	-	-

Fonte: United Nations Programme on HIV/AIDS (2014a)

2.1.1 Terapia Antirretroviral

O relatório intitulado “The Gap Report” da United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) de 2014, mostrou avanços no acesso aos tratamentos antirretrovirais nos últimos anos. De 2009 para 2013 o número de pessoas que receberam as medicações para controle do HIV subiu de 5,2 milhões para 12,9 milhões.

No mundo, a América Latina é a região que possui maior acesso à terapia antirretroviral. Aproximadamente 45% dos 1,6 milhões de pessoas com HIV recebem a terapia. Porém, esses índices variam muito de país para país. Brasil, Chile, El Salvador, México, Peru e Venezuela registram mais de 40% de cobertura, enquanto o tratamento na Bolívia, por outro lado, alcança

menos de 20% das pessoas infectadas (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2013).

O Brasil é um dos países que modificou as suas orientações para oferecer tratamento antirretroviral a todas as pessoas que vivem com o HIV, independentemente da sua contagem de Linfócito T-CD4+, que condicionava o início da terapia (BRASIL, 2013d).

A terapia antirretroviral vem demonstrando progresso em todas as regiões do mundo, inclusive onde o nível de desenvolvimento é menor. Outro ponto a se destacar é que esse ritmo de crescimento vem se mantendo mesmo frente à crise econômica mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Na Região Africana, até o final de 2012 mais de 7,5 milhões de pessoas recebiam tratamento em comparação com as somente 50 mil pessoas na década anterior (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

O avanço geral da terapia antirretroviral, no entanto, camufla algumas desigualdades em seu acesso. Na maioria das regiões, e mesmo na África onde o progresso foi visível, os ganhos do tratamento não estão atingindo suficientemente as principais populações que enfrentam alto risco de Infecção pelo HIV, como profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis (UDI), indígenas, HSH, além de crianças e adolescentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

2.2 O HIV E A AIDS NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

O Brasil possui uma extensão territorial de 8.515.767,049 km², dividida em 5 Regiões com 27 Unidades Federadas ocupadas por aproximadamente 203.081.720 pessoas (ISTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

No país o monitoramento dos casos de AIDS é feito através de um processo de relacionamento probabilístico entre o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e as declarações de óbitos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, e os pacientes registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) do Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), AIDS e Hepatites Virais, também ligado ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a).

De 1980 a junho de 2014 foram registrados nesses Sistemas de Informação, 757.042 casos de AIDS em todo o território brasileiro, sendo que de janeiro a junho de 2014 foram cerca de 40 mil novos casos (BRASIL, 2014a; UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014a).

A Região do país com o maior registro de casos de AIDS em todos esses anos é a Região Sudeste com 54,4% dos casos, seguida da Região Sul com 20,0%, Região Nordeste com 14,3%, Região Centro-Oeste com 5,8% e Região Norte com 5,4% (BRASIL, 2014a).

A taxa de detecção de AIDS no Brasil tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, com uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes, devido principalmente à queda de casos novos na Região Sudeste (BRASIL, 2014a).

Mesmo com esta estabilização nos últimos anos, dentre as cinco Regiões do Brasil, de 2003 a 2013, a taxa de detecção aumentou em quatro delas, sendo 74,0% na Região Norte, 45,5% na Região Nordeste, 8,6% no Centro-Oeste e 2% na Região Sul e caiu apenas na Região Sudeste, 28% (BRASIL, 2014a).

Estima-se que 734 mil pessoas viviam com HIV até o final do ano de 2014 no Brasil, 2% do total mundial, com prevalência de 0,4%. Dessas, aproximadamente 150 mil não conheciam sua condição de portadoras do vírus, além de 30% chegarem tardiamente aos serviços de saúde. No mundo, em torno de 54% das pessoas portam o vírus sem saber (BRASIL, 2013b, 2014a; UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014a).

Perto de 33% (n \cong 16 mil) das mortes por AIDS na América Latina em 2013 ocorreram no Brasil, correspondendo a um coeficiente de mortalidade por AIDS de 5,7 mortes por 100 mil habitantes. Nos últimos 10 anos a taxa de mortalidade por AIDS no país decresceu 6,6% (BRASIL, 2014a; UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014a).

Dos países em desenvolvimento, o Brasil foi o primeiro a proporcionar na rede de saúde pública o acesso gratuito e universal ao tratamento para infecção pelo HIV. Próximo de 350 mil pessoas recebiam tratamento com antirretrovirais através do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2012 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2012).

Em novembro de 2012, a partir de uma reunião realizada pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) no Panamá, ficou acordado que a vigilância do HIV passaria a contabilizar também os casos de portadores do vírus que ainda não haviam desenvolvido a AIDS, a fim de propiciarem o efeito cascata, que vai do diagnóstico da infecção pelo HIV até a supressão da carga viral, justamente para evitar o desenvolvimento da Síndrome (BRASIL, 2013a).

Após esse consenso, o Brasil lançou em 06 de junho de 2014 a Portaria Ministerial 1.271 que torna a infecção pelo HIV uma doença de notificação compulsória em todo o país, além das categorias “AIDS” (adultos e crianças), “HIV em gestantes” e “crianças expostas”, já sob notificação compulsória (BRASIL, 2014b).

2.3 O HIV E A AIDS NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

O estado de Mato Grosso do Sul está localizado na Região Centro-Oeste do Brasil e possui uma população aproximada de 2.619.657 pessoas distribuídas em 79 municípios. É um dos estados menos populosos do Brasil, aparece na 21ª colocação, e possui extensão territorial de 357.145 km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

A Região Centro-Oeste é a 4ª colocada em Regiões com o maior registro de casos de AIDS no país. Da década de 80 até junho de 2014, haviam sido registrados 44.112 casos, sendo a maioria (35,0%) no estado de Goiás (BRASIL, 2014a).

O estado de Mato Grosso do Sul aparece na 4ª posição no acumulado de casos desde 1980, com 19,5% de todos os casos na Região. Em contrapartida em 2012 e 2013 o estado teve aumento na quantidade de casos novos e a taxa de detecção de AIDS registrada foi a maior dentre os estados da Região Centro Oeste (BRASIL, 2014a).

Em se tratando de taxas, Mato Grosso do Sul possui destaque nacional frente à detecção de casos por 100 mil habitantes. Está acima da média do país de 20,4 casos por 100 mil habitantes e entre as 10 primeiras das 27 Unidades Federadas do Brasil com maiores taxas de detecção de AIDS. Passou da 15ª posição no ranking nacional em 2011, para a 8ª em 2013. Apresenta taxa de 26,3 por 100 mil habitantes, superando estados como Paraná e São Paulo, por exemplo. A maior taxa de detecção por estados registrada foi no Rio Grande do Sul, 41,3 casos por 100 mil habitantes, e a menor foi no Acre, 8,6 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014a).

Desde o início da epidemia 278.306 pessoas morreram em decorrência da AIDS no Brasil, dos quais 5% na Região Centro-Oeste. Em 2013 Mato Grosso do Sul fechou o ano com uma taxa de mortalidade por AIDS de 4,9 mortes por 100 mil habitantes, enquanto Campo Grande fechou

com taxa de 6,4 também acima da média nacional de 5,7 nesse quesito (BRASIL, 2014a).

Já no Ranking da taxa de detecção de casos de AIDS nos municípios com mais de 50 mil habitantes por região de residência, o município de Dourados, no Mato Grosso do Sul, foi o 1º colocado da Região Centro Oeste em 2012, com uma taxa de 36,9 casos por 100 mil habitantes. Nesse mesmo ano Campo Grande apareceu em 3º lugar, com 33,3 casos por 100 mil habitantes, ficando à frente de todas as Capitais da Região. Já a nível nacional no índice composto de 2009 a 2013 ela foi a 12ª capital (BRASIL, 2013a, 2014a).

Dourados é a segunda maior cidade de Mato Grosso do Sul, possui mais de 210 mil habitantes segundo projeção do IBGE, 2014. Tem a maior população indígena do estado e também a reserva indígena mais populosa do Brasil. Residem nela mais de 15 mil indígenas (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2014a).

O estado de Mato Grosso do Sul apresenta uma demografia indígena extensa, possui a segunda maior população do Brasil ficando atrás apenas do estado do Amazonas. São 73.295 pessoas autodeclaradas indígenas em todo território estadual. Mais de 95% desta permanece morando em aldeias, enquanto apenas uma pequena parcela reside nos centros urbanos do estado (BRASIL, 2010b, 2014b; DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2010, 2014a).

A maior parte dessa população vive em Terras Indígenas de pequena extensão e com alta concentração demográfica. O convívio com graves conflitos fundiários é bastante frequente, principalmente com fazendeiros que reivindicam a posse de seus territórios (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2014).

A população masculina, muito tem sido explorada nas usinas de cana de açúcar e colheita de maçã devido à mão-de-obra barata e não especializada. Distantes de suas aldeias e expostos a riscos acabam por possibilitar a entrada de doenças em suas comunidades de origem, além de ocasionar índices alarmantes de violência e uso de álcool (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2014b).

Sendo assim, a ampla disseminação da epidemia e seu rápido avanço demonstram que a doença tem penetrado em diferentes culturas e espaços (BRASIL, 2003). E que apesar da atenção em relação ao HIV e a AIDS no país, observa-se tendência ao crescimento da epidemia em estados e municípios de menor porte em relação aos demais (PACKER; CAMARGO, 2000).

2.4 O HIV E A AIDS NAS PRINCIPAIS POPULAÇÕES INDÍGENAS DO MUNDO

Estima-se que existam no mundo aproximadamente 5 mil povos indígenas, somando mais de 370 milhões de pessoas que representam cerca de 4,5% da população mundial. Possuem economia, cultura e idiomas distintos e sua auto-definição como indígenas é parte fundamental de sua identidade (INTERNATIONAL WORK GROUP FOR INDIGENOUS AFFAIRS, 2014).

Os povos indígenas são descendentes de povos que habitavam territórios antes do período de colonização e que mantêm suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas. A maioria vive em áreas remotas, muitas vezes em terras com vastos recursos naturais e minerais. Os povos indígenas têm direitos anteriores a seus territórios, terras e recursos, mas vivem constantes ameaças de remoção em todo o mundo (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2014; INTERNATIONAL WORK GROUP FOR INDIGENOUS AFFAIRS, 2014).

Muitos povos permanecem excluídos da sociedade dominante, sofrendo privações de direitos como pessoa e cidadãos. No entanto, eles estão determinados a preservar, desenvolver e transmitir às gerações futuras, sua cultura, territórios ancestrais e identidade étnica (INTERNATIONAL WORK GROUP FOR INDIGENOUS AFFAIRS, 2014).

As desigualdades são vistas mesmo em países desenvolvidos. No que se trata à saúde e principalmente ao HIV, existem muitas lacunas em pesquisas e políticas para abordar a epidemia. São poucos os países que têm implementado programas que visem especificamente a diminuição da propagação e do impacto do HIV nas comunidades indígenas. Em sua maioria, tais estratégias limitam-se, quase que exclusivamente, à países desenvolvidos (INTERAGENCY COALITION ON AIDS AND DEVELOPMENT, 2011).

Recomenda-se que recursos para assegurar a eficiência e custo-efetividade na implementação de programas de controle da epidemia do HIV, devam se concentrar em iniciativas que atendam às necessidades étnicas (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014a).

Nações com grandes populações indígenas como Austrália, Canadá e Nova Zelândia, consideradas desenvolvidas, possuem um abrangente financiamento público de sistemas de cuidados de saúde, porém ainda há grandes disparidades de saúde entre os povos originais e a

sociedade dominante (STATISTICS CANADA, 2011; SHEA et al., 2011).

O comportamento de alto risco entre tais povos também desempenha um papel importante na crescente infecção pelo HIV (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2010).

As possibilidades de transmissão do vírus podem ser maiores ou menores de acordo com as ocorrências de exposição a situações de vulnerabilidade e ou comportamentos de risco. Essas possibilidades em relação ao risco envolvem diversas situações que devem ser analisadas nos contextos epidemiológicos, culturais e sociais de cada povo, como a iniciação sexual; a frequência com que homens e ou mulheres saem das aldeias, a posição social de ambos os gêneros dentro das comunidades; a ocorrência de interações entre grupos étnicos distintos, rituais e ou eventos que envolvam manuseio de objetos cortantes compartilhados sem adequada desinfecção; práticas sexuais de poligamia, poliandria e poliginia; práticas de aleitamento cruzado; alcoolismo; prevalência de outras DST, coinfeções, entre outros (BRASIL, 2000b; CARVALHO; CHO; FLORES, 2011).

É importante considerar que tal epidemia pode ter graves implicações para algumas culturas indígenas, uma vez que muitas comunidades e tribos possuem apenas alguns milhares de membros restantes. Ela poderia, inclusive, extinguir culturas e costumes afetando a história e memória desses povos (WARD, 2014).

No Canadá a população indígena representa 4,3% (n=1.400.685) da população nacional. Nela, a infecção pelo HIV é bastante representativa, estima-se que até o final de 2011 a prevalência de AIDS era de 544,0 casos por 100 mil habitantes (STATISTICS CANADA, 2011; PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2011).

Já as novas infecções chegaram a aproximadamente 12,2% (n=390) do total de casos novos no país. No entanto, a proporção de casos entre indígenas e não indígenas é 3,5 vezes maior na população indígena (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2011). Entre as mulheres indígenas, o diagnóstico do HIV é 20 vezes mais comum do que entre as mulheres não indígenas, com taxas de 178,4 contra 9,04 casos por 100 mil mulheres, respectivamente (SHEA et al, 2011).

Em 2011 a distribuição entre as categorias de exposição mais frequentes para novas infecções pelo HIV em indígenas foi de 58,1% em UDI, 30,2% em heterossexual, 8,5% em HSH e 3,1% em HSH e UDI simultaneamente (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2011).

O motivo para essas grandes taxas no Canadá, conforme os relatórios de testes de HIV

positivo é o uso de drogas injetáveis. Entre 1998 e 2006, esse tipo de exposição ao vírus foi responsável por 58,8% dos casos de HIV e 40% dos casos de AIDS na população indígena canadense de 1979 a 2006 (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2010).

Na Nova Zelândia e na Austrália os povos indígenas representam 15,5% e 2,5% da população, respectivamente. Em uma pesquisa que compara a taxa de diagnóstico de HIV nas populações indígenas e não indígenas desses países, mostrou que o diagnóstico nas populações indígenas é maior do que na população não indígena. Na Nova Zelândia foi encontrada uma taxa de diagnóstico de 19,6 casos por 100 mil não indígenas e 22,1 casos por 100 mil indígenas, entre os anos de 2004 e 2008. Na Austrália essas mesmas taxas foram de 24,7 casos por 100 mil não indígenas, enquanto para indígenas foram 29,4 (SHEA et al., 2011).

Nessa mesma pesquisa, quando as taxas de diagnósticos são separadas por sexo, na Austrália, o diagnóstico do HIV entre as mulheres indígenas (12,9 casos por 100 mil mulheres) é três vezes maior do que nas mulheres não indígenas (4,4 casos por 100 mil mulheres). Já na Nova Zelândia o diagnóstico em indígena é quase 2 vezes maior, com 4,3 diagnósticos por 100 mil mulheres indígenas para 2,5 em não indígenas (SHEA et al., 2011).

Nos Estados Unidos da América, a população indígena é composta por cerca de 5,2 milhões de pessoas entre Indígenas Americanos e Nativos do Alaska, e representa aproximadamente 1,7% da população norte americana (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2013).

Até o final de 2011 estima-se que 3.700 indígenas viviam com o HIV nos Estados Unidos da América, e que desses, 18,9% não conheciam seu diagnóstico (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015).

Em 2011 menos de 1% (210) das cerca de 47.500 novas infecções pelo HIV no país foi atribuída a população indígena. Já em 2013, houve cerca de 218 novos diagnósticos de HIV e 104 casos de AIDS (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2013; 2015).

Até o final de 2012, perto de 1.867 indígenas morreram em decorrência da AIDS. Comparado a outras raças, a população indígena norte americana possui taxas de sobrevivência mais baixa após o diagnóstico de HIV no país (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2013; 2015).

É também a raça com maior porcentagem de contaminação devido a pessoas que injetam drogas. Entre as mulheres foram 29% dos novos diagnósticos, entre os homens 13% e entre os

HSH e também UDI foram 6% (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015).

Já na África Subsaariana, há mais de 14,2 milhões de pessoas autodefinidas como indígenas (MAYBURY-LEWIS, 2002). Porém, tal definição nessa Região é uma tarefa complexa, pois de acordo com os critérios de definição de indígenas mais usados, todos os africanos poderiam ser considerados como tal se a referência comparativa for a colonização, como nos demais continentes (INTERAGENCY COALITION ON AIDS AND DEVELOPMENT, 2011; INDIGENOUS PEOPLES OF AFRICA COORDINATING COMMITTEE, 2014).

No entanto, também se argumenta que esses povos indígenas têm características distintas que são usadas como critérios para distinguí-los das outras populações com estruturas econômicas e sociais dominantes. De maneira geral, os indígenas dessa Região são categorizados em três grupos: os caçadores, pastores nômades e agricultores (INDIGENOUS PEOPLES OF AFRICA COORDINATING COMMITTEE, 2014).

Apesar de possuir uma das maiores populações indígenas do mundo, o continente africano não possui um sistema de registro de casos de HIV e AIDS que diferencia comunidades, raças e etnias. Os dados, em geral, são anotados em relação a população geral, sem muitas distinções. Uma das poucas divisões é a de Regiões, entre África Subsaariana e Oriente Médio e Norte da África (INTERAGENCY COALITION ON AIDS AND DEVELOPMENT, 2011; UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014a).

Geralmente, a obtenção de dados globais e precisos sobre as taxas de infecção pelo HIV em indígenas é muito difícil, especialmente nos países de baixa renda. Os dados disponíveis nem sempre são desagregados por raça e etnia. Poucos países possuem informações nacionais específicas sobre essa população (UNITED NATIONS, 2006). Além disso, a distribuição geográfica desses povos não se correlacionam necessariamente com os limites geográficos dos países, o que dificulta ainda mais a vigilância epidemiológica da doença (UNITED NATIONS, 2009).

Segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (2013), de Atlanta nos Estados Unidos da América, a pobreza e o estigma cultural são os maiores desafios para prevenção do HIV e da AIDS na população indígena.

2.5 O HIV E A AIDS NA POPULAÇÃO INDÍGENA BRASILEIRA

No Brasil, existem aproximadamente 817 mil pessoas autodeclaradas indígenas, 0,4% da população nacional, dividida em 241 povos. Desses, cerca de 500 mil residem em aldeias e áreas rurais. São ao todo 695 terras indígenas reconhecidas, que ocupam 13% do território brasileiro (BRASIL, 2010b; INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2015).

A maior parte dessas terras concentra-se nas regiões Norte e Centro-Oeste. Juntas, essas duas regiões respondem por cerca de 50% da população indígena nacional, sendo o Amazonas o estado mais populoso, com 168.680 indígenas autodeclarados, seguido pelo estado de Mato Grosso do Sul, com 73.295 (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2010b).

A dinâmica demográfica da população indígena é pouco conhecida e multifacetada. A diversidade de situações relacionadas à mobilidade espacial entre aldeias e até mesmo países, além de concentrações em assentamentos urbanos exige estudos específicos para os diferentes grupos. É importante considerar que a transição demográfica e epidemiológica dos povos indígenas se apresenta de forma diferente da população não indígena (BRASIL, 2000b).

No Brasil, o perfil de morbimortalidade indígena tem sido dominado pelas doenças infecciosas e parasitárias (COIMBRA JR; SANTOS; ESCOBAR, 2005). Mas suas características epidemiológicas são pouco conhecidas em decorrência de poucas investigações, ausência de censos e inquéritos regulares, fragilidade dos sistemas de registro de informações, dentre outros fatores (COIMBRA JR; SANTOS, 2000).

Apesar da quantidade de publicações ter aumentado ao longo dos anos com a fixação da Atenção à Saúde Indígena, e as ligeiras descrições dos perfis de morbidade e mortalidade feitas pelos 34 DSEI através dos Planos Distritais e Relatórios de Gestão, ainda são poucos os estudos relacionados a temas de saúde, que não sejam totalmente antropológicos, e que apresentem visão epidemiológica profunda. Tal fato dificulta o levantamento de material descritivo a respeito das doenças que atingem essas populações (PONCE; NORIEGA, 2011).

Frente a esse problema, para o estudo de casos de HIV e da AIDS nesses povos é necessário que se compreenda os fatores de risco e vulnerabilidade a que eles são e estão expostos (BRASIL, 2000b).

Os riscos devem ser analisados nos contextos sociais, culturais e epidemiológicos, onde se

inclui a iniciação sexual, a saída das aldeias para os centros urbanos, as interações com outros grupos étnicos, os rituais com objetos cortantes, o alcoolismo, as práticas de poligamia, o aleitamento materno cruzado, o alto índice de violências, entre outros (BRASIL, 2000b).

Já entre as situações de vulnerabilidade, a presença de organizações religiosas e militares, a mão-de-obra indígena em lavouras, usinas e garimpos, a instalação de prostíbulo nesses arredores, projetos agropecuários e turísticos, além de terras indígenas localizadas em regiões de fronteira, são algumas das situações mais importantes (BRASIL, 2000b).

O primeiro caso de AIDS em indígenas no Brasil foi registrado em 1987 no estado de Mato Grosso. Desde então, o número de casos vem aumentando de maneira exponencial. Quando se compara os registros epidemiológicos entre as últimas décadas, observa-se que de 1987 a 1999 foram contabilizados 33 casos de AIDS, e que de 2000 a 2010 foram 669 casos, 20 vezes mais do que na década anterior. De 2011 a junho de 2014, o número de casos já passa de 250. Ao todo, desde o primeiro caso até junho de 2014 foram notificados na população indígena 961 casos de AIDS (BRASIL, 2000b; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014a).

Esse aumento de casos de infecção pelo HIV entre indígenas relaciona-se diretamente à intensificação do comportamento de risco e situações vulneráveis. Apenas em 2013, foram registrados no SINAN, 68 casos de AIDS em indígenas em todo o Brasil, o que representa 7,1% de todos os casos diagnosticados nessa raça desde o início da epidemia há 30 anos (BRASIL, 2014a).

Claro que se deve considerar que antes de 2000, as informações para população indígena eram escassas. Apenas depois, a partir da criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) em 1999, e desenvolvimento de um sistema de informação específico para saúde indígena, o Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) juntamente com as mudanças realizadas no SINAN, como inclusão da variável raça/cor em 2001, que os dados sobre a epidemia nesta raça passaram a ser obtidos sistematicamente mediante o cruzamento das informações dos sistemas. Mesmo assim, o preenchimento do item raça na ficha do SINAN é imprescindível para diferenciação entre as mesmas (BRASIL, 2012b).

Dessa forma, o significativo avanço do HIV e da AIDS entre indígenas pode ser associado a dois fatores gerais, um, a autêntica propagação do vírus, e dois, a intensificação da investigação epidemiológica realizada na última década. De toda forma, o importante desta comparação é perceber a gravidade da situação, conhecer riscos e vulnerabilidades, estimular estudos nessa

população, alertar autoridades para aplicação de políticas públicas de saúde, conter a expansão da epidemia e estabelecer com fidedignidade os reais motivos desse aumento de casos (CARVALHO; CHO; FLORES, 2011).

O primeiro projeto para prevenção das DST e da AIDS para os povos indígenas foi criado em 1989 pela Unidade Técnica de Prevenção da Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde. No começo as ações eram focais e apenas para alguns seguimentos e grupos, não alcançavam todo o espectro nacional (BRASIL, 2000b).

Apesar de haver casos de AIDS diagnosticados em indígenas desde o final dos anos 80, o primeiro estudo sistemático ocorreu apenas em 1998, e avaliou a situação de risco e vulnerabilidade nos índios Tiryíó, nas terras indígenas Tumucumaque, fronteira com Suriname e Guiana Francesa. Foram notificados dois casos de AIDS, naquela ocasião. Desde então, quase não se tem mais publicações epidemiológicas específicas sobre a AIDS nos povos indígenas brasileiros (BRASIL, 2000b).

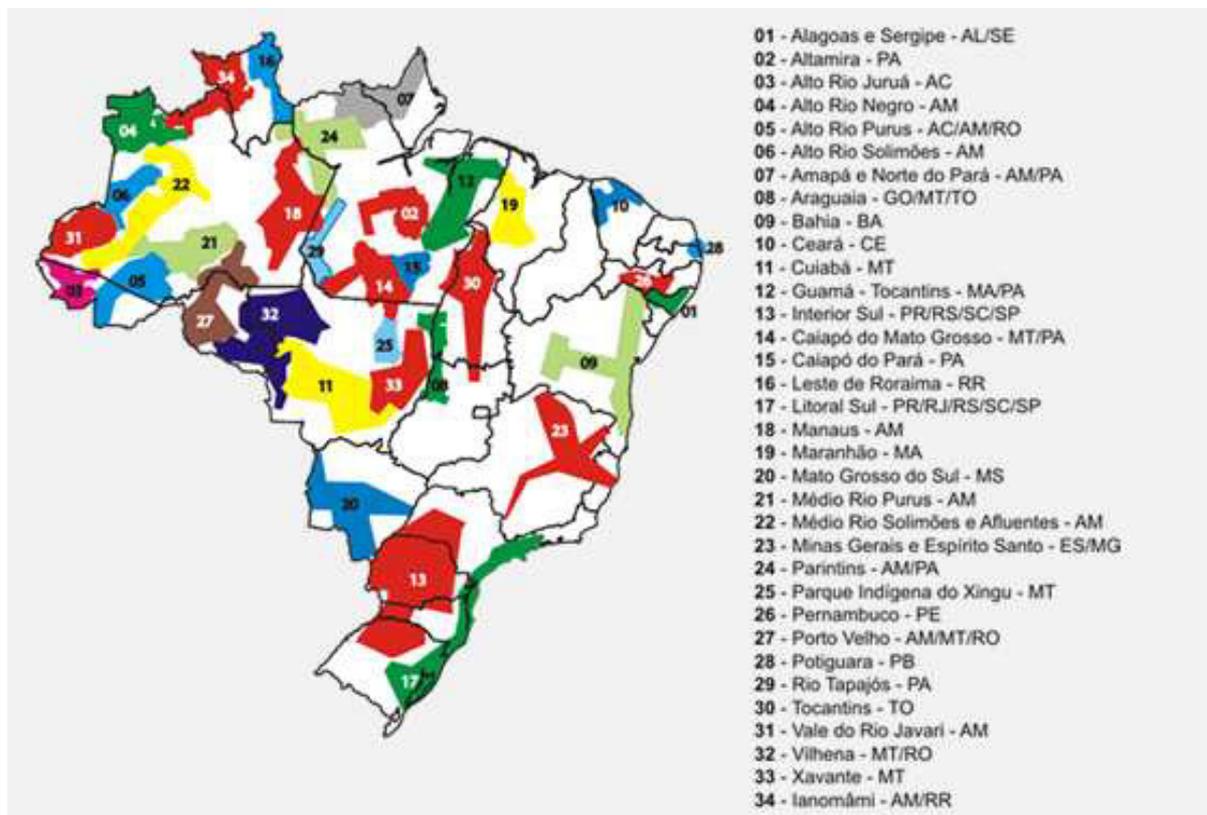
Relacionado aos óbitos, de 2000 a 2013 foram registrados 262 casos, sendo 56,5% deles no sexo masculino. Ao se relacionar com o número de casos diagnosticados no mesmo período, quase 30% dos indígenas já infectados pelo HIV no país faleceram (BRASIL, 2012a, 2013a, 2014a).

2.5.1 Atenção à Saúde Indígena no Brasil

Criado pela Lei nº 9.836 de 1999, como componente do Sistema Único de Saúde (SUS), o SASI proporciona ações e serviços de saúde no âmbito da atenção básica, saneamento ambiental e edificações de saúde, voltados para o atendimento das populações indígenas em todo o território nacional, coletiva ou individualmente.

O Subsistema se dá através da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) meio aos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) distribuídos em 24 estados brasileiros, e tem na estrutura dos municípios e estados, a referência para a resolução de problemas fora do alcance da atenção primária à saúde seguindo os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1999; 2010c; 2013c).

Figura 1 - Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: Brasil (2014c)

O SASI fornece atendimento à população indígena respeitando as especificidades socioculturais, geográficas e epidemiológicas de cada povo e visa integrar diferentes instâncias de governabilidade. Tais instâncias correspondem aos serviços públicos nas 3 esferas de governo, federal, estadual e municipal, além de organizações não-governamentais (ONG) e demais entidades de fins diversos que são conveniadas ao SUS (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2007).

O DSEI é a unidade gestora descentralizada do SASI. Trata-se de um modelo de organização de serviços para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado. Contempla um conjunto de atividades técnicas que visa medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à

prestação da assistência, com o Controle Social (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2002; BRASIL, 2014c).

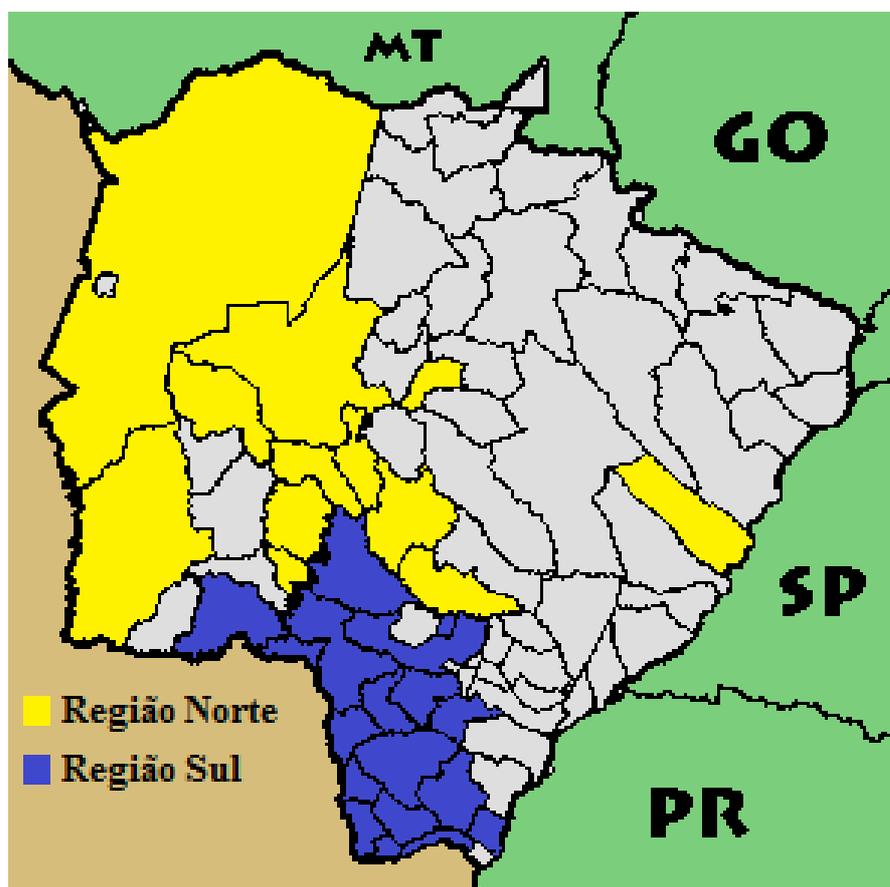
Para a definição das dimensões territoriais de cada um dos DSEI foram considerados critérios como a população, a área geográfica, o perfil epidemiológico, a disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura, as vias de acesso aos serviços instalados em nível local e regional do SUS, as relações sociais entre os distintos povos indígenas e a sociedade regional. Obedeceu-se principalmente a distribuição demográfica tradicional desses povos, que não ajusta-se necessariamente aos limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2002).

O modelo da assistência aos povos indígenas, diferentemente do que era antes da criação do SASI, passou a ser então, caracterizado pela oferta ininterrupta dos serviços nas aldeias, com ênfase na Promoção da Saúde, programação da demanda de atendimentos e utilização das estratégias dos programas de prevenção e controle de agravos definidos pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, o modelo campanhista anterior, centrado na atenção da livre demanda e em casos de doenças já instaladas foi substituído (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO; 2004).

2.5.1.1 O DSEI Mato Grosso do Sul

O DSEI Mato Grosso do Sul é o maior Distrito do Brasil, responsável pela atenção à saúde de 73.181 indígenas distribuídos entre 73 aldeias e 26 acampamentos. Localiza-se na região Centro Oeste do Brasil no estado de Mato Grosso do Sul e abrange 31 municípios: Amambai, Anastácio, Antônio João, Aquidauana, Aral Moreira, Bela Vista, Brasilândia, Caarapó, Campo Grande, Coronel Sapucaia, Corumbá, Dois Irmãos do Buriti, Douradina, Dourados, Eldorado, Guia Lopes da Laguna, Iguatemi, Japorã, Juti, Laguna Carapã, Maracaju, Miranda, Nioaque, Paranhos, Ponta Porã, Porto Murtinho, Rio Brilhante, Rochedo, Sete Quedas, Sidrolândia e Tacuru (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2014a).

Figura 2 – Municípios com aldeias e ou acampamentos indígenas reconhecidos pelo DSEI Mato Grosso do Sul por Região



Fonte: Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul (2014a).

Quanto ao atendimento direto à saúde da comunidade, o Distrito dispõe de uma estrutura com três Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), 14 Polos Base e 72 Postos de Saúde Indígena com aproximadamente 40 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2010).

As CASAI estão localizadas nos municípios de Campo Grande, Dourados e Amambai. Oferecem estadia, alimentação, transporte e cuidados de enfermagem aos pacientes indígenas que necessitam se deslocar das aldeias para atendimento de média e alta complexidade nos municípios (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2010).

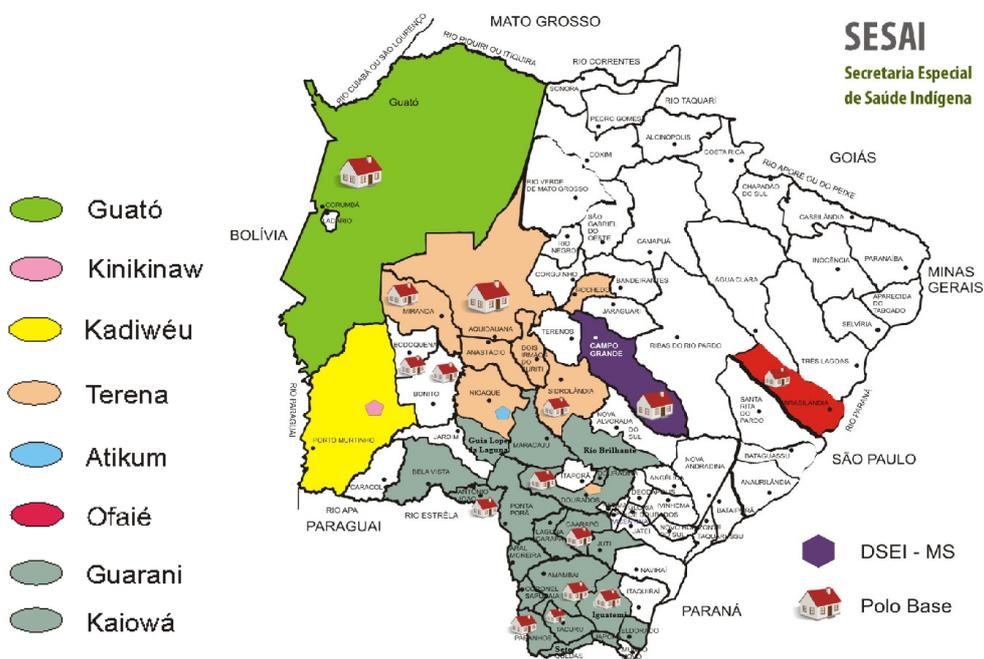
Os Polos Base se localizam nos municípios de Amambai, Antônio João, Aquidauana, Bodoquena, Bonito, Brasilândia, Caarapó, Campo Grande, Corumbá, Dourados, Iguatemi, Miranda, Paranhos, Sidrolândia e Tacuru. Eles foram distribuídos segundo proximidade geográfica com as aldeias indígenas, e são responsáveis pela articulação com municípios, produção e acompanhamento dos indicadores de saúde locais, monitoramento do desempenho das EMSI, e logística de deslocamento das equipes até as aldeias, conforme demonstra a figura 3 (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2010).

O Polo Base de Campo Grande, contudo, foi desativado no final do ano de 2014 por ter toda população indígena residente dentro da área urbana, com cobertura municipal dos serviços de atenção à saúde, tanto os básicos quanto os de média e alta complexidade. Porém, mesmo com sua desativação e o não conhecimento da situação de saúde dos indígenas, a população continua na contabilidade demográfica do Distrito (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2015a).

As EMSI são responsáveis pela execução dos Programas de Saúde e pelo atendimento primário nas aldeias. Possui sua base composta por médico, enfermeiro, odontólogo, técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento. Em certos locais, devido a especificidades, profissionais como nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos também compõem as equipes e Polos Base (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2010).

As etnias reconhecidas e presentes no DSEI Mato Grosso do Sul, por ordem de predominância populacional, são 8: Kaiowá, Guarani (Ñandeva), Terena, Kadiwéu, Kinikinau, Guató, Ofaié e Atikun. Mas há também a etnia Camba que está em fase de reconhecimento pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2007; 2010; VIEIRA, 2013).

Figura 3 - Mapa do DSEI Mato Grosso do Sul



Fonte: Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul (2014a).

No estado de Mato Grosso do Sul, as ações de saúde indígena iniciaram simultaneamente à instituição do SASI logo no início dos anos 2000, com estruturação física, logística, administrativa e operacional do DSEI Mato Grosso do Sul. Foram criados os primeiros Polos Base e realizada aquisições de viaturas, materiais médico-hospitalares, equipamentos de saúde, contratação de recursos humanos e construção de infraestrutura. Os primeiros levantamentos demográficos e epidemiológicos, a realização das primeiras reuniões com as populações indígenas e a formação do primeiro Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) do país também aconteceram nesse período (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2007).

Em 2001, os Programas de Saúde e protocolos de atendimento e conduta das EMSI que atendiam nas aldeias foram implantados, assim como, a sistematização das informações referentes aos dados epidemiológicos e ações de saúde. No ano seguinte, em 2002, já com a estruturação dos programas e equipes técnica em funcionamento, o DSEI Mato Grosso do Sul elaborou o primeiro Plano Distrital de Saúde Indígena, que consistiu em um instrumento de planejamento estratégico das ações (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO

GROSSO DO SUL, 2007).

Os diagnósticos de infecção pelo HIV nesse período eram realizados através da técnica Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay (ELISA) e confirmados ou pelo Western Blot, Teste de Imunofluorescência indireta para o HIV-1 ou Immunoblot (BRASIL, 2015).

O fluxo definido era a coleta do sangue em áreas indígenas pelas EMSI e envio do mesmo ao município, que em sequência seguia para o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) do estado. Os resultados demoravam até um mês para retornar aos profissionais solicitantes nas aldeias (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2007).

Em 2002 com a implantação do Programa de Proteção à Gestante no estado de Mato Grosso do Sul, desenvolvido pela parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) através do Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos (IPED), outra técnica para o diagnóstico passou a ser utilizada dentro das aldeias (INSTITUTO DE PESQUISAS, ENSINO E DIAGNÓSTICOS, 2015).

O programa consiste, entre outros, na realização de exames de triagem durante o período gestacional, entre eles o de HIV através da técnica de ELISA com sangue seco em papel filtro, e possibilitou mais praticidade na coleta de amostras, que por vezes requer grande logística dentro das aldeias (INSTITUTO DE PESQUISAS, ENSINO E DIAGNÓSTICOS, 2015).

Dois anos após, entre 2004 e 2005, foi implantado no DSEI Mato Grosso do Sul o Programa de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais que contemplou ações voltadas para o planejamento, capacitação, estruturação de serviços, assistência, vigilância e prevenção das DST (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2010).

Em 2012, a fim de aumentar o poder diagnóstico, diminuir o tempo necessário para o resultado e facilitar a logística de realização de exames em áreas indígenas foi implantado no DSEI Mato Grosso do Sul o método para a identificação de infecção pelo HIV através da testagem rápida. Ao todo foram realizados 5 eventos nos quais foram capacitados mais de 70 enfermeiros para executarem além dos testes rápidos para HIV, também para Sífilis, Hepatite B e Hepatite C (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2012a; 2012b; 2012c; 2014c).

Nacionalmente, com o crescimento no número de casos de AIDS entre a população indígena, foi elaborado e implementado o Plano de Ação para Intervenções em HIV/AIDS e DST em Comunidades Indígenas, pela SESAI e Ministério da Saúde. As ações consideraram três eixos

estratégicos: Aprimoramento do sistema de vigilância; Ampliação do diagnóstico; e Redução da Transmissão Vertical (BRASIL, 2012b).

Quadro 1 – Caracterização demográfica dos povos indígenas do DSEI Mato Grosso do Sul.

Polo Base	Município da Aldeia	Aldeia	Total		
			Aldeia	Município da Aldeia	Polo Base
Amambaí	Amambai	Amambai	7.031	8.991	12.953
		Jaguari	358		
		Limão Verde	1.602		
	Aral Moreira	Guayvirý	873	873	
		Guassuty			
	Coronel Sapucaia	Taquapery	3.089	3.089	
Acampamento Kurusu Amba					
Antônio João	Antônio João	Campestre	609	1.121	2.088
		Cerro Marangatu	512		
	Bela Vista	Pirakuá	495	495	
	Ponta Porã	Kokue-Y	160	472	
Lima Campo		312			
Aquidauana	Anastácio	Aldeinha	398	398	6.770
	Aquidauana	Água Branca	563	4.959	
		Bananal	1.109		
		Colônia Nova	143		
		Córrego Seco	162		
		Imbirussú	172		
		Lagoinha	571		
		Limão Verde	1.161		
		Morrinhos	300		
		Acampamento Esperança	42		
		Ypegue	736		
	Nioaque	Água Branca Nioaque	287	1.413	
		Brejão	537		
		Cabeceira	298		
Taboquinha		291			
Bodoquena	Porto Murtinho	Alves de Barros	839	968	968
		Campina	106		
		Córrego de Ouro	23		
Bonito	Porto Murtinho	Barro Preto	55	587	661
		São João	323		
		Tomásia	209		
	Guia Lopes da Laguna	Cerro Y	74	74	

Polo Base	Município da Aldeia	Aldeia	Total		
			Aldeia	Município da Aldeia	Polo Base
Caarapó	Caarapó	Caarapó	4.694	4.849	6.290
		Guira-Roka	80		
		Pindoroky	75		
	Juti	Jarará	289	572	
		Taquara	283		
	Laguna Carapã	Guaimbé	445	869	
Rancho Jacaré		424			
Brasilândia	Brasilândia	Ofaié	105	105	105
Campo Grande	Campo Grande	Marçal de Souza	51	3.149	3.149
		Urbanizado	3.029		
	Rochedo	Bálsamo	69		
Corumbá	Corumbá	Uberaba	165	165	165
Dourados	Douradina	Acampamento Guyra Kamby	80	875	15.186
		Acampamento Tekohara-Ita-Y	185		
		Panambi	610		
	Dourados	Acampamento Ithaum	73	13.833	
		Acampamento Picadinha	33		
		Acampamento Pakuriti	6		
		Acampamento Curral de Arame	7		
		Acampamento Mudas Ms	91		
		Acampamento Nhuverá	101		
		Acampamento Boqueirão	34		
		Bororó	6.341		
		Jaguapirú	6.753		
		Panambizinho	347		
		Porto Cambira	47		
	Rio Brilhante	Acampamento Aroeira	155	155	
		Acampamento Jhuicua			
		Acamp Nhanderu Laranjeira			
Acampamento Sr. Wilson					
Maracaju	Sucuri	323	323		
Iguatemi	Eldorado	Cerrito	488	488	5.106
	Japorã	Acampamento Yvy Katu	350	350	
		Porto Lindo	3.946	3.946	
	Iguatemi	Acampamento Pyelito Kuê	151	151	
Sete Quedas	Acampamento Sombreiro	171	171		

Polo Base	Município da Aldeia	Aldeia	Total			
			Aldeia	Município da Aldeia	Polo Base	
Miranda	Miranda	Argola	651	7357	7.357	
		Babaçu	620			
		Cachoeirinha	1.606			
		Lagoinha	137			
		Lalima	1.436			
		Acampamento Mãe Terra	222			
		Moreira	1.123			
		Morrinho	341			
Passarinho	1.221					
Paranhos	Paranhos	Arroio Corá	537	4924	4.924	
		Paraguassú	761			
		Pirajuí	2.219			
		Potrero-Guassu	726			
		Sete Cerros	681			
		Acampamento Ypoy Yvakatu				
Sidrolândia	Dois Irmãos do Buriti	Água Azul	302	2.236	4.436	
		Barrerinho	107			
		Nova Buriti	256			
		Buriti	953			
		Olho D'água	212			
		Oliveira	155			
		Recanto	251			
	Sidrolândia	Sidrolândia	Córrego Do Meio	574		2.200
			Lagoinha	309		
			Acampamento 10 De Maio	64		
			Tereré	952		
			Nova Tereré	301		
Tacuru	Tacuru	Jaguapiré	912	3.023	3.023	
		Sassoró	2.111			
15	31	99	73.181	73.181	73.181	

Fonte: Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul (2014a)

2.5.2 Caracterização dos Povos Indígenas no estado de Mato Grosso do Sul

O Brasil possui uma grande diversidade de povos indígenas com história, culturas, línguas, crenças, sistemas econômicos e sociais distintos entre si, que divergem também das características e costumes da sociedade não indígena (VIEIRA, 2013).

Estão presentes no território brasileiro cerca de 241 povos indígenas diferentes, que

habitam em aldeias de 24 das 27 unidades federativas do Brasil. Os únicos estados que não possuem territórios indígenas reconhecidos são o Rio Grande do Norte, Piauí e o Distrito Federal (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2015; VIEIRA, 2013).

As etnias mais representativas no estado de Mato Grosso do Sul, em questões de tamanho populacional, são a Kaiowá, Guarani (Ñandeva) e Terena. Juntas elas representam aproximadamente 95% do total da população indígena residente em aldeias no estado (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2014a).

Da área territorial total do estado, cerca de 590 mil hectares são de territórios indígenas reconhecidos. A terra é de vital importância para estes povos, pois eles constroem seu próprio sentido de pessoa e de mundo a partir da relação com a terra. A relação com o território é tida como uma condição para a reprodução física e cultural destes povos (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013a; URQUIZA, 2013).

O povo Kadiwéu possui a maior área indígena fora da Amazônia legal, são 539 mil hectares. Os demais povos do Estado de Mato Grosso do Sul ocupam parcelas reduzidas do antigo território que habitavam antes do avanço das frentes de colonização (BRAND, 1997; URQUIZA, 2013).

Os Kaiowá e Guarani, por exemplo, estão distribuídos em pequenas terras e reservas principalmente nos municípios de Dourados, Amambai e Caarapó, e formam a maior densidade populacional dentro de terras indígenas por hectares do país (BRAND, 1997; URQUIZA, 2013).

2.5.2.1 O povo Guarani

Os Guarani são habitantes ancestrais das terras do litoral e centro sul brasileiro além do norte da Argentina e a Região Oriental do Paraguai. Sua cultura começou a se diferenciar da Tupi por volta do século V culminando em um modo de ser Guarani que envolve fatores naturais, sociais e psicológicos (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

Essa população pode ser subdividida em três grupos Mbya, Ñandeva e Kaiowá. Os dois últimos subgrupos ocupam áreas no estado de Mato Grosso do Sul. Com a chegada dos portugueses e espanhóis entre os séculos XVI e XVIII essa população passou por um processo de

catequização compulsória, além de ser cooptada no processo de colonização espanhol, a *encomenda* (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

O movimento de invasão das terras pelos colonizadores gerou diferenças na ocupação espacial. Como a área onde fica o atual estado do Mato Grosso do Sul era mais distante, essa se tornou um refúgio para essas populações até o início do século XX, quando foi iniciado um processo de exploração desse território. A partir da década de 1920 é iniciada uma colonização mais sistemática dos territórios Guarani gerando um processo de desapropriação das terras dos indígenas por fazendeiros (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

Esse processo continua até hoje, levando à luta pela terra e por melhores condições de vida dessas populações. Os Guarani buscam manter a sua organização tradicional tanto no que tange a ocupação das terras quanto nos seus costumes tradicionais incluindo expressões religiosas e organização social. Seu território foi reduzido e hoje vivem em espaços pré-determinados pelo Estado, as chamadas *Reservas*. Esses espaços não se mostram suficientes para a reprodução do modo de ser e viver Guarani. É notável que tal processo de aldeamento compulsório de um povo que não vivia em tal organização social se mostrou falho e prejudicial (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

2.5.2.2 O povo Terena

Remanescentes da nação Guaná no Brasil, a língua Terena faz parte da família Aruak. Os grupos de origem Aruak têm como uma das características a produção de cerâmica geralmente adornada com as cores branca, amarela e preta (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

Os grupos Guaná eram provenientes da região do Chaco, mas no século XVIII devido à pressão crescente da ocupação espanhola eles acabaram seguindo para a margem oriental do rio Paraguai e adjacências. Essa ocupação continuou até meados do século XIX. Durante esse período houve a manutenção das características básicas desses grupos como a existência de uma sociedade altamente estratificada e as alianças existentes com os Mbayá-Guaykuru. Nessa mesma época teve início a fixação dos primeiros portugueses na região. Essa ocupação gerou um novo tipo de cooperação entre os Terena e o *purutuyé* (branco). A aliança com os portugueses se

tornou cada vez mais forte e acabou enfraquecendo os laços entre os Guaná e os Mbayá (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

A situação territorial dos povos Guaná, dentre eles os Terena, muda completamente após a eclosão do conflito armado chamado Guerra do Paraguai. Identificados como aliados dos brasileiros esses indígenas acabaram sofrendo represálias durante o conflito e até contribuíram nos conflitos armados (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

Após a guerra do Paraguai, houve um novo período na história dessas nações chamado “tempos de servidão”. Nessa época a relação com o *purutuyé* foi modificada. Os brancos resistentes da Guerra do Paraguai agiam de maneira diferente com os Terena, e ao invés de se estabelecer uma relação de cooperação foi estabelecida uma relação de servidão, onde os Terenas trabalham nas suas terras ancestrais que os brancos alegavam possuir (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

Com a criação do Serviço de Proteção do Índio (SPI), no início do século XX, houve uma nova mudança na dinâmica social dos Terena. Surgiu a figura do encarregado do posto. Esse funcionário acabou centralizando a resolução de todos os conflitos nas agora chamadas reservas. Mesmo com a mudança de jurisdição do SPI para a FUNAI, pouco havia mudado nessa estrutura, sendo ainda o branco um elemento centralizador (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

O chamado encarregado do posto passou a interferir nos mais diversos assuntos da vida cotidiana dos Terena, decidindo de maneira compulsória questões que não lhe diziam respeito, como conflitos familiares e locais de enterro dos mortos. Isso ocorreu intencionalmente para levar a força de trabalho existente no local disponível para uso externo. Mesmo dentro de todo esse sistema de opressão, os Terenas mantiveram de maneira resistente sua organização social, língua e costumes (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

A mudança para esses centros urbanos se mostrou uma alternativa para manutenção da sobrevivência, em um cenário onde as chamadas *reservas* se tornaram superpopulosas e os meios de vida se tornaram cada vez mais escassos. A mudança para as cidades não extinguiu os laços existentes entre esses indígenas e suas famílias originárias ainda residentes nas reservas gerando um fluxo contínuo de pessoas entre esses dois espaços geográficos. Além disso, buscam mostrar que não importa onde vivam, sempre serão Terena (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

2.5.2.3 O povo Kadiwéu

Descendentes da última horda sobrevivente dos Mbayá-Guaycuru, os Kadiwéu possuíam uma sociedade altamente estratificada, subdividida nos seus extremos em nobres *versus* cativos. Sua sobrevivência material dependia dos saques e tributos que cobravam sobre seus vizinhos. Além disso, sua própria sobrevivência biológica dependia desses arranjos, pois as mulheres Kadiwéu resguardavam o direito de gerarem apenas um filho, geralmente no fim de seu período fértil, sendo que algumas não possuíam filhos. Existiam laços de cooperação que ligavam os Kadiwéu aos Terena. As nobres Terena contraíam laços de matrimônio com os homens Kadiwéu (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

As primeiras notícias dos Kadiwéu remontam ao século XVI. Esses indígenas estabeleceram relações com os brancos moradores da margem direita do Rio Paraguai (território próximo a Serra da Bodoquena) e mantiveram um contato muitas vezes conflituoso, sendo que alguns acordos foram assinados entre eles e os espanhóis para garantir a ocupação pacífica da região (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

As hordas Guaicuru viviam em um sistema chamado de *tolderias*. A *tolderia* era composta de uma casa coletiva onde viviam a família e os cativos de um capitão (não importando o sexo o capitão deveria ser um Kadiwéu, ou seja filho de pai e mãe Kadiwéu). Essa era a menor unidade política e econômica da organização Kadiwéu. Por ser uma sociedade altamente estratificada, até hoje há uma diferenciação entre os descendentes de famílias Kadiwéu “puras” e os descendentes de famílias Kadiwéu onde existiram casamentos com os cativos (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

Um dos principais fatos na história do contato dos Kadiwéu com a sociedade nacional foi a Guerra do Paraguai. Devido à participação reconhecida nesse conflito os Kadiwéu garantiram uma doação de terras da coroa brasileira. Mesmo assim o direito a essas terras foi continuamente questionado (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

A luta por reconhecimento da propriedade das terras dos Kadiwéu ainda não se extinguiu, possuindo episódios bem recentes nos municípios de Miranda e Aquidauana. Nas últimas décadas os chamados índios cavaleiros buscaram reconhecimento de suas terras ancestrais de maneira veemente, mesmo com a pressão contrária de setores da sociedade que argumentam que os

indígenas possuem um território muito extenso (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

2.5.2.4 O povo Kinikinau

São conhecidos por ser uma das etnias resistentes do Mato Grosso do Sul. Possuem uma história de luta onde passaram por um período em que foram obrigados pelos órgãos do Estado a renunciar sua identidade e se autodeclararem Terenas. Hoje os Kinikinau buscam a cada dia o reconhecimento de sua etnicidade e a valorização de sua cultura característica (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

Os Kinikinau, assim como os Terena são descendentes das nações Guaná. Esses povos são conhecidos como exímios cultivadores da terra e tiveram um papel importante na ocupação do território sul-mato-grossense. Os Kinikinau em conjunto com os outros povos da nação Guaná eram um dos principais fornecedores de alimentos para os moradores dessa região do país (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

2.5.2.5 O povo Ofaié

Os Ofaié são mais uma das etnias residentes no estado de Mato Grosso do Sul. São conhecidos como o povo do mel, pois uma das suas atividades econômicas mais relevantes é a coleta do mel de abelhas. Estão dentre os povos do estado que lutam pelo reconhecimento de sua existência, tendo como bandeira de luta a homologação de suas terras (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

Os primeiros relatos de contato com os Ofaié datam de 1.617. Do século XVII até o século XIX foram descritos contatos intensos com essa etnia em diversos pontos da área que hoje é o estado do Mato Grosso do Sul. Nessa época os Ofaié começaram a trabalhar nas fazendas de gado, o que acabou dispersando tal população (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

A partir de 1950 os membros da etnia começam a se organizar de maneira mais

consistente e buscaram retornar ao seu território de origem. Os Ofaié passaram por momentos de insegurança, fome e doença na busca de obter o direito de retornar as suas terras ancestrais (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

No final da década de 1980 foi iniciada uma campanha de reconhecimento da existência dos Ofaié, que culminou em um estudo que reconheceu uma área como terra de ocupação tradicional desse grupo em 1991. Mas essa área foi inundada pelo lago de uma hidrelétrica (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

Depois de nove anos os Ofaié conseguiram usufruir da indenização recebida da Companhia de Energia de São Paulo, mas mesmo assim possuem apenas 1/3 de seu território original e ainda aguardam a demarcação de suas terras pela FUNAI (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

2.5.2.6 O povo Guató

Os Guató são conhecidos como o último povo remanescente dos canoeiros do Pantanal. O histórico do contato com essa etnia indica que os primeiros encontros de brancos (espanhóis e portugueses) com indígenas Guató, se deram no século XVI. Do século XVI ao início do século XX, os Guató são citados de maneira incessante em diversas bibliografias sobre expedições as terras do Pantanal (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

Nos anos 40 e 50 do século XX, segundo a mesma fonte, iniciou-se um processo de expulsão gradual desses indígenas de suas terras ancestrais. A expulsão ocorreu motivada principalmente pela expansão da fronteira pecuarista na região, o gado dos fazendeiros destruía suas plantações. Esses indígenas acabaram se mudando para espaços mais distantes do Pantanal e para as periferias urbanas de cidades como Corumbá e Dourados. Devido a todo esse processo foi considerado que não existiam mais membros dessa etnia

Por volta da década de 1970 houve o início de um processo de ressurgimento, sendo identificadas famílias Guató vivendo na periferia de Corumbá. Esse processo culminou no reconhecimento da etnia pela Fundação Nacional do Índio e a luta pela demarcação de um território em que esses indígenas pudessem viver (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

A população Guató vive na Ilha Ínsula e ainda na periferia de cidades como Corumbá. É uma população resistente e que apesar de obtido a demarcação de terras continua lutando por seu reconhecimento de maneira ativa (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

2.5.2.7 O povo Atikum

Conhecidos como os caboclos da serra do Umã, são originários do estado de Pernambuco e acabaram chegando ao Mato Grosso do Sul por orientação dos órgãos indigenistas brasileiros (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

Antes de 1940 não há notícias de um grupo chamado Atikum, o que nos leva a crer que antes do momento da autodenominação eles eram referenciados como Umã, estes foram aldeados em 1.802 com outros dois grupos indígenas (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

Apesar de serem detentores das terras na Serra do Umã alguns indígenas Atikum acabaram deixando esse lugar devido às constantes intervenções da Polícia Federal na área. Existem denúncias que traficantes moram no local cultivando drogas ilícitas nas terras. O sistema de parentesco de compadrio (onde o casamento e o apadrinhamento já tornam os indivíduos parentes) permitiu a entrada de membros da sociedade envolventes nas terras (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

Os Atikum que estão no estado do Mato Grosso do Sul foram trazidos pelo órgão indigenista nacional após terem ocupado terras no estado de São Paulo. Aqui eles continuam praticando o ritual da Toré, mas sem o uso de plantas alucinógenas que são utilizadas no ritual feito por seus parentes pernambucanos (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

Sofreram muito preconceito, sendo chamados diversas vezes de terra seca. Hoje vivem nas terras de reserva indígena de Nioaque, dividindo espaço com os Terena (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2013b).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a situação da infecção pelo HIV na população indígena residente nas aldeias do estado de Mato Grosso do Sul.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a infecção pelo HIV na população indígena assistida pelo DSEI-MS;
- Descrever e analisar as características epidemiológicas, sócio demográficas, clínicas, laboratoriais e comportamentais dos indígenas infectados pelo HIV;
- Descrever e analisar a prevalência e a taxa de incidência da infecção pelo HIV
- Descrever e analisar a mortalidade e letalidade por AIDS.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 MODELO DE ESTUDO

Estudo epidemiológico transversal, descritivo e analítico.

4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Mato Grosso do Sul, por meio da coleta de dados secundários referentes a indígenas que vivem ou viveram com HIV nas aldeias do estado de Mato Grosso do Sul entre os anos de 2001 e 2014.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo foi formada por 103 (cento e três) indígenas infectados pelo HIV de ambos os gêneros e diversas faixas-etárias, diagnosticados enquanto residiam nas aldeias do estado de Mato Grosso do Sul, ou que migraram para alguma delas após residência urbana ou em aldeias de outros países.

4.3.1 Critérios de inclusão

Para ser inserido na pesquisa foi necessário:

Possuir infecção pelo HIV;

Ter sido diagnosticado no período do estudo;
Ser indígena ou parceiro sexual de um indígena;
Residir em aldeias localizadas no estado do Mato Grosso do Sul;
Ser assistido pelo DSEI Mato Grosso do Sul.

4.3.2 Critérios de exclusão

Indígenas residentes de centros urbanos;
Crianças expostas ao HIV durante a gestação em rotina de acompanhamento clínico e laboratorial sem infecção pelo HIV.

4.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

4.4.1 Coleta de dados

Os dados sociais, demográficos, clínicos, laboratoriais, de evolução da doença e de mortalidade relativos aos indígenas que vivem ou viveram com HIV foram coletados em prontuários, arquivos e consolidados a partir de informações dos Polos Base e da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) do DSEI Mato Grosso do Sul e nos bancos de dados do SIASI.

As informações obtidas nos prontuários, fichas de notificação compulsória do SINAN e arquivos do DSEI foram transcritas para um instrumento de coleta de dados na forma de protocolo estruturado com as variáveis de interesse do estudo. Esse instrumento (APÊNDICE A) foi previamente encaminhado para a DIASI do DSEI Mato Grosso do Sul para análise e parecer quanto à possibilidade de coleta secundária das informações necessárias ao cumprimento dos objetivos da pesquisa.

Para os dados sociais relacionados à identidade étnica foi adotada a nomeação oficial da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e para este registro foi considerado o reconhecimento comunitário da identidade étnica no SIASI.

Os dados demográficos como população, aldeia, Polo Base, município, sexo, entre outros, foram coletados mediante o cadastro e registro permanente realizados pelos profissionais que trabalham nos Polos Base do DSEI Mato Grosso do Sul no SIASI.

Os dados de condição econômica relativos ao tipo de ocupação, aposentadorias, bolsas e incentivos monetários governamentais, assim como os dados de escolaridade, práticas religiosas, tipo de relacionamento e parceria fixa foram coletados nos arquivos e consolidados das Áreas Técnicas da DIASI do DSEI Mato Grosso do Sul.

Informações a respeito dos resultados de exames laboratoriais como carga viral e contagem de Linfócitos T CD4+ foram coletadas no banco de dados do SISCEL do LACEN do estado de Mato Grosso do Sul. Foram considerados apenas os resultados do primeiro exame realizado.

Todos os dados foram coletados e analisados no decorrer do ano de 2014 após aprovação dos conselhos, comitês e comissões competentes.

4.4.2 Análise dos dados

Utilizou-se da epidemiologia descritiva para apresentação dos dados, sendo as variáveis expressas em proporções e em medidas de incidência, prevalência e tendência. Para se verificar a associação entre as variáveis de interesse utilizou-se o teste qui-quadrado de Karl Pearson para as variáveis categóricas, com nível de significância de 95%.

Foi investigada a distribuição da doença no espaço e no tempo procurando-se saber quem adoeceu, onde adoeceu e quando adoeceu.

Para conhecimento da situação epidemiológica da infecção pelo HIV nas aldeias do estado de Mato Grosso do Sul foi utilizada a prevalência por período, taxas de incidência anual e distribuição espacial dos casos em mapas (por município) e quadros (por aldeia, Polo base e

município).

Os dados referentes aos pacientes inseridos nesse estudo foram analisados de duas formas. Primeiro considerando as informações referentes ao total de casos registrados de 2001 a 2014, depois contando apenas os casos que residiam nas aldeias em 2014. Os óbitos e pacientes que se mudaram para centros urbanos ou para aldeias de outros países foram excluídos. Dessa forma, foi possível conhecer o histórico epidemiológico da doença e de pacientes, assim como as características atuais dos mesmos. O primeiro grupo foi composto por 103 pessoas e o segundo por 48 pessoas.

Para visualização da distribuição de casos de infecção pelo HIV nas aldeias do estado de Mato Grosso do Sul foram construídos dois quadros. Um com a frequência de casos por aldeia, município e Polo Base de referência no momento em que o diagnóstico foi realizado (N = 103 casos) e outro com a frequência por aldeia, município e Polo Base de referência atual dos pacientes que ainda vivem e residem nas aldeias do estado (N = 48 casos). Foram construídos ainda dois mapas, um com a propagação dos casos ano a ano e outro com os casos atuais.

Para análise de evolução para o desenvolvimento da AIDS, calculou-se o intervalo de tempo entre a data de diagnóstico de infecção pelo HIV até a data de notificação de AIDS no SINAN.

A análise do tempo de vida após o diagnóstico foi realizada através do cálculo de anos desde a data de descoberta da infecção pelo HIV até a data do óbito, e técnicas de Tempo de Sobrevivência em meses, através de análises não paramétricas via método de Kaplan-Meier.

A análise dos resultados de exames laboratoriais como carga viral e contagem de linfócitos T-CD4+ foi realizada a fim de relacionar a detecção de carga viral e a baixa contagem de linfócitos T-CD4+ a uma evolução mais rápida para a AIDS e ou óbito, proporcionado pela possibilidade de um diagnóstico tardio.

As variáveis socioeconômicas foram faixa etária, local de moradia, escolaridade, ocupação. As variáveis relacionadas à infecção foram: status da infecção (HIV ou AIDS) se faz tratamento, tipo de relacionamento sexual (heterossexual, homossexual ou bissexual), parceria sexual fixa, uso de preservativo antes e depois do diagnóstico e uso de drogas injetáveis.

De modo geral todas as variáveis utilizadas compõem a linha para determinação da caracterização epidemiológica da infecção pelo HIV na população indígena assistida pelo DSEI Mato Grosso do Sul.

A organização dos dados foi realizada mediante a inclusão das variáveis de estudo em planilhas do Microsoft Excel 2010, o que permitiu a disponibilização e transferência destes para a análise estatística no programa IBM SPSS Statistic 20[®].

4.5 CRITÉRIOS ÉTICOS E LEGAIS PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo teve início após a análise ética e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS) sob o parecer 438.344 em 28 de Outubro de 2013 e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o parecer 707.439 de 02 de Julho de 2014.

A pesquisadora obteve parecer favorável à pesquisa do DSEI Mato Grosso do Sul (ANEXO A) e do CONDISI Mato Grosso do Sul (ANEXO B), além de autorização do LACEN Mato Grosso do Sul para acesso ao banco de dados do SISCEL (ANEXO C).

Os resultados, dados e informações obtidas através deste poderão ser utilizados em outras pesquisas, futuras publicações e apresentações em eventos científicos. A pesquisadora se compromete em utilizar as informações coletadas mantendo o sigilo e a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

4.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Para qualquer estudo sobre o processo saúde/doença dos povos indígenas precisa-se levar em consideração a enorme sócio diversidade existente e o cuidado para comparação de dados entre as regiões de um país ou do mundo (COIMBRA JR; SANTOS, 2001).

As fontes de dados oficiais sobre as populações indígenas são precárias e oscilam muito ao longo do tempo. O registro de informações e o seu armazenamento são dificuldades compartilhadas pelos diversos órgãos, entidades e organizações que prestam serviços a essa população (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2014).

Questões relacionadas às características da população também influenciam na dificuldade de acesso à informação. Mobilidade populacional intensa e frequente entre aldeias, a livre movimentação entre fronteiras internacionais como Brasil/Paraguai e Brasil/Bolívia pelas populações indígenas, falta de documentos pessoais, troca de nomes e data de nascimento são as principais delas.

A carência de informações específicas além de limitar estudos e seus resultados, pode interferir nas definições de estratégias pelos serviços de atenção à saúde trazendo como consequências a difusão de doenças e aumento do risco de adoecimento devido às ações mal planejadas (COIMBRA JR; SANTOS; ESCOBAR, 2005).

No histórico da atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil, a maior parte dos estudos realizados iniciou-se a partir de temas e assuntos antropológicos com pouca ou nenhuma análise epidemiológica, tornando obscuro o conhecimento sobre como certas doenças agem, infectam e se propagam dentro das comunidades indígenas. Contudo, em relação aos anos 90 o número de pesquisas realizadas na década seguinte com esta população quadruplicou. Entre eles destaque para os estudos epidemiológicos (TEIXEIRA; SILVA, 2013).

No caso da infecção pelo HIV é imprescindível para seu controle, a vigilância epidemiológica, o estudo do perfil dos infectados, a compreensão do contexto ambiental e social, o conhecimento da dinâmica de vida de cada grupo e a identificação dos determinantes e condicionantes de saúde e doenças a que eles são expostos, pois sua propagação está diretamente ligada ao meio em que o vírus circula e a quem ele infecta (MASCHING et al., 2012).

As principais dificuldades para a realização deste estudo estão centradas, fundamentalmente, na obtenção de informações demográficas e na fragilidade dos registros em prontuários, consolidados e SIASI, necessários para o cálculo de indicadores e delineamento de perfis. Por esse motivo muitas variáveis não puderam ser coletadas integralmente e foram anotadas como: sem informação.

Tais fatores associados às prerrogativas necessárias para realização de pesquisas com populações indígenas exercem importante influência sobre o conhecimento de determinantes e perfis de saúde nessas sociedades, pois diminuem o interesse do desenvolvimento de estudos por parte dos pesquisadores interferindo na quantidade e qualidade de achados disponíveis.

Os indígenas com infecções pelo HIV residentes das aldeias urbanas, como por exemplo, as localizadas no município de Campo Grande não fizeram parte desta pesquisa, pois a

assistência prestada a essas populações é realizada pela Rede municipal de Atenção à Saúde, e todas as informações referente a situação de saúde desses pacientes não são de conhecimento do DSEI Mato Grosso do Sul.

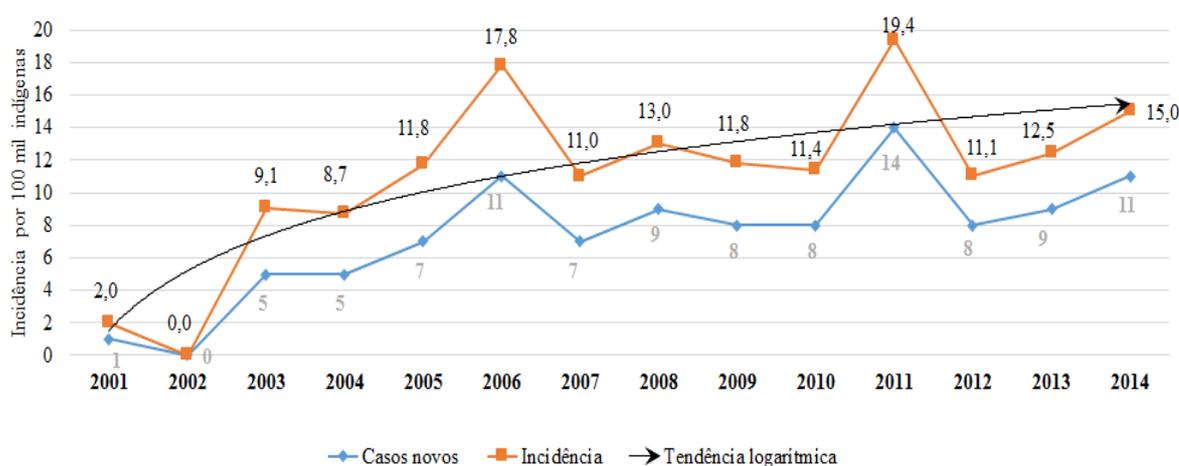
Após a criação do Distrito, o primeiro caso de infecção pelo HIV diagnosticado pelas EMSI, ocorreu em 2001, na aldeia Passarinho no município de Miranda, Região Norte do DSEI. No ano seguinte não houve nenhum novo diagnóstico, eles voltaram a ser registrados apenas em 2003, nos municípios de Aquidauana, Dourados e Paranhos.

Entre os anos de 2004 e 2009 houve uma grande expansão da infecção em indígenas no estado. Anastácio, Amambai, Japorã, Porto Murtinho, Brasilândia, Tacuru, Caarapó, Juti, e Coronel Sapucaia passaram a incluir os municípios com ao menos um caso de infecção pelo HIV em suas aldeias.

Em 2010 e 2011 os novos diagnósticos continuaram a ser realizados nos mesmos municípios dos anos anteriores. Já no ano subsequente, em 2012, ocorreram casos em aldeias de mais duas cidades, Sidrolândia e Dois Irmãos do Buriti. Desde então, o cenário dos municípios com pelo menos um caso de infecção de HIV em suas aldeias não teve alterações em relação ao ano anterior. Todas as novas infecções se restringiram a locais onde já existiam casos prévios.

Sendo assim, em 14 anos foram identificados indígenas vivendo com o HIV em aldeias de 8 municípios da Região Sul (Dourados, Paranhos, Amambai, Japorã, Tacuru, Caarapó, Juti e Coronel Sapucaia) e 7 municípios da Região Norte (Miranda, Aquidauana, Anastácio, Porto Murtinho, Brasilândia, Sidrolândia e Dois Irmãos do Buriti) do DSEI Mato Grosso do Sul.

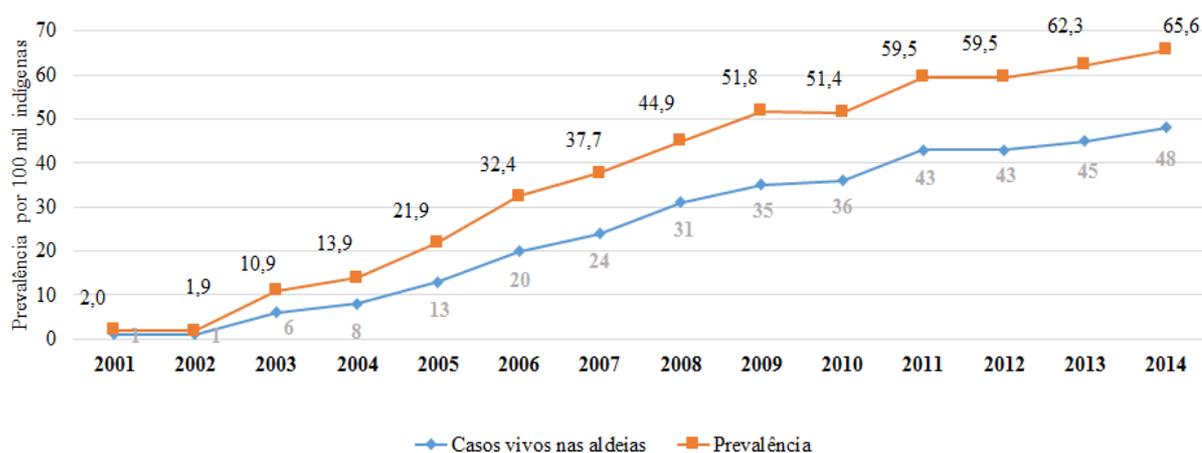
Figura 5 – Taxa de Incidência (por 100.000) e número de casos de infecção pelo HIV na população indígena assistida pelo DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014



A figura 5 apresenta a expansão da infecção pelo HIV no período analisado. Nele, a incidência se demonstra crescente e a propagação de casos representa uma situação epidêmica, segundo a tendência logarítmica. Considerando a flutuação anual das taxas e observando a tendência da incidência mantida por mais de uma década, pressupõe-se que infecção por HIV adotaria uma característica endêmica.

Para o cálculo da Prevalência foram excluídos os óbitos e os indígenas que se mudaram das aldeias para áreas urbanas ou até mesmo para outros países fronteiriços, como o Paraguai, por exemplo.

Figura 6 – Prevalência (por 100.000) e número de casos de infecção pelo HIV na população indígena assistida pelo DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014



A evolução das prevalências e seu aumento anual sugerem endemicidade e demonstram o risco da manifestação do HIV quando são observadas taxas elevadas de incidência e prevalência persistentes no tempo (figura 6).

Tabela 2 – Distribuição dos casos segundo local de diagnóstico de infecção pelo HIV por Polo Base, município e aldeia no estado de Mato Grosso do Sul entre os anos de 2001 e 2014

Polo Base	Casos		Município	Casos		Aldeia	Casos	
	Nº	%		Nº	%		Nº	%
Amambai	23	22,3%	Amambai	16	15,5%	Amambai	12	11,7%
			Coronel Sapucaia	7	6,8%	Limão Verde de Amambai	4	3,9%
							Taquapery	7
Aquidauana	6	5,8%	Anastácio	1	1,0%	Aldeinha	1	1,0%
			Aquidauana	5	4,9%	Bananal	3	2,9%
						Limão Verde de Aquidauana	1	1,0%
						Ypegue	1	1,0%
Bodoquena	1	1,0%	Porto Murtinho	1	1,0%	Alves de Barros	1	1,0%
Brasilândia	2	1,9%	Brasilândia	2	1,9%	Ofaié	2	1,9%
Caarapó	6	5,8%	Caarapó	5	4,9%	Caarapó	5	4,9%
			Juti	1	1,0%	Taquara	1	1,0%
Dourados	36	35,0%	Dourados	36	35,0%	Bororó	17	16,5%
						Jaguapirú	19	18,4%
Iguatemi	10	9,7%	Japorã	10	9,7%	Porto Lindo	10	9,7%
Miranda	5	4,9%	Miranda	5	4,9%	Moreira	1	1,0%
						Passarinho	4	3,9%
Paranhos	3	2,9%	Paranhos	3	2,9%	Pirajuí	3	2,9%
Sidrolândia	3	2,9%	Dois Irmãos do Buriti	2	1,9%	Buriti	2	1,9%
			Sidrolândia	1	1,0%	Córrego do Meio	1	1,0%
Tacuru	3	2,9%	Tacuru	3	2,9%	Sassoró	3	2,9%

Na tabela 2, do total de infecções (N=103), cinco foram identificadas em indígenas que residiam em centros urbanos, e que se mudaram para aldeias posteriormente, por esse motivo não entraram na tabela acima.

Dos 14 Polos Base registraram-se casos em 78,6% (N=11) e das aldeias em 26,6% (N=20) das delas. Já sobre os municípios com aldeias em seu território político, em 48,4% (N=15) deles foram registrados casos.

As aldeias com o maior número de diagnósticos realizados são a Jaguapirú e a Bororó, ambas localizadas no município de Dourados e atendidas pelo Polo Base de Dourados.

Para o cálculo da taxa de Incidência além dos casos novos diagnosticados dentro das aldeias, foram acrescentados os pacientes que residiam em centros urbanos já com o diagnóstico da infecção realizado e migraram para alguma das aldeias do estado posteriormente. Dessa forma, ele foi considerado caso novo na aldeia, sendo que o ano considerado para o cálculo foi o ano em que ele fixou residência, e não o ano do diagnóstico.

Tabela 3 – Análise das variáveis sócio-econômicas por sexo entre os indígenas infectados pelo HIV assistidos pelo DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014 (N=103)

	Sexo						P
	F		M		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária no momento do diagnóstico							0,046
0 - 10	1	100,0	0	0,0	1	1,0	
10 - 20	17	85,0	3	15,0	20	19,4	
20 - 40	26	59,1	18	40,9	44	42,7	
40 - 60	11	42,3	15	57,7	26	25,2	
60 e +	6	50,0	6	50,0	12	11,7	
Etnia							0,308
Kaiowá	32	59,3	22	40,7	54	52,4	
Terena	13	54,2	11	45,8	24	23,3	
Guarani	14	73,7	5	26,3	19	18,4	
Kadiwéu	1	100,0	0	0,0	1	1,0	
Ofaié	0	0,0	1	100,0	1	1,0	
Não Indígena	1	25,0	3	75,0	4	3,9	
Escolaridade							0,055
Analfabeto	17	77,3	5	22,7	22	21,4	
Ensino Fundamental Incompleto	31	64,6	17	35,4	48	46,6	
Ensino Fundamental Completo	5	50,0	5	50,0	10	9,7	
Ensino Médio Incompleto	0	0,0	1	100,0	1	1,0	
Ensino Médio Completo	0	0,0	1	100,0	1	1,0	
Superior Completo	1	100,0	0	0,0	1	1,0	
Sem Informação	7	35,0	13	65,0	20	19,4	
Ocupação							< 0,001
Do lar	46	100,0	0	0,0	46	44,7	
Braçal	0	0,0	18	100,0	18	17,5	
Sem Ocupação	5	50,0	5	50,0	10	9,7	
Autônomo	0	0,0	3	100,0	3	2,9	
Serviços Gerais	1	33,3	2	66,7	3	2,9	
Agente Indígena de Saúde	1	100,0	0	0,0	1	1,0	
Montador de Móveis	0	0,0	1	100,0	1	1,0	
Motorista	0	0,0	1	100,0	1	1,0	
Sem Informação	8	40,0	12	60,0	20	19,4	
Benefícios sociais							< 0,001
Sim	36	59,2	9	40,8	45	43,7	
Não	9	36,0	16	64,0	25	24,3	
Sem Informação	16	48,5	17	51,5	33	32,0	

Os resultados estão apresentados em frequência absoluta e frequência relativa, sendo que a frequência relativa das variáveis está por linha e a do total por coluna. Valor de p no teste do qui-quadrado.

Na tabela 3, a propagação da infecção segundo as variáveis socioeconômicas, permite observar que mais da metade dos casos ocorreram no sexo feminino, na faixa etária de 20 a 39 anos (p 0,046), da etnia Kaiowá e com ensino fundamental incompleto para ambos os sexos (p 0,055). Já sobre as ocupações, a de cuidadora do lar foi a mais frequente para as mulheres e a de

trabalhador braçal para os homens ($p < 0,001$).

Uma quantidade significativa de paciente 43,7% ($p < 0,001$) recebiam auxílio do governo através de benefícios sociais.

Tabela 4 – Análise das variáveis clínicas e laboratoriais por sexo entre os indígenas infectados pelo HIV assistidos pelo DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014 (N=103)

	Sexo						P
	F		M		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Condição clínica							0,876
Infecção pelo HIV	31	58,5	22	41,5	53	51,5	
AIDS	30	60,0	20	40,0	50	48,5	
Tempo de evolução entre o diagnóstico de HIV e o diagnóstico da AIDS							0,033
Simultâneo ao diagnóstico do HIV	1	20,0	4	80,0	5	10,0	
< 1 ano	13	52,0	12	48,0	25	50,0	
1 ano - 5 anos	10	71,4	4	28,6	14	28,0	
5 anos e +	6	100,0	0	0,0	6	12,0	
1ª Carga Viral realizada							0,292
Detectável	44	68,8	25	36,2	69	67,0	
Não detectável	5	62,5	3	37,5	8	7,8	
Não realizada / Não encontrada no SISCEL	12	46,2	14	53,8	26	25,2	
1ª contagem de T-CD4+ (em células/mm³)							0,044
< de 350	26	64,3	15	36,6	41	39,9	
350 - 500	10	50,0	10	50,0	20	19,4	
500 e +	13	86,7	2	13,3	15	14,6	
Não realizada / Não encontrada no SISCEL	12	44,4	15	55,6	27	26,2	
Óbito							0,019
Sim	18	45,0	22	55,0	40	38,8	
Não	43	68,3	20	31,7	63	61,2	
Tempo de evolução entre o diagnóstico de HIV e o óbito							0,520
Simultâneo ao diagnóstico de HIV	4	36,4	7	63,6	11	27,5	
< 1 ano	7	50,0	7	50,0	14	35,0	
1 ano - 5 anos	4	36,4	7	63,6	11	27,5	
5 anos e +	3	75,0	1	25,0	4	10,0	
Letalidade							0,138
Ligadas ao HIV ou a AIDS	12	38,7	19	61,3	31	77,5	
Outras causas	6	66,7	3	33,3	9	22,5	

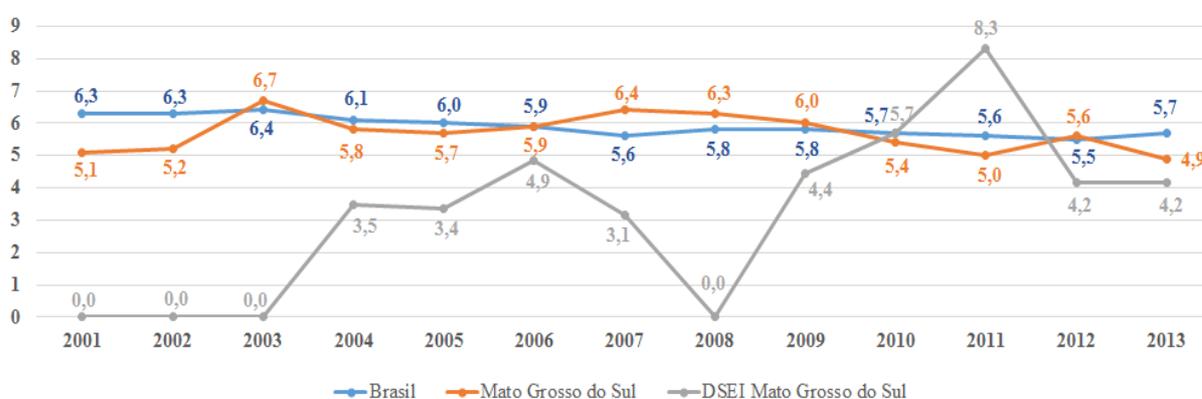
Os resultados estão apresentados em frequência absoluta e frequência relativa, sendo que a frequência relativa das variáveis está por linha e a do total por coluna. Valor de p no teste do qui-quadrado.

A tabela 4 permite observar que os diagnósticos pelos exames sorológicos são posteriores ou simultâneos à hipótese diagnóstica clínica para ambos os sexos, principalmente frente ao déficit imunológico notado já na primeira contagem de Linfócitos TCD4+ realizada, e a rapidez

entre o tempo de evolução do diagnóstico de HIV e o diagnóstico da AIDS.

As altas porcentagens referentes a mortalidade expressam também um risco importante para o óbito com pouco tempo de evolução desde o diagnóstico da infecção (62,5%) com alta letalidade por AIDS (77,5%).

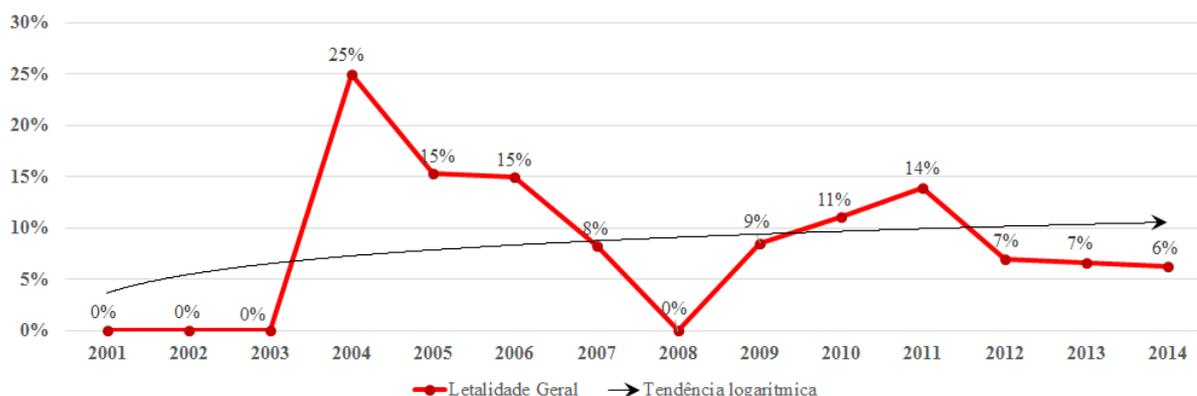
Figura 7 – Taxa de Mortalidade por AIDS (por 100.000) distrital, estadual e nacional de 2001 a 2014



A figura 7 mostra que a taxa de mortalidade anual por AIDS no estado de Mato Grosso do Sul é próxima da nacional. No caso do DSEI é observada maior vulnerabilidade das taxas com frequente variação entre os anos, possivelmente relacionada à subnotificação, deficiência na identificação da causa da mortalidade e desconhecimento da infecção pelo HIV.

Em 2014 a taxa de mortalidade encontrada no Distrito foi de 4,1 óbitos por AIDS para cada grupo de 100 mil indígenas.

Figura 8 – Letalidade por AIDS no DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014



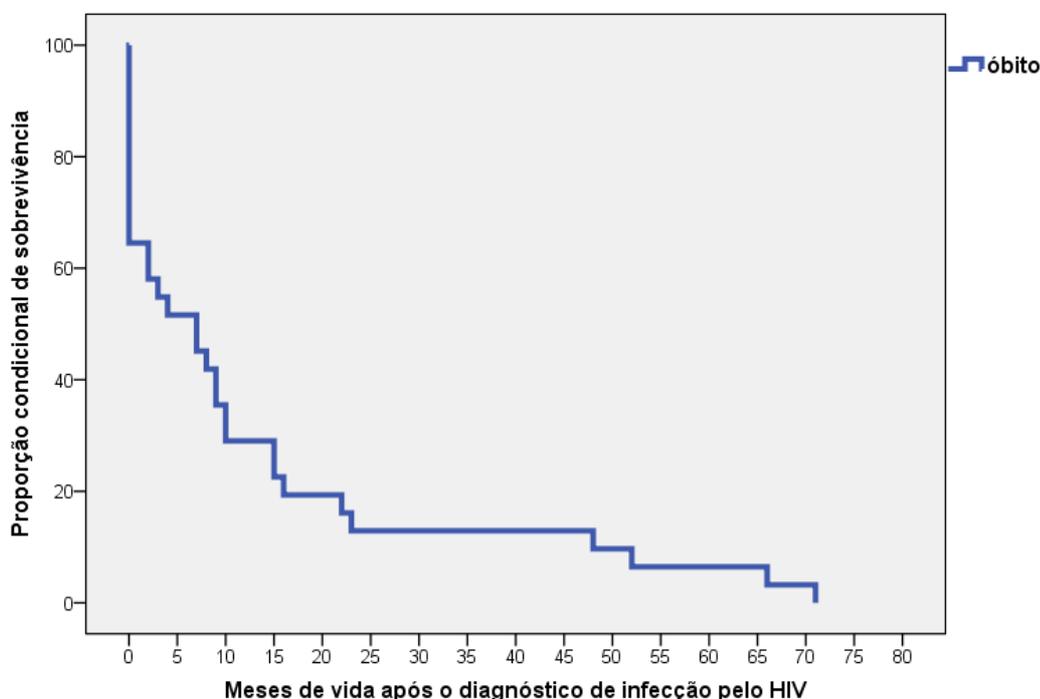
Na figura acima observa-se um súbito aumento na taxa de letalidade no ano de 2004. A queda nos anos seguintes se dá provavelmente por conta de um denominador maior frente a identificação de novos casos da infecção, percebida após a implantação do Programa de DST/AIDS no Distrito.

Tabela 5 – Média do tempo de sobrevivência (em meses) após o diagnóstico de infecção pelo HIV entre os indígenas infectados pelo HIV assistidos pelo DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014 (N=103)

	Média do tempo de sobrevivência (meses)			
	Estimativa	Desvio padrão	Intervalo de Confiança 95%	
			Limite mínimo	Limite máximo
Evento				
Óbito	12,9	3,5	6,0	19,8

A média de tempo de sobrevivência de um paciente com infecção pelo HIV no DSEI Mato Grosso do Sul é de 13 meses a partir do momento do diagnóstico. Já a maior probabilidade de morrer ocorre entre os 6 e os 20 meses.

Figura 9 – Curva de Kaplan-Meier com a estimativa da sobrevivência após o diagnóstico de infecção pelo HIV no DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014



Na figura 9 é possível observar que a perspectiva de sobreviver no primeiro ano é perto de 30%. Dos sobreviventes, aqueles que ultrapassarem os 22 meses terão uma expectativa de vida para mais 30 meses. Um resultado preocupante é que o ponto final de expectativa não chega aos 75 meses ou aos 6 anos e meio de vida, reafirmando a rápida evolução desde o diagnóstico ao óbito.

Tabela 6 – Relação do primeiro resultado da contagem de Linfócitos T-CD4+ com o tempo de evolução (em anos) da infecção pelo HIV até o desenvolvimento da AIDS na população indígena assistida pelo DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014

	Tempo de evolução para a AIDS									P
	No diagnóstico		0 --- 1		1 --- 5		5 e +		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	
1ª contagem de T-CD4+ (em cél./mm³)	0,002									
< 350	2	8,0	14	56,0	9	36,0	0	0,0	25	50,0
350 --- 500	1	14,3	3	42,9	2	28,6	1	14,3	7	14,0
500 e +	0	0,0	0	0,0	2	33,3	4	66,7	6	12,0
Não realizada / Não encontrada no SISCEL	2	16,7	8	66,7	1	8,3	1	8,3	12	24,0

A tabela 6 confirma a importância do diagnóstico precoce, uma vez que dos pacientes que desenvolveram a AIDS e fizeram exames de acompanhamento imunológico, 84,2% apresentaram deficiência já no primeiro exame realizado, com uma contagem de Linfócitos T CD4+ menor que 500 células/mm³, e evolução de 62,5% para a Síndrome em menos de um ano. Em contraponto, 66,7% dos pacientes que apresentaram mais de 500 células/mm³ demoraram cinco anos ou mais para manifestarem a doença, e nenhum a manifestou em menos de um ano. Provavelmente estes foram diagnosticados em tempo mais oportuno do que os outros, permitindo intervenção terapêutica oportuna.

Tabela 7 – Relação entre o primeiro resultado da contagem de Linfócitos T-CD4+ e o óbito na população indígena infectada pelo HIV, assistida pelo DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014

	Óbito						P
	Sim		Não		Total		
	N	%	N	%	N	%	
1ª contagem de T-CD4+ (em cél./mm³)							< 0,001
< 350	16	39,0	25	61,0	41	39,9	
350 +- 500	2	10,0	18	90,0	20	19,4	
500 e +	2	13,3	13	86,7	15	14,6	
Não realizada / Não encontrada no SISCEL	20	74,1	7	25,9	27	26,2	

Os resultados estão apresentados em frequência absoluta e frequência relativa, sendo que a relativa das variáveis está por linha e a do total por coluna. Valor de p no teste do qui-quadrado.

A tabela 7 também chama atenção para as condições do sistema imune já no primeiro exame de acompanhamento realizado após o diagnóstico nos pacientes que foram a óbito. Nela é possível observar que houve relação significativa entre o evento de óbito e o déficit imunológico, pois dos que faleceram e chegaram a realizar a contagem de linfócitos, 90% estavam com menos de 500 células/mm³.

Tabela 8 – Tipos de exames mais utilizados para o diagnóstico de infecção pelo HIV no DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014

	Exame diagnóstico										p
	Exames laboratoriais (LACEN)		ELISA em papel filtro (IPED/APAE)		Teste Rápido		S/I		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Ano do diagnóstico de HIV											< 0,001
2001	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	
2003	2	40,0	2	40,0	0	0,0	1	20,0	5	4,9	
2004	3	50,0	0	0,0	0	0,0	3	50,0	6	5,8	
2005	0	0,0	2	28,6	0	0,0	5	71,4	7	6,8	
2006	8	72,7	2	18,2	1	9,1	0	0,0	11	10,7	
2007	1	14,3	2	28,6	0	0,0	4	57,1	7	6,8	
2008	3	33,3	6	66,7	0	0,0	0	0,0	9	8,7	
2009	0	0,0	4	50,0	1	12,5	3	37,5	8	7,8	
2010	1	12,5	2	25,0	0	0,0	5	62,5	8	7,8	
2011	4	28,6	2	14,3	3	21,4	5	35,7	14	13,6	
2012	1	11,1	1	11,1	4	44,4	3	33,3	9	8,7	
2013	0	0,0	1	10,0	5	50,0	4	40,0	10	9,7	
2014	2	25,0	0	0,0	6	75,0	0	0,0	8	7,8	
Total	26	25,2	24	23,3	20	19,4	33	32,0	103	100	

Os resultados estão apresentados em frequência absoluta e frequência relativa, sendo que a frequência relativa das variáveis está por linha e a do total por coluna. Valor de p no teste do qui-quadrado.

O método diagnóstico de infecção pelo HIV mais frequente (25,2%) no DSEI Mato Grosso do Sul em todo o período do estudo foram os exames laboratoriais (ELISA, Western Blot, Teste de Imunofluorescência indireta ou Imunoblot) realizados pelo LACEN após encaminhamento da amostra de sangue pelo município.

Os exames realizados por meio de papel filtro, exclusivamente utilizados entre as mulheres cadastradas no Programa de pré-natal, apareceram como o segundo maior exame diagnóstico (23,3%).

Apesar de aparecer como o terceiro tipo de exame mais frequente (19,4%), o teste rápido para HIV passou a ser o método com o maior número de diagnósticos realizados a partir de 2012, superando os resultados obtidos através de exames laboratoriais e em papel filtro juntos. Nesse período, 75% dos diagnósticos foram realizados pelos testes rápidos.

Para 32,0% dos pacientes não estava disponível o tipo de exame utilizado para o diagnóstico.

Tabela 9 – Frequência de diagnósticos de infecção pelo HIV em mulheres gestantes assistidas pelo DSEI Mato Grosso do Sul de 2001 a 2014

Diagnósticos em mulheres		Nº	%
Mulheres em período gestacional no momento do diagnóstico			
Sim		30	49,2
Não		31	50,8
Gestantes diagnosticadas através dos exames do IPED/APAE			
Sim		24	80
Não		6	20

Dos diagnósticos em mulheres, próximo da metade (49,2%) foi realizado durante a gestação, sendo que desses, 80% foram através dos exames realizados pelo IPED/APAE proporcionados pelo Programa de triagem pré-natal dentro das aldeias.

Tabela 10 – Número, porcentagem e prevalência (por 100.000) dos pacientes vivendo com o HIV segundo local de residência (aldeia, Polo Base e município) no estado de Mato Grosso do Sul em dezembro de 2014 (N=48)

Polos Base	Casos			Municípios	Casos		Aldeias	Casos		
	Nº	%	Preval.		Nº	%		Nº	%	Preval.
Amambai	8	16,7	61,8	Amambai	7	14,6	Amambai	4	8,3	56,9
				Limão Verde	3	6,3	187,3			
				Coronel Sapucaia	1	2,1	Taquapery	1	2,1	32,4
Aquidauana	3	6	44,3	Aquidauana	3	6	Água Branca	1	2	177,6
							Limão Verde	2	4	172,3
Brasilândia	2	4	1904,8	Brasilândia	2	4	Ofaié	2	4	1904,8
Caarapó	4	8	63,6	Caarapó	3	6	Caarapó	3	6	63,9
				Juti	1	2	Taquara	1	2	353,4
Dourados	18	38	118,5	Dourados	18	38	Bororó	6	13	94,6
							Jaguapirú	12	25	177,7
Iguatemi	7	15	137,1	Japorã	7	15	Porto Lindo	6	13	152,1
							Yvykatu	1	2	285,7
Miranda	3	6	40,8	Miranda	3	6	Moreira	1	2	89,0
							Passarinho	2	4	163,8
Sidrolândia	3	6	67,6	Dois Irmãos do Buriti	3	6	Buriti	3	6	314,8

A tabela 10 estabelece uma comparação dos casos em suas distintas dimensões territoriais, demonstrando que a alta prevalência está mais relacionada ao tamanho populacional das aldeias do que com a quantidade de casos registrados em cada uma delas.

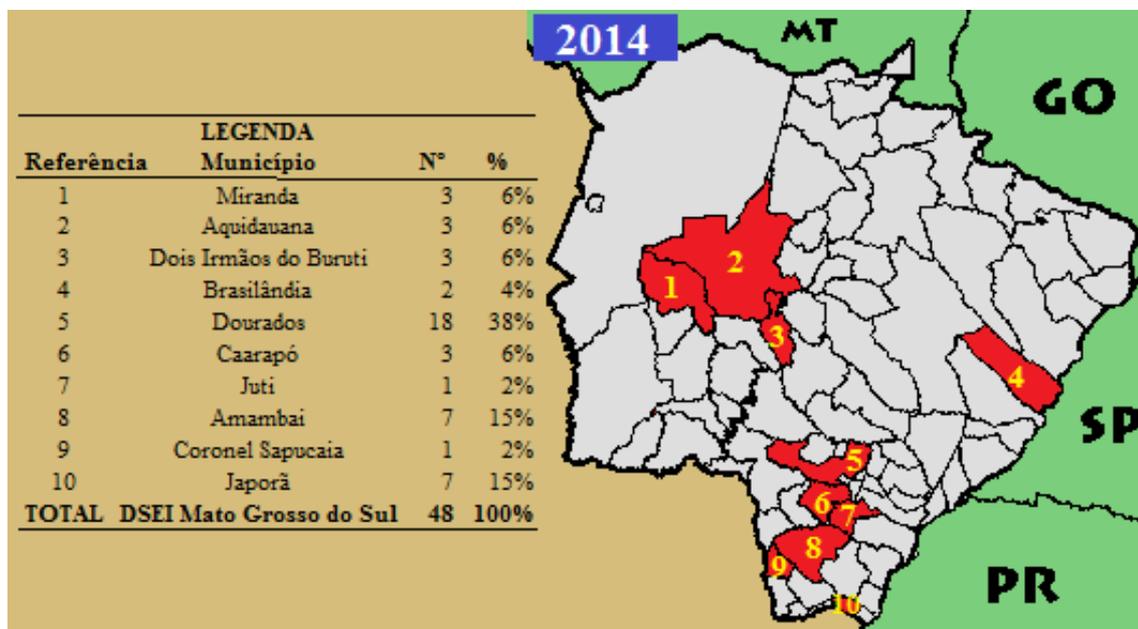
A aldeia Ofaié, por exemplo, apresenta uma prevalência altamente elevada com somente 4% (n=2) do total de casos, enquanto a aldeia Jaguapirú com 25% (n=12) dos casos apresenta uma prevalência mais baixa.

Até dezembro de 2014, 57,1% dos Polos Base possuíam indígenas vivendo com HIV em 20% das aldeias que atendem.

Tabela 11 – Ranking de prevalência (por 100 mil habitantes) de infecção pelo HIV por Polo Base e aldeia de residência no estado de Mato Grosso do Sul em 2014

Posição	Prevalência por Polo Base	Posição	Prevalência por aldeia
1 ^a	Brasilândia 1904,8	1 ^a	Ofaié 1904,8
2 ^a	Iguatemi 137,1	2 ^a	Taquara 353,4
3 ^a	Dourados 118,5	3 ^a	Buriti 314,8
4 ^a	Sidrolândia 67,6	4 ^a	Yvykatu 285,7
5 ^a	Caarapó 63,6	5 ^a	Limão Verde de Amambai 187,3
6 ^a	Amambai 61,8	6 ^a	Jaguapirú 177,7
7 ^o	Aquidauana 44,3	7 ^o	Água Branca de Aquidauana 177,6
8 ^a	Miranda 40,8	8 ^a	Limão Verde de Aquidauana 172,3
	DSEI-MS 65,6	9 ^a	Passarinho 163,8
		10 ^a	Porto Lindo 152,1
		11 ^a	Bororó 94,6
		12 ^a	Moreira 89,0
		13 ^a	Caarapó 63,9
		14 ^a	Amambai 56,9
		15 ^a	Taquapery 32,4
			DSEI-MS 65,6

Figura 10 – Mapa de distribuição espacial segundo município de residência dos indígenas assistidos pelo DSEI Mato Grosso do Sul vivendo com o HIV em 2014



Dos 31 municípios com aldeias indígenas no estado, 10 deles possuem indígenas com infecção pelo HIV. De todos os casos 78% concentram-se na Região Sul do DSEI Mato Grosso do Sul, sendo a maioria, 38%, no município de Dourados.

Tabela 12 – Análise das variáveis socio econômicas por sexo na população indígena infectada pelo HIV assistida pelo DSEI Mato Grosso do Sul em 2014 (N=48)

	Sexo						p
	F		M		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária em dezembro de 2014							0,551
10 - 20	3	100,0	0	0,0	3	6,2	
20 - 40	21	70,0	9	30,0	30	62,5	
40 - 60	8	72,7	3	27,3	11	22,9	
60 e +	2	50,0	2	50,0	4	8,3	
Etnia							0,243
Kaiowá	14	73,7	5	26,6	19	39,6	
Terena	13	81,2	3	18,8	16	33,3	
Guarani	6	66,7	3	33,3	9	18,8	
Ofaié	0	0,0	1	100,0	1	2,1	
Não Indígena	1	33,3	2	66,7	3	6,3	
Escolaridade							0,387
Analfabeto	6	75,0	2	25,0	8	16,7	
Fundamental Incompleto	21	77,8	6	22,2	27	56,3	
Fundamental Completo	4	50,0	4	50,0	8	16,7	
Ensino Médio Completo	0	0,0	1	100,0	1	2,1	
Superior Completo	1	100,0	0	0,0	1	2,1	
Sem Informação	2	66,7	1	33,3	3	6,3	
Ocupação							0,000
Do lar	28	100,0	0	0,0	28	58,3	
Braçal	0	0,0	6	100,0	6	12,5	
Sem ocupação	3	50,0	3	50,0	6	12,5	
Serviços Gerais	1	50,0	1	50,0	2	4,2	
Agente Indígena de Saúde	1	100,0	0	0,0	1	2,1	
Autônomo	0	0,0	1	100,0	1	2,1	
Montador de móveis	0	0,0	1	100,0	1	2,1	
Motorista	0	0,0	1	100,0	1	2,1	
Sem Informação	1	50,0	1	50,0	2	4,2	
Recebimento de benefícios sociais							0,007
Sim	29	80,6	7	19,4	36	75,0	
Não	2	25,0	6	75,0	8	16,7	
Sem Informação	3	75,0	1	25,0	4	8,3	

Os resultados estão apresentados em frequência absoluta e frequência relativa, sendo que a frequência relativa das variáveis está por linha e a do total por coluna. Valor de p no teste do qui-quadrado.

A tabela 12 demonstra que o cenário atual não apresenta mudanças quando comparado com o cenário socioeconômico e demográfico histórico do DSEI apresentado anteriormente na tabela 3. A faixa etária, o sexo predominante, assim como a etnia, a ocupação, permanecem as mesmas. Apenas o recebimento de benefícios sociais apresentou porcentagens maiores.

Tabela 13 – Características comportamentais dos indígenas infectados pelo HIV assistidos pelo DSEI Mato Grosso do Sul em 2014 (N=48)

Frequências		
	Nº	%
Parceria fixa		
Sim	29	60,4
Não	19	39,6
Parceria também possui infecção pelo HIV?		
Sim	16	55,2
Não	12	41,4
Sem Informação	1	3,4
Tipo de relacionamento sexual		
Heterossexual	44	91,7
Bissexual (HSH)	2	4,2
Sem Informação	2	4,2
Uso de preservativo antes do diagnóstico de HIV		
Sim	2	4,2
Não	39	81,3
Não se aplica (transmissão vertical)	1	2,1
Sem Informação	6	12,5
Uso de preservativo após o diagnóstico de HIV		
Sim	8	16,7
Não	32	66,7
Sem Informação	8	16,7
Usuários de drogas injetáveis		
Sim	4	8,3
Não	42	87,5
Sem Informação	2	4,2
Comorbidades		
Etilismo	9	16,7
Tuberculose	6	11,1
Colelitíase	1	1,9
Déficit Mental	1	1,9
Hepatite B	1	1,9
Nenhuma	36	66,7

Dos pacientes que viviam com infecção pelo HIV até dezembro de 2014, 60,4% possuíam parceiros sexuais fixos, dos quais 55,2% também eram infectados pelo HIV.

Do total de mulheres, 61,8% possuíam parceiros fixos, e do total dos homens 57,2%. Dos que possuíam parcerias fixas, 68,4% eram mulheres.

Quanto ao comportamento sexual dos homens 14,3% praticavam sexo com outros homens.

A adesão ao uso do preservativo é baixíssima. Somente 12,5% passaram a usar preservativos após o diagnóstico. Mesmo assim o índice de não adesão se sobressai, 66,7%

continuam não usando preservativos mesmo após o diagnóstico.

Fazem parte da categoria de exposição usuários de drogas injetáveis, 8,3% dos pacientes. Todos localizados nas aldeias do Polo Base de Dourados.

A comorbidade mais frequente é o etilismo, seguido pela tuberculose.

Tabela 14 – Adesão ao tratamento e local de referência para o atendimento especializado aos indígenas com infecção pelo HIV no DSEI Mato Grosso do Sul em 2014

Tratamento		
	Nº	%
Tratamento		
Sim	41	85,4
Não	7	14,6
Local do tratamento		
SAE Dourados	20	48,8
SAE Ponta Porã	7	17,1
SAE Naviraí	5	12,2
CEDIP Campo Grande	4	9,8
SAE Três Lagoas	2	4,9
CRAES	2	4,9
HU	1	2,4

O local de tratamento definido para cada paciente é realizado conforme o município de localização das aldeias. O encaminhamento aos serviços especializados obedece o Plano Diretor de Regionalização do estado, com definição inclusive de micro e macrorregiões de saúde de referência para cada aldeia.

Dos pacientes que havia até o final de 2014, 85,4% dele faziam acompanhamento especializado nos centro de referência, porém isso não significa que todos são assíduos nas consultas agendadas e nem que fazem uso correto e diário da TARV, conforme prescrição médica.

6 DISCUSSÃO

Neste estudo são discutidos os resultados epidemiológicos da infecção pelo HIV relacionados com a condição das pessoas segundo as variáveis sócio demográficas, clínicas, laboratoriais e comportamentais da população indígena do estado de Mato Grosso do Sul.

Existem poucas pesquisas que analisam as características das populações indígenas no mundo vivendo com HIV. Sobre esta situação, em julho de 2014 durante a 20ª Conferência Internacional sobre AIDS na cidade de Melbourne, Austrália, o pesquisador James Ward fez um apelo à comunidade que estuda o HIV e a AIDS, e solicitou que identificassem os povos indígenas como populações-chave, e alertassem o mundo para o crescimento da epidemia muitas vezes invisível nos relatórios e declarações de agências internacionais.

Ele enfatizou ainda que ser indígena não incrementa o risco para infecção, mas sim as desigualdades na saúde e os determinantes sociais que afetam profundamente tais populações, colocando-as em necessidade especial e urgente. Se não for assim, os povos indígenas continuarão indevidamente representados e a infecção pelo HIV permanecerá sendo não visualizada (WARD, 2014).

Sobre a situação da população indígena do estado de Mato Grosso do Sul, um único trabalho próximo à esse tema foi publicado. Trata-se de um artigo de 2011 que traz informações sobre as doenças sexualmente transmissíveis e AIDS entre indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul entre os anos de 2001 e 2005, porém pelas metodologias de estudos distintas, os dados não puderam ser comparados (FERRI, GOMES; 2011).

Na presente pesquisa, foram identificados 103 casos de infecção pelo HIV registrados no DSEI Mato Grosso do Sul. A maioria (95,1%) diagnosticada em indígenas residentes de aldeias, e uma pequena parcela em indígenas residentes de áreas urbanas, que se mudaram para as aldeias posteriormente já com a infecção diagnosticada, mostrando que as aldeias estão expostas ao externo e sofrem influência dos centros urbanos que as cercam.

Esta migração, principalmente entre os indígenas que vivem em áreas próximas aos centros urbanos, demonstra uma das formas de entrada do vírus às aldeias, além de deixar claro que as populações indígenas sofrem influência das populações urbanas adjacentes (PONCE; NORIEGA, 2011).

A partir da criação do DSEI no estado, o primeiro diagnóstico de infecção pelo HIV realizado pelas EMSI foi na aldeia Passarinho localizada no município de Miranda, Região Norte do Distrito, no ano de 2001, como mostra a figura 4. Contudo, esse fato não se constitui como evidência de ser o caso inicial devido que casos simultâneos ou até mesmo anteriores, ainda sem diagnóstico em consequência da pequena cobertura e baixa capacidade dos serviços de saúde que se iniciavam na época, já existissem em outros locais (BRASIL, 1999; DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2007).

A figura 4 também evidencia da magnitude e distribuição territorial da epidemia e demonstra através da identificação de casos em aldeias de diversos municípios do estado, a evolução da capacidade diagnóstica a partir dos três primeiros anos de estabelecido o DSEI.

Tal capacidade ficou ainda mais intensa nos anos seguintes, provavelmente pelo aumento da cobertura de assistência em decorrência da criação de outros Polos Base e contratação de profissionais para comporem as EMSI. Entretanto, não se pode desconsiderar a intensificação do comportamento de risco e o real aumento da transmissão do vírus (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2010).

Sendo assim, a importância da identificação e registro do local de ocorrência do caso é clara, pois possibilita conhecer a dimensão da epidemia e a intensidade da difusão do vírus. Sem essas informações a visualização do evento sofreria interferências, e prejudicaria o planejamento de ações e definições de estratégias (COIMBRA JR; SANTOS; ESCOBAR, 2005; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2014).

Já a velocidade de expansão da doença é expressa através da taxa de incidência, como observada na figura 5. Esta apresenta um crescimento rápido de casos nos anos iniciais devido aos vários diagnósticos realizados após a criação do atual modelo de assistência à saúde dos povos indígenas, e posteriormente traz um aumento progressivo de taxas associado a velocidade de contágio e maior cobertura diagnóstica.

Entre os anos de 2001 e 2004 a linha de tendência da incidência se expressou um pouco mais crescente do que nos anos posteriores em razão do início de diagnósticos. Já em 2006, ano seguinte a conclusão da implantação do Programa de DST/AIDS no DSEI Mato Grosso do Sul, foi registrada a segunda maior taxa de incidência de todo o período estudado, foram 17,8 casos de infecção pelo HIV para cada 100 mil indígenas (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2010).

Desde o primeiro caso em 2001, nos 13 anos posteriores foram identificadas outras 102

infecções pelo HIV em 20 aldeias de 15 municípios diferentes. Foram em média 8 casos novos por ano.

Segundo a tendência logarítmica da incidência, a condição epidêmica manifesta continuidade crescente para os próximos anos e caracteriza a propagação da infecção pelo HIV no DSEI Mato Grosso do Sul. O maior número de casos novos ocorreu no ano de 2011, foram 14 diagnósticos que representaram uma taxa de 19,4 casos por 100 mil indígenas.

Essa incidência é próxima da encontrada em indígenas da Nova Zelândia (22,1 X 100 mil) entre os anos de 2004 e 2008 e quase 5 vezes maior do que a encontrada em Índios Americanos e Nativos do Alasca nos Estados Unidos da América (4,2 X 100 mil) em 2013 (SHEA et al., 2011; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015).

Em se tratando da representatividade de novos casos de infecção pelo HIV entre indígenas e não indígenas, nos Estados Unidos da América menos de 1% dos novos diagnósticos foram realizados nas populações indígenas. No Canadá foram cerca de 12%. Já no Brasil, não foi possível contabilizar tal informação em virtude da infecção pelo HIV não fazer parte da lista de agravos e doenças de notificação compulsória antes de junho de 2014, que até então incluía apenas os casos de AIDS (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2011; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2013; BRASIL, 2014a).

Dessa forma, também não foi possível comparar as taxas de incidência de infecção observadas no DSEI Mato Grosso do Sul com as taxas estaduais e nacional.

Já a prevalência, diferentemente da taxa de incidência que teve flutuações anuais, manifestou constante aumento da quantidade de pacientes vivendo com HIV nas aldeias atendidas pelo DSEI Mato Grosso do Sul. Foi um incremento médio de cerca de 5 casos por 100 mil indígenas ao ano.

Em 2007 a prevalência (37,7 X 100 mil) foi 19 vezes maior do que em 2001 (2,0 X 100 mil) e quase duas vezes menor do que em 2014 (65,6 X 100 mil), ano em que a doença foi mais prevalente no período estudado. Em indígenas de países de primeiro mundo como o Canadá, em 2011 a prevalência estimada foi de 544,0 casos por 100 mil indígenas (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2011).

Ainda assim é necessário ressaltar que este estudo se refere apenas da população indígena assistida pelo DSEI Mato Grosso do Sul e que se fossem acrescentados os dados nacionais, tanto a taxa de incidência quanto a prevalência de casos poderiam ser maiores de acordo com a situação

das diversas aldeias do país, que permanece desconhecida.

De todos os casos registrados, 78,6% estão localizados na Região Sul no DSEI Mato Grosso do Sul, região que concentra mais da metade da população indígena do estado. Desses casos, 44,4% referem-se às aldeias do Polo Base de Dourados, o mais populoso do Distrito (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2014a).

Colabora para esse fato a proximidade e a facilidade de acesso entre as aldeias dessa Região e os centros urbanos. Tal circunstância proporciona um itinerário de circulação permanente de indígenas nas cidades impulsionados pela pobreza e busca de oportunidades de trabalho. Nessas ocasiões muitos são submetidos à exploração e violência sexual, situação que constitui um fator importante de risco para a transmissão do HIV (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2005).

A exploração sexual, assim como a violência sexual também são frequentes dentro das aldeias. Relatos de estupros são continuamente registrados pelos Polos Base. Desde 2010 foram notificados quase 130 casos de violência sexuais no DSEI Mato Grosso do Sul (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2015b).

A situação de adensamento populacional vivida pelos indígenas do Polo Base de Dourados também é um ponto a ser considerado. São mais de 15 mil pessoas vivendo em um território de reserva indígena de aproximadamente 3,5 mil hectares, área extremamente pequena para quantidade populacional existente, que traz consigo um leque de problemas sociais, desemprego e violências (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2014a; INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2015).

A tabela 3 sintetiza as principais características socioeconômicas dos indígenas com infecção pelo HIV. Ela evidencia que a epidemia no DSEI Mato Grosso do Sul atinge principalmente o segmento adulto jovem da população, 42,7% dos pacientes foram diagnosticados com o HIV na faixa etária de 20 a 39 anos para ambos os sexos.

No Brasil, apesar de não se conhecer a faixa etária dos pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV, se conhece a de detecção da AIDS. Desde o início da epidemia a faixa etária mais frequente, 61,5% dos casos de AIDS, também foi a de 20 a 39 anos (BRASIL, 2014a).

Em termos da propagação da infecção segundo o número e proporção da infecção, mais da metade dos casos (59,2%) foram encontrados no sexo feminino. Situação diferente da encontrada na população indígena de países como os Estados Unidos da América, onde em 2013

o sexo masculino foi o que mais se infectou. Eles representam 78% dos novos casos, sendo que desses, 71% pelo contato sexual entre homens (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015).

No Brasil como um todo o cenário também foi outro, a maioria dos casos estão presentes na população masculina. Em 2013, 64,8% dos casos de AIDS foram diagnosticados em homens, e até junho de 2014 já eram 65,1% (BRASIL, 2014a).

Desde a criação do DSEI Mato Grosso do Sul um único caso de transmissão vertical do HIV foi registrado. Todas as demais crianças expostas ao HIV tiveram o diagnóstico de caso descartado após a realização dos exames de seguimento no período de acompanhamento preconizado pelo Ministério da Saúde.

A etnia com o maior número de infecções foi a Kaiowá (52,4%), que é também a maior etnia do DSEI em tamanho populacional. Ela localiza-se quase exclusivamente na Região Sul do Distrito, local inclusive, de maior concentração da epidemia.

Após, vem a etnia Terena, que possui a segunda maior população do estado, e maioritariamente (85%) reside na Região Norte. Ainda assim, 46,7% das infecções pelo HIV nessa etnia foram registrados em indígenas que moravam na Região Sul do DSEI, demonstrando que a infecção pelo HIV no DSEI Mato Grosso do Sul está ligada não somente a classificação étnica, mas também a representatividade populacional de cada uma e a Região de residência.

A escolaridade mais frequente, assim como no Brasil, foi o Ensino Fundamental Incompleto para ambos os sexos, 46,6%. Um dado que chamou a atenção foi a quantidade de pacientes analfabetos. Enquanto no Brasil a porcentagem foi de 4,0%, entre os indígenas assistidos pelo DSEI Mato Grosso do Sul, foi de 21,4%, demonstrando que a condição social local e o acesso à educação escolar é menor (BRASIL, 2014a).

A ocupação mais frequente foi a de cuidadora do lar (44,7%) exclusiva da população feminina, seguida pelos trabalhadores braçais (17,5%), por sua vez exclusiva da população masculina. Em terceiro lugar vieram os indígenas que estavam sem ocupação (9,7%).

As informações sobre a característica laboral ou de ocupação reforçam a pressuposição que a transmissão do HIV se dá de homem para mulher. Pois o fato das mulheres serem donas de casa, exibe uma situação de baixa probabilidade de contração do vírus. E os homens exercendo práticas laborais braçais, na maioria das vezes em fazendas, usinas sucroalcooleiras e colheitas de maçã no estado do Paraná, se ausentam do lar por longos períodos e se expõem a um risco maior

de infecção, através do relacionamento sexual fora das aldeias, contaminando suas mulheres ao retornarem.

Os dados clínicos e laboratoriais apresentados na tabela 4, demonstram que do total de pacientes infectados pelo HIV, 48,5% evoluíram para AIDS, dos quais 60,0% com menos de um ano desde o diagnóstico da infecção.

Esses dados manifestam preocupação quando comparados aos dados nacionais da população geral, onde o período de latência após a fase de infecção aguda até o desenvolvimento da imunodeficiência é de 5 a 10 anos (média de 6 anos). O tempo de evolução se mostra então, muito inferior ao encontrado no Brasil, e sugere que o diagnóstico da infecção pelo HIV foi realizado já no final do período de latência, revelando-se tardio (BRASIL, 2010d).

Do total de casos de infecção, as mulheres apresentam 1,5 vezes mais evolução para AIDS do que os homens.

Relacionado aos exames laboratoriais de acompanhamento da doença, no primeiro exame de carga viral realizado, ela foi detectável em 67,0% dos pacientes. E na primeira contagem de Linfócitos T-CD4+, 39,9% apresentaram resultado menor que 350 células/mm³, indicando deficiência imunológica importante já no momento seguinte ao diagnóstico.

Desde 2001, foram a óbito 38,8% do total de pacientes que viviam com HIV, sendo 55,0% homens e 45,0% mulheres. Chamando novamente atenção, 62,5% morreram com menos de 1 ano de diagnóstico de infecção, dos quais 27,5% só foram diagnosticados no momento do óbito. Dos que faleceram, 77,5% tiveram a AIDS definida como causa básica da morte.

O primeiro óbito causado pela AIDS no DSEI Mato Grosso do Sul foi identificado em 2004, e pode estar relacionado a pequena cobertura da época. Dessa forma, é provável a ocorrência de subregistros, assim como imprecisões na declaração da causa da morte dos indígenas, posteriormente expressados por taxas de mortalidade que inclusive perpassaram as taxas de comparação estadual e nacional (gráfico 3).

Com isso é possível supor que as taxas estudadas dependem mais da capacidade diagnóstica do que do comportamento da doença, sendo presumível que entre 2001 e 2003 tenham ocorrido óbitos por AIDS que não foram identificados.

A mortalidade é um dos indicadores mais sensíveis para avaliar o efeito de medidas preventivas e terapêuticas. Apesar do tempo de sobrevivência pós-infecção pelo HIV ser indefinido e variar de indivíduo para indivíduo, no DSEI Mato Grosso do Sul ele é extremamente baixo, haja

visto que com o uso da TARV é possível viver com o HIV por décadas (BRASIL, 2010d).

Conforme mostram a tabela 5 e o gráfico 4 a média do tempo de sobrevivência dos pacientes no Distrito é de 13 meses, onde apenas 30% possuem perspectiva de sobreviver além do primeiro ano. O maior risco ao óbito manifesta-se entre os 6 e 20 meses, e os que alcançam os dois anos ganham uma expectativa de vida de mais 30 meses. O tempo de vida após o diagnóstico da infecção não ultrapassa porém, os 72 meses.

Semelhante ao encontrado nesta pesquisa, a população indígena norte americana também possui taxas de sobrevivência baixas após o diagnóstico de HIV. São estas etnias que apresentam o menor tempo de sobrevivência comparada às demais no país (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2013).

Especialistas observaram em uma pesquisa realizada na África do Sul, que os níveis de Linfócitos T-CD4+ no sangue é uma condição fundamental relacionada ao aumento da expectativa de vida dos pacientes que vivem com HIV. Para os que iniciam o tratamento antes da queda dos Linfócitos a níveis de deficiência imunológica, é possível atingir entre 70 e 86% da expectativa de vida observada na população em geral (JOHNSON et al., 2013).

Sobre as condições clínicas dos pacientes, conforme os resultados do primeiro exame de acompanhamento de Carga Viral e Linfócitos T-CD4+, apresentados na tabela 6, dos pacientes que evoluíram para AIDS, 64,0% apresentaram Linfócitos T-CD4+ menor que 500 células/mm³ na primeira contagem, sendo que desses 62,5% desenvolveram a Síndrome com menos de um ano desde o diagnóstico de HIV.

Percebe-se que a deficiência imunológica também é fator determinante para evolução ao óbito, pois 59,3% dos indígenas infectados pelo HIV apresentaram déficit imunológico, dos quais 90,0% foram a óbito (tabela 7). Já dos que apresentaram mais de 500 células/mm³, apenas 13% faleceram.

Tais informações sublinham novamente que o diagnóstico de infecção pelo HIV na população indígena assistida pelo DSEI Mato Grosso do Sul é possivelmente tardio, pois os resultados laboratoriais, o frequente déficit imunológico já no primeiro exame de acompanhamento e a rápida evolução da doença tanto para AIDS quanto para o óbito, indicam que os serviços de saúde não respondem com eficiência e em tempo oportuno, e caso essa condição não seja revertida a mortalidade vai continuar elevada devido as dificuldades na oportunidade diagnóstica.

Em se tratando dos métodos diagnósticos, desde o início das atividades do DSEI, o tipo de exame mais utilizado para identificação dos casos foram os exames laboratoriais realizados pelo LACEN, responsáveis por 25,2% dos diagnósticos. Em sequência apareceu o exame em sangue seco em papel filtro realizado pelo IPED/APAE, com 23,3%, e depois os testes rápidos, com 19,4%, conforme a tabela 8.

Observando os métodos diagnósticos historicamente, nos primeiros anos, de 2001 a 2006, com exceção de 2005, 60,9% dos diagnósticos foram realizados através de exames laboratoriais. Nos anos seguintes, 2005, 2007, 2008, 2009 e 2010, após a implantação do Programa de Proteção a Gestante no estado, os exames do IPED/APAE foram os que mais identificaram casos (INSTITUTO DE PESQUISAS, ENSINO E DIAGNÓSTICOS, 2015).

A implantação desse programa permitiu um significativo aumento da cobertura de testagem em mulheres e conseqüentemente a maior probabilidade de encontrar casos pela obrigatoriedade da realização do exame de HIV no período gestacional. No ano de 2014, por exemplo, foram mais de 3.400 exames de HIV realizados em gestantes através do IPED/APAE (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2015a).

Esse tipo de exame é realizado exclusivamente em mulheres cadastradas no programa de triagem pré-natal e é provavelmente um dos motivos de haver mais diagnósticos de infecção pelo HIV entre a população feminina do que entre a população masculina no DSEI Mato Grosso do Sul.

As limitações do diagnóstico do HIV na população masculina traz preocupação, pois favorecem a disseminação da infecção frente ao desconhecimento da situação de infecção e continuidade de práticas de risco.

Já a partir de 2012 com o início da testagem rápida para o HIV no Distrito, mesmo com a quantidade de testes rápidos realizados (434 em 2012, 507 em 2013 e 639 em 2014) consideravelmente inferior a dos exames do IPED/APAE (próximo de 3.500 ao ano), este foi o tipo de exame que permitiu obter mais diagnósticos de casos. (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2012a; 2015a).

Tal método apresentou uma taxa de amostras reagentes de 0,9%, e foi responsável por 75% dos diagnósticos desde sua implantação, evidenciando a eficiência de sua utilização em aldeias. A testagem rápida se mostrou também, uma grande aliada ao diagnóstico entre homens. Dos 15 casos identificados desde 2012, 8 foram em homens, sendo que somente em 2014 dos 6

diagnósticos, 5 foram em homens (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2015a).

Sendo assim, percebe-se que se houvesse igualdade entre as coberturas de exames para ambos os sexos, o cenário poderia ser diferente, ocorrendo talvez a inversão da razão de casos entre os sexos.

Na tabela 9 é possível perceber que 49,2% dos diagnósticos em mulheres foram realizados durante o período gestacional, sendo que desses 80% foram através dos exames realizados pelo IPED/APAE. Mais uma vez demonstrando a importância dos exames durante o pré-natal.

Na finalização do estudo a situação encontrada em dezembro de 2014 foi de 48 pessoas vivendo com o HIV no DSEI Mato Grosso do Sul, residentes de 15 aldeias, 10 municípios e 8 Polos Base (tabela 10 e figura 5).

Os três Polos Bases com as maiores prevalências de casos foram o Polo de Brasilândia, com 1.905 casos por 100 mil indígenas, o Polo de Iguatemi, com 137,1 casos por 100 mil indígenas e Dourados com 118,5 casos por 100 mil, conforme mostra a tabela 11.

No Brasil, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde estima que aproximadamente 734 mil pessoas viviam com HIV/AIDS até o final do ano de 2014, correspondendo a uma prevalência de 0,4% (BRASIL, 2014a).

Já as três aldeias com as maiores prevalências foram a Ofaié (1904,8 X 100 mil), a Taquara (353,4 X 100 mil) e a Buriti (314,8 X 100 mil), localizadas respectivamente nos municípios de Brasilândia, Juti e Dois Irmão do Buriti.

As altas prevalências nessas aldeias decorrem da pequena quantidade de pessoas que nelas residem. As aldeias populacionalmente pequenas, como as citadas acima, preocupam os serviços de saúde devido a proporção de pessoas doentes e a maior possibilidade de contato sexual pela prática de endogamia, aumentando o risco de contágio nesses locais (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 2015).

A Região Sul do DSEI continua com a maior porcentagem de infecção pelo HIV, são 77,1% dos casos do Distrito, assim como o Polo Base com o maior número de casos, permanece o de Dourados, 38%.

As características dos pacientes segundo as variáveis analisadas mostraram que a maior concentração de indígenas vivendo com HIV no DSEI Mato Grosso do Sul está entre os

indivíduos com idade entre 20 e 39 anos em ambos os sexos. Entre os homens essa faixa etária corresponde a 64,3% e entre as mulheres a 61,8 %.

No Brasil apesar das informações serem a respeito dos casos de AIDS e não de infecção pelo HIV, o cenário é semelhante, a maior concentração está entre as pessoas com idade entre 25 e 39 anos, também para ambos os sexos (BRASIL, 2014a).

A etnia mais frequente ainda é a Kaiowá seguida pela Terena. A escolaridade o Ensino Fundamental Incompleto, a ocupação de cuidadoras do lar para mulheres e trabalhadores braçais para os homens também permanece semelhante.

A porcentagem de pessoas que recebem benefícios fornecidos pelo governo quando compara a de 2001 a 2014, aumentou, provavelmente em decorrência da facilidade de adesão aos programas sociais. Em 2014, 75% dos pacientes passaram a receber bolsas para complemento de renda.

Já sobre as características comportamentais dos indígenas, a porcentagem de homens solteiros vivendo com o HIV, comparada a porcentagem de mulheres solteiras também com o HIV é maior, 42,9% e 38,2%, respectivamente (tabela 13). Em decorrência desse fato, é reiterada a forma de transmissão do vírus, de homem para mulher, frente à prática de multiplicidade de parcerias ser mais frequente e socialmente aceitável para os homens, que são também a maioria dos solteiros (VILLELA, 2005).

No Brasil, essa característica comportamental entre os homens se transforma em uma categoria de exposição ao vírus para as mulheres, pelo fato de seus parceiros, eventuais ou não, terem múltiplas parceiras sexuais. A vulnerabilidade feminina ao HIV então, remete às formas como homens e mulheres se relacionam na sociedade, onde a dinâmica certamente constitui importante variável na conformação da representação da epidemia (BARBOSA, 1999; VILLELA, 2005).

Em relação ao tipo de comportamento sexual não foi possível determinar o histórico geral de transmissão do HIV entre HSH por conta da deficiência no registro dessa informação, principalmente nos primeiros anos de implantado o DSEI. Contudo, em 2014 dos homens que viviam com o HIV nas aldeias do estado, 14,3% mantinham relacionamentos homossexuais.

Na população indígena de outros países, como nos Estados Unidos da América, essa categoria de exposição chega a 71%. Já no Canadá, no entanto, apenas 8,5% das infecções são

atribuídas aos HSH (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2011; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015).

De modo geral, o comportamento sexual está intimamente ligado à necessidade de práticas preventivas. No Brasil, as ações desenvolvidas para a prevenção da infecção pelo HIV primam-se pela recomendação do uso do preservativo em todas as relações sexuais (BRASIL, 2008).

A adesão ao preservativo pelas populações indígenas, no entanto, não é uma prática habitual. Influenciam na tomada de decisão quanto ao uso do preservativo, as representações indígenas sobre corpo e seus fluidos, o processo de reprodução, a concepção de saúde, as relações conjugais e extraconjugais (BRASIL, 2008).

No DSEI Mato Grosso do Sul, a adesão não é diferente, foi distribuído menos de dois preservativos por pessoa em idade sexualmente ativa (10 a 69 anos) no ano de 2014, quantidade insuficiente para manutenção de um comportamento sexual seguro (DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL, 2015a).

Percebe-se que este único mecanismo é limitado como estratégia de prevenção, principalmente nas aldeias que têm contato mais intenso com a sociedade envolvente e, que consequentemente também se expõem mais ao risco.

Portanto, para as populações indígenas, segundo o manual técnico sobre Aconselhamento em DST/HIV/AIDS no Contexto do Distrito Sanitário Especial Indígena, o trabalho de prevenção deve partir das percepções de cada comunidade sobre as formas de transmissão e de prevenção de doenças. Como exemplo, em algumas localidades do Brasil por conta da intensificação das relações das populações indígenas com a sociedade envolvente, tem-se orientado internamente em diversas comunidades sobre a necessidade de adoção do preservativo pelo menos nas relações sexuais estabelecidas fora das aldeias (BRASIL, 2008).

A presença de portadores do HIV em algumas comunidades indígenas também traz novos desafios e ainda é motivo de muita preocupação para os profissionais de saúde. Em algumas comunidades indígenas, é muito difícil preservar a identidade dos que vivem com HIV e esse fato tem acarretado em atitudes extremas, como situação de exclusão da vida social e afastamento temporário ou definitivo da aldeia em diversas partes do país (BRASIL, 2008).

É a primeira vez que se relata a existência de usuários de drogas injetáveis vivendo com o HIV nas aldeias do estado de Mato Grosso do Sul. Todos os casos foram especificamente

encontrados no Polo Base de Dourados, polo que possui a maior população indígena do DSEI. O uso de drogas injetáveis aumenta diretamente o risco de transmissão do HIV pela prática de compartilhamento de seringas, agulhas e outros objetos que possam conter sangue (BRASIL, 2008).

Desse fato, surge a possibilidade de um grave problema no seio da comunidade local, e manifesta o risco de aumento da transmissão entre os indígenas da Região de Dourados também por esse meio assim como já ocorre entre os indígenas canadenses e norte-americanos, onde o uso de drogas injetáveis é a maior causa das infecções pelo HIV (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2011; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015).

Nos Estados Unidos da América ainda, os indígenas comparados a outros grupos raciais, tendem a usar drogas e álcool com mais frequência e em maior quantidade (BRASIL, 2008; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015).

No DSEI Mato Grosso do Sul o uso de álcool é um problema associado. O alcoolismo apareceu como a maior comorbidade entre os indígenas vivendo com HIV, e embora não cause diretamente a transmissão, pode reduzir as inibições, prejudicar o julgamento e levar a comportamentos que aumentam o risco à infecção pelo HIV (BRASIL, 2008).

É necessário diante de tais situações, que as atividades de prevenção incluam e abordem temas sobre o efeito do uso de substâncias e as práticas sexuais, pois muitas drogas, lícitas e ilícitas, alteram os sentidos e a percepção de risco dos usuários, podendo influenciar na decisão do uso do preservativo nas relações sexuais (BRASIL, 2008).

Faz-se necessária, também, atenção especial aos pacientes com indicação para TARV, visando que o uso de drogas não impede a adesão ao tratamento. No caso do álcool, sabe-se que seu uso concomitante a TARV pode potencializar o desenvolvimento de doenças hepáticas, contudo, a suspensão das medicações tem consequências mais graves e não deve ser recomendada (BRASIL, 2008).

Outra circunstância que merece especial atenção está relacionada ao tratamento e sua continuidade (apresentada na tabela 14), pois mesmo com a maioria dos pacientes frequentando os Serviços de Atendimento Especializado (SAE) ou outros Serviços de referência, as características clínicas e laboratoriais percebidas não condizem com o uso diário, contínuo e nas doses indicadas dos medicamentos antirretrovirais. Demonstrando que provavelmente a TARV prescrita não é seguida pelos pacientes.

Assim sendo, fica evidente a necessidade de acompanhamento intenso por parte da atenção básica após o retorno dos indígenas das consultas especializadas, cogitando inclusive, a institucionalização do uso da TARV através da estratégia de tratamento diretamente observado.

Para um melhor atendimento às necessidades dos pacientes a articulação entre os Serviços de Atenção à Saúde Indígena e os Serviços de Referência se faz imprescindível, devendo começar pelas pactuações de fluxos de contra referência e troca de informações para melhoria da comunicação intercultural entre profissionais dos serviços especializados e indígenas.

Esse ato está totalmente ligado a qualidade de atenção na referência, pois as populações indígenas padecem de um olhar humanizado voltado às suas realidades étnicas, muitas vezes discriminadas. Em consequência disso alguns optam, por não mais retornarem nas consultas e abandonam os tratamentos, acarretando na piora do quadro clínico, evolução da doença e no óbito (INTERAGENCY COALITION ON AIDS AND DEVELOPMENT, 2014).

A definição de acordo e ajustes nesse contexto é portanto, fundamental. Como exemplo toma-se a abordagem da Austrália nas políticas públicas relacionadas à epidemia do HIV nas populações indígenas. Grande parte dos trabalhos é baseada em parcerias participativas e em ações desenvolvidas de maneira horizontal sem imposição hierárquica de estratégias (WARD, 2014).

Logo, é recomendado que as entidades competentes dirijam-se às áreas de concentração da infecção, identifiquem onde os serviços estão faltando, desenvolvam ações de prevenção, ofereçam testes diagnósticos, tratamento e apoio aos casos encontrados proporcionando maior resolutividade nas ações (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014b).

Isto posto, os resultados deste estudo poderão contribuir para a definição e delineamento de estratégias de prevenção e intervenção da infecção pelo HIV, tornando possível que os serviços de Atenção à Saúde Indígena sejam mais eficazes, eficientes, ofereçam ou adaptem ações para aumentar a cobertura de atendimento, a fim de promover a saúde sexual, impedir novas infecções e evitar surtos da doença assim como a mortalidade precoce.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou as informações e análises sobre as características da infecção pelo HIV e da AIDS nos indígenas das aldeias do estado de Mato Grosso do Sul em 14 anos de assistência prestada pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul, de acordo com os principais indicadores epidemiológicos estabelecidos.

A análise epidemiológica dos casos visou uma melhor caracterização e visualização de tendências, características epidemiológicas, riscos e vulnerabilidades na população infectada, a fim de proporcionar meios para aprimorar as políticas públicas de enfrentamento à epidemia.

A falta de informação sobre o histórico pessoal e clínico dos pacientes, evidenciada pela quantidade de variáveis sem informação, demonstra o déficit na qualidade da atenção à saúde e registro de dados, o que denota ainda mais a vulnerabilidade em que se encontram os povos indígenas frente à epidemia do HIV.

A situação da epidemia demonstrou-se tendente ao crescimento e altamente letal. Segundo a tendência logarítmica das taxas de incidência e de prevalência de infecção pelo HIV, desde 2001 até o final de 2014, a situação epidêmica inicial adotou um caráter endêmico com risco de ser hiperendêmica caso o Sistema de Atenção às Populações Indígenas não venha a intervir com eficácia na propagação da doença.

Sobre a caracterização dos pacientes, a maioria foi diagnosticada na faixa etária de 20 a 39 anos, eram do sexo feminino, da etnia Kaiowá, com Ensino Fundamental Incompleto, mulheres cuidadoras do lar e homens trabalhadores braçais.

Através dos exames de acompanhamento percebeu-se a grande debilidade imunológica dos pacientes já no primeiro exame realizado. A rápida evolução tanto para a AIDS quanto para o óbito também demonstrou a baixa capacidade do Sistema de Atenção à Saúde em realizar diagnóstico oportuno e tratamento precoce.

A inclusão das aldeias ao Programa de Proteção à Gestante foi um dos maiores ganhos para as populações indígenas locais na primeira década do século XXI, não só pelos diagnósticos de infecção pelo HIV que realizou, mas também pela possibilidade de realização de um pré-natal integral e de qualidade, assim como pelo aumento da cobertura de diversos tipos de exames.

A mudança trazida pelo método diagnóstico dos testes rápidos, entre elas o menor período de tempo entre coleta e resultado, o fácil manuseio e a pouca exigência logística, o diferenciou da metodologia tradicional e proporcionou outro grande avanço na oportunidade diagnóstica no DSEI Mato Grosso do Sul.

Em pouco tempo de implantados os testes já comprovaram sua eficiência dentro de terras indígenas, demonstrando ainda que se seu alcance for ampliado e amplamente disponibilizado à população, o tempo de diagnóstico seria reduzido e a sobrevivência dos pacientes aumentaria com a maior possibilidade de diagnósticos precoces.

Frente às informações referentes às características dos pacientes e a propagação do vírus, mesmo levando em consideração as pessoas que migraram dos municípios para as aldeias já com a infecção instalada, observou-se que a transmissão do HIV já não depende apenas do contexto de fora das aldeias. É mais do que evidente que a difusão da infecção já está centrada no interior da maioria das aldeias com casos registrados.

Entretanto, deve-se ter o cuidado ao observar e definir a forma de chegada ou diagnóstico de um caso novo em aldeias que nunca tiveram casos de infecções pelo HIV conhecidas.

Sendo assim, a infecção pelo HIV já faz parte das morbidades presentes no interior das aldeias do estado de Mato Grosso do Sul e não pode ser desconsiderada, pois apresenta características preocupantes e rápida disseminação. Com isso, é necessária a compreensão das redes de transmissão e dos determinantes dos processos sociais e culturais de cada etnia e Região do DSEI.

Mesmo assim, a arma mais poderosa contra a propagação da infecção pelo HIV, ainda continua sendo a prevenção. E a melhor maneira de se prevenir dentro das aldeias é através do uso dos preservativos em todas as relações sexuais, já que essa é a forma de contágio mais comumente percebida.

Porém a adoção de outras medidas de prevenção especificamente direcionadas aos distintos povos indígenas, assim como o aumento da cobertura de exames, melhorias na oportunidade diagnóstica, acompanhamento e tratamento com qualidade são fundamentais para proporcionar o controle da epidemia.

Em todo o mundo a AIDS fez com que a sociedade refletisse sobre a sexualidade dos indivíduos e o mesmo deve ser incentivado entre as populações indígenas, pois a situação

observada, e diga-se já instalada, é grave e coloca em risco os demais membros de suas comunidades.

Tal circunstância associadas às vulnerabilidades sociais presentes deve ainda ser questionada pelos governos e responsáveis pela manutenção da saúde desses povos, já que em condições de desassistência ou fragilidade dela, o HIV poderia atingir dimensões catastróficas.

Apesar do acesso ao diagnóstico vir se ampliando e da grande evolução da capacidade de assistência do DSEI Mato Grosso do Sul, muito ainda precisa ser feito. Melhorias na qualidade dos registros de dados assim como a instituição de um tratamento direcionado às especificidades culturais indígenas são imprescindíveis. É responsabilidade da saúde indígena, como sistema de saúde, parar a epidemia, e aumentar a sobrevivência daqueles que já estão doentes.

O DSEI junto ao estado e municípios deve procurar superar todas as limitações (diagnóstico precoce, tratamento oportuno, acompanhamento médico clínico e social), no sentido de estender a discussão da situação identificada, inclusive com as organizações indígenas, para agir com todas as estratégias já preconizadas.

Aos gestores dos sistemas de saúde, as análises apresentadas subsidiam a tomada de decisões através das evidências e possibilitam adequações no planejamento das ações de controle desse agravo e criação de novas táticas em consonância às necessidades locais.

Dessa maneira, este trabalho é parte da responsabilidade compartilhada entre todas as pessoas frente ao interesse comum em controlar a transmissão do HIV e teve como maior intenção contribuir para que a realidade de enfrentamento a AIDS, já disponível em grande parte do mundo às populações não indígenas, possa ser também uma realidade para os povos originais.

8 RECOMENDAÇÕES

Após conclusão do estudo recomenda-se:

- Ampliação da capacidade diagnóstica;
- Ampliação da cobertura de exames diagnósticos, principalmente entre o sexo masculino;
- Implantação de um trabalho interdisciplinar e intersetorial para acompanhamento dos pacientes;
- Discussão de estratégias para a intervenção individual e coletiva dos que vivem com o HIV;
- Elaboração de um plano de contingência para o enfrentamento da epidemia de infecção pelo HIV;
- Disponibilização da TARV 3 em 1 a toda população indígena; e
- TARV mediante doses supervisionadas pelos Agentes Indígenas de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. O problema do objeto de Conhecimento na Epidemiologia. In: COSTA, D. C. (Org.). **Epidemiologia: teoria e objeto**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1999. p 203-220.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS. **Demografia dos povos indígenas no Brasil**. ABEP, 2014. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/?q=gt/internas/demografia-dos-povos-ind%C3%ADgenas-no-brasil>>. Acesso em: 10 set. 2014.

BARBOSA, R. H. S. AIDS e saúde reprodutiva: novos desafios. In: GIFFIN, K. COSTA, S. H. (Org). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 281-96.

BRAND, A. J. **O impacto da perda da terra sobre a tradição Kaiowa/Guarani: os difíceis caminhos da palavra**. Tese (Doutorado em História). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC/RS. Porto Alegre: 1997.

BRASIL. Lei 9836 de 23 de setembro de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 1999. Disponível em: <<http://www.leidireto.com.br/lei-9836.html>>. Acesso em: 12 ago. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**. Brasília: Ministério do Planejamento, 2000a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelagrandes_regioes211.shtm>. Acesso em: 1 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasil. **Povos indígenas e a prevenção às DST, HIV e AIDS: manual de diretrizes técnicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/indigena_hiv.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A AIDS nas fronteiras do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aids_frenteira.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e

AIDS. **Oficina de aconselhamento em DST/HIV/Aids no contexto do Distrito Sanitário Especial Indígena**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/oficina_aconselhamento_indigena.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ms>>. Acesso em: 3 set. 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Os indígenas no censo demográfico 2010**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2013.

BRASIL. Lei 12.314 de 19 de agosto de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 ago. 2010. Brasil, 2010c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12314.htm>. Acesso em: 20 out. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e Parasitárias: Guia de bolso**. 8ª edição revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guiabolso.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Versão preliminar do boletim epidemiológico AIDS/DST junho de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/vers_o_preliminar_boletim_aids_e_dst_2012_14324.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/biblioteca/coletanea2012/links/ONU/ONU%2011.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Versão preliminar do boletim epidemiológico AIDS/DST dezembro de**

2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: **Ministro abre campanha para teste de HIV em São Paulo**. Brasília, 2013b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/mobile/visualizarNoticia.cfm?cod=8254&tipo=noticia>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

BRASIL. **DECRETO Nº 8.065, DE 7 DE AGOSTO DE 2013. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 ago. 2013. Brasil, 2013c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm#art6>. Acesso em: 1 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolo_13_3_2014_pdf_28003.pdf> Acesso em: 5 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf>. Acesso em 03 dez. 2014.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014 . Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 jun. 2014b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/239/portaria_1271_de_06_06_2014_lista_dnc_pdf_41895.pdf>. Acesso em: 10 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Conheça o DSEI**. Brasília, 2014c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9540-destaques>>. Acesso em: 6 jun. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Portal sobre AIDS, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais. Tipos de exames. Brasília, 2015. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/tipos-de-exames>>. Acesso em 05 mar. 2015.

CARVALHO, N. S.; CHO, R.; FLORES, P. F. DST em Populações Indígenas no Brasil: análise crítica e revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 142-145, 2011. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista23-3-2011/7.%20DST%20em%20Populacoes%20Indigenas%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Center for HIV e a AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Division of HIV AIDS Prevention. **HIV among american indians and Alaska natives**. CDC, 2013. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk_aian.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Center for HIV e a AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Division of HIV AIDS Prevention. **HIV Among American Indians and Alaska Natives in the United States**. CDC, 2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk_AIAN_finalfactsheet.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015.

COIMBRA JR, C.E.A; SANTOS, R.V. Saúde, minorias e desigualdade: Algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100011>. Acesso em: 7 de out. 2014.

COIMBRA JR, C.E.A; SANTOS, R.V. **Perfil epidemiológico da população indígena no Brasil**: considerações gerais. Documento de Trabalho, 3. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia, Universidade Federal de Rondônia/Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001. Disponível em: <<http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc3.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

COIMBRA JR, C.E.A; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 2005. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/bsmtd/pdf/coimbra-9788575412619.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2014.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL. Fundação Nacional da Saúde. **Relatório anual de Gestão DSEI/MS 2007**. Campo Grande: FUNASA, 2007.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Ministério da Saúde. **Relatório anual de Gestão DSEI/MS 2010**. Campo Grande: Ministério da Saúde, 2010.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL. Divisão de Atenção à Saúde Indígena. **Relatório da I capacitação para executores de teste rápido para HIV e sífilis.** Campo Grande, 2012a.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL. Divisão de Atenção à Saúde Indígena. **Relatório da II capacitação para executores de teste rápido para HIV e sífilis.** Campo Grande, 2012b.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL. Divisão de Atenção à Saúde Indígena. **Relatório da III e IV capacitação para executores de teste rápido para HIV e sífilis.** Campo Grande, 2012c.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Saúde Indígena. **Caracterização demográfica, étnico-cultural dos povos indígena do DSEI Mato Grosso do Sul em junho de 2014.** Campo Grande: Ministério da Saúde, 2014a.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL. Divisão de Atenção à Saúde Indígena. **Relatório DST/AIDS 1º semestre de 2014.** Campo Grande, 2014b.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL. Divisão de Atenção à Saúde Indígena. **Relatório da V capacitação para executores de teste rápido para HIV e sífilis e I capacitação para executores de teste rápido de hepatite B e hepatite C.** Campo Grande, 2014c.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL. Divisão de Atenção à Saúde Indígena. **Consolidado Geral dos Polos Base.** Campo Grande, 2015a.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MATO GROSSO DO SUL. Divisão de Atenção à Saúde Indígena. **Relatório Área técnica de Saúde Mental.** Campo Grande, 2015b.

FERRI, E. K.; GOMES, A. M. Doenças sexualmente transmissíveis e aids entre indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul de 2001 a 2005. Saúde Coletiva, vol. 8, n. 47, p. 7-12. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84217101003>>. Acesso em: 03 jan. 2015.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE. Departamento de Saúde Indígena. Programa Nacional de DST/AIDS. **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, 2008.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE. Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul. **Implantação do Programa de DST/HIV/AIDS/Hepatites no Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso Do Sul**. FUNASA, 2010.

GARNELO, L.; MACEDO, G. E.; BRANDÃO, L. C. **Povos indígenas e a construção de políticas de saúde no Brasil**. Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.

INDIGENOUS PEOPLES OF AFRICA COORDINATING COMMITTEE. **Who are the Indigenous Peoples of Africa?** IPACC, 2014. Disponível em: <<http://www.ipacc.org.za/eng/who.asp>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2014**. IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/>>. Acesso em: 13 set. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISAS, ENSINO E DIAGNÓSTICOS. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais. **Institucional IPED APAE**. Campo Grande, 2015. Disponível em: <http://www.ipedapae.org.br/institucional> Acesso em: 01 mar. 2015.

INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL. **Aids ameaça jovens indígenas próximos às áreas urbanas**. ISA, 2005. Disponível em <<http://pib.socioambiental.org/pt/noticias?id=17319>>. Acesso em: 3 dez. 2014.

INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL. **De olho nas terras indígenas**. ISA, 2013a. Disponível em: <<http://ti.socioambiental.org/#>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL. **Povos indígenas do Brasil**. ISA, 2013b. Disponível em:

<<http://piib.socioambiental.org/pt>>. Acesso em: 24 out. 2013.

INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL. **Brasil**. ISA, 2014. Disponível em: <<http://ti.socioambiental.org/pt-br/>> Acesso em: 18 set. 2014.

INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL. **Terras indígenas**. ISA, 2015. Disponível em: <<http://ti.socioambiental.org/pt-br/#!/pt-br/terras-indigenas/pesquisa/uf/MS> /> Acesso em: 31 jan. 2015.

INTERAGENCY COALITION ON AIDS AND DEVELOPMENT. **Hiv/Aids and Indigenous Populations in Canada and Sub-Saharan Africa**. Ottawa, 2011. Disponível em: <http://www.icad-cisd.com/pdf/HIV_and_Indigenous_Populations_EN.pdf>. Acesso em: 29 ag. 2014.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Indigenous and tribal peoples' rights in practice**. Geneva: ILO, 2009. Disponível em: <http://pro169.org/res/materials/en/general_resources/IPsRightsInPractice-singlepages.pdf>. Acesso em: 12 set. 2014.

INTERNATIONAL WORK GROUP FOR INDIGENOUS AFFAIRS. **Report international expert group meeting Sexual health and reproductive rights. New York, 2014. Disponível em:** <<http://www.iiwgha.org/wp-content/uploads/2013/01/Report-international-expert-group-meeting-Sexual-health-reproductive-rights-Jan-2014.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2014.

JOHNSON, L. F.; MOSSONG, J.; DORRINGTON, R. E.; SCHOMAKER, M.; HOFFMANN, C. J.; KEISER, O.; MATTHEW, P. F.; WOOD, R.; PROZESKY, H.; GIDDY, J.; GARONE, D. B.; CORNELL, M.; EGGER, M.; BOULLE, A. Life Expectancies of South African Adults Starting Antiretroviral Treatment: Collaborative Analysis of Cohort Studies. *PLOS Medicine*. *Califórnia*, 2013. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001418>>. Acesso em: 05 mar. 2015.

MASCHING, R.; PELTIER, D.; PRENTICE, T.; JACKSON, R. **HIV prevention for Aboriginal women in Canada. The Canadian Aboriginal AIDS Network**, 2012. Disponível em: <<http://www.catie.ca/en/printpdf/pif/summer-2012/hiv-prevention-aboriginal-women-canada>>. Acesso em: 4 dez. 2014.

MAYBURY-LEWIS, D. **Indigenous peoples ethnic groups and the state**. Boston: Allyn & Bacon, 2002. Disponível em:

http://wps.prenhall.com/wps/media/objects/12330/12626747/myanthropologylibrary/PDF/CSS_5_Maybury_Lewis_5.pdf> Acesso em 1 out. 2014.

PACKER, R.; CAMARGO JR, K. R. Pobreza e HIV e a AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, suppl. 1, p. 89-102, 2000.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Antiretroviral Treatment in the Spotlight: A Public Health Analysis in Latin America and the Caribbean 2013**. Washington, DC: PAHO, 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23710+&Itemid=999999&lang=eng>. Acesso em: 20 set. 2014.

PONCE, P.; NORIEGA, G. N. Pueblos indígenas y VIH-SIDA. **Desacatos Revista de antropologia social**, n. 35, p 7-10, 2011. Disponível em: <dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3640433.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Objetivos do Milênio - Combater o HIV AIDS, a malária e outras doenças: nosso trabalho pelo objetivo**. BRASIL, 2012. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ODM6.aspx>>. Acesso em: 22 jun. 2013.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. **Population-specific HIV/AIDS status report - aboriginal peoples**. Canada, 2010. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/ps-pd/aboriginal-autochtones/index-eng.php>>. Acesso em: 13 jun. 2013.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. **Summary: Estimates of Hiv Prevalence and Incidence in Canada**. Canada, 2011. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat2011-eng.php>>. Acesso em: 14 set. 2014.

QUÍÑONES-MATEU, M. E.; ARTS, E. J. HIV-1 Fitness: implications for drug resistance, disease progression, and global epidemic evolution. **Theoretical Biology and Biophysics**, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.hiv.lanl.gov/content/sequence/HIV/REVIEWS/reviews.html>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

SHEA, B.; ASPIN, C.; WARD, J.; ARCHIBALD, C.; DICKSON, N.; MCDONALD, A.; PENEHIRA, M.; HALVERSON, J.; MASCHING, R.; MCALLISTER, S., SMITH, L. T.; KALDOR, J. M.; ANDERSSON, N. HIV diagnoses in indigenous peoples: comparison of Australia, Canada and New Zealand. **International Health**, v. 3, 2011. Disponível em:

<<http://inthehealth.oxfordjournals.org/content/3/3/193.full.pdf+html>>. Acesso em: 05 jul. 2013.

SOARES, R. L. AIDS and the press: a narrative approach. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 2, p. 47 - 76, 1998.

SOTO, R. O. VIH/AIDS y desarrollo. **Revista Cubana de Higiene y Epidemiología**, v. 42, n. 2, editorial, 2004.

STATISTICS CANADA. **Aboriginal peoples in Canada: first nations people, Métis and Inuit**. Canadá, 2011. Disponível em: <<http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-eng.cfm#a6>>. Acesso em: 11 jul. 2013.

TEIXEIRA, C. C.; SILVA, C. D. **Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação**. *Anuário Antropológico*, 2013. Disponível em: <<http://aa.revues.org/374> ; DOI : 10.4000/aa.374>. Acesso em 05 dez. 2014.

UNITED NATIONS. **Permanent Forum on Indigenous Issues, Report on the Fifth Session**. UN, 2006. Disponível em: <<http://undesadspd.org/IndigenousPeoples/UNPFIIISessions/PreviousSessions/Fifth.aspx>>. Acesso em: 17 set. 2014.

UNITED NATIONS. **State of the World's Indigenous Peoples**. New York: United Nations, 2009. Disponível em: <http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/SOWIP_web.pdf>. Acesso em: 1 set. 2014.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **The GAP Report**. Geneva, 2014a. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf>. Acesso em: 10 set. 2014.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Local Epidemics Issues Brief**. Geneva, 2014b. Disponível em: <<http://www.unaids.org/es/resources/documents/2014/>>. Acesso em: 1 dez. 2014.

URQUIZA, A. H. A. **Povos Indígenas do Mato Grosso do Sul: alguns aspectos antropológicos**. MCDB: 2013. Disponível em: <<http://www.mcdb.org.br/materias.php?subcategoriaId=23>>. Acesso em: 24 out. 2013.

VIEIRA, C. M. N. Sociodiversidade indígena no Brasil e em Mato Grosso do Sul. In: URQUIZA, A. H. A. (Org.). **Culturas e história dos povos indígenas em Mato Grosso do Sul**. Campo Grande: UFMS, 2013.

VILLELA W. O impacto social e econômico do HIV/AIDS no Brasil. In: PITANGUY. J.; MOTA, A. (Org.). **Os novos desafios da responsabilidade política**. Rio de Janeiro: Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação; 2005. p. 79-95.

WARD, J. **Stepping up the HIV response in the world's Indigenous communities**. The conversation, 2014. Disponível em: <<http://theconversation.com/stepping-up-the-hiv-response-in-the-worlds-indigenous-communities-29213>>. Acesso em: 12 set 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global update on HIV treatment 2013: Results, Impact And Opportunities**. WHO report in partnership with UNICEF and UNAIDS. Geneva, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85326/1/9789241505734_eng.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2014.

APÊNDICE A

APÊNDICE A – FICHA PARA COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS

<p>FICHA PARA COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS</p> <p>Projeto de pesquisa de mestrado: Perfil epidemiológico dos indígenas portadores de HIV no estado de Mato Grosso do Sul</p> <p>Pesquisadora: Samara Vilas-Bôas Graeff</p> <p>Fonte dos dados e informações: SIASI, prontuários, consolidados técnicos da DIASI, relatórios técnicos da DIASI, relatórios de gestão da DIASI</p>

Nº da ficha:

Polo Base	Iniciais do nome do paciente	Sexo	DN	Idade no momento do diagnóstico de HIV	Aldeia	Município

Etnia	Profissão/Ocupação	Aposentado?	Recebe bolsas/benefícios sociais?	Se sim, qual?	Escolaridade	Práticas religiosas

Fez uso de drogas injetáveis?	HIV+ ou AIDS?	Data do diagnóstico	Data da notificação de Aids no SINAN	Gestante ?	Exame diagnóstico	Faz Tratamento ?

Local do tratamento	Resultado da 1ª carga viral	Resultado do 1º CD4+	Resultado da última carga viral	Resultado do último CD4+	Óbito?	Se sim, data do Óbito

Causa do óbito	Possui parceiro fixo?	Média de contatos sexuais nos últimos 2 anos	Desses, quantos contatos foram testados para HIV?	Nº de contatos sexuais HIV+	Usava preservativo antes do diagnóstico de HIV?	Passou a usar preservativo após o diagnóstico de HIV?

Tipo de relacionamento sexual	Outras morbidades	Nº de consultas médicas na atenção básica no último ano?	Paciente alcoólatra?

APÊNDICE B

**APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO**

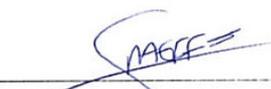
**SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Eu, Samara Vilas-Bôas Graeff, Responsável pelo projeto de pesquisa “Perfil Epidemiológico dos indígenas portadores de HIV no Estado de Mato Grosso do Sul”, solicito, perante este Comitê de Ética em Pesquisa, a dispensa da utilização do **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** dos pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), visto que a pesquisa será realizada através da coleta de dados secundários que serão desvinculados de qualquer identificação dos sujeitos e por já se ter o parecer favorável para pesquisa do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) Mato Grosso do Sul.

Contudo, comprometo-me em garantir o anonimato pessoal dos pacientes, a confidencialidade dos dados, e que a utilização dos mesmos restringe-se tão somente às finalidades deste estudo.

Nestes termos, solicito deferimento e comprometo-me a cumprir as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 referentes às atividades que serão executadas no Projeto.

Campo Grande (MS) 30 de julho de 2013.



Samara Vilas-Bôas Graeff
Pesquisadora

ANEXO A

**ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO À PESQUISA DO DISTRITO SANITÁRIO
ESPECIAL INDÍGNA MATO GROSSO DO SUL**



Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul
Rua Professor Luiz Alexandre de Oliveira, nº 689, Royal Park, Campo Grande-MS
(67) 3326-6885

CARTA DE AUTORIZAÇÃO À PESQUISA

O Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul - DSEIMS está ciente e autoriza a realização da pesquisa de mestrado intitulada “Perfil Epidemiológico dos indígenas portadores de HIV no Estado de Mato Grosso do Sul” sob responsabilidade da pesquisadora Samara Vilas-Bôas Graeff, que a desenvolverá através do Programa de Pós-graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS.

Para isto, será disponibilizado a pesquisadora, toda a estrutura física do DSEI-MS além de acesso aos bancos de dados do Sistema de Informação da Saúde Indígena – SIASI, consolidados, prontuários e outros documentos necessários à sua pesquisa.

Esta se trata de autorização prévia, onde sua execução está condicionada à aprovação da referida pesquisa pelos comitês, comissões e conselhos competentes.

Por fim, se exige que o DSEI-MS não seja responsabilizado pelo desenvolvimento e execução da pesquisa, e que a pesquisadora se condicione a não expor os indígenas e os profissionais da saúde indígena, assim como não implique qualquer ônus para o Distrito.

Termos em que, concede Autorização Prévia.

Campo Grande, 17 de julho de 2013



NELSON CARMELO OLAZAR
 Coordenador do DSEI-MS/SESAI/MS

ANEXO B

ANEXO B - CARTA DE AUTORIZAÇÃO À PESQUISA DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA



AUTORIZAÇÃO PRÉVIA À PESQUISA

O Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) Mato Grosso do Sul está ciente e autoriza a realização da pesquisa de mestrado intitulada “Perfil Epidemiológico dos indígenas portadores de HIV no Estado de Mato Grosso do Sul” realizada a partir de dados secundários, sob responsabilidade da pesquisadora Samara Vilas-Bôas Graeff, que a desenvolverá através do Programa de Pós-graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Para isto, será consentido à pesquisadora usar de toda a estrutura física do CONDISI e do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Mato Grosso do Sul, além de obter acesso e coletar informações nos bancos de dados do Sistema de Informação da Saúde Indígena (SIASI), consolidados, prontuários e outros documentos e sistemas necessários à realização da pesquisa.

Esta se trata de autorização prévia, onde sua execução está condicionada à aprovação da referida pesquisa pelos comitês e comissões de ética competentes.

Por fim, se exige que o CONDISI não seja responsabilizado pelo desenvolvimento e execução da pesquisa, e que a pesquisadora se condicione a não expor os indígenas e os profissionais da saúde indígena, assim como não implique qualquer ônus para este Conselho e DSEI Mato Grosso do Sul.

Termos em que, concede Autorização Prévia.

Campo Grande, 26 de julho de 2013

Fernando da Silva Souza
Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI/MS

ANEXO C

**ANEXO C – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO LACEN MATO GROSSO DO SUL PARA
ACESSO AO BANCO DE DADOS DO SISCEL**


GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
GABINETE

AUTORIZAÇÃO

Eu, **Antonio Lastoria**, Secretário de Estado de Saúde Interino, autorizo a disponibilização de consulta aos bancos de dados do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) e do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e Carga Viral de HIV (SISCEL), referentes ao período de 2003 a 2014, para a pesquisadora **SAMARA VILAS-BÔAS GRAEFF**, matriculada no programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Doenças Infecciosas e Parasitárias da UFMS, considerando a necessidade dos dados para a realização de um projeto de pesquisa intitulado "Perfil Epidemiológico dos indígenas portadores de HIV no Mato Grosso do Sul".

Deverá ser apresentada a apreciação do Comitê de Ética no momento da consulta ao Banco. Deverá ser apresentada Declaração de Responsabilidade com o sigilo das informações consultadas.

Campo Grande/MS, 15 de maio de 2014



Antonio Lastoria
Secretário de Estado de Saúde Interino/MS
Matrícula nº. 9253653

ANEXO D

ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE PRONTUÁRIOS EM PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL/UFMS

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE PRONTUÁRIOS EM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil Epidemiológico dos indígenas portadores de HIV no Estado de Mato Grosso do Sul

Pesquisadora Responsável: Samara Vilas-Bóas Graeff

Como pesquisadora acima qualificada comprometo-me cumprir rigorosamente, sob as penas da Lei, as Normas Internas aqui estabelecidas para a utilização de dados de prontuários de pacientes do Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul, que se constituem na base de dados do presente Projeto de Pesquisa (Formulário de Pesquisa-Coleta de Dados), tomando por base as determinações legais previstas nos itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 196/96) e Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS 1993), que dispõem:

d) o acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins de pesquisa científica (Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados) será autorizado apenas para pesquisadores do Projeto de Pesquisa devidamente aprovado pelas instâncias competentes da UFMS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFMS).

e) os pesquisadores (auxiliares, adjuntos, coordenador) terão compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados pesquisados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.

f) os dados obtidos (Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados) somente poderão ser utilizados neste presente projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer todo o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

Campo Grande (MS) 20 de julho de 2013.



Samara Vilas-Bóas Graeff
Pesquisadora

Samara V. B. Graeff
Enfermeira
251.489
COREN/MS

ANEXO E

ANEXO E – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE BANCO DE DADOS

Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados

Título da Pesquisa: Perfil Epidemiológico dos indígenas portadores de HIV no Estado de Mato Grosso do Sul

Nome do Pesquisador: Samara Vilas-Bôas Graeff

Bases de dados a serem utilizados: Sistema de Atenção à Saúde Indígena e consolidados da Divisão de Atenção à Saúde Indígena.

Como pesquisadora supra qualificada comprometo-me com utilização das informações contidas nas bases de dados acima citadas, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados* e que os dados destas bases serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

*Constituição Federal Brasileira (1988) – art. 5º, incisos X e XIV

Código Civil – arts. 20-21

Código Penal – arts. 153-154

Código de Processo Civil – arts. 347, 363, 406

Código Defesa do Consumidor – arts. 43- 44

Medida Provisória – 2.200 – 2, de 24 de agosto de 2001

Resoluções da ANS (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21

Campo Grande (MS) 20 de julho de 2013.



Samara Vilas-Bôas Graeff
Pesquisadora

Samara V. B. Graeff
Enfermeira
251.489
COREN/MS