

ACONSELHAMENTO SOROLÓGICO: UMA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO ÀS IST EM POPULAÇÕES INDÍGENAS, LIMITES E POSSIBILIDADES

Raquel Maria Navarro¹
Zeca Manuel Salimo²

RESUMO: Nesta pesquisa buscou-se estudar a metodologia do aconselhamento sorológico, suas possibilidades e limitações no que se refere a estratégia de prevenção às IST/AIDS utilizada em populações indígenas de Manacapuru. Apesar do Aconselhamento no campo das IST/AIDS ser considerado, em diferentes regiões do mundo, como uma das principais estratégias para prevenção primária, secundária e terciária, implantada nos serviços da rede básica de saúde, tanto estudos nacionais como internacionais mostram que esta prática ainda concentra uma dose significativa de fragilidades e problemas. Para a Saúde Indígena dá-se a relevância de compreender a importância e as possibilidades de implementação do aconselhamento nas populações indígenas de Manacapuru, com todas as possibilidades e limitações inerentes. Este estudo se propôs a resgatar as origens conceituais do aconselhamento em IST/AIDS, identificar e analisar criticamente o papel do aconselhamento em IST/AIDS, apontando suas contribuições, limites e possibilidades de aplicação em populações indígenas em um contexto interétnico e intercultural. Além disso, buscou-se compreender o contexto da Saúde indígena de Manacapuru e as reais possibilidades de implantação do Aconselhamento Sorológico nesse contexto. Trata-se, portanto, de um estudo realizado através de revisão bibliográfica em fontes secundárias sobre o aconselhamento em IST/AIDS e a epidemia da AIDS direcionadas a população indígena, buscou-se colocar em evidências tanto as potencialidades e fragilidades dessa abordagem para lidar com a complexidade inerente dessa epidemia em um contexto tão peculiar e complexo. É de suma importância que se veja o aconselhamento como um espaço onde a ação está voltada às necessidades e características do cliente, e não voltado a resolver as múltiplas demandas da política de prevenção e assistência, pois ele nunca deve ser visto como uma ação isolada, mas deve sempre estar inserido em uma estratégia mais ampla aonde se somam outros tipos de intervenção.

1697

Palavras-chave: Síndrome da imunodeficiência adquirida. Infecções sexualmente transmissíveis. Aconselhamento. Populações indígenas e integralidade.

¹ Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas em Convênio com o Instituto de Pesquisa Leônidas & Maria Deane-FIOCRUZ Amazônia, Manaus-Brasil. Psicóloga da Fundação Hospitalar Alfredo da Matta, Manaus-Brasil.

² Doutor em Doenças Tropicais e Infecciosas pela Universidade do Estado do Amazonas em convênio com a Fundação de Medicina Tropical Dr Heitor Vieira Dourado, Manaus-Brasil. Professor e Pesquisador da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio, Nampula-Moçambique.

ABSTRACT: In this study we seek to study the methodology of serological counseling, its possibilities and limitations regarding this STI/AIDS strategy used in the indigenous populations of Manacapuru. Despite the advice in the field of STI/AIDS is considered, in different regions of the world as a major strategy for primary prevention, secondary and tertiary services deployed in the basic health network, both national and international studies show that this practice still concentrates a significant dose of weaknesses and problems. For Indigenous Health, the relevance is given to understand the importance and possibilities of implementation of counseling in indigenous populations of Manacapuru, with all the possibilities and limitations inherent in this theme related to a population as vulnerable in several respects. This study aimed to rescue the conceptual origins of counseling on STI/AIDS, to identify and critically analyze the role of counseling in STI/AIDS, pointing out their contributions, limits and possibilities of application in indigenous populations in an interethnic and intercultural context. In addition, we sought to understand the context of indigenous health care Manacapuru and the real possibilities of implementing the advice Serologic this context. It is therefore a qualitative study, based on analysis of documents and literature review of secondary sources of counseling for STD/AIDS and the AIDS epidemic aimed at the indigenous population. We tried to put in evidence both the strengths and weaknesses of this approach to deal with the inherent complexity of this epidemic in a context so peculiar and complex. It is of utmost importance to see counseling as a space where the action is geared to the needs and characteristics of the client and not returned to address the multiple demands of the policy of prevention and care, because it should never be seen as an isolated action but should always be inserted into a broader strategy where we add other types of intervention.

Keywords: Acquired immunodeficiency syndrome. Sexually transmitted infections. Counseling. Indigenous populations and integrality.

1. Introdução e fundamentação teórica

A construção do pensamento científico na sociedade moderna, em especial na medicina, provocou um distanciamento do profissional de saúde em relação ao seu cliente, um "doente vivo" e com capacidade de fala, visto que a interlocução passou a ter um caráter secundário. Os aparatos tecnológicos passaram a ter prioridade, em detrimento da relação interpessoal, provocando um distanciamento do sofrimento humano (origem histórica das práticas curativas), a desqualificação da pessoa doente e a valorização da doença (MS, 1998).

E se esse paradigma dificultou em muito o desenvolvimento de ações de saúde segundo o princípio da integralidade do cuidado, isso se torna ainda mais complexo quando se aborda a problemática da saúde dos índios, tornando imprescindível considerar que esta insere-se dentro do contexto maior da Política Nacional de Saúde

dos Povos Indígenas. Esta Política, estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002, integra, por sua vez, a Política Nacional de Saúde, que reconhece aos povos indígenas, suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais e define a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios sua cidadania. (Ministério da Saúde, 2002).

E um grande impasse a ser superado é que todas as práticas de atenção à saúde, em geral não respeitam os sistemas indígenas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer, nem seus sistemas tradicionais de cura, o que causa um distanciamento entre os profissionais de saúde e os indígenas interferindo nos resultados atingidos no que se refere ao desenvolvimento de um sistema de saúde de qualidade. Isso continua sendo uma brecha na organização de serviços de saúde para as populações indígenas, mesmo após o advento da Constituição de 1988, na qual se propugna o reconhecimento e respeito às suas organizações socioculturais (MS, 2002).

E se a vida humana implica relações intersubjetivas em seu cotidiano, tratando-se de IST e HIV/AIDS é preciso estar atento para situações conflituosas, nem sempre explícitas, que podem dificultar a ação preventiva. Portanto, quando as pessoas vivenciam situações de ameaça à sua integridade física ou emocional, costumam ficar fragilizadas e, às vezes, não se sentem capazes de resolver solitariamente seus conflitos. As temáticas implícitas nas questões relativas às IST e ao HIV/AIDS, tais como exercício das sexualidades, transgressões, perda e morte, podem causar conflitos e constituir ameaça às crenças e aos valores do indivíduo. Tais situações dificultam a prevenção de IST e HIV/AIDS, na medida em que podem bloquear a percepção e a expressão dos riscos, assim como a reflexão para a adoção de medidas preventivas. Se no contexto dos serviços de saúde é freqüente a apresentação de tais situações, tanto os profissionais quanto os clientes são sujeitos suscetíveis a vivências conflituosas, portanto, o *aconselhamento*, por ser uma prática que oferece as condições necessárias para a interação entre as subjetividades, isto é, a disponibilidade mútua de trocar conhecimentos e sentimentos, permite a superação da situação de conflito. Mas, resta saber se os profissionais de saúde estão preparados para esse tipo de abordagem. (MS, 1998).

Para o Ministério da Saúde (1998), o resgate da integralidade do cliente, percebido como sujeito participante nas ações de saúde, implica o reconhecimento de sua subjetividade em interação com o profissional que o atende. Acolher o saber e o sentir do cliente, por meio de uma *escuta ativa*, é condição básica para um atendimento de qualidade. A prática do *aconselhamento* dá oportunidade para a retomada da integralidade da pessoa que busca os serviços de saúde, associando complementarmente o *ver e tocar* com o *ouvir e sentir*. Desta forma, facilita a superação de bloqueios subjetivos, permitindo ao cliente avaliar suas reais possibilidades de risco de infecção por IST e HIV/AIDS, refletir e decidir por medidas preventivas viáveis e buscar melhor qualidade de vida, independentemente de sua condição sorológica.

Assim, as pesquisas realizadas sobre a AIDS, incluindo as estratégias de intervenção utilizadas na prevenção buscam dar respostas ao problema de saúde pública ocasionada por essa epidemia. E ao longo desses anos, cientistas do mundo inteiro, têm estudado a AIDS, os mecanismos de atuação no organismo e criado métodos diagnósticos mais avançados como o teste rápido, de tratamento (terapia antiretrovirais) e de intervenção (estratégias de prevenção), com o objetivo de conter essa epidemia.

Vale lembrar que até 1990 a prevenção estava principalmente focada na formação de profissionais de saúde para atuação nos serviços, no esclarecimento da população sobre a epidemia (sobre o vírus, formas de infecção e prevenção) e em ações com alguns grupos específicos (travestis, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo). Tais ações eram pautadas principalmente pelo fornecimento de informações para mudança de comportamento individual, pois os focos das ações neste momento começam a ser o *comportamento de risco* e as *situações de risco*. As campanhas realizadas neste período enfocavam a não discriminação e o combate ao preconceito, defendendo os direitos dos afetados. (PUPO, 2007).

Porém, as dificuldades relacionadas à adoção de medidas de prevenção às IST são inúmeras, pois todo comportamento é determinado por inúmeros fatores dentre eles, os fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos e aqueles envolvidos nas relações de poder entre os parceiros sexuais. E para se intervir de maneira eficaz nessas dificuldades é preciso que se conheça a fundo os fatores determinantes.

A sexualidade é uma questão de abordagem complexa e a AIDS uma doença que envolve discussões e resoluções complexas pelos aspectos morais, éticos e comportamentais que a envolvem. Quando abordamos a questão da feminização da epidemia relacionada a vulnerabilidade e o aumento dos casos de infecção pelo HIV por parte das mulheres, como também a vulnerabilidade a outros tipos de IST consideradas menos graves em virtude dos tratamentos disponíveis que evoluem para a cura das pacientes, mas que funcionam como porta de entrada para o HIV, verificamos que embora já exista o preservativo feminino, que amplia as opções de práticas sexuais seguras às mulheres é preciso que se dê o empoderamento através da questão da negociação do uso do preservativo com o seu parceiro, pois o preservativo feminino ainda não é disponibilizado em todos os serviços de saúde, e sua comercialização é de valor elevado se comparado com o preservativo masculino. E considerando o fator sócio-econômico da pauperização da epidemia o que faz restringir o poder das mulheres, pois tem o poder de escolha apenas na subjetividade, mas não tem o poder de compra.

Diante desse contexto, verificamos que a prática do aconselhamento desempenha um papel importante como estratégia de prevenção, como também no diagnóstico da infecção pelo HIV/ outras IST e na qualidade da atenção à saúde. Contribui para a promoção da atenção integral, possibilitando avaliar riscos desde que considere as especificidades de cada usuário ou segmento populacional. Inclui cuidar dos aspectos emocionais, tendo como foco a saúde sexual e reprodutiva, o uso de drogas e os direitos humanos (Carneiro e Coelho, 2010).

Atualmente é uma estratégia que deve se inserir em vários momentos do atendimento e em diversos contextos dos serviços no SUS: nas Unidades básicas de saúde (UBS), nas maternidades, nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), nos serviços especializados de referência para as IST/Aids (SAE) – com o objetivo da prevenção primária do HIV, a adesão do cliente ao tratamento, o tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is) e a adoção de práticas preventivas.) e nas ações de saúde às populações indígenas. Porém, verifica-se que a estratégia do aconselhamento nem sempre é efetivada na prática. E constata-se no cotidiano que para que isso seja efetivo,

é necessário que os profissionais estejam sensibilizados para a importância da realização do aconselhamento e capacitados.

Porém essa prática também tem suas limitações, pois segundo Carneiro e Coelho (2010), concorre para a dificuldade do aconselhamento o despreparo profissional, que resulta tanto do processo de formação acadêmica, norteada pelo modelo clínico, quanto da falta de reflexão sobre suas práticas e sobre a necessidade de incluir a perspectiva da integralidade do cuidado. As relações desiguais entre profissionais de saúde e sujeitos do cuidado dificultam o estabelecimento de acolhimento e vínculo, fazendo com que as condutas sejam limitadas a procedimentos técnicos que visam apenas diagnosticar.

Para Carneiro e Coelho (2010), a ausência de aconselhamento e as orientações superficiais em torno do exame revelam que a incorporação dos exames anti-HIV na prática clínica deu-se segundo o modelo de atenção fragmentário, perdendo sua especificidade no tocante aos direitos humanos em participar de modo consciente nos processos decisórios. Os serviços precisam estar abertos para que as experiências dos usuários se traduzam em demandas para os serviços de saúde, permitindo priorizar as necessidades dos mesmos, além de contribuir para a redução da vulnerabilidade em relação ao HIV/AIDS.

Para Santos (2010), a proximidade das áreas indígenas a centros urbanos, entradas de não indígenas nas aldeias, a incursão de jovens indígenas nas cidades, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, resistências ao uso do preservativo, reduzida informação e acesso aos exames diagnósticos pelos serviços às gestantes, fatores sócio-econômicos como pauperização e terra indígena sem demarcação são alguns dos principais fatores de vulnerabilidade de IST e AIDS para os povos indígenas.

É nesse contexto, que é fundamental que o profissional de saúde esteja disponível e sensível para identificar condições de maior ou menor vulnerabilidade de seus clientes. E isso não quer dizer, que se deve olhar as populações de diferentes grupos mais vulneráveis como blocos monolíticos, cristalizados em uma identidade grupal, ou encerrados em categorias estereotipadas, genéricas e abstratas (profissional do sexo, adolescente, mulher, indígena). Cada indivíduo, para além de pertencer a uma determinada população específica, deve ser visto como uma pessoa diferenciada e

única, principalmente em uma abordagem individualizada como o aconselhamento individual (Pupo, 2007).

Portanto, segundo Santos (2010), ao refletir em seu artigo sobre a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas a partir do acesso a fontes secundárias, questionou a maneira como vem sendo implementada a política de controle às IST/HIV/AIDS dentro dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Pois, para ela, além dos importantes avanços na identificação do perfil da epidemia entre os povos indígenas, o desafio mais urgente é na harmonização das políticas públicas em saúde com as formas culturais de vida desses povos, suas vulnerabilidades e a compreensão de suas especificidades dentro da alteridade cultural que os caracteriza.

Para Santos (2010), a partir das Conferências Nacionais de Saúde Indígena foi proposto o desenvolvimento de modelos atenção diferenciada, com participação indígena visando incorporar as necessidades destas populações. A emergência dessa nova Política determinou a conformação de um novo modelo de Sistema de Saúde, voltado especificamente para a população indígena brasileira e inserido dentro da Política Nacional de Saúde. Esse novo modelo, denominado Subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituído por meio da Lei Arouca 9.836/99.

A partir desse contexto, o Ministério da Saúde definiu diretrizes mais consistentes para ampliar as ações de prevenção e controle desses agravos, junto a essa população. A estratégia definida naquele momento para a realização das ações de prevenção foi o apoio a projetos de intervenção executados por organizações indígenas e indigenistas em diferentes comunidades indígenas entre os anos de 1995 a 1998. A execução desses projetos permitiu a capacitação de 1.455 agentes multiplicadores de prevenção das IST/AIDS (Ministério da Saúde, 2000).

A nova Política Nacional de Saúde dos Povos indígenas identificou a AIDS como um dos graves problemas de saúde que atingiam a saúde desta população. Somente a título de ilustração, até o ano 2000, havia registro de 36 casos conhecidos de AIDS, distribuídos em todas as regiões do Brasil (Santos, 2010).

Segundo a FUNASA (2002: 11), o curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes, acrescido da falta de informações entre os índios sobre os modos de transmissão do HIV e a prevenção da sua infecção, bem como as

dificuldades de comunicação devido às suas diversidades lingüísticas e culturais, se constituíam desafios a serem enfrentados.

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

E a III Conferência Nacional de Saúde Indígena realizada em 2001, em Brasília, reconheceu a vulnerabilidade das populações indígenas às IST/HIV/AIDS e recomendou a implementação de ações de controle em todos os DSEI.

E é nesse contexto que este projeto buscará dar subsídios para se intervir na realidade local, a partir das diretrizes propostas pelo PN IST/AIDS e da realidade apreendida pelos profissionais de saúde enquanto possibilidade de implantação do Aconselhamento Sorológico dentro do contexto da Saúde Indígena de Manacapuru, e os limites e possibilidades dessa estratégia no enfrentamento dessa epidemia.

2. MÉTODOS

Esse estudo foi realizado através de revisão bibliográfica em fontes secundárias, como artigos científicos publicados em periódicos nacionais, teses, dissertações, livros, sites que abordam os mais diversos temas relacionados ao aconselhamento sorológico e a política de prevenção à população indígena, entre os anos de 1980 a 2010. As bases de dados utilizadas foram as seguintes: SINAN, DATASUS, FUNASA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SIASI, MEDLINE E SCIELO. E os descritores utilizados foram: IST/aids, população indígena, povos indígenas, aconselhamento, integralidade, etnia (mura, kambeba, satere-maué, deni e tikuna).

E esse projeto de intervenção seguiu as seguintes etapas:

- 1) Levantamento bibliográfico sobre IST e AIDS em populações indígenas/Brasil;
- 2) Levantamento bibliográfico sobre as etnias que vivem em Manacapuru, suas especificidades étnicas e culturais, seus modos de vida.

3. RESULTADOS

3.1 Contextualização da origem e expansão da aids e o surgimento do aconselhamento sorológico

O período concentrado entre 1981 e 1984 foi considerado por alguns autores que sistematizaram os diferentes momentos da epidemia de AIDS no mundo (MANN e TARANTOLA 1996; AYRES, 1997) como *Período da Descoberta*, pois foi o momento em que: ocorreram as primeiras notificações desta “nova entidade clínica” (1980/1981), foi realizado o isolamento do vírus (nos EUA e na França), descobriu-se as principais formas de infecção e transmissão e buscou-se compreender melhor os fatores de risco associados a esta enfermidade, o que levou à identificação de grupos considerados “de maior risco” (PUPO, 2007).

Portanto, pesquisas deram ênfase que o HIV é transmitido através do contato sexual; exposição ao sangue e hemoderivados ou da mãe para o filho, tanto em útero, no momento do parto ou através do aleitamento materno. E que o HIV já foi identificado no sangue, saliva, lágrima, fluido cérebro-espinhal, tecido cerebral, urina, sêmen, leite materno, líquido amniótico e secreções vaginais. Entretanto, a baixa carga de vírus e a baixa frequência do seu isolamento da maioria desses fluidos sugerem que, com exceção do sangue, sêmen, secreções vaginais e leite materno, os demais fluidos desempenham um papel insignificante na transmissão do HIV (SANCHES, 1999).

3.2 Aconselhamentos sorológico como estratégia de prevenção

O aconselhamento começou a ser implantado em IST/AIDS como uma das principais estratégias de prevenção primária e secundária conduzidas pelo CDC, a partir de março de 1985 nos EUA, quando o US Food and Drug Administration, licenciou e disponibilizou o primeiro teste ELISA para detecção de anticorpos anti-HIV (VALDISSERI, 1997; PUPO, 2007).

Diante dos primeiros casos de HIV/AIDS no Brasil, verificou-se que os profissionais dos serviços públicos de saúde não estavam devidamente preparados para lidar com as questões suscitadas pela infecção. Diante disso, a CN-IST/AIDS decidiu investir no treinamento desses profissionais para o *aconselhamento* em HIV/AIDS.

O aconselhamento associado à política de AIDS ainda estava muito ligado à

testagem anti-HIV e a ênfase dada ao aconselhamento a partir destes documentos se concentrava principalmente no *repasso de informações gerais e globais* e no *incentivo à redução de comportamentos de risco*. O foco do aconselhamento estava centrado no *conteúdo* a ser passado; a abordagem centrava-se em um modelo didático tradicional e as preocupações principais convergiam para a doença e o tratamento (SIKKEMA; BISSETT, 1997; VALDISSERI, 1997; (PUPO, 2007).

Somente a partir de 1986, quando começa a ser delineado o caráter pandêmico da epidemia (que atinge grupos sociais distintos em diferentes regiões do mundo, dos dois sexos, de diversas faixas etárias e de variadas orientações sexuais) e com a evolução da epidemia, houve a necessidade de se ampliar a oferta de testagem sorológica voluntária, anônima e confidencial, com garantia de *aconselhamento pré* (individual ou coletivo) e pós-teste (individual). Em vista disso, a partir de 1988, foram implantados os Centros de Orientação e Apoio Sorológico - COAS, posteriormente chamados de Centros de Testagem Anônimo (CTA), que passaram a ser a principal referência em *aconselhamento*. Vale assinalar que, tanto este tipo de serviço (de caráter diagnóstico e preventivo), como este tipo de práticas de atendimento (o *aconselhamento*), não eram comuns na rede pública de saúde, o que exigia uma formação cuidadosa e específica. (PUPO, 2007).

A importância do *aconselhamento* para os portadores de HIV/AIDS atendidos nos Serviços de Assistência Especializada (SAE) está associada à necessidade de o indivíduo receber adequado suporte emocional para lidar melhor com essa nova condição e participar ativamente de seu processo terapêutico.

E se entendemos ACONSELHAMENTO como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação (Ministério da Saúde, 1996).

E que especialmente no âmbito das IST e HIV/AIDS, o processo de aconselhamento contém três componentes: apoio emocional; apoio educativo, que trata das trocas de informações sobre IST e HIV/AIDS, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento; avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre valores,

atitudes e condutas, incluindo o planejamento de estratégias de redução de risco. E que esses componentes nem sempre são atingidos em um único momento ou encontro e, de certa forma, podem ser trabalhados tanto em grupo como individualmente (Ministério da Saúde, 1996).

É importante, entretanto, que o profissional de saúde esteja atento para perceber os limites que separam as questões que devem ser abordadas no espaço grupal daquelas pertinentes ao atendimento individual (Ministério da Saúde, 1996).

Vale destacar que, pela singularidade de vida de cada cliente, situações íntimas, como a avaliação do próprio risco e adoção de práticas mais seguras, são mais bem trabalhadas num atendimento personalizado e individual. A identificação das barreiras que dificultam as práticas preventivas e os subsídios para definição de mensagens compatíveis com o cliente dependem da qualidade da relação construída entre os interlocutores durante o aconselhamento individual (Ministério da Saúde, 1996).

Em 1991, após a publicação de inúmeros estudos questionando a eficácia do aconselhamento, o CDC reuniu um grupo de *experts* para melhorar a proposta do aconselhamento, introduzindo explicitamente a *Abordagem Centrada na Pessoa*, de Carl Rogers na elaboração de seu desenho. Esta nova abordagem propunha um aconselhamento mais interativo, que valorizava a *qualidade do vínculo* estabelecido e colocava o foco do aconselhamento *no cliente*, em seu mundo pessoal, em seu contexto de vida e em seus recursos pessoais e sociais. O aconselhamento passava a ser encarado como um *diálogo individualizado*, dirigido e desenhado para as circunstâncias específicas de cada um (gênero, idade, grupo social, raça, orientação sexual, tipo de comportamento de risco, religião, valores culturais). Dessa forma, um importante elemento introduzido foi a postura de *escuta ativa*, que proporcionou que o aconselhamento passasse de uma aparente “aula”, ou exposição, para um *relacionamento* que personalizasse cada informação. Além disso, esta nova abordagem valorizava também os *aspectos afetivos e emocionais*, além do uso de técnicas cognitivas na elaboração dos planos personalizados (PUPO, 2007).

Vale notar também que, a partir de 1994, começa a ser incorporada nos programas estaduais, municipais e no Programa Nacional de AIDS, o referencial de

vulnerabilidade, que funciona como uma ferramenta para a ampliação do horizonte de análise tanto das suscetibilidades como das condições de resposta que diferentes indivíduos ou grupos sociais têm em relação à infecção pelo HIV/AIDS, levando em consideração a influência de elementos de ordem individual, social e estrutural. (PUPO, 2007).

Nessa época, a prevenção passa a ser focada essencialmente no desenvolvimento e implantação de modelos de prevenção voltados às características sócio-culturais de cada segmento populacional (a partir da análise de sua vulnerabilidade individual, social e programática), e na articulação intersetorial para o desenvolvimento destas ações (PUPO, 2007).

Para Pupo (2007), apesar disso, o manual publicado em 1997 sobre aconselhamento em IST/AIDS não discute *como* este novo quadro referencial de análise, que trabalha na perspectiva dos direitos humanos, da avaliação da dimensão sócio-estrutural e da emancipação psico-social poderia ser utilizado na prática do aconselhamento individual e em que sentido poderia qualificar, alterar e ampliar esta prática. E isso ainda é um grande desafio que leva a necessidade de projetos como esse para responder a demanda e a especificidade da população indígena.

É importante destacar que no período de 2003 até os dias atuais, e que pode ser visto como o *Período de Sustentabilidade da Política de IST/AIDS Pós Convênio*, caracteriza-se em primeiro lugar, pela importante mudança na forma de financiamento das ações de AIDS e de outras IST, com a instituição da política de transferência de recursos do governo federal para Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio da modalidade de financiamento fundo a fundo em localidades epidemiologicamente estratégicas para o controle das IST/HIV/AIDS (portaria Nº 2313 e 2314 - 19 e 20 dez, 2002). Este momento tem tido como foco a busca de qualificação da gestão e da gerência das ações de IST/AIDS no âmbito do SUS (buscando sustentabilidade técnica, política e financeira) e a ampliação de serviços ofertados (TEIXEIRA PR, 1997; PUPO, 2007).

Nesse sentido, para além dos serviços de IST/AIDS, em função da necessidade de ampliação do acesso da população ao diagnóstico precoce do HIV e outras IST, de implantação de ações de prevenção, vigilância e assistência às IST na rede pública de

saúde de forma mais generalizada e, por fim, de integração dos serviços de IST/AIDS com os outros programas (saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde da família, etc), cada vez mais a prática do aconselhamento foi sendo incorporada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos diferentes espaços dos serviços. A estratégia de aconselhamento em HIV/AIDS foi estendida como uma ação para a rede básica de saúde, principalmente no atendimento ao pré-natal, no qual se começou a oferecer o teste anti-HIV, no atendimento da gestante soropositiva, no aconselhamento relativo à alimentação de crianças filhas de mães soropositivas, nas atividades de contracepção da unidade básica e em outras oportunidades identificadas pela unidade para se fazer prevenção (PUPO, 2007).

3.3 AIDS na população indígena

O primeiro caso de AIDS entre a população indígena ocorreu na Região Sul, em 1988; e o primeiro estudo de investigação sistemática de caso de AIDS entre índios foi realizado em 1998, com o levantamento da situação de risco e vulnerabilidade dos Tiryuó, nas terras indígenas do Tumucumaque, fronteira com o Suriname e Guiana Francesa. Nessa ocasião foram notificados dois casos da doença (Ministério da Saúde, 2000).

Ao se abordar a questão da AIDS e as características da epidemia entre a população indígena brasileira, identificamos que o primeiro caso de AIDS entre a população indígena brasileira foi notificado no estado de Mato Grosso, em 1987. Dois anos depois, em 1989, foi criado, na Coordenação Nacional das IST/HIV/AIDS/MS, o Projeto de Prevenção de IST e AIDS dirigido para essa população. Inicialmente, as ações desse Projeto estiveram voltadas para aspectos pontuais e focalizadas em alguns segmentos e grupos indígenas, sem alcançar uma dimensão nacional (Ministério da Saúde, 2000). Até dezembro de 2007 haviam sido notificados 191 casos de aids na população indígena adulta, segundo registros do SINAN (Relatório, FUNASA/PN IST AIDS, 2008).

A partir do surgimento de novos casos de AIDS na população indígena, definiu-se as diretrizes e as ações mais consistentes e de maior cobertura. Dois aspectos estratégicos passaram a orientar as ações nesse campo: 1) mudanças no perfil

epidemiológico, caracterizadas pela interiorização, pauperização e feminização; e 2) ausência de uma política de saúde específica e precariedade da rede de serviços de atenção para os povos indígenas (Ministério da Saúde, 2000).

Ao consultar os casos de AIDS identificados no Amazonas no período de 1980, 1982-2010 pelo SINAN, verificamos que dos 4.811 casos identificados pela categoria raça/cor, que 3.317 casos são no sexo masculino e 1.494 no sexo feminino. O que demonstra no geral que predomina o maior número de casos em homens. Já em relação aos indígenas, o número de casos total é de 19 sendo 8 em homens e 11 mulheres. O que inverte a relação acima colocada, e demonstra que na população indígena do Amazonas os casos de AIDS, predominam mais no sexo feminino (DATASUS, SINAN, out de 2010).

Ao analisar os casos de AIDS identificados no período de 2000 a 2010, verifica-se que o primeiro caso de AIDS identificado no Amazonas, foi no ano de 2000 e no sexo feminino. Em 2002 foram identificados mais 3 casos, também em mulheres. Somente foi identificado um caso de AIDS em indígena do sexo masculino, a partir do ano de 2006 no Amazonas (DATASUS, SINAN, out de 2010).

Em relação às formas de transmissão, como ocorre no conjunto do país, a principal forma de transmissão do HIV nesta população é pela via sexual, sendo que 61% dos casos notificados estão atribuídos a pessoas que se declaram heterossexuais, 21% dos casos estão atribuídos a pessoas que se declaram como homo e bissexuais e 6,7% estão atribuídos a usuários de drogas injetáveis. A epidemia atinge mais os homens com 62 % dos casos notificados, 38% dos casos são entre as mulheres. Seguindo a tendência nacional, para cada caso em homem, há 1,6 casos em mulheres (Santos, 2010).

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

indígenas. No mesmo período, foram notificados e investigados 173 casos de sífilis congênita entre a população indígena. Considerados somente os anos de 2007 e 2008, se notificaram no SINAN 133 casos de gestantes indígenas com sífilis em todo o país. O diagnóstico precoce, bem como o tratamento destas mulheres durante a gravidez incluindo ao seu parceiro ou parceiros nos diferentes ambientes culturais permanece um grande desafio dos serviços de saúde para o controle da sífilis congênita (Santos, 2010).

E não podemos desconsiderar um fato muito importante, que é o da dinâmica demográfica da população indígena ser pouco conhecida e bastante complexa. A grande diversidade de situações em relação à mobilidade espacial de alguns grupos, concentração de índios em assentamentos urbanos, taxas elevadas de mortalidade infantil e crescimento negativo da população, são elementos importantes que demonstram que a transição demográfica e epidemiológica não se apresenta para os povos indígenas com as mesmas características que na população geral. E isso irá influenciar nas práticas sexuais, na utilização do preservativo (Ministério da Saúde, 2000).

3.4 Estratégias adotadas para conter a epidemia no Brasil: Um olhar para os indígenas

A partir de 1996, foi institucionalizado o acesso universal ao tratamento da AIDS no País, ampliando-se a rede de serviços de referência em HIV/aids, tais como Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE) e Centros de Orientação e Aconselhamento Sorológico (COAS) ou Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

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

Com a necessidade de assegurar a sustentabilidade das ações de IST/HIV/AIDS nas áreas indígenas, restritas até 2003 a projetos pontuais, o PN IST/HIV/AIDS, em parceria com a FUNASA, definiu que a partir de 2004, os recursos seriam direcionados para fortalecer a organização da rede de serviços de saúde nas áreas indígenas. Algumas experiências permitiram resgatar a trajetória desses projetos que promoveram a discussão da prevenção considerando os contextos de vulnerabilidade e a dimensão da sexualidade nas comunidades indígenas.

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

É comprovado que o consumo abusivo de bebida alcoólica aumenta a vulnerabilidade para as IST. Já em relação a negação do uso do preservativo, especialmente no que foi verificado entre os Krahô, é comum a seguinte percepção sobre o uso do preservativo: há muitas restrições sobre o uso do preservativo e, talvez, a principal é que o uso do preservativo é uma espécie de homicídio, pois quem usou estaria jogando fora seus próprios filhos e descendentes. Como os Krahô estão recuperando sua população, chegando em patamares vivenciados no séc. XIX, eles não aceitam a idéia de um controle de natalidade e este fator os estimula a não utilizar o preservativo (Relatório Krahô).

Outra característica desejável é que a assistência se mostre capaz de incorporar, em seus processos de programação e avaliação, as representações indígenas sobre saúde, doença e estratégias de cura e de adaptar as suas práticas sanitárias de modo a torná-las culturalmente adequadas a cada grupo étnico aISTRito (Garnelo, 2004: 48).

As classificações para as doenças, também variam, entre os diferentes povos indígenas. Em geral, as IST e AIDS, são vistas como resultado do contato com o não-índio e advindas do mundo externo à aldeia. Mesmo diante das classificações de cada cultura, as pessoas nas comunidades querem conhecer as informações disponíveis sobre estas enfermidades do branco (Santos, 2010).

Portanto, é impossível se falar de estratégias de intervenção e prevenção, sem considerar todas as especificidades inerentes a essa população tão vulnerável e ao mesmo tempo tão diferenciada. E é nesse contexto que a metodologia do aconselhamento vem a dar uma resposta diferenciada, a partir do momento que os profissionais de saúde estiverem capacitados para o desenvolvimento dessa metodologia em um contexto interétnico e intercultural.

Pois não podemos nos esquecer que atualmente há uma grande vulnerabilidade em relação aos indígenas, onde há maiores riscos de contaminação por doenças como IST/AIDS, pois as relações sexuais interétnicas estão recorrentes e até casamentos com índias, aumentando a vulnerabilidade e estabelecendo um desafio a mais a ser superado” (Lacerda, 2011).

3.5 Um olhar sobre o Município de Manacapuru

O município de Manacapuru, localiza-se à margem esquerda do Rio Solimões, na denominada área do Baixo Solimões e está há 90 Km de distância, via terrestre da capital Manaus e conta com uma superfície territorial de **7062 Km²** dando uma densidade populacional de **12,24 hab / Km²** com uma de população de **86.478 habitantes**. Manacapuru tem o significado Manacá (Flor) e puru (Matizada). Inicialmente era uma aldeia habitada por índios Mura, tornando-se vila em 1894, Comarca em 1901 e cidade em 1932. É um município pólo, pois limita-se ao Norte com o município de Novo Airão, ao Sul com Beruri, ao Leste com Iranduba e Manaquiri e ao Oeste com Anamá e Caapiranga, servindo de referência em Serviços de Saúde a população desses municípios.

3.5.1 Rede de assistência em saúde e de diagnóstico e tratamento das Ist em Manacapuru

O município disponibiliza a nível primário, atenção básica, um total de 23 Unidades Básicas de Saúde, sendo 16 (dezesseis) unidades de saúde na Zona Urbana e 07 (sete) na Zona Rural. Conta também com 1 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial, Projeto Consultório de Rua (que a questão do uso abusivo de álcool e outras drogas), 01 Farmácia Popular, 01 Laboratório Central (Referência para o processamento de exames de hepatites virais e HIV – Elisa), 1 Pólo Base de Saúde Indígena, 1 Casa de

Apoio ao Indígena e 1 CIREN – Centro de Apoio Nutricional. Referente ao nível secundário, o município dispõe do Hospital Regional Lázaro Reis e Maternidade Cecília Cabral.

Manacapuru conta com uma rede de saúde estruturada pela Secretaria Municipal de Saúde, que compõe dos seguintes serviços (10 UBS com equipe multidisciplinar (médicos e enfermeiros) no atendimento das IST a partir da Abordagem Sindrômica, 1 CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento para HIV e hepatites virais com palestras sobre IST).

O CTA funciona no mesmo prédio em que está estruturado a Coordenação do Programa Municipal de IST/AIDS de Manacapuru. O CTA foi inaugurado em 1998 e desde 2005 disponibiliza a realização da testagem rápida para o HIV para o acesso a livre demanda. A testagem é realizada de segunda a sexta às 8 horas da manhã, e qualquer pessoa pode fazer o teste e já sai com o resultado do exame. Quanto ao diagnóstico para as outras IST, é realizado a partir do atendimento clínico (pela Abordagem Sindrômica) em qualquer UBS mais próxima da área em que o paciente mora e o paciente já recebe a medicação ali mesmo para o seu tratamento. A realização do exame para Sífilis (VDRL) é realizado a partir do encaminhamento dos pacientes aos laboratórios do município.

Em Manacapuru é possível encontrar a testagem rápida para o HIV em mais duas Unidades de Saúde: No Hospital Lázaro Reis/Maternidade Cecília Cabral (Emergência/Clínica Médica e Maternidade – Projeto Nascer) e no Pólo de Saúde Indígena (Projeto da Fundação Alfredo da Mata em parceria com a FUNASA e Ministério da Saúde, vem disponibilizando mensalmente os testes rápidos de HIV e malária e esporadicamente em ações pontuais o teste rápido Sífilis para a realização da testagem nas aldeias indígenas no período de 2008 até o momento.

3.5.2 Diretrizes para a implantação do aconselhamento

Segundo as diretrizes do Programa Nacional de IST/AIDS, é necessário o conjunto das condições abaixo para a implantar o aconselhamento nos serviços de Saúde (Ministério da Saúde, 1999):

1. Acolhimento - capacidade de atenção e disponibilidade para receber bem o usuário, ouvir o motivo que o levou ao serviço e dar respostas as suas demandas (recepção, segurança, porteiro, triagem, sala de espera...). **2. Provisão de insumos** - material para coleta de sangue, preservativos, material instrucional. Na medida da consolidação da prática é importante que se inclua a disponibilização de gel lubrificante e kits de redução de danos (agulhas e seringas descartáveis) e **3. Capacitação das equipes**. **4. Rede de referência** - cabe aos gestores estabelecer, quando não existe, referências da rede laboratorial e de especialidades para os casos positivos. **5. Definição de fluxo do usuário** - é exigido do serviço reestruturar fluxo para atender: **a)** demanda espontânea; **b)** aquele presente na unidade estimulada em outra atividade e **c)** os parceiros de usuários da unidade. **6. A entrega do resultado** - deve necessariamente ser acompanhada de aconselhamento individual, no pós- teste. Aquela unidade que estabelecer o pré-teste coletivo, deve oferecer o pré-teste individual para todos os usuários.

3.5.3 DSEI de Manaus e pólo de saúde indígena de Manacapuru

O Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus - DSEI Manaus abrange uma população aproximada de 24.064 indígenas, cerca de 380 aldeias, 5.009 famílias, distribuídas em 37 etnias diferentes. Este DSEI envolve 16 pólos-base, incluindo o Pólo-Base de Manacapuru.

Estima-se hoje, uma população no Pólo-Base de Manacapuru aproximada de 309 indígenas, 69 famílias, 9 aldeias, distribuídas em 6 etnias (anexo 03 – tabela). Se Manacapuru era inicialmente uma aldeia de índios Mura, verifica-se que atualmente na população indígena do município que esta etnia se extinguiu ao longo dos anos devido aos confrontos, genocídios, e as diversas epidemias que assolaram essa população.

Segundo fontes de pesquisas sobre os mura, verificou-se que os Mura ocupam vastas áreas no complexo hídrico dos rios Madeira, Amazonas e Purus. Vivem tanto em Terras Indígenas, quanto nos centros urbanos regionais, como Manaus, Autazes e Borba. Desde as primeiras notícias do século XVII são descritos como um povo navegante, de ampla mobilidade territorial e exímio conhecimento dos caminhos por

entre igarapés, furos, ilhas e lagos. Em seu longo histórico de contato, sofreram diversos estigmas, massacres e perdas demográficas, linguísticas e culturais. Originariamente falantes de uma língua isolada, os Mura passaram a utilizar o Nheengatú (Língua Geral Amazônica) no intercâmbio com brancos, negros e demais populações indígenas. No século XX, o português se tornou a principal língua utilizada. No presente, a despeito das mudanças históricas, os Mura realizam diversos esforços para serem plenamente reconhecidos enquanto povo diferenciado.

Atualmente verifica-se a presença de 6 etnias que não são dessa região e que vieram de outras localidades em busca de terra, devido a confrontos e conflitos vivenciados em outras localidades. As etnias são as seguintes: Kambeba, Deni, Sateré-maué, Tikuna, Apurinã. Segundo relatos essas etnias vieram para Manacapuru trazidos pela Igreja Católica há anos atrás em busca de terras que lhe dessem condições de sobrevivência através do plantio. Com exceção dos Sateré Maué que foram trazidos com o objetivo de desenvolverem atividades ligadas ao artesanato, turismo, etc.

O Pólo de Saúde Indígena de Manacapuru e a Casa do Índio de Manacapuru foram estruturados no ano de 2006, a partir da firmação do convênio com a Prefeitura Municipal de Manacapuru e a FUNASA. Os dois prédios onde funcionam esses serviços, estão situados em duas casas que tem comunicação interna, dando uma contigüidade. Esses serviços se reportam e são coordenados pelo DSEI de Manaus. E ressaltando que os DSEI não sendo unidades gestoras, carecem de autonomia administrativa e dependem das Coordenações regionais da FUNASA e/ou de organizações não governamentais e prefeituras conveniadas para estruturar a rede de serviços, isso leva a inúmeros problemas a serem superados no que se refere ao financiamento das ações de saúde.

Considerando que sob o ponto de vista de sua estrutura interna, o Subsistema de Saúde Indígena organiza-se por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como modelo diferenciado de atenção à saúde da população indígena.

No âmbito do Subsistema de Saúde Indígena, os DSEI constituem um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado. Contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde,

promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativas gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (Ministério da Saúde, 2002).

Segundo Garnelo (2004), esse modelo de Subsistema de saúde indígena, tem as seguintes características: o modelo de assistência proposto para os DSEI caracteriza-se pela ênfase na Promoção da Saúde, pela oferta ininterrupta de serviços nas aldeias, pela adoção da demanda programada e utilização das estratégias de programas nacionais de prevenção e controle de agravos.

A equipe se reveza em plantões no pólo, na casa do Índio e em ações de saúde em área, nas aldeias indígenas conforme o que está preconizado no modelo explicitado acima.

Os DSEI devem contar com equipe técnica tanto na sede quanto nos Pólos Base, além de outros profissionais como administradores, pessoal administrativo, motoristas e outros funcionários. As equipes multidisciplinares da Saúde Indígena (EMSI) que atuam em cada Pólo Base dos DSEI equivalem às equipes de – Programa Saúde da Família PSF, cuja base de atuação é territorial. As EMSI são contratadas pelos municípios de referência ou pelas ONG conveniados com a FUNASA para prestarem serviços naquele DSEI específico (Santos, 2010).

4. DISCUSSÃO

Segundo Santos (2010), e considerando que a nova Política Nacional de Saúde dos Povos indígenas identificou a AIDS como um dos graves problemas de saúde que atingem a saúde desta população e já é reconhecida a condição de vulnerabilidade desta às IST/HIV/AIDS e que até o ano 2007, foram notificados 191 casos de AIDS em indígenas, distribuídos em todas as regiões do Brasil (Relatório, FUNASA/PN IST AIDS, 2008). Sendo que somente no ano de 2009, foram notificados 53 casos na raça indígena (MS, 2010).

Isso se torna mais alarmante ao considerar o número de casos notificados pelo SINAN na população brasileira como um todo, um total de 492.581 casos de AIDS no período de 1980 a 2010 o que nos demonstram que é de suma importância a definição de estratégias para conter essa epidemia (MS, 2010). É reconhecido pelo Ministério da

Saúde (1999), que o aconselhamento contribui, potencialmente, para a quebra na cadeia de transmissão da AIDS e de outras IST uma vez que promove uma reflexão no âmbito do indivíduo, conscientizando-o, mas sobretudo, tornando-o sujeito no processo de prevenção e cuidado de si.

A prática do *aconselhamento* se realiza antes e após a testagem do HIV (no momento da entrega do resultado) e dá oportunidade para a retomada da integralidade da pessoa que busca os serviços de saúde, pois facilita a superação de bloqueios subjetivos, permitindo ao cliente avaliar suas reais possibilidades de risco de infecção por IST e HIV/AIDS, refletir e decidir por medidas preventivas viáveis e buscar melhor qualidade de vida, independentemente de sua condição sorológica.

Baseado nessa revisão bibliográfica foi possível identificar além do aconselhamento, outras estratégias de prevenção para populações indígenas e que ficarão como recomendações para a equipe de saúde indígena de Manacapuru. É necessário que se desenvolvam e implantem modelos de prevenção voltados às características sócio-culturais de cada segmento populacional, de cada etnia (a partir da análise de sua vulnerabilidade individual, social e programática), e na articulação intersetorial para o desenvolvimento destas ações e que envolvam as comunidades indígenas como protagonistas das atividades de Prevenção das IST e da AIDS (Lacerda, 2011). É comprovado que o consumo abusivo de bebida alcoólica aumenta a vulnerabilidade para as IST. Por isso é preciso se aprofundar nesta questão em relação aos indígenas de Manacapuru, para em parceria com o Projeto Consultório de Rua de Manacapuru elaborar estratégias de ações conjuntas para diminuir o uso abusivo de álcool entre os indígenas caso esta seja uma realidade encontrada em Manacapuru.

Um desafio é a necessidade de superar a precariedade da rede de serviços de atenção para os povos indígenas e ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV (MS, 2000). Concluindo, é possível compreender o porquê do Brasil ainda continuar com estatísticas elevadas de infecção pelo HIV, pois as vivências culturais, subjetivas e sexuais dificultam inexoravelmente o comportamento preventivo, tanto para indígenas como para os não indígenas e é nesse contexto que a proposta do aconselhamento se encaixa como importante proposta de prevenção (Lacerda, 2011).

5. CONCLUSÃO

Considerando que na atualidade, a grande preocupação é de que a AIDS se torne uma epidemia que ameace a sobrevivência física, simbólica e cultural das etnias indígenas brasileiras nos próximos anos e que esse projeto de pesquisa vem nos apontar para o reconhecimento do aconselhamento como estratégia privilegiada para a prevenção às IST/HIV/AIDS, desde que os profissionais estejam preparados para a sua realização considerando a necessidade de uma abordagem segundo a integralidade do cuidado e estabelecendo um espaço para o diálogo intercultural e interétnico, respeitando as especificidades de cada etnia.

E para isso se propõe que haja educação permanente da equipe de saúde, participação da comunidade na discussão e definição de estratégias para conter essa epidemia em conjunto com os profissionais de saúde e implantação de estratégias de monitoramento e avaliação da ação do aconselhamento para verificar a eficácia dessa estratégia após a implantação pelos profissionais de saúde do Pólo de Saúde Indígena de Manacapuru. Vale destacar que o aconselhamento em indígenas é algo mais complexo, pois estudos demonstram que diante das dificuldades dos indígenas para debater as questões culturais da vida privada e da sexualidade, acarretando que o arcabouço da constituição sexual humana deve ser debatido em espaços que possibilitem um diálogo intercultural e interétnico que possibilite aos indígenas assumirem uma postura preventiva e cidadã diante das IST/HIV/AIDS.

E é nesse contexto que a técnica do aconselhamento surge como um diálogo que busca responder a essa demanda e que dará a possibilidade de conhecer as concepções dessas sociedades indígenas, contribuindo, desta forma, para o aprimoramento das políticas públicas de saúde relacionadas às ações efetivas no campo das IST/AIDS destinadas a essas etnias. Muito mais do que um bom manual ou protocolo de aconselhamento sorológico para as IST/HIV/AIDS associadas às práticas de prevenção das IST/AIDS, é preciso conhecer os códigos culturais e singulares que os grupos sociais possuem, com toda a sua ambivalência, inclusive o dos profissionais de saúde, carregados de influência moral e religiosa.

Se essa inter-relação de conhecimentos não ocorrer, os profissionais responsáveis pelas ações de prevenção e de aconselhamento tornar-se-ão meros

repetidores dos manuais, e os conteúdos abordados não terão muito significado para os indígenas usuários do serviço no contexto indígena e não indígena. Por isso é preciso além de propor a implantação do aconselhamento, buscar também caminhos para a superação dos impasses apresentados (adequação da linguagem ao contexto cultural, aumento de número de sessões, roteiro como pré-texto, integralidade, não restringir a repasse de informações e não ter uma postura normativa).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Política Nacional de IST/aids: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de IST e Aids. Brasília, DF, 1999^a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Manual do Multiplicador - Prevenção às IST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CDio_10.pdf

CARNEIRO, AJS e Coelho, EACC. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade, Revista Ciência & Saúde Coletiva, 15 (Supl. 1): 1217-1226, 2010.

CONSELHO Federal de Psicologia. Referências Técnicas para a atuação do(a) psicólogo(a) nos Programas de IST e aids. Brasília, CFP, 2008.
<http://www.crprj.org.br/publicacoes/cartilhas/referencias-crepop-IST-aids.pdf>> Acesso em: 20 out. 2011.

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

GARNELO, L.; Macedo, G.; Brandão, L.C. Povos indígenas e a construção de políticas de saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.

LACERDA, LT - Educação em fronteiras culturais: prevenção das IST e da Aids entre professores indígenas do Pantanal Sul-Mato-Grossense - Avaliação das ações de aconselhamento em IST / Aids / Coordenação Nacional de IST e Aids. _ Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

MANUAL de Diretrizes Técnicas – Povos Indígenas e a Prevenção às IST, HIV E AIDS, do PNIST/AIDS, 2000.

MINISTÉRIO da Saúde. Aconselhamento em IST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. / Coordenação Nacional de IST e Aids. __ 2ª ed. __Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MINISTÉRIO da Saúde. Avaliação das Ações de Aconselhamento em IST/Aids/Coordenação Nacional de IST e Aids. Brasília, MS, 1999.

MINISTÉRIO da Saúde. Aconselhamento: um desafio para prática integral em Saúde – Avaliação das ações. Brasília, MS, 1999.

MINISTÉRIO da Saúde. Fique Sabendo/Aconselhamento em IST/HIV/Aids para a Atenção Básica. Brasília, MS, _____.

MINISTÉRIO da Saúde. Povos indígenas e a prevenção às IST, hiv e aids. Manual de diretrizes técnicas / Coordenação Nacional de IST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MINISTÉRIO da Saúde. Distritos Sanitários Especial Indígena - Diretrizes para Implantar o programa de IST AIDS, Brasília: MS, 2005.

MINISTÉRIO da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e IST Ano VII - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2009 - Ano VII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2010, 2010.

PN IST AIDS, Ministério da Saúde, Oficina de Aconselhamento para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Garnelo, L., Macedo, G. e Brandão, Luis Carlos. Organização Pan-Americana de Saúde. Povos indígenas e a construção de políticas de saúde no Brasil, 2004.

PUPPO, LR. Aconselhamento em IST/aids: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica, São Paulo, 2007.

SANTOS, VL dos, Bermúdez, XP, Cruz, LM de TMM, Moreira, EM. Reflexões sobre as políticas de controle das IST e Aids na população indígena. Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva, 89-100, 2010.