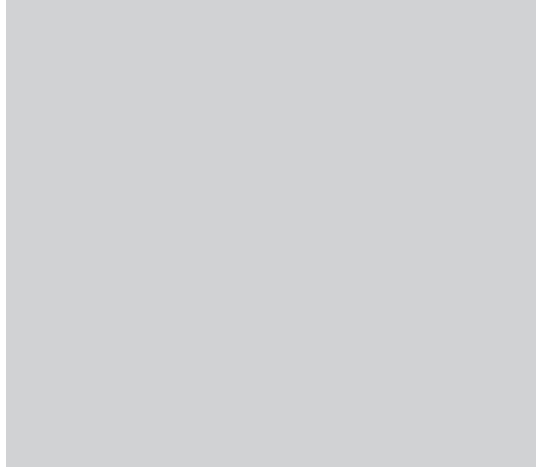




AVALIAÇÃO QUALITATIVA SOBRE VIOLÊNCIA E HIV ENTRE MULHERES E MENINAS INDÍGENAS

Alto Solimões, Amazonas

Relatório Técnico
Abril de 2017



**AVALIAÇÃO
QUALITATIVA
SOBRE
VIOLÊNCIA
E HIV ENTRE
MULHERES
E MENINAS
INDÍGENAS**

Alto Solimões, Amazonas

Relatório Técnico
Abril de 2017

Realização

Programa de Voluntários das Nações Unidas (UNV)

Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres (ONU Mulheres)

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS)

Consultoria técnica, entrevistas e consulta bibliográfica

Edson Benedetti Ruiz

Texto final

Georgiana Braga-Orillard

Cleiton Euzébio de Lima

Mariana Cartaxo

Mariana Medeiros

Colaboração

Romeral Ortiz-Quintilla

Edgar Carrasco



SUMÁRIO

NO FINAL

INTRODUÇÃO	5
OBJETIVOS	7
MARCO DE REFERÊNCIA	14
TERRITÓRIO E MICRORREGIÃO DO ALTO SOLIMÕES	18
METODOLOGIA	22
DIAGNÓSTICO	26
RECOMENDAÇÕES	22
REFERÊNCIAS	26

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARS - Alto Rio Solimões

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

CASAI - Casa de Apoio à Saúde Indígena

CREAS - Centro de Referência
Especializado de Assistência Social

DIASI - Divisão de Atenção à Saúde Indígena

DISEI - Distrito Sanitário Especial Indígena

EMSI - Equipes Multidisciplinares Saúde Indígena

FUNAI - Fundação Nacional do Índio

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS - Ministério da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

ONU Mulheres - Entidade das Nações Unidas para a
Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres

PDSI - Plano Distrital de Saúde Indígena

PM - Polícia Militar

PNASIM - Política Nacional de Atenção
Integral à Saúde da Mulher

RAPMIS - Rede de Atenção e Proteção
das Mulheres Indígenas do Solimões

SasiSUS - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI - Sistema de Informação da
Atenção à Saúde Indígena

SINAN - Sistema de Informação
de Agravos de Notificação

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SPE - Saúde e Prevenção nas Escolas

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFAM - Universidade Federal do Amazonas

UNAIDS - Programa Conjunto das
Nações Unidas sobre HIV/AIDS

UNAL - Universidade Nacional da Colômbia

UNESCO - Organização das Nações Unidas
para a educação, a ciência e a cultura

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNV - Programa de Voluntariado das Nações Unidas

SOBRE AS ORGANIZAÇÕES RESPONSÁVEIS PELA AVALIAÇÃO QUALITATIVA

Baseada na visão de igualdade consagrada na Carta das Nações Unidas, a Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres (ONU Mulheres) trabalha para eliminar a discriminação contra mulheres e meninas, pelo empoderamento das mulheres, e para conseguir a igualdade entre mulheres e homens como sócios e beneficiários do desenvolvimento, pelos direitos humanos, nas ações humanitárias, e pela paz e segurança. Ao colocar os direitos das mulheres como eixo central de trabalho, a ONU Mulheres lidera e coordena os esforços das Nações Unidas para assegurar que os compromissos de igualdade e transversalidade de gênero se traduzam em ações em todo o mundo. Ao mesmo tempo, exerce uma liderança fundamental e coerente para apoiar as prioridades e os esforços dos Estados Membros, construindo uma associação eficaz com o governo, a sociedade civil, assim como com outros atores relevantes.

O Programa de Voluntários das Nações Unidas (UNV), é a organização da ONU que contribui para a paz e o desenvolvimento, em todo o mundo, através do voluntariado. O voluntariado é uma forma poderosa de envolver os cidadãos para fazer frente aos desafios em matéria de desenvolvimento, sendo capaz de transformar seu ritmo e natureza. O voluntariado beneficia tanto o conjunto da sociedade, como os próprios voluntários, fortalecendo a confiança, a solidariedade e a reciprocidade entre as pessoas, além de criar oportunidades de participação apropriadas. Para impulsionar a paz e o desenvolvimento, o programa UNV promove o reconhecimento da contribuição dos voluntários, trabalha com seus associados para integrar o voluntariado em todos os programas de desenvolvimento e mobiliza, em todo o mundo, um número cada vez maior e mais diverso de voluntários, incluídos Voluntários das Nações Unidas. O programa UNV entende o voluntariado como universal e inclusivo, e o reconhece em toda sua diversidade, assim como os valores que o sustentam: escolha própria, engajamento, compromisso e solidariedade.

O UNAIDS lidera e inspira o mundo para alcançar sua visão compartilhada de zero nova infecção por HIV, zero discriminação e zero morte relacionada à aids. O UNAIDS reúne esforços de 11 organizações das Nações Unidas (ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mulheres, OIT, UNESCO, OMS e Banco Mundial) e trabalha em estreita colaboração com associados globais e nacionais para maximizar os resultados de resposta à AIDS.

INTRODUÇÃO

Pesquisas indicam que os povos indígenas da América Latina têm vulnerabilidades específicas ao HIV, como: barreiras de acesso aos serviços (idioma, cultura, distância, custo, estigma e discriminação), carências que dificultam o uso de preservativos e tratamento antirretroviral, e desigualdade de gênero. A América Latina tem uma das taxas mais altas de violência contra as mulheres. Entre os povos indígenas, as mulheres e as meninas sofrem com violência física e sexual, casamento precoce e trabalho sexual, possuem acesso limitado à justiça, taxas elevadas de gravidez na adolescência, têm oportunidades limitadas de emprego e educação e falta de conhecimento sobre os direitos humanos.

A violência contra mulheres e meninas pode ser tanto uma causa - através da violação sexual, da capacidade reduzida de negociar o uso do preservativo e da falta de acesso aos serviços de saúde - quanto uma consequência do HIV - por exemplo, violência por parte um companheiro após o diagnóstico positivo para o HIV.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNASIM) é um documento nacional que guia a implementação de políticas e ações de saúde da mulher. Essa diretriz afirma a garantia de direitos humanos das mulheres, enfatizando a importância do fortalecimento do Sistema Único de Saúde para atender as necessidades específicas das mulheres em seus diferentes contextos.

Com relação à saúde das mulheres indígenas, a PNASIM observa que há precariedade nos serviços para essa população, e que ações de assistência pré-natal e de prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e ao HIV são de difícil acesso. Além disso, existem poucos dados epidemiológicos e avaliações sobre a saúde das mulheres e adolescentes indígenas disponíveis para fundamentar ações na região.

No Brasil, o UNAIDS vem desenvolvendo desde 2008 o Plano Integrado das Nações Unidas para o Enfrentamento da Epidemia no Amazonas, conhecido como AMAZONAIDS. O Plano Integrado é uma associação de Agências da ONU, de esferas de governo federal, estadual e municipal, organizações da sociedade civil e de outros parceiros estratégicos, que procura fortalecer capacidades locais para melhor responder à AIDS, bem como harmonizar as ações das agências da ONU e de outros parceiros, otimizando o uso de recursos técnicos e financeiros e acelerando os esforços e prioridades dos governos locais. O Plano Integrado é um instrumento para o fortalecimento de parcerias intersetoriais e para a mobilização de novos recursos em apoio à resposta à AIDS nas regiões prioritárias.

O AMAZONAIDS já realizou diversas atividades na região, como a disponibilização de testes rápidos de diagnóstico de sífilis e de HIV em Unidades Básicas de Saúde do Alto Solimões (9mil unidades de testes); a realização em curso de qualificação para profissionais que atuam no Sistema Prisional para a abordagem adequada de IST, HIV e AIDS; uma oficina de planejamento do Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) para a região do Alto Solimões e a revitalização do programa com a reconstituição dos grupos gestores municipais do SPE no Curso de Governança em Redes para gestores locais dos três primeiros municípios parceiros da iniciativa.

Além disso, o AMAZONAIDS desenvolveu iniciativas para alcançar as diversas comunidades indígenas e difundir informação. A campanha “Mulheres e Direitos” produziu materiais de conscientização contra violência contra a mulher na língua tikuna, falada por mais de 30 mil índios no Brasil. O material trata das temáticas da violência e de doenças sexualmente transmissíveis, com o foco em comunidades indígenas mais isoladas. A campanha distribuiu os materiais em diversas comunidades, e inclui folheto informativo, DVDs com filmes sobre o tema, painéis de pano e cartazes com informações sobre os tipos de violência contra a mulher e como denunciá-las.

O AMAZONAIDS também produziu juntamente às Secretarias Especiais de Saúde Indígena (SESAI) e de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde materiais educativos sobre IST/HIV/AIDS e hepatites virais para as comunidades indígenas do Vale do Javari. A série “Educação preventiva para IST/HIV/AIDS e hepatites virais entre os povos indígenas do Vale do Javari” foi traduzida para as línguas Marubo, Matis, Mayoruna (Matsés) e Kanamari e foi construída para servir de insumo a profissionais de educação e saúde indígenas, fornecendo informações de forma clara e didática. O material disponibiliza conteúdos para o trabalho com as diferentes faixas etárias, gêneros e escolaridades.

Levando em consideração as lições aprendidas e tendo em vista a cooperação Sul-Sul, a avaliação qualitativa realiza um diagnóstico preliminar sobre a saúde das mulheres indígenas da etnia Tikuna no Alto Solimões, incluindo questões relacionadas a vulnerabilidades ao HIV e à violência, um panorama dos serviços de saúde disponíveis e um levantamento do valor agregado do trabalho de voluntariado em comunidades indígenas do Brasil. Esse projeto é uma parceria entre ONU Mulheres, UNV e UNAIDS e tem como objetivo fortalecer as evidências para construir uma proposta de intervenção e um plano de ação voltado para a região.

OBJETIVOS

O objetivo geral do trabalho é apresentar uma perspectiva sobre a situação de violência e HIV entre mulheres indígenas no Alto Solimões e os serviços existentes para poder projetar intervenções apropriadas para a região. Para isso, será produzido primeiramente um diagnóstico situacional da região. Em seguida, serão propostas intervenções apropriadas para fundamentar um projeto de intervenção posterior.

A avaliação trabalhará com os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as necessidades de mulheres e meninas indígenas para intervenções em HIV e violência.
- Mapear serviços existentes para a abordagem integral do HIV e da violência.
- Mapear organizações em nível municipal e comunitário trabalhando na área da violência baseada em gênero e/ou do HIV.
- Identificar oportunidades e o valor agregado do trabalho de voluntariado e da cooperação Sul-Sul, incluindo redes de voluntariado existentes em nível.

MARCO DE REFERÊNCIA

HIV e povos indígenas

O primeiro caso de AIDS detectado em um pessoa indígena no Brasil aconteceu no ano de 1987. Entre os aspectos que facilitaram a interiorização do vírus no Brasil estão a intrusão do garimpo, a extração de madeira de outros produtos em terras indígenas; a construção de barragens, estradas e projetos agropecuários; turismo; trânsito em regiões de fronteira; presença de organizações religiosas e militares em terras indígenas; populações indígenas assentadas em áreas urbanas. Algumas pesquisas apontam que populações indígenas em maior contato com a população branca apresentam maior índice de ISTs (Ministério da Saúde, 200; CARVALHO, Newton S., FLORES, Luciene P., 2011). Uma das respostas à interiorização da epidemia que atingiu as comunidades indígenas foi a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), um subsistema do SUS que busca aperfeiçoar as atividades de vigilância epidemiológica junto às comunidades indígenas (RODRIGUES-JÚNIOR, Antonio R., DE CASTILHO, Euclides A., 2009).

Segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS do Ministério da Saúde (2016), em 2015 foram notificados 56 casos de AIDS entre pessoas indígenas e 23 óbitos por AIDS nessa mesma população. A vulnerabilidade social dos povos indígenas é composta por uma combinação de aspectos internos e externos. Internamente, as práticas culturais de cunho ritualístico, cosmético ou curativo (escarificações, tatuagens, sangrias, entre outros) podem propiciar a transmissão do HIV e outras ISTs, assim como a não existência de uma cultura de preservativo, práticas poligâmicas, entre outros fatores. (COIMBRA JR., 1996; Nóbrega RG, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Sá LD, Silva ATMC, Villa TCS, 2015).

As mulheres têm se mostrado uma população vulnerável nas comunidades. Em 2015, foram notificados 22 casos de gestantes indígenas infectadas pelo HIV. As possibilidades de transmissão de mãe para filho são acentuadas em comparação à população geral, pois muitas crianças nascem nas aldeias sem atenção médica formal especializada, o que é agravado pelo costume da amamentação desta sociedade, geralmente sem acompanhamento ou instrução (Ministério da Saúde, 2009). Dentro deste contexto, as mulheres jovens tendem a ser as mais afetadas (FERRI, Erika K., GOMES, Ana M., 2011).

O controle do HIV e da AIDS dentro dos povoados depende de fatores biomédicos, comportamentais e intervenções estruturais que devem adaptar-se às necessidades de cada grupo indígena. Diversos estudos apontam que é necessário que se identifique as redes sociais que permeiam a sociedade em questão, assim como os interlocutores-chave de cada grupo para entender as necessidades, as vulnerabilidades e os fatores de risco da população indígena. Através destas identificações torna-se mais fácil o entendimento das dimensões antropológicas que facilitam a disseminação do vírus, assim como das dimensões políticas através das quais é possível atuar (Ministério da Saúde, 2000; CARVALHO, Newton S., CHO, Regis, FLORES, Luciene P., 2011; Nóbrega RG, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Sá LD, Silva ATMC, Villa TCS, 2015).

Em resposta aos casos de HIV e AIDS entre as populações indígenas, o Ministério da Saúde em parceria com a FUNAI iniciou diversos projetos na área. Um dos objetivos principais era desenvolver um apoio sustentável aos DSEI para que sua atuação na área de vigilância, prevenção, assistência e monitoramento fosse bem executada. O Projeto de financiamento do Banco Mundial, AIDS I

institucionalizou as ações preventivas voltadas para a sociedade indígena a partir de 1994. Entre 1996 a 1998 o foco da resposta foi a capacitação contínua dos agentes indígenas de saúde (Ministério da Saúde, 2009).

Uma das maiores dificuldades encontradas é o acesso a algumas regiões, e por isso a simplificação do teste foi avaliada como importante entre essas comunidades. O método de teste rápido para HIV permite a coleta dentro das comunidades e passa a ser uma estratégia na viabilização do diagnóstico precoce. A técnica do papel-filtro também é importante, principalmente no diagnóstico, durante o pré-natal, de mulheres infectadas (Ministério da Saúde, 2005; FABBRO, Márcia MFJD, MORAES, Sylmara PZR, CUNHA, Rivaldo V., FREITAS, Gisele MB, FREITAS, Hilda G., BOTELHO, Carlos A., JUNIOR, Virgílio GS; 2005; Newton S., CHO, Regis, FLORES, Luciene P., 2011).

O Relatório Projeto AIDS-SUS Brasil, do Ministério da Saúde (2009) cita os principais desafios enfrentados na elaboração e implementação de seus projetos entre indígenas, entre eles estão:

- Os padrões diferentes de vivenciar a sexualidade, assim como redes extensivas e complexas de parcerias sexuais dos diferentes grupos indígenas;
- A subnotificação de casos de HIV e AIDS, que também acontece devido ao preenchimento incorreto de informações nas fichas de notificação de gestantes e crianças HIV positivas;
- A esporadicidade das ações, as quais nem todas as aldeias têm cobertura.
- A indisponibilidade do teste rápido em todos os DSEI, sobretudo para gestantes indígenas, sendo também necessário reduzir o tempo de espera para o resultado em comunidades de difícil acesso.
- A disponibilização de preservativos em resposta à demanda espontânea precisa ser melhor planejada e precisa abranger todos os locais frequentados pela população.
- A não-abrangência das populações indígenas urbanas por essas intervenções.
- Os DSEI têm alta rotatividade de profissionais de saúde nas equipes multidisciplinares.
- A baixa capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em atender as demandas da população indígena e para incorporar a dimensão intercultural.
- A condição da rede do SUS no Norte, a qual é menos estruturada e menos descentralizada, e oferece menos serviços para DST e HIV/AIDS.

Outro desafio encontrado e exposto em algumas pesquisas é o isolamento do portador do HIV ou da AIDS dentro da aldeia a partir do momento que é descoberta sua condição. Isso acontece devido a falta de informação sobre a transmissão e, por vezes, também tem ligação com como a aldeia significa a doença dentro de suas crenças. O índios Xoklêng, por exemplo, acreditam dentro do seu sistema etnomédico que um “bicho” entra no corpo da pessoa, ou é enviado por alguém e a destrói. Eles não acreditam na ausência de intencionalidade da pessoa que transmite o “bicho” e acreditam que esse “bicho” faz que seus portadores tenham vontade de infectar outras pessoas. Essas crenças em cima da doença levam ao isolamento social do(a) indígena soropositivo(a) (WIJK, Flavio B., 2001; Nóbrega RG, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Sá LD, Silva ATMC, Villa TCS, 2015).

Diversos estudos mostram que existem desafios e vulnerabilidades com relação ao HIV e à AIDS em populações indígenas. Tais desafios estão ligados principalmente ao entendimento da cultura e costumes indígenas, que podem parecer estranhos às populações não-indígenas mas que precisam ser incorporados para o êxito de políticas de prevenção e conscientização.

Violência contra a mulher indígena

A violência contra a mulher indígena é tema complexo e há muitos aspectos que devem ser levados em consideração em relação à realidade dessas mulheres. Para se entender práticas de violência contra a mulher indígena, é preciso também observar a cultura, os costumes e as crenças dos povos indígenas.

As práticas discriminatórias contra as mulheres indígenas dentro de suas próprias aldeias vão além da violência física. De acordo com Stavenhagen (2007), elas abrangem também matrimônios forçados, a prática de doar filhas a outras famílias, a violação das meninas, o despojo de suas propriedades, a limitação do acesso à propriedade da terra, entre outras formas de discriminação patriarcalistas. De acordo com Silva (2008) as mulheres indígenas reconhecem serem atingidas pelas violências e, em particular, pela violência doméstica, mas questionam se “seus maridos e filhos terão que responder, nas cadeias e prisões das cidades, pelo abuso cometido? Quem irá caçar? Quem irá ajudar na roça?”, tais questionamentos exigem atenção e uma análise intercultural para que se possa chegar a uma solução eficaz.

Em muitas comunidades indígenas, a violência contra a mulher aparenta ser algo “aprendido” com o homem branco. Kaxuayana e Silva (2008) identificaram que os homens indígenas que interagem em maior grau com a sociedade “dominante” são os que aparentam ter sido mais afetados pelo machismo. E Lasmar (1998) afirma com base em seus estudos em relação aos Tukano do Alto Rio Negro que tal mudança no comportamento não estaria relacionada apenas à interação com os valores ocidentais, mas também às forças modernizadoras (como, por exemplo, os missionários) que promovem rupturas nos padrões tradicionais da sociedade para facilitar a absorção dos padrões não-indígenas.

Um dos instrumentos legais à disposição das mulheres é a Lei nº 11.340, de 2006, ou Lei Maria da Penha, que estabelece normativas legais para a proteção de mulheres vítimas de agressão. No contexto indígena, muitos autores indicam diversas barreiras para a aplicação dessa normativa entre as mulheres das comunidades. Para Castilho (2008) a discussão relativa à violência e gênero nas sociedades indígenas pode representar um desafio “perturbador”. A violência é muitas vezes entendida pela população, inclusive pelas mulheres, como consequência do abuso de álcool e drogas.

Ricardo Verdum (2008) aponta que as mulheres indígenas ainda precisam de informações em relação a essa lei para que se possa avaliar este mecanismo e seus benefícios e consequências na comunidade indígena, pois, a princípio, tal lei não responde satisfatoriamente a suas demandas. Kaxuayana e Silva (2008) corroboram com a afirmação de Verdum, observando que informações distorcidas que circulam nas sociedades em relação às leis amedrontam as mulheres, como afirmações de que elas serão retiradas das suas casas, terras, territórios de convívio e levadas para casas-abrigo caso denunciem que foram vítimas de violência.

Outro aspecto destacado por Kaxuayana e Silva (2008) é que nas sociedades indígenas não existe uma noção de direitos individuais no sentido que a comunidade não-indígena conhece. Portanto, há também o desafio prático de compatibilizar os direitos individuais com os direitos coletivos, os quais fazem com que a mulher indígena não consiga separar seu direito individual do seu papel como membro da comunidade.

Nas Conferências Indígenas foi apresentada a proposta de que, caso uma pessoa indígena seja condenada, deve ser garantido o apoio jurídico da FUNAI e que seja dada legitimidade para as autoridades tradicionais indígenas na definição e aplicação da pena. Esta proposta é sustentada pelo

art. 5º da Declaração das Nações Unidas sobre o Direito dos Povos indígenas (2007) que confere às populações indígenas o direito de conservar e reforçar suas próprias instituições jurídicas, além de afirmar no artigo 22.2 que o Estado deve adotar medidas em conjunto com os povos indígenas para assegurar a proteção de mulheres e crianças contra todas as formas de discriminação. Para seguir tais determinações, deve haver maleabilidade por parte do Estado para quebrar as regras rígidas do monismo estatal e permitir a aplicabilidade de diretrizes do pluralismo político (LIMA, 2012).

Castilho (2006) propõe a criação de um “tradutor cultural” um profissional da antropologia ou das ciências sociais que serviria de intermediário para que intervenções não sejam tão invasivas à cultura indígena e para que a redução ou eliminação da violência contra a mulher seja alcançada de forma saudável.

Diante de tantos desafios, é evidente a necessidade de uma grande capacitação de agentes do Estado que serão colocados para lidar com as questões de violência doméstica e legislação junto aos povos indígenas, assim como uma adaptação dos instrumentos estatais de acolhimento psicológico das vítimas de violência e dos agressores.

TERRITÓRIO E MICRORREGIÃO DO ALTO SOLIMÕES

A Microrregião do Alto Solimões está situada no Extremo Sudoeste do Estado do Amazonas em uma região de tríplice fronteira entre Brasil, Peru e Colômbia. O território é fortemente influenciado pela presença do Rio Solimões, principal elemento de conexão e acessibilidade dos municípios que o formam, nortando as relações sociais e as atividades econômicas locais. A presença de populações tradicionais, ribeirinhos e povos indígenas reforça um contexto de grande diversidade cultural e étnica.

A região abrange uma área de 214.217,80 km², sendo composta por nove municípios do Estado do Amazonas: Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Fonte Boa, Jutai, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tabatinga e Tonantins. De acordo com o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2010), a população do território é de 224.094 habitantes, dos quais 93.972 vivem na área rural - 41,93% do total. A tríplice fronteira contém três importantes cidades da região, Tabatinga, Benjamin Constant e Atalaia do Norte, que têm o IDH de, respectivamente, 0,616 (médio); 0,574 (baixo); 0,450 (baixo).

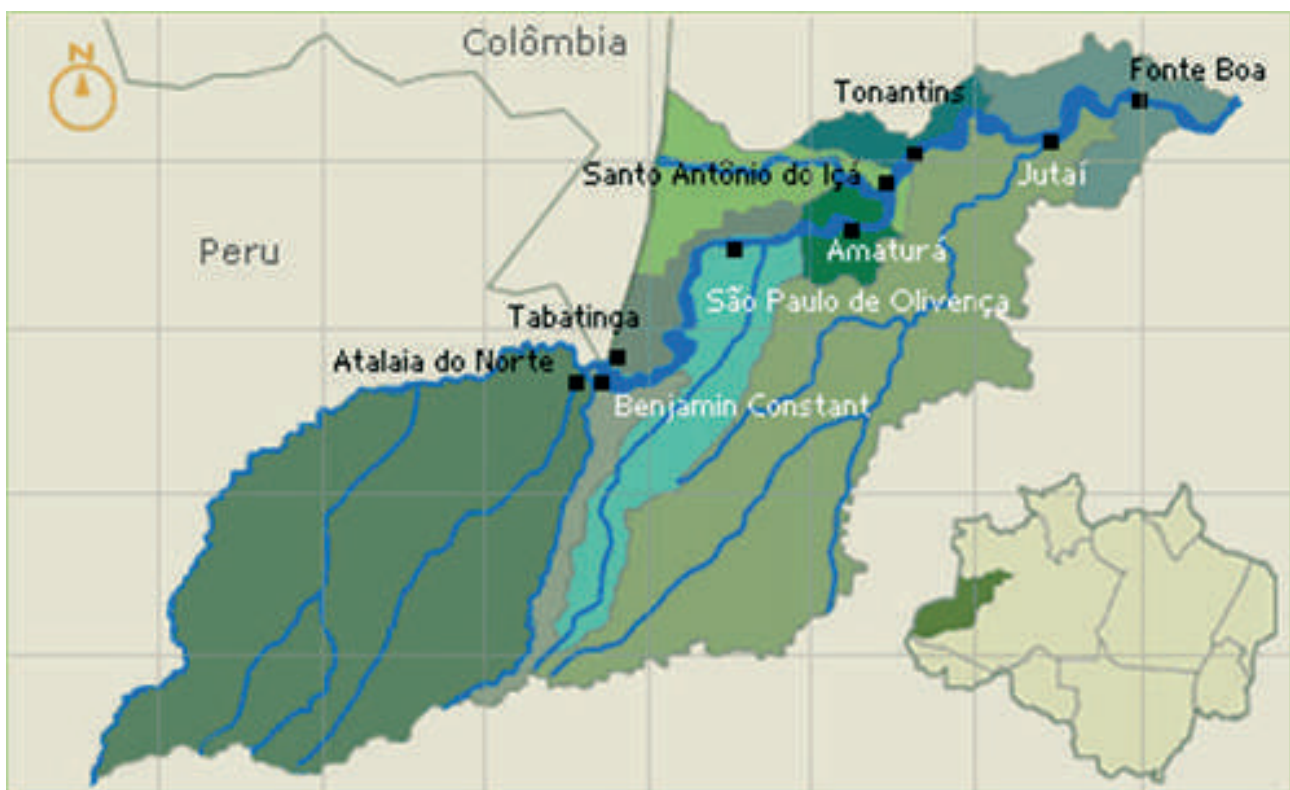


Figura 1. Área de abrangência do Território Mesorregião Alto Solimões (IBGE, 2010).

Entre as atividades produtivas e econômicas destaca-se o artesanato, o pescado, o turismo, a cadeia produtiva da madeira e a produção da castanha-do-brasil. Além disso, o ecossistema amazônico tem grande potencial, propiciando atividades como a fruticultura de espécies típicas regionais¹.

1. http://www.mi.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=4733cf18-b99b-459b-a2d3-f9f76c098635&groupId=63635a

Atenção à saúde indígena no Alto Solimões

Em 2010, após reivindicações de organizações de povos indígenas, houve a promulgação da Lei nº 12.314 que autorizou a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). A SESAI é parte do Ministério da Saúde, assumindo a tarefa de promover as condições necessárias para a gestão nacional da saúde indígena de forma autônoma e transparente. A secretaria é responsável por administrar os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do Brasil.

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas são unidades gestoras do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e são responsáveis por gerir localmente a atenção à saúde de membros de comunidades indígenas. Os distritos são estrategicamente divididos de acordo com as comunidades indígenas brasileiras. A presente avaliação está centrada na área de abrangência do DSEI Alto Rio Solimões, que contém o território indígena Tikuna.

De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) disponibilizado pela Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), sua força de trabalho é composta por 1.050 servidores terceirizados e conveniados que integram as 24 Equipes Multidisciplinares Saúde Indígena (EMSI) atuantes em 7 municípios da região do Alto Rio Solimões, cuja estrutura abrange em números:

- 12 polos base - O polo base configura-se como uma Unidade Básica de Saúde (UBS) coordenada por um enfermeiro e responde cotidianamente pela organização e execução dos serviços e ações de atenção à saúde indígena dentro da área localizada do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) onde se localizam os postos de saúde. A infraestrutura física e de pessoal operantes neste tipo de unidade de saúde deve ser compreendida como uma ligação entre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) e os níveis de média e alta complexidade disponíveis no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, toda a referência de pacientes indígenas aos serviços de saúde necessariamente passam pelo polo base.
- 20 postos de saúde - Os postos de saúde são unidades localizadas em aldeias e/ou assentamentos indígenas, onde os comunitários recebem os primeiros cuidados de saúde. Na maioria das vezes sua administração está a cargo dos profissionais de saúde, entre eles, Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e técnicos de enfermagem indígena e não indígena, que por meio de orientação de médicos e enfermeiros executam ações de educação em saúde e tratamentos básicos. Dentre os principais trabalhos realizados pelos profissionais de saúde no âmbito dos postos de saúde, se destacam: Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN); atenção à saúde da mulher e da criança; prevenção e acompanhamento de tratamento dos comunitários diagnosticados por intermédio de exames médicos (clínicos e laboratoriais), como os pacientes diagnosticados com IST/HIV-AIDS e hepatites virais. Os profissionais de saúde tais como Agentes Indígenas de Saúde, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros, rotineiramente oferecem preservativos, testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais, além de remédios prescritos pelos médicos das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e da rede hospitalar. Por fim, quando necessário os profissionais supracitados promovem encaminhamentos dos seus pacientes ao polo base de saúde, sempre buscando respeitar e compatibilizar as necessidades dos pacientes indígenas com o nível de complexidade demandado pelo problema de saúde.
- 01 Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) - As casas de apoio são espaços intermediários entre o polo base e as unidades de saúde e os serviços de média e alta complexidade que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Os pacientes indígenas em tratamento e seus acompanhantes utilizam-se deste recurso nas seguintes situações:

- i. Quando se encontram aguardando a realização de consultas e exames especializados disponíveis em local e data previamente agendados;
 - ii. Quando já passaram por consultas e/ou procedimentos médicos que demandaram determinado tipo de cuidado médico ou de enfermagem não disponíveis no interior do território indígena, como por exemplo, tratamento oncológico (quimioterapia);
 - iii. Pacientes e seus respectivos acompanhantes podem esporadicamente permanecer na CASAI para aguardar o transporte adequado para retornar à sua comunidade de origem.
- 227 aldeias - No Brasil são reconhecidos como aldeias os assentamentos comunitários indígenas. No que se refere ao Povo Tikuna, estas unidades locais são formadas por uma ou mais famílias que geralmente se unem em razão dos laços de consanguinidade, trocas matrimoniais e de reciprocidades.

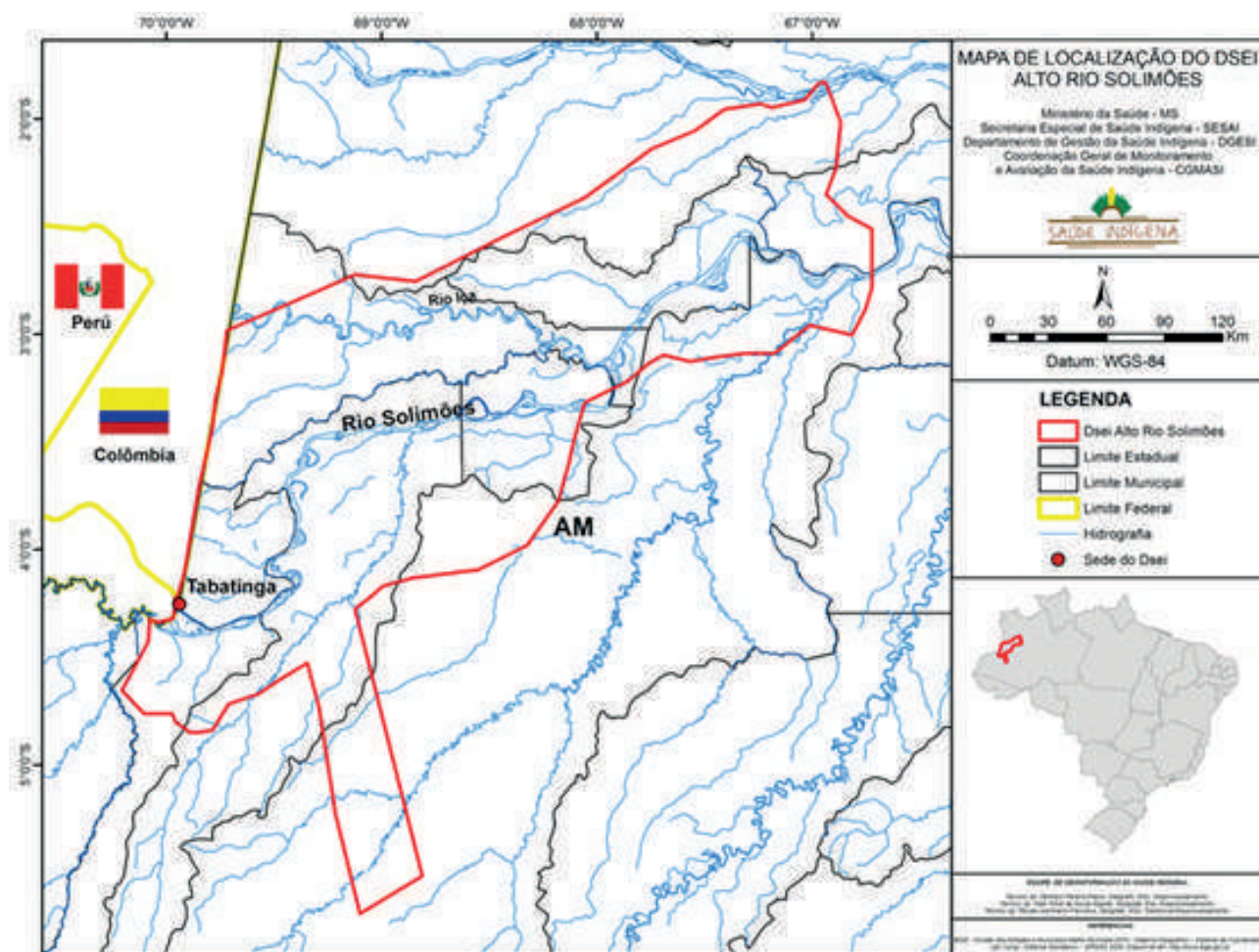


Figura 2. Mapa de localização do DSEI Alto Rio Solimões (MS/SESAI, 2014).

Frequêntam as ações de atenção à saúde um contingente populacional de 64.366 indígenas das etnias *Tikuna, Kokama, Kaixana, Kanamari, Whitoto, Kambeba e Maku-Yuhup*. A população Tikuna representa o total 53.423 habitantes, concentrando 83% da distribuição populacional.

A micro-área coberta pela ação deste projeto compreende especificamente as aldeias Umariáçu I, Umariáçu II e Belém do Solimões. Essas aldeias possuem aproximadamente 18.681 indivíduos, quantidade que representa 29% da população indígena atendida pelo DSEI-ARS de todo Alto Solimões.

Contingente Populacional	Aldeia-Comunidade
10.918 indivíduos	Belém do Solimões
2.374 indivíduos	Umariáçu I
5.389 indivíduos	Umariáçu II

Tabela 1. População das aldeias contempladas (SIASI/DIASI/DSEI ARS/SESAI, 2016).

A atenção primária à saúde é realizada por equipes multidisciplinares de saúde (EMSI) compostas da seguinte maneira:

n°	Polo base Belém do Solimões	n°	Polo base Umariáçu II	n°	Polo Base Umariáçu 1
04	Médico	02	Médico	01	Médico
07	Enfermeiro	05	Enfermeiro	03	Enfermeiro
03	Dentista	01	Dentista	01	Dentista
01	Psicólogo	01	Psicólogo	01	Psicólogo
01	Nutricionista	01	Nutricionista	01	Nutricionista
14	Técnico de Enfermagem	07	Técnico de Enfermagem	08	Técnico de Enfermagem
05	Técnico de Saúde Bucal	02	Técnico de Saúde Bucal	02	Técnico de Saúde Bucal
55	Agentes Indígenas de Saúde	29	Agentes Indígenas de Saúde	09	Agente Indígena de Saúde
13	Agente Indígena de Saneamento	03	Agente Indígena de Saneamento	05	Agente Indígena de Saneamento
01	Secretário administrativo	02	Secretário administrativo	01	Secretário administrativo
-	Digitador (SISVAN)	01	Digitador (SISVAN)	01	Digitador (SISVAN)
03	Serviços Gerais	03	Serviços Gerais	02	Serviços Gerais
03	Motorista fluvial	01	Motorista terrestre	01	Motorista terrestre
03	Vigia	01	Auxiliar serviço de apoio	01	Vigia/AISAN
113	Total	59	Total	37	Total

Tabela 2. Relação dos Profissionais de Saúde da EMSI atuantes no DSEI-ARS (SIASI/DIASI/DSEI ARS/SESAI, 2016).

Os profissionais de saúde assumem a tarefa de garantir a atenção à saúde das Comunidades Indígenas Umariáçu I, Umariáçu II e Belém do Solimões. Este trabalho segue diretrizes do Ministério da Saúde adaptadas pelas Referências Técnicas da Divisão de Atenção à Saúde Indígena por intermédio do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI), que se configura como principal instrumento de gestão e acompanhamento da situação.

Serviços de atenção às IST e ao HIV

A organização e funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena são definidos pelas diretrizes do DSEI do Alto Rio Solimões. As práticas de assistência são exercidas pelos profissionais de saúde que integram a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena dentro de uma estrutura composta pelo DSEI-ARS, os Polos Base de Saúde e a casa de apoio aos índios.

No plano local e comunitário, os profissionais de saúde da EMSI que assistem as comunidades Umariçu I, Umariçu II e Belém do Solimões realizam esforços para garantir o cumprimento das ações em imunização, vigilância alimentar e nutricional, atenção à saúde da mulher e da criança, atenção à saúde da pessoa idosa, atenção à saúde sexual e reprodutiva e atenção à saúde mental.

O foco da avaliação volta-se para Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva e Atenção à Saúde Mental, programas que prestam assistência a mulheres e meninas indígenas vítimas de violência e vulneráveis ao HIV. O conjunto de serviços e ações que contemplam essas práticas é bastante extenso. Este relato irá se dedicar à exposição das formas de enfrentamento das IST, HIV e AIDS entre os indígenas Tikuna.

No âmbito local da assistência à saúde, de acordo com os profissionais da Referência Técnica Saúde Sexual e Reprodutiva, o DSEI-ARS presta atendimento aos comunitários através de:

- Ações de Educação em Saúde – Ações envolvendo a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, geralmente realizadas nas escolas por professores e profissionais de saúde, com o público alvo de alunos adolescentes.
- Oferta de Preservativos Masculinos e Femininos - O Ministério da Saúde disponibiliza regularmente estes insumos ao DSEI-ARS, que os distribui mensalmente nas comunidades. A distribuição pública é feita por livre demanda e por solicitação interpessoal. Na sede do Polo Base de Saúde existe um dispensador de livre acesso aos usuários, que evita a necessidade identificação prévia. Também é possível solicitar espontaneamente camisinhas aos enfermeiros e psicólogos, que as entregam durante visitas domiciliares.
- Testes de Rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites Virais - Os testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, sabe-se que estes são ofertados a todos por livre demanda. No caso de gestantes, a realização dos testes integra a rotina pré-natal.

A atenção à saúde dos pacientes com suspeita de infecção ou diagnosticados como portadores IST, HIV e AIDS ocorre geralmente a partir do primeiro contato de familiares com os Agentes Indígenas de Saúde, que registram as informações e as compartilham em seguida com os enfermeiros da área do Polo Base de Saúde. A partir deste momento, enfermeiros e psicólogos passam a construir conjuntamente estratégias de abordagem individual.

De acordo com os contatos da área de Saúde Sexual e Reprodutiva, esta é a etapa mais delicada do processo, pois “a maioria dos indivíduos que possui alguma IST omite o caso com receio da exposição à comunidade”. As ISTs são vistas como resultado da adoção de comportamentos sociais inaceitáveis e passíveis de sanções públicas. Isso leva os comunitários a muitas vezes procurar tratamento oferecido em farmácias do lado colombiano da fronteira.

Durante as entrevistas, o responsável técnico em Saúde Sexual e Reprodutiva informou que as equipes de saúde, em parceria com os Conselheiros Distritais e Locais de Saúde, têm procurado difundir informações positivas acerca das formas de prevenção e tratamento das IST e do HIV no interior das comunidades, com destaque a atuação dos projetos “Saúde na Escola” e “Jovens Comunicadores”, iniciativas do UNICEF.

Concomitantemente, o DIASI/DSEI-ARS também presta serviços de atenção e cuidado aos pacientes indígenas soropositivos que fazem uso regular de medicamentos antirretrovirais. A partir da notificação dos casos de HIV e AIDS realizadas por médicos e enfermeiros das EMSI, o paciente indígena é encaminhado aos serviços adequados, tendo como base o Serviço de Referência do Setor de DST da Fundação Alfredo da Matta. Após o diagnóstico, os medicamentos antirretrovirais são dispensados pelo Estado do Amazonas para Coordenação Municipal de DST-AIDS de Tabatinga. A coordenação transfere os medicamentos aos técnicos da DIASI/DSEI-ARS que se encarregam de administrá-los aos pacientes indígenas, procurando minimizar especulações e conflitos no interior das comunidades. Esse cenário revela a importância da comunicação interinstitucional para o enfrentamento das ISTs no âmbito da tríplice fronteira.

Os processos acima são resultado de uma longa articulação com várias entidades junto ao Governo Federal, ao Governo Estadual do Amazonas e à Prefeitura Municipal de Tabatinga. A partir disso, foi possível inaugurar em 2016 o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) da cidade. O CTA disponibiliza exames para pacientes com suspeita de infecção ou diagnosticados como portadores de IST e HIV, promovendo possibilidades de diagnóstico e tratamento para as populações econômica e socialmente vulneráveis que vivem ou circulam pela região.

O enfrentamento das situações de violência que afetam as Mulheres e Meninas Indígenas Tikuna encontra-se intrinsecamente relacionado à Atenção à Saúde Mental, que aparece como atribuição das EMSI entre as Comunidades Umariáçu I, Umariáçu II e Belém do Solimões.

Cuidado e atenção às situações de violência

Os episódios de violência intracomunitária surgem como fator de constrangimento para as famílias indígenas. Segundo relato dos comunitários, esses episódios estão associados à rixas entre gangues formadas por jovens indígenas que fazem uso frequente de bebidas alcoólicas e outras drogas, que favorece a adoção de práticas e comportamentos sociais não compatíveis com as regras da boa convivência. As ocorrências desta natureza geram conflitos intracomunitários e intergeracionais, sobretudo quando as vítimas são mulheres. As indígenas vítimas de violência geralmente sentem vergonha e medo, condição que limita as possibilidades de enfrentamento das situações de violência.

Desde 2013, a EMSI/DSEI-ARS incorpora a Notificação Compulsória de Violência Doméstica e Sexual como parte das suas atribuições. Esta diretriz tem estimulado a atuação interinstitucional conjunta dos gestores da FUNAI e do DSEI-ARS, que pretendem aperfeiçoar as práticas interculturais de diálogo e intervenção sobre este problema. Abaixo dispõe-se um resumo descritivo sobre a rotina de cuidado e atenção às situações de violência:

- **Primeiras notícias** – a família ou a própria vítima relata a situação, ainda em caráter informal, para um Agente Indígena de Saúde ou Técnico de Enfermagem, que imediatamente comunica o acontecimento aos psicólogos da unidade de saúde.
- **Investigação** – o psicólogo da EMSI inicia a aproximação e abordagem da vítima e seus familiares. Conforme relatado pela psicóloga Viviane Verçosa: “Nem sempre se obtém êxito nas primeiras abordagens, as famílias ainda sentem vergonha e medo”.
- **Atenção e cuidado às vítimas de violência** – a partir do registro da ocorrência, a vítima é encaminhada ao Polo Base de Saúde onde recebe cuidados médicos e psicológicos.

- **Notificação** – o psicólogo intrigante da EMSI formaliza o registro de Notificação Compulsória de Violência Doméstica e Sexual e encaminha os registros ao DSEI-ARS. Nesse momento, o Psicólogo da Divisão de Atenção à Saúde (DIASI) sistematiza os registros e compartilha os seus conteúdos com a FUNAI e a Polícia Civil, instituições que possuem atribuições para atuar no âmbito do contexto indígena e, quando aplicável, nas questões referentes à punição dos agressores.
- **Pós-notificação** – a atenção à saúde das mulheres indígenas vítimas de Violência Doméstica e Sexual das Comunidades Umariáçu I, Umariáçu II e Belém do Solimões se desenvolve nas Equipes Multidisciplinares de Saúde indígena do DSEI-ARS junto ao envolvimento e atuação de outras esferas institucionais. De acordo com os agentes públicos locais, as possibilidades de punição estão comprometidas dado o déficit de infraestrutura e pessoal enfrentado pelas forças de segurança ativas na região.

Com o objetivo de superar desafios e criar redes colaborativas, a FUNAI e a SESAI têm buscado arregimentar novos gestores para apoiar as intervenções sobre as situações de violência doméstica e sexual que afetam as mulheres indígenas, entres estes os agentes públicos do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), do Conselho Tutelar e da Polícia Civil de Tabatinga. Para tanto, essas entidades reúnem-se com regularidade na sede FUNAI em Tabatinga, com objetivo de discutir encaminhamentos possíveis para os casos notificados.

A existência de um conjunto de gestores e atores sociais atentos à situação de violência criou a base de uma Rede de Atenção e Proteção das Mulheres Indígenas do Solimões (RAPMIS), ainda não consolidada oficialmente. A ideia tem fomentado as agências FUNAI e SESAI, e tem buscado apoiar e desenvolver ações voltadas para o “Bem Viver Indígena”, através das iniciativas:

- Projeto Viver Melhor Para Todos (DSEI-ARS - Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga);
- Fórum sobre Saúde Mental e Povos indígenas na Universidade Nacional da Colômbia (UNAL);
- Triplicart - Projeto que leva cursos de danças, teatro, fotografia e pintura a jovens de comunidades indígenas (UNESCO)

A formalização da rede RAPMIS pode ser uma ferramenta eficaz em difundir e sensibilizar informações relevantes sobre a Defesa dos Direitos das Mulheres e em construir políticas sociais. Neste sentido, espera-se que a formação de estratégias culturalmente adequadas de valorização e proteção das mulheres indígenas crie um ambiente de respeito aos direitos das mulheres no contexto transfronteiriço.

Cumprir destacar a atuação da Associação de Mulheres do Alto Solimões, que tem como presidente Gleissimar Castelo Branco, que desde 1995 desenvolve na região projetos e ações essencialmente voluntárias para a difusão dos Direitos das Mulheres, com ênfase na proteção das mulheres vítimas de violência doméstica e sexual em todos os sete municípios que integram a área de abrangência do Alto Rio Solimões. Este trabalho colabora para o desenvolvimento de pesquisas sobre violência doméstica e sexual realizadas pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM) por intermédio do Observatório da Violência no Solimões. Contudo, essas frentes não dispõem de um projeto específico com as mulheres Tikuna.

Com relação à juventude, registra-se no interior das Comunidades Umariáçu I, Umariáçu II e Belém do Solimões, a presença dos Jovens Comunicadores Tikuna. Com o apoio do UNICEF, o grupo foi constituído em 2013 com o objetivo de difundir informações entre os jovens indígenas, fomentando o debate e a troca de ideias acerca das motivações dos episódios de violência interétnica e intracomunitária que atingem as moças e rapazes destas localidades. Desde então, os Jovens Comunicadores desenvolvem no ambiente intracomunitário ações que visam difundir a importância de direitos humanos e sociais e garantias e liberdades de expressão política, religiosa e sexual.

De acordo com o representante Silvério Mendes, desde 2013 o grupo desenvolveu ações que abordaram temas e campanhas sobre prevenção das IST e HIV, prevenção do uso de álcool e outras drogas e paternidade responsável. Os Jovens Comunicadores sentem-se orgulhosos em protagonizar eventos diretamente relacionados à harmonização do ambiente comunitário. Entretanto, conforme argumenta Silvério Mendes: “Este prestígio é temporário! Afinal, nós não temos recursos próprios. Assim, hoje nosso maior sonho é construir dentro da comunidade um espaço comunitário, exclusivamente destinado aos jovens, onde a gente possa realizar cursos, palestras e oficinas dos mais variados assuntos”.

O combate ao HIV e à violência envolvendo as mulheres indígenas do Solimões depende da incorporação de um conjunto variado de medidas interinstitucionais capazes de valorizar as boas práticas de diálogo intercultural. Apesar das inúmeras adversidades relatadas pelos agentes governamentais e não-governamentais, direta ou indiretamente contemplados neste levantamento, percebe-se o grande interesse de todos em buscar soluções para os problemas que afetam os comunitários indígenas.

METODOLOGIA

Este capítulo apresenta os procedimentos gerais que subsidiaram a avaliação qualitativa sobre o Levantamento das Situações de HIV e violência que afetam as mulheres e meninas Tikuna de Umariçu I, Umariçu II e Belém do Solimões. O projeto foi desenvolvido em quatro etapas.

- **Etapa I. Levantamento de dados e informações**

Num momento prévio ao campo, foi realizada, pelo consultor técnico, uma análise e sistematização de dados demográficos, epidemiológicos, históricos e etnográficos envolvendo a Microrregião de Alto Solimões e a Tríplice Fronteira, com destaque para trajetória ao Povo Tikuna e as situações de violência a que estão submetidos.

- **Etapa II. Mobilização interinstitucional, intracomunitária e logística**

Nesse momento, contou-se com apoio da gestão do DSEI-ARS/SESAI para a identificação e mobilização de atores governamentais, não-governamentais e membros da comunidade indígena que estivessem envolvidos com questões relativas à exposição ao HIV e à violência na região.

- **Etapa III. Percorso de campo**

A etapa de campo foi organizada pelo consultor técnico e composta por dois momentos distintos e complementares entre si. O primeiro deles consistiu na mobilização interinstitucional, através de reuniões e conversas com agentes públicos governamentais e não-governamentais direta ou indiretamente envolvidos com questões relativas ao HIV e à violência. Deu-se especial atenção para a percepção destes atores sobre os problemas nas comunidades indígenas e as possibilidades de intervenção. O segundo momento foi de mobilização intracomunitária através de encontros e rodas de conversa com homens e mulheres indígenas previamente indicados pelas lideranças comunitárias de cada localidade. Contou-se com o apoio de tradutores português-tikuna para as dinâmicas.

- **Etapa IV. Sistematização e análise dos dados de campo**

A etapa final consistiu na sistematização e análise dos dados e informações de campo e na produção do relatório.

DIAGNÓSTICO

Um panorama sobre violência e vulnerabilidades

A configuração transfronteiriça traz vários problemas de ordem pública. Além de ser uma região de difícil acesso a serviços públicos, o fluxo contínuo de mercadorias e pessoas torna a área uma zona de convergência de abuso de álcool e outras drogas, como cocaína e de práticas sexuais, acarretando em diversas formas de violência física e simbólica. Na região também ocorrem grandes operações policiais de apreensão de tráfico de drogas, por ser um local de escoamento estratégico destes produtos ilegais entre países.

A situação de violência contra a mulher e subnotificação está presente na realidade do município de Tabatinga, cujos técnicos do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) informam o registro de atendimento no ano de 2014, o total de 20 casos notificados de violência contra mulher.

Acessar o problema da violência contra a mulher dentro da comunidade indígena é um desafio. O assunto é visto como um tabu entre essas populações. Nas rodas de conversa, os comunitários demonstraram nítido constrangimento em externar preocupações em relação à violência contra mulheres e meninas em suas comunidades.

Segundo o entendimento indígena, a ocorrência de infecções pelo HIV e de violência no interior das comunidades indígenas do Alto Solimões está fortemente relacionada ao circuito de lazer que integra o ambiente da tríplice fronteira, composto por um conjunto de festas e bares onde se permite o consumo indiscriminado de álcool e outras drogas, associado à prática de sexo com “pessoas estranhas” - categoria em contexto nativo designado pelos interlocutores indígenas associa-se a possíveis articuladores/comerciantes de produtos ilegais como drogas.

Estes comportamentos acarretam desequilíbrios de saúde que contribuem significativamente para a desestruturação da organização social. As lideranças tradicionais entendem que a falta de reconhecimento, respeito e consideração pelas regras de parentesco enfraquece significativamente os mecanismos tradicionais de controle social e, assim, contribuem para o agravamento das situações que expõem os comunitários às diversas formas de violência e as IST e HIV.

Do ponto de vista da moral indígena, pessoas que estejam expostas e possam adquirir algum tipo de IST ou HIV estão sujeitas em seus contextos comunitários a receberem um tipo de sanção variantes da reprimenda doméstica até a surra em público, acarretando inclusive suicídios. Conforme explicitado pelos profissionais de saúde, o temor de sanções da comunidade dificulta o acompanhamento de comunitários suspeitos e/ou diagnosticados com ISTs ou HIV.

A partir de 2013, a Secretaria Especial de Saúde Indígena passou a orientar as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas sobre a importância do registro dos casos de violência praticados contra indígenas no interior das comunidades no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os profissionais das áreas de Enfermagem, Serviço Social e Psicologia que integram as diversas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) passaram a discutir e implantar a rotina de notificação compulsória deste tipo de agravo.

No DSEI do Alto Rio Solimões, os profissionais de saúde vêm realizando os registros de agressões desde 2011. Dados e gráficos a seguir, apesar de terem lacunas e inconsistências, oferecem um panorama sobre a violência entre indígenas e demonstram a relevância do problema nessas comunidades.

A figura abaixo apresenta os dados do período de 2011-2015, disponibilizados pela Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) e inclui todos tipos de agressão, entre homens e mulheres indígenas. Observa-se a notificação de 158 casos de agressão no ano de 2014, e uma pequena redução para o número de 132 notificações em 2015. Dados discriminados por sexo não foram fornecidos.

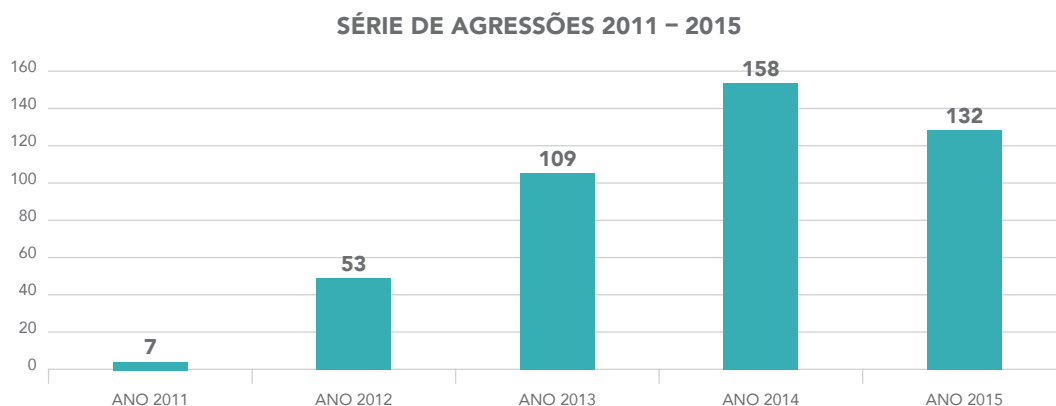


Figura 3. Notificações série de agressões 2011-2015 (DIASI/DSEI-ARS, 2016)

Há uma relação intrínseca entre violência, saúde sexual e mental e casos de suicídio. De acordo com o profissional responsável da área, os principais problemas que afetam a saúde mental no interior das comunidades Tikuna são decorrentes das seguintes situações: uso abusivo de bebida alcoólica, suicídios, tentativas de suicídio, violências e homicídios.

Apresenta-se abaixo os dados referentes à série histórica sobre os casos de violência registrados nas comunidades Umariçu I, Umariçu II e Belém do Solimões, bem como na sequência um conjunto de gráficos em que será possível identificar os tipos de violência e, conseqüentemente, o perfil e o estado dos agressores.

Na série histórica sobre os casos de violência, há um registro crescente e gradativo das ocorrências, culminando em um incremento mais marcante em Belém do Solimões com 71 notificações em 2015.

2015	2014	2013	2012	2011	Ano
71	68	48	20	2	Belém do Solimões
22	16	25	2	0	Umariçu I
0	5	4	2	0	Umariçu II

Tabela 3. Série histórica sobre os casos de violência (DIASI/DSEI-ARS)

Segmentando por tipo, registra-se maior ocorrência de violência física, com 275 casos notificados entre 2011-2015, acompanhado de 75 casos de violência psicológica. Com relação ao estado do agressor, do total de 248 dos casos, aproximadamente 84% dos agressores identificados encontravam-se sob efeito de álcool. Verifica-se uma relação intrínseca entre o consumo de álcool e ocorrências de violência praticada entre as comunidades indígenas de Umariçu.



Figura 4. Tipos de violência 2011-2015 (DIASI/DSEI-ARS)

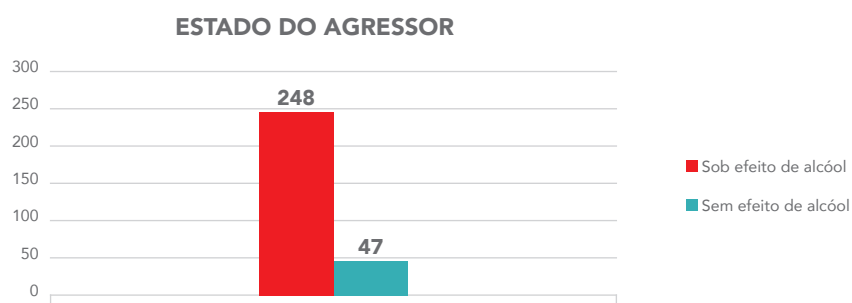


Figura 5. Estado do agressor (DIASI/DSEI-ARS)

Ao observar o perfil das agressões por gênero, os profissionais de saúde do DSEI-ARS constataram que dos 275 casos de violência identificados entre 2011 e 2015, 147 ocorreram contra homens, 118 casos contra mulheres, e em 10 casos não foi identificado o sexo da vítima.

Em relação ao relacionamento com os agressores, os técnicos do DIASI/DSEI-ARS informam:

- Conhecido – Quando o agressor pode ser facilmente identificado pela vítima. Pode ser um índio ou não índio que convive e circula pela área da tríplex fronteira com livre acesso às comunidades indígenas.
- Desconhecido – Quando o agressor e a vítima não mantêm relações sociais de convívio cotidiano. Geralmente este tipo de agressor surge no ambiente das festas que no circuito de bares e casas de shows e frequentam o ambiente da tríplex fronteira, especialmente, nos finais de semana.
- Cônjuge – Quando agressor e vítima se encontram unidos por laços de afeto e/ou mecanismos de trocas matrimoniais existentes (casamento). Podem ser identificados como: esposo, companheiro e namorado.

PERFIL DO AGRESSOR

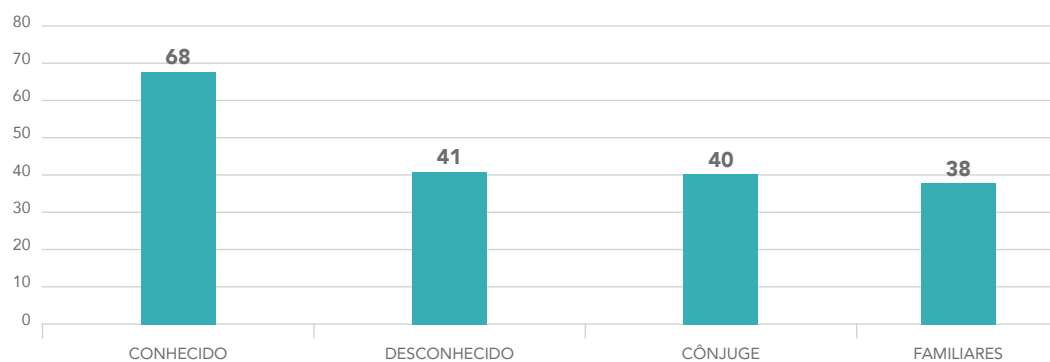


Figura 6. Perfil do agressor (DIASI/DSEI-ARS)

Segundo o entendimento proferido por lideranças comunitárias e profissionais de saúde, os homens – geralmente jovens indígenas com idades variantes entre 14 e 30 anos, na maior parte das vezes solteiros – são afetados pelas situações de violência decorrentes da presença de gangues que utilizam e também incentivam o uso indiscriminado de bebidas alcoólicas entre outras drogas como maconha e cocaína no interior das comunidades indígenas.

Os dados apresentados sobre as notificações dos casos de violência foram disponibilizados pela Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) do DSEI-ARS. Durante etapa de campo, observou-se que o volume de notificações existentes são maiores do que os limites e possibilidades da EMSI em processá-los e analisá-los, levando em consideração as inúmeras demandas atendidas pelo corpo técnico que integra a DIASI/DSEI-ARS. Neste sentido os dados apresentados merecem maior tratamento e análise em tempos futuros.

Necessidades das mulheres e meninas do Alto Solimões

A partir de conversas com comunidades e profissionais de saúde, foi possível levantar necessidades e carências das mulheres e meninas indígenas da região, elencadas a seguir.

- Embora os diferentes órgãos entrevistados demonstrem preocupação e real interesse em intervir sobre os problemas que conduzem a episódios de violência envolvendo as mulheres e meninas indígenas, as interlocutoras indígenas são unânimes ao declarar que não se sentem amparadas e contempladas pelo poder público. Essa desconexão provoca frustração da EMSI/DSEI-ARS atuante na área de abrangência do Polo Base Umariáçu I, especialmente por realizarem esforços para a notificação compulsória dos casos de violência e também para o acompanhamento psicológico das mulheres e meninas e suas respectivas famílias quando necessário, contando com profissionais de saúde indígenas especialmente capacitados pelo serviço de psicologia local. Nesse sentido, é evidente a necessidade de se aperfeiçoar as práticas de diálogo intercultural.
- Os membros das comunidades criticam a falta de continuidade dos projetos anteriores, como é o caso da frente de trabalho com os jovens, iniciativa do UNICEF, e a construção da agenda comunitária para prevenção das IST, HIV e AIDS, iniciativa da UNESCO. Segundo o entendimento dos relatores, os projetos não têm continuidade por falta de recurso e de apoio aos técnicos responsáveis.

- Interlocutoras declararam ter conhecimento de casos de violência cotidiana contra mulheres, mas não declararam ter sido vítimas, referindo-se a vizinhas, conhecidas ou parentes. Esta estratégia certamente visou minimizar conflitos familiares posteriores ao encontro. Os principais tipos de violência identificados no contexto intracomunitário são caracterizados pela:
 - » Violência física – decorrente de desentendimentos domésticos entre parceiros íntimos. Inclui, principalmente, agressões físicas corporais. As práticas de agressão física podem ser realizadas por homens e mulheres. No caso das mulheres, isso geralmente ocorre como reação ou defesa, a depender da posição que esteja no conflito. Durante a plenária, as mulheres mais experientes destacaram que nestes casos frequentemente uma das partes envolvidas consumiu bebida alcoólica e cocaína. Há também situações de violência envolvendo marido e mulher que juntos consomem bebidas alcoólicas e cocaína, especialmente jovens. Por fim, existem motivos relacionados aos papéis de gênero dentro da comunidade.
 - » Violência sexual – o abuso sexual é reconhecido pelas comunitárias como o principal fator que assola a vida e o cotidiano das mulheres e meninas indígenas. A violência, nesse sentido, está fortemente associada ao uso de bebidas alcoólicas e drogas, principalmente em períodos específicos dos circuitos de lazer, as “festas de fim-de-semana”. No âmbito local da tríplice fronteira, existem bares e eventos onde se permite e incentiva o uso de bebidas alcoólicas e outras drogas concomitantemente a prática de sexo. Essa realidade é um fator de tristeza e constrangimento para as mulheres.
 - » Violência emocional/psicológica – esse tipo de violência é caracterizado pelo abandono ou desinteresse por parte dos maridos, namorados ou companheiros. As mulheres também se queixam do não reconhecimento de paternidade.
 - » Violência patrimonial – relatou-se a ocorrência de apropriação do salário da esposa pelo marido
 - » Violência doméstica – esse tipo de violência é vista como decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas e também de desentendimentos entre casais por conta de traições, ciúmes e feitiços praticados por mulheres traídas ou que traem.
- Com relação às práticas de repreensão da violência intracomunitária, as mulheres indicaram alguns agentes capazes de intervir sobre esta realidade, citando os Caciques, Pajés, Pastores, a Polícia Civil e a Psicóloga. Entretanto, ao se observar a realidade do campo, nota-se que os atores sociais não conseguem aplicar os mecanismos de controle sobre os perpetradores da violência.
- As mulheres das comunidades indicaram possíveis estratégias de intervenção, como o apoio da Polícia Civil: “Nosso maior desejo é que a polícia possa de fato intimidar os homens violentos e apoiar as vítimas de violência”. Segundo as interlocutoras indígenas, se a vítima não relatar, a ocorrência não é registrada e o autor da ação fica impune, gerando a continuidade da prática de violência.
- As mulheres pedem o cumprimento do Estatuto do Índio (Lei nº 6001, de 1973), especialmente no que se refere à proibição da disseminação de bebidas alcoólicas e drogas para os indígenas.
- Evidenciou-se durante as rodas de conversa que não existem projetos ou ações especialmente voltadas para as mulheres e meninas no contexto intracomunitário. As mulheres pediram que essas questões fossem discutidas.
- Um dos aspectos tratados pelos indígenas participantes da avaliação refere-se a conflitos intergeracionais e à organização social intrafamiliar, as queixas mais comuns indicam que moças e rapazes estão deliberadamente optando por negar a autoridade dos seus pais e avós.

- Na concepção das interlocutoras indígenas, a situação de Umariçu e Belém do Solimões transforma as localidades em uma “terra sem lei”, pois não encontram-se na prática constituídas a justiça e a polícia.
- A manutenção e reforço da Notificação Compulsória de Violência Doméstica e Sexual foi enfatizada pelos agentes públicos que atuam na região
- O Comando da Polícia Militar, em Tabatinga, alega que existem conflitos com a Legislação Indigenista Brasileira que precisam ser resolvidos. Segundo a PM, a lei atribui responsabilidade das questões relativas aos índios ao Poder Público Federal. A Polícia Federal, por sua vez, afirma que as atividades destinadas a patrulhamento ostensivo comunitário não integram suas atribuições constitucionais. Dentre tantas incertezas, a Justiça Federal do Amazonas proferiu uma sentença que obriga a Polícia Militar a realizar o policiamento das comunidades indígenas Umariçu I, II e Belém dos Solimões. Mesmo assim, a Polícia Militar preferiu recorrer às instâncias superiores da Justiça em um processo ainda em curso.

Este é o pano de fundo onde se desenvolvem os episódios de violência. Observa-se que os relatos de violência pelas mulheres indígenas são carregados de constrangimento porque os perpetradores estão dentro da própria comunidade. Nesse contexto, fica claro o anseio dos mais velhos em reivindicar o reconhecimento da autoridade e linhas de parentesco, pois segundo o entendimento indígena, somente a família é capaz de promover a correção moral de seus membros.

A partir desse panorama, a próxima seção traz recomendações que levam em consideração as propostas de intervenção elencadas por comunitárias indígenas e demais agentes institucionais, civis e comunitários engajados com a avaliação.

RECOMENDAÇÕES

As recomendações expressas neste documento são fruto de demandas e sugestões apontadas pelos participantes e colaboradores da avaliação, membros da comunidade e agentes públicos. Propõe-se linhas de ação cujo conteúdo visa apoiar iniciativas de apoio ao desenvolvimento comunitário e interinstitucional e subsidiar ações futuras das organizações ONU Mulheres, UNAIDS e UNV entre os indígenas Tikuna.

De acordo a Organização das Nações Unidas, a categoria de voluntário representa um indivíduo que dedica parte do seu tempo à realização de atividades não remuneradas visando essencialmente promover o bem estar social em diferentes regiões do planeta.

Partindo desse conceito, é possível dizer que na região estudada não existem iniciativas exclusivamente voltadas ao voluntariado. Contudo, observando a realidade vivida pelos atores locais percebe-se que eles realizam esforços individuais e coletivos para melhorar as condições dos povos indígenas e não-indígenas que vivem na área do Alto Rio Solimões. Esta vontade se apresenta por meio de iniciativas não necessariamente vinculadas às atribuições legais das instituições, por exemplo:

- Reuniões do grupo formado por servidores FUNAI, SESAI, CREAS, Conselho Tutelar, Secretaria Municipal de Saúde e Polícia Civil que por livre iniciativa procuram discutir as possíveis soluções para os problemas decorrentes das situações de violência que afetam as mulheres indígenas.
- Iniciativas de geração de renda capitaneadas pelo projeto “Viver Melhor Para Todos”, que foram delineadas de acordo com as demandas comunitárias identificadas por agentes governamentais.

Neste sentido, apesar de não existir uma menção direta a presença de trabalho voluntário entre os Tikuna, observa-se que a realização de atividades como essas são possíveis graças ao espírito voluntarioso dos profissionais oriundos de diferentes instituições que atuam junto aos indígenas do Alto Rio Solimões.

Além do lado institucional, é possível encontrar referências de voluntariado no ambiente intracomunitário. Diariamente, os Comunitários Tikuna encontram-se envolvidos em reuniões e encontros voltados a discutir e promover estratégias de melhoria das condições de vida nas comunidades Umariçu I, Umariçu II e Belém do Solimões. Por isso, as Lideranças Tikuna geralmente são reconhecidas por seu protagonismo e participação em fóruns de reflexão e decisão, como é o caso da presença no Conselho de Educação, em Conselhos Locais e Distritais de Saúde, assim como outros espaços dedicados a debates sobre os Direitos Indígenas.

À primeira vista, a disposição dos líderes comunitários remete-se ao que se compreende por voluntariado. Contudo, durante o trabalho de campo desta consultoria, foi possível observar que a mobilização intracomunitária configura-se mediante um fluxo sofisticado de sistemas de trocas que abarcam linhas de parentesco e grupos políticos locais. A adoção desta postura permite que famílias se tornem especialistas em determinadas demandas, e localmente cada comunidade dispõe de comunitários habilitados a participar de discussões e atividades envolvendo agências do Sistema ONU, FUNAI e Órgãos de Defesa do Meio Ambiente, como entre outros segmentos. Sob a ótica Tikuna, esta estratégia evita a concentração excessiva de poderes e concomitantemente proporciona a distribuição de recursos materiais no interior das comunidades. Tal afirmação ganha um sentido especial quando observamos que as mobilizações intracomunitárias provenientes de demandas externas só se tornam possíveis mediante o aporte financeiro por parte do proponente.

Diante das questões expostas, compreende-se que o UNV poderá desenvolver atividades que contribuam para suscitar nos comunitários a noção de voluntariado e internalizar sua importância e valor agregado no interior das comunidades indígenas, bem como reconhecer a dinâmica local e as formas de organização sociocultural Tikuna. No contexto deste estudo, esse trabalho pode ser traduzido por meio das seguintes linhas de ação.

Linha de Ação 1. Apoio ao fortalecimento de voluntariado

Aconselha-se fortalecer a noção de voluntariado entre os comunitários e os setores governamentais e não-governamentais. Neste sentido, recomenda-se a organismos internacionais, como UNV, fomentar as ações de atores interinstitucionais e comunitários por meio de visitas, palestras e cursos de curta duração, apresentação de experiências exitosas de serviço voluntário realizadas na América Latina e em outras localidades e, se possível, proporcionar intercâmbios entre essas experiências e representantes locais, e fomentar a reflexão sobre a necessidade de cooperação e voluntariado nas escolas e demais segmentos comunitários.

Linha de Ação 2. Apoio ao desenvolvimento interinstitucional

O grupo formado por livre iniciativa dos servidores da FUNAI, SESAI-DSEI-ARS, CREAS, SMS, Conselho Tutelar e Polícia Civil com o objetivo de trocar informações e intervir nas situações de violência praticada contra as mulheres indígenas já funciona como um grupo de discussão dos problemas que afetam as comunitárias indígenas do Alto Solimões. Os técnicos destas instituições identificam que a atuação em rede e o compartilhamento de responsabilidades apoia a intervenção sobre situações de HIV e violência. Diante deste cenário, propõe-se que com apoio das organizações ONU MULHERES, UNAIDS e UNV possa se consolidar a Rede de Atenção e Proteção às Mulheres Indígenas do Solimões (RAPMIS). A RAPMIS deverá ser composta pelas instituições citadas ao longo deste documento e por outras instituições pertinentes ao projeto, sempre respeitando os níveis de governabilidade impostos pelas atribuições legais de cada um dos seus membros.

Espera-se que a RAPMIS possa assumir a tarefa de coordenar e comunicar os fluxos das Políticas Públicas, Ações e Serviços voltados para as Mulheres e Meninas indígenas em toda a área do Alto Rio Solimões. Por esta razão, sugere-se que essa rede seja composta por membros de organizações governamentais, entidades da sociedade civil, mulheres indígenas, entre outras lideranças comunitárias, com o objetivo de intervir sobre as situações de HIV e violência e simultaneamente colaborar para melhoria das condições de vida dentro e fora das comunidades indígenas. Enfim, a expectativa é que a formalização da RAPMIS favoreça as estratégias de valorização das mulheres indígenas e não-indígenas no ambiente da tríplice fronteira, conferido às mulheres respeito e condições plenas de exercer sua cidadania.

Linha de Ação 3. Formação política

Segundo as Mulheres Tikuna, as Comunidades Umariçu I, Umariçu II e Belém do Solimões encontram-se carentes de informação, especialmente as voltadas ao entendimento de questões como Direitos Humanos e Sociais, Direitos Indígenas, Direitos de Família, Direitos das Mulheres e inclusão social para homens e mulheres. Em linhas gerais, as comunitárias entendem que a falta de informação e orientação quanto aos seus direitos favorece a perpetuação das situações de violência intracomunitária. As mulheres indígenas também recomendam que os homens participem dessas oportunidades de disseminação de informação.

Linha de Ação 4. Apoio à geração de trabalho emprego e renda

As comunitárias apontam a falta de emprego e renda como fator gerador de vulnerabilidades que ocasionam as situações de violência intracomunitária e interétnica que afetam as mulheres indígenas e suas famílias. As comunitárias de Belém do Solimões solicitam particularmente o apoio técnico para a formação das roças comunitárias e a organização do espaço intracomunitário denominado “Mercado das Mulheres Indígenas” para que possam comercializar seus produtos e adquirir rendimento próprio.

Linha de Ação 5. Apoio às iniciativas de cultura, lazer e esporte

Esta é uma reivindicação expressa pela juventude Tikuna que foi adotada pelas Mulheres Indígenas. De modo particular, em seu cotidiano os Jovens Comunicadores apontam a inexistência de oportunidades relacionadas à cultura, lazer e esporte, e a ociosidade impulsiona as moças e rapazes ao circuito de lazer de bares e festas da tríplice fronteira, como também ao consumo abusivo de álcool e outras drogas. Compreende-se que o apoio ao desenvolvimento de estratégias voltadas para valorização cultural, lazer e esporte pode melhorar a auto-estima indígena e, conseqüentemente, vincular as pessoas aos espaços comunitários.

Verifica-se que o ambiente das comunidades estudadas é pouco atrativo para os comunitários. Deram como exemplo episódios de disputas entre grupos de jovens rivais. Vários colaboradores deste trabalho apontaram que grande parte dos encontros comunitários ocorre nos espaços cedidos pelas igrejas e envolvem temas complexos e desagradáveis. Frente a este quadro, os Jovens Comunicadores reivindicam apoio para a construção de um complexo comunitário composto por sala e quadra poliesportiva. A finalidade deste empreendimento é estabelecer um espaço intracomunitário autônomo, onde as famílias Tikunas possam desenvolver uma nova vida comunitária, envolvendo cultura, artes, esportes e lazer. Esse espaço seria chamado de “Centro de Bem Viver Tikuna”, e não estaria representado apenas por uma estrutura física, mas também através da organização de uma agenda variada com os seguintes temas: Troca de Saberes entre Anciãos e Jovens; Atividades de Esporte e Lazer; Oficinas Sobre Direitos Indígenas, Geração de Renda e Oficinas de Arte e Cultura Indígena.

Linha de Ação 6. Intercâmbio e troca de saberes

Ao tomar contato com a realidade vivenciada pelas Mulheres Tikuna, constata-se que a ansiedade e a angústia são sentimentos comuns entre as comunitárias, condições que geram seu distanciamento e encolhimento. Frente a este quadro, a consultoria em curso sugere que o intercâmbio e troca de saberes com mulheres indígenas oriundas de outras partes do Brasil e da América Latina expostas a este tipo de vulnerabilidade possa corroborar para o empoderamento das Mulheres Tikuna diante das Situações de HIV e violência. A troca de saberes e experiências com as Mulheres Indígenas do Paraguai, por exemplo, onde existe um estudo análogo em curso, certamente poderá ser de grande valia para o crescimento e empoderamento das mulheres e meninas Tikuna.

Linha de Ação 7. Segurança pública

Com frequência, as mulheres indígenas que participaram dos encontros solicitaram que o patrulhamento comunitário se torne realidade. Embora esta questão vá além dos níveis de governabilidade desta avaliação, o consultor responsável pela condução dos trabalhos comprometeu-se em registrar tal demanda. Este é um tema a ser melhor debatido entre os atores inseridos nessa realidade, visto que a ideia não é fomentar a criminalização e sim estimular as estratégias de harmonização dentro da comunidade.

Linha de Ação 8. Fortalecimento do SASI-SUS/DSEI-ARS

Desde a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, em outubro de 1993, o movimento indígena e apoiadores da chamada “Questão Indígena no Brasil” vêm trabalhando para a consolidação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que culminou com a criação da Secretaria Especial

Indígena em 2010. Considerando que Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena e, especialmente, a autonomia de Gestão Financeira dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) deve ser compreendida como uma conquista dos Movimentos Indígena e Sanitário do Brasil sugere-se que os organismos ligados à Organização das Nações Unidas (ONU) atuem em conjunto com o governo brasileiro para evitar que as restrições impostas pela crise econômica e política vigente afetem diretamente as práticas de gestão do SASI-SUS, reconhecidas como bem-sucedidas.

<p>LINHA DE AÇÃO 1 Apoio ao Fortalecimento Voluntariado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar as ações de atores interinstitucionais e comunitários por meio de visitas, palestras e cursos de curta duração • Promover intercâmbio de experiências divulgando boas práticas de serviço voluntário realizadas na América Latina e em outras localidades • Fomentar a reflexão sobre a necessidade de cooperação e voluntariado nas escolas e demais segmentos comunitários
<p>LINHA DE AÇÃO 2 Apoio ao Desenvolvimento Interinstitucional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar a Rede de Atenção e Proteção às Mulheres Indígenas do Solimões (RAPMIS)
<p>LINHA DE AÇÃO 3 Formação Política</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover treinamentos em Direitos Humanos e Sociais, Direitos Indígenas, Direitos de Família, Direitos das Mulheres entre as comunidades
<p>LINHA DE AÇÃO 4 Apoio à Geração de Trabalho Emprego e Renda</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio técnico para a formação de roças comunitárias e a organização do espaço intracomunitário denominado “Mercado das Mulheres Indígenas”
<p>LINHA DE AÇÃO 5 Apoio às Iniciativas de Cultura, Lazer e Esporte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio ao desenvolvimento de estratégias voltadas à valorização cultural, lazer e esporte para melhorar a auto-estima indígena e, conseqüentemente, vincular as pessoas aos espaços comunitários. • Estabelecer um espaço intracomunitário autônomo, onde as famílias Tikunas possam desenvolver uma nova vida comunitária, envolvendo cultura, artes, esportes e lazer. Esse espaço seria chamado de “Centro de Bem Viver Tikuna”.
<p>LINHA DE AÇÃO 6 Intercâmbio e Troca de Saberes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intercâmbio e troca de saberes com mulheres indígenas oriundas de outras partes do Brasil e da América Latina
<p>LINHA DE AÇÃO 7 Segurança Pública</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento de um patrulhamento comunitário no Alto Solimões
<p>LINHA DE AÇÃO 8 Fortalecimento do SASI-SUS/DSEI-ARS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atuação conjunta ao governo brasileiro para a manutenção das práticas de gestão do SASI-SUS

REFERÊNCIAS

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Presidência da República, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.

BRASÍLIA, IPEA, Nota Técnica: “Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde”, 2014.

CARVALHO, Newton S; CHO, Regis; FLORES, Luciene P. DST em populações indígenas no Brasil: análise crítica e revisão da literatura. DST j bras doenças sex transm. 2011;23(3):142-5.

Centro de Assistência Social em Tabatinga divulga dados de atendimentos em 2014. Rádio

EBC. disponível em: <http://radios.ebc.com.br/reporter-solimoes/edicao/2015-10/creas-em-tabatinga-am-divulga-relatorio-de-atendimentos-do-ano-de>

Conselho Indígena do Vale do Javari disponível em <http://200.145.241.31/feis/gruposassociacoes/civaja/index.html>.

DAL FABBRO, Márcia Maria Ferrairo, MORAES, Sylmara Pereira Zanatta Rodrigues de, CUNHA Rivaldo Venâncio da, FREITAS Gisele Maria Brandão de, BOTELHO Carlos Augusto, FREITAS Hilda Guimarães de et al. Cobertura da testagem sorológica e prevalência da infecção pelo HIV entre gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 1999 a 2003. Rev Epidemiol Serv Saúde 2005; 14(2): 105-110.

FERRI, Erika Kaneta.; GOMES, Ana Maria. 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 - SP, 2011

GARNELO, Luiza; ARAÚJO, Inesita; SILVA, Raimunda M; BENZAKEN, Adele; DIAS, Luiz C; ENCARNÇÃO, Adriana et al. Controle DST/AIDS em área Indígena: o Mercado Simbólico do Alto Rio Negro. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis 2001; 13(2): 23-26.

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/maissobre-sesai/9882-destaques>

LARCEDA, Léia Teixeira. Educação em fronteiras culturais: prevenção das DST e da AIDS entre professores indígenas do Pantanal Sul-Mato-Grossense. Campo Grande - MS, 2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Distritos Sanitários Especiais Indígenas Diretrizes para implantar o Programa de DST/Aids. Brasília - DF, 2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Povos indígenas e a prevenção às DST, HIV e AIDS: manual de diretrizes técnicas. Brasília - DF, 2000

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Profissionais de saúde face à AIDS entre os povos indígenas no Brasil. Brasília - DF, 2000

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROJETO AIDS-SUS BRASIL - Programa Brasileiro para a Atenção à Saúde da População Indígena em HIV/Aids e outras DST Estrutura do Projeto para a População Indígena Política Operacional do Banco Mundial 4.10. Brasília - DF, 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS/Departamento de DST-HIV/AIDS e Hepatites Virais. Cuidado Integral às Pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica. Brasília, 2015.

NÓBREGA, Rafaela Gerbasi; NOGUEIRA, Jordana de Almeida; ALMEIDA, Sandra Aparecida de et al. Saúde indígena em tempos de AIDS: revisão integrativa. Online Brazilian Journal of Nursing. 2015

OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO AMAZONAS. Mapa da violência contra mulheres na mesorregião amazônica do alto Solimões/AM. Benjamin Constant, AM, 2013.

OLIVEIRA, João Pacheco de. As facções e a ordem política em uma reserva Tükuna. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Brasília, FUnB, 1977.

_____. O Nosso Governo: Os Ticuna e o regime tutelar. São Paulo: Marco Zero; (Brasília, DF); MCT/CNPq, 1988.

_____. Ação indigenista e utopia milenarista: as múltiplas faces de um processo de territorialização entre os Ticuna. In: ALBERT, Bruce; RAMOS, Alcida Rita (Orgs.) Pacificando o branco: Cosmologias do contato no norte amazônico. São Paulo: UNESP, 2000a.

_____. Regime tutelar e faccionalismo. Políticas e religião em uma reserva Ticuna. Manaus: UEA Edições, 2015.

OLIVEIRA, Rita de Cassia Cordeiro de. Representações sociais sobre a situação de vida, saúde e doença na concepção indígena Potiguara. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 14, n. 32, p. 234, 2010

PAIM, Jairnilson Silva. A criação e a implantação do SUS. In: PAIM, Jairnilson Silva. O que é SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNASIM). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

RODRIGUES-JÚNIOR, Antonio Luiz; CASTILHO, Euclides Ayres de. A AIDS nas regiões de fronteira no Brasil de 1990 a 2003. Rev Panam Salud Pública. 2009

SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA, JR. Carlos E.A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil (C. Coimbra Jr., R.V. Santos & A.L. Escobar, orgs), pp. 13-48. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

SANTOS, Vera Lopes. Avaliação do grau de implementação do Programa de DST AIDS no Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul Pólo Base de Dourados. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro - RJ, 2009

Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) disponível: Secretaria Especial Para Mulheres disponível: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>

THYDÉWA. Índios na Visão dos Índios, Pelas Mulheres Indígenas, 2015.

WIIK, Flavio Braune. Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre a AIDS entre os Índios Xoklém de Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública, 17(2):397-406, 2001.



ENVIAR
MARCAS EM
VETOR

