

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DA GRANDE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

MARCO AURÉLIO DE CAMARGO AREIAS

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE FAMILIAR
INDÍGENA NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**

**DOURADOS - MS
2007**

MARCO AURÉLIO DE CAMARGO AREIAS

IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE FAMILIAR
INDÍGENA NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Dissertação de mestrado interinstitucional da
Universidade de Brasília e o Centro Universitário da
Grande Dourados, Pós-Graduação em Ciências da
Saúde, como requisito para obtenção do título de
Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof^o Dr. Edgar Merchan Hamann

DOURADOS
2007

Universidade de Brasília
Centro Universitário da Grande Dourados
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARCO AURÉLIO DE CAMARGO AREIAS

Implementação do Programa de Saúde Familiar Indígena no
Estado de Mato Grosso do Sul

Esta dissertação foi aprovada
pela seguinte Comissão Examinadora

Orientador: Prof^o Dr. Edgar Merchan Hamann - UnB

Prof^a Dr^a Margarita Urdaneta - UnB

Prof^a Dr^a Rosilda Mara Mussury - UNIGRAN

Dourados – MS, Brasil, 2007

Aos meus pais, Aurélio e Josefina, pela vida, amor e continuado incentivo a minha educação;

A minha esposa Valéria, mulher sempre presente, auxiliadora idônea, incentivadora por excelência. Que grande mulher!

Aos meus filhos, Marila, Thales e Isabela, que suportaram com dignidade as ausências;

À minha irmã Leila e cunhado Walter, pelas constantes palavras de carinho;

Aos sogros Abílio e Maria que em todo tempo se mostraram compreensivos;

Aos meus irmãos na fé, Igreja Presbiteriana de Vila Matos, que souberam compreender os caminhos de Deus e os desejos de meu coração;

Dedico a vocês o meu amor, e que seja eterno!

AGRADECIMENTOS

Ao Eterno, das mãos de quem veio e vem tudo de bom que aconteceu e acontece em minha vida, inclusive, colocando em meu caminho as pessoas como estas abaixo:

Ao Dr. Paulo Roberto Nogueira, superintendente da Associação Beneficente Douradense (ABD), mantenedora do Hospital Evangélico Dr. e Sra. Goldsby King, pelo incentivo e compreensão.

A Prof. Rosa Maria D'amato De Déa, reitora do Centro Universitário da Grande Dourados, pela realização deste mestrado e por ser motivadora nas horas duras.

Ao Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann, meu orientador, por suas críticas, sugestões, ensinamentos, paciência, e principalmente a sua habilidade em me estimular ao progresso.

Ao Prof. Dr. Carlos A. B. Tomaz, coordenador do Curso de Pós Graduação, pela sua dedicação na realização desta parceria;

Às Enfermeiras Dayane Lemes Queiroz e Cláudia Janayna Carollo pela ajuda valiosa.

Ao Dr. Demétrios do Lago Pareja, gerente da Missão Evangélica Caiuá, pela sua prontidão em todo tempo e liberdade oferecida ao pesquisador.

Aos funcionários do Pólo de Saúde Indígena de Dourados pelo acesso as informações.

Ao Sr. Eliezer Soares Branquinho, vice-superintendente da ABD pelas palavras de encorajamento constante.

Aos presbíteros da Igreja Presbiteriana de Vila Matos pelas liberações e deliberações que me permitiram a realização desta etapa de formação.

RESUMO

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) através de convênios com Organizações Não Governamentais (ONG) realiza ações complementares de saúde indígena, no Estado de Mato Grosso do Sul sua parceira é a Missão Evangélica Caiuá. O objetivo deste trabalho foi descrever o uso dos recursos federais pela ONG na implementação do Programa de Saúde Familiar Indígena (PSFI), discriminando indicadores financeiros, operacionais e alguns indicadores epidemiológicos de saúde da mulher nas aldeias Jaguapirú e Bororó no período de 1999 a 2004. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo. A coleta dos dados secundários aconteceu no Pólo Regional de Saúde Indígena de Dourados e no escritório da ONG. O valor dos convênios aumentou de R\$ 2.300.000,00 para R\$ 17.686.394,60, sendo que os gastos com medicamentos, insumos, equipamentos e materiais permanentes variaram no período. O elemento despesa que teve seu valor incrementado em 283% é o de “Recursos Humanos (salários e encargos)”, entre os anos de 2000 e 2004. O número de médicos, dentistas, nutricionista e auxiliares de enfermagem tiveram um aumento de 100%, de enfermeiros 66% e agentes comunitários de saúde 600%. Ampliaram-se os coeficientes de natalidade e fecundidade em 39% e 55%. O crescimento demográfico foi de 22%; 51% são mulheres. Não houve óbitos maternos entre 2002 e 2004. O Pré-natal aumentou 3,5 vezes na Jaguapirú, na Bororó 6 vezes, com redução de abortos registrados. A coleta de colpocitologia oncótica, iniciada em 2003, subiu 4 e 2,5 vezes, nas duas aldeias respectivamente. Consequentemente houve diagnóstico de neoplasia de colo uterino nos variados estágios da doença. O aumento de investimentos e de pessoal trouxe melhorias nos indicadores de saúde da mulher indígena.

Palavras Chaves: serviços de saúde; atenção à saúde; população indígena nativa do Brasil; diagnóstico de saúde.

ABSTRACT

Implementation of Native Indians' Family Health Program at Mato Grosso do Sul, Brazil.

The Health National Foundation (FUNASA), a governmental agency, makes agreements with Non-Governmental Organizations (NGO), in order to perform complementary actions related to Brazilian native Indians' health. In the state of Mato Grosso do Sul its partner is the Evangelical Mission Caiuá, a NGO. The objective of this work is to describe the use of the federal resources by the NGO in the implementation of the Program Indians' Family Health, describing financial, operational and some epidemiological indicators of women's health status in the villages of Jaguapirú and Bororó, during the period 1999-2004. We conducted a descriptive, quantitative, retrospective study. Collection of secondary data took place in the Regional polo of Aboriginal Health Services and at the NGO's office. The value of the accords increased of U\$ 1.262.695,56 for U\$ 5.805.479,92, mostly spent with medicines, equipment and materials had varied in the period. The element expenditure that has its value increased in 283% is "Human resources (wages and labor social assistance taxes), between 2000 and 2004. The number of doctors, dentists, nutritionist and nurse assistants had a 100% increase; number of nurses increased 66% and communitarian health agents, 600%. Natality and fertility rates increased 39% and 55% in the two villages, respectively. The demographic growth was 22%; 51% of the population are women. There was no maternal deaths between 2002 and 2004. The antenatal control increased 3.5 and 6 times in the two villages, respectively; abortion number decreased. The collection of colpocitological specimens began in 2003, and increased 4 times and 2,5 among both villages' women, respectively; it resulted in diagnosis of different stages of uterine cervix neoplasia. Conclusion: we conclude that the increase of investments and staff resulted in improvements in health of aboriginal women.

KEYWORDS: health services; health care; Brazilian native indians; health conditions.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Número de Exames Prevenção Cancêr Cérvico Uterino nas Aldeias Jaguapirú e Bororó 2003 e 2004. Dourados/MS, 2007.	33
---	----

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Distribuição dos Pólos de Saúde Indígena no estado de Mato Grosso do Sul.....	12
Mapa 2 - Aldeia Jaguapirú e Bororó e a cidade de Dourados	18

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Convênios celebrados, valores, diferença em relação ao anterior e o período de vigência. Dourados/MS, 2007.	26
Tabela 2 - Discriminação das despesas dos Convênios da Missão Evangélica Caiuá de 1999 a 2004 para a gestão do PSF indígena no DSEI Mato Grosso do Sul. Dourados/MS, 2007.	27
Tabela 3 - Discriminação das despesas dos Convênios da Missão Evangélica Caiuá de 1999 a 2004 para a gestão do PSF indígena no DSEI Mato Grosso do Sul valores em dólar americano.	28
Tabela 4 - Evolução do quantitativo de equipes e descrição dos profissionais de saúde nas aldeias Jaguapirú e Bororó 2000 – 2004. Dourados/MS, 2007.	29
Tabela 5 - Evolução demográfica nas Aldeias do Pólo Indígena de Dourados no período de 2000 a 2004. Dourados/MS, 2007.	30
Tabela 6 - Indicadores demográficos nas aldeias Jaguapirú e Bororó 2000 a 2005. Dourados/MS, 2007.	30
Tabela 7 - Acompanhamento de Gestantes nas Aldeias Jaguapirú e Bororó no período de 2001 a 2004. Dourados/MS, 2007.	31
Tabela 8 - Número de exames citopatológicos e os resultados - Aldeia Jaguapirú. Dourados/MS, 2007.	33
Tabela 9 - Número de exames citopatológicos e os resultados - Aldeia Bororó. Dourados/MS, 2007.	34
Tabela 10 - Exames citopatológicos em mulheres de 25 a 59 anos e proporção de cobertura na população feminina de 25 a 59 anos, 2003-2004. Dourados/MS, 2007.	34

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CASAI	Casa de Apoio Indígena
CORES	Coordenações Regionais
DESAI	Departamento de Saúde Indígena
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EMSI	Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena
FNS	Fundação Nacional de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HPV	Papilomavírus humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
ONG's	Organizações não governamentais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PSF	Programa de Saúde da Família
PSFI	Programa de Saúde Familiar Indígena
SIASI	Sistema de Informações de Saúde Indígena
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde

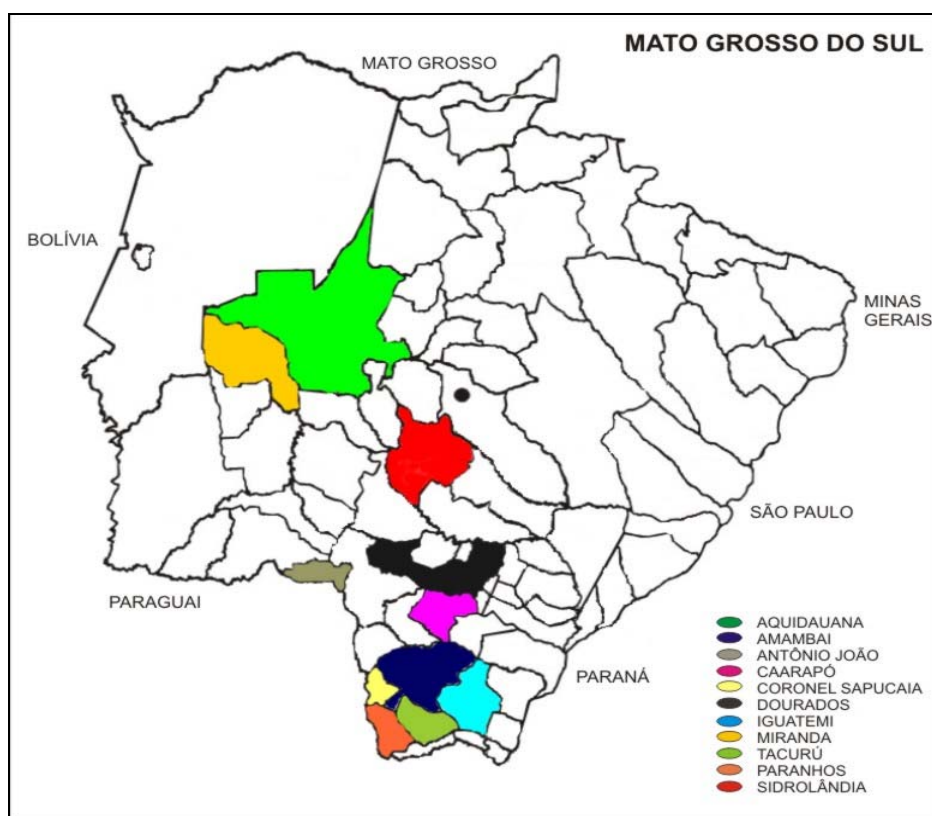
SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 O Município de Dourados.....	17
1.2 A Missão Evangélica Caiuá	19
2 OBJETIVOS	22
2.1 Geral	22
2.2 Específicos	22
3 MÉTODOS.....	23
3.1 Descrição do Estudo	23
3.2 Instituições Envolvidas.....	23
3.3 Fase de Coleta de Dados na Missão Evangélica Caiuá	23
3.4 Fase de Coleta de Dados no Pólo de Saúde Indígena	24
3.5 Descrição dos Coeficientes Abordados	24
3.6 Aspectos Éticos.....	25
4 RESULTADOS	26
4.1 Descrição dos Convênios Celebrados entre a FUNASA e a ONG.....	26
4.2 Descrição dos Quantitativos de Profissionais	28
4.3 Descrição do Desenvolvimento Demográficos.....	29
4.3.1 Coeficientes de natalidade, fecundidade e de mortalidade materna	30
4.4 Descrição do Acompanhamento de Gestantes, Abortos e Partos Não Cadastrados ..	31
4.5 Descrição dos Resultados sobre o HPV	32
5 DISCUSSÃO	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
7 RECOMENDAÇÕES.....	48
8 REFERÊNCIAS.....	49
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA UNIGRAN	54
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	56

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que a população indígena brasileira corresponda a um contingente de aproximadamente 325.652 indivíduos. Dessa população, 60% encontra-se localizada na região da Amazônia. São 555 áreas indígenas oficialmente reconhecidas, 215 culturas diferenciadas, que ocupam 11% do território brasileiro, tendo como característica principal a grande heterogeneidade cultural (TROQUEZ, 2002).

A população indígena no estado de Mato Grosso do Sul é de 45.000 pessoas (SCAFFI, 2003). No município de Dourados, segundo o Plano Distrital de Saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena, a população indígena é de 9.482 habitantes, constituindo um coletivo em que predominam as mulheres (62%) (MATO GROSSO DO SUL, 2004).



Mapa 1: Distribuição dos Pólos de Saúde Indígena no Estado de Mato Grosso do Sul

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul - Plano de Desenvolvimento do Estado de Mato Grosso do Sul, 2005.

A atenção à saúde dos povos indígenas tem sofrido alterações quanto ao modelo de gestão durante os últimos anos, tais como redistribuição de responsabilidades, a entrada de

Organizações Não-Governamentais contratadas e prefeituras conveniadas objetivando proporcionar uma melhora na oferta de atenção básica a saúde desta população. As experiências do passado comprovam a ineficácia em modificar a condição de saúde destas comunidades (BRASIL, 2002).

Em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada no Brasil, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como forma de garantir a esses povos o direito ao acesso universal e integral à saúde. Apenas em 1999 o Governo Federal regulamentou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, como parte integrante do SUS, definindo as diretrizes básicas para implantação dos DSEI's e a designação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) como gestora das questões relacionadas à saúde indígena (DIEHL, 2003).

Pela primeira vez no país, foram destinados aos povos indígenas recursos financeiros específicos para implementar e manter ações e serviços de saúde. Tal política pretende diminuir o enorme abismo criado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e pela falta de equidade a que estão mais sujeitos, mesmo quando comparados a outros segmentos populacionais tradicionalmente desfavorecidos (DIEHL, 2003).

Segundo Santos (1989), o indígena tem assegurado sua capacidade civil plena, sendo de competência da União legislar e tratar sobre suas questões. A responsabilidade da administração da oferta de saúde aos povos indígenas vinha sendo dividida desde o ano de 1994 entre a FUNASA e a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), executando cada uma parte das ações. Ambas estabeleceram parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Porém, esta maneira de promoção da saúde se revelou pouco significativa em relação à modificação de indicadores de morbidade e mortalidade, que se mantiveram de três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral (BRASIL, 2002).

Assim, em janeiro de 2002 ocorreu uma mudança nesta forma de atuação legitimada através da Portaria 70, editada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), que transferiu da FUNAI para a FUNASA a responsabilidade pelas ações de saúde indígena, reforçando o que preconiza a Constituição Federal (Lei 8.080) e a Lei Sérgio Arouca, que instituiu, em 1999, o Subsistema de Saúde Indígena. Assim, foi criado dentro da estrutura administrativa da FUNASA, o Departamento de Saúde Indígena (DESAI), que acabou recebendo na esfera federal, os recursos que antes eram repassados à FUNAI, tirando assim,

do Ministério da Justiça ao qual se vincula a FUNAI, a responsabilidade da saúde indígena e transferindo-a ao Ministério da Saúde onde se vincula FUNASA. Para execução desta responsabilidade o DESAI criou os DSEI's que agrupam as diferentes comunidades indígenas, por características étnicas e por localização geográfica (FUNASA, 2004).

O Ministério da Saúde, em dezembro de 2003, editou a Portaria 2394 tendo como base o Pacto dos Indicadores de Atenção Básica, que é o referencial para a observação das metas negociadas, objetivando o aprimoramento do desempenho dos serviços da atenção básica e à situação da saúde da população almejada por municípios e estados, ou instituições contratadas para esse fim. Nesta portaria são encontrados os Indicadores e a relação das Ações do Pacto de Atenção Básica para o ano de 2004 (BRASIL, 2003a).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) existente desde o início dos anos 90, foi regulamentado em 1997, em pleno processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Importante estratégia no aprimoramento e consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, é hoje compreendido como estratégia transitória para o Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2005) inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde, sua meta se baseia na reorganização dos serviços de saúde e na integração entre os diversos profissionais visando à ligação efetiva entre as comunidades e as unidades de saúde (BRASIL, 2005).

O PSF é uma estratégia que prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, incorporando os princípios do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 2005). Assim reorganizando a prática assistencial em substituição ao modelo tradicional de assistência realizada no hospital. A partir de 1994 se formam as primeiras equipes de PSF, com foco na família, contando com o trabalho de uma equipe que é multiprofissional (médico generalista ou da família, enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis ACS e um dentista), responsável por uma população de no máximo 4500 pessoas, desenvolvendo ações que permitem compreender o processo saúde/doença, e assim, promover e prevenir a doença (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde lançou as bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984. O PAISM deveria prover ações relacionadas à gravidez, contracepção, esterilidade, prevenção de câncer ginecológico, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério.

Apesar de ter representado avanço significativo em termos de direitos reprodutivos para as mulheres brasileiras, sua implementação sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, o que impediu na prática que o Programa viesse a ser, de fato, agente transformador da saúde de todas as mulheres. Para se ater apenas à atenção pré-natal, alguns dados disponíveis mostram que os indicadores de qualidade em saúde durante o pré-natal no final da década de noventa deixavam muito a desejar para um país com os recursos financeiros e humanos como o Brasil (BRASIL, 1984; COSTA 1999).

Assim, reconhecendo a necessidade de estabelecer nova estratégia, em junho de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que apresenta em sua formulação os seguintes objetivos: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (BRASIL, 2003a).

Deste modo, foram estabelecidos para o cuidado pré-natal, vários critérios relativos à adesão precoce da gestante e à realização de um mínimo de procedimentos considerados essenciais que pudessem ser implementados na grande maioria dos municípios brasileiros. Apresenta alguns exames básicos necessários, porém não coloca na primeira consulta que se deve realizar a colpocitologia oncótica e a bacterioscopia vaginal, conforme o Ministério da Saúde, mas somente, se necessário. Além disso, preconiza-se pelo Ministério na 30ª semana, a realização dos seguintes exames sorológicos (colhidos em papel filtro): sorologia para a detecção dos agentes da toxoplasmose, rubéola, doença de inclusão citomegálica, Sífilis, HIV, Doença de Chagas, Hepatites B e C, HTLV I e II, bem como da fenilcetonúria (PKU materno) e hipotireoidismo (BRASIL, 2000).

Segundo Ministério da Saúde, considera-se óbito materno a morte da mulher durante o seu período gestacional ou até 42 dias após o término desta gestação. A mortalidade materna pode ser considerada uma grave violação dos direitos humanos, por ser evitável na grande maioria dos casos, cerca de 92% dos óbitos maternos (BRASIL, 2003a).

Os casos de óbitos maternos estão relacionados à falta de acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, condições sociais e econômicas desfavoráveis, baixa escolaridade e renda familiar, e ao desemprego. O despreparo dos profissionais também pode ser enumerado como participantes nesta realidade. No ano de 2001, o coeficiente de mortalidade materna das capitais foi de 74,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Em países desenvolvidos encontramos indicadores que variam de 6 a 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos. As

principais causas são: hipertensão arterial, hemorragias, infecções pós-parto e abortos (BRASIL, 2004a).

O Papilomavírus Humano (HPV) é um vírus DNA da Família *Papovaviridae*, transmissível sexualmente, capaz de induzir lesões de pele e ou mucosa, as quais mostram um crescimento limitado e habitualmente, regressão espontânea (BRASIL, 2003b). Com base em evidências, tem-se que mais de 50% dos adultos sexualmente ativos tenham sido infectados por mais de um tipo de HPV, sendo que 50% dessas infecções são transitórias. Estima-se que em 30 a 50% dos casos, as lesões regridem espontaneamente (BRASIL, 2003b).

A manifestação clínica mais comum na região genital é a verruga genital ou condiloma acuminado, popularmente conhecido por “crista de galo”. O tempo de incubação é variável. Algumas lesões por HPV progridem para neoplasias de diferentes graus. De importância fundamental é a constatação de que os tipos mais comumente associados às verrugas, não são os mesmos encontrados nos tumores malignos. O HPV classifica-se em baixo e alto risco oncogênico (BRASIL, 2003b). O objetivo principal do tratamento da infecção clínica pelo HPV é a remoção das verrugas, o que pode ou não diminuir a infectividade (BRASIL, 2003b).

Quanto à prevenção do câncer de colo uterino, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) preconiza uma coleta para cada mulher a cada 3 anos, para a população feminina entre 25 e 59 anos.

Após a exposição deste quadro teórico e como instrumento de direção desta pesquisa, trabalhar-se-á com a hipótese indutiva que a utilização de recursos financeiros em contratos com organizações não governamentais para a realização de ações de atenção básica entre os indígenas teve um resultado satisfatório, visando à verificação das melhorias dos indicadores de saúde da mulher indígena. Pretende-se evidenciar informações que nos ajudem a entender a utilização de recursos públicos e os prestadores de serviços de assistência à saúde nas aldeias de Dourados/MS, além do impacto sobre os indicadores epidemiológicos de saúde da mulher indígena. Caberá verificar desta forma, se a suposta melhoria foi realizada pelo aumento no valor dos contratos, se o investimento com prestadores foi maior do que em anos anteriores, ou se a mesma ocorreu em virtude da gestão de pessoal terceirizado.

Hipoteticamente os indicadores de saúde da mulher melhoraram nos últimos anos. Resta saber se esta melhoria desenvolveu devido ao aumento do investimento nas contratações e terceirizações, na ampliação da quantidade de recursos financeiros aplicados, ou se ainda é consequência do modelo de gestão dos serviços de atenção básica.

1.1 O Município de Dourados

O município de Dourados está localizado na região sul do Estado de Mato Grosso do Sul (MS), distando 219 km de Campo Grande. Possui uma extensão territorial que corresponde a 1,14 % de todo território do estado, ficando na 26ª posição em MS e fazendo divisa com nove municípios (Maracajú, Ponta Porá, Laguna Caarapã, Caarapó, Fátima do Sul, Deodápolis, Rio Brillhante, Douradina e Itaporã). Apresenta a 4ª maior densidade demográfica de MS, com 44,81 habitantes por km². Com uma população estimada em 183.096 habitantes, Dourados ocupa a 2ª posição no Estado, ficando atrás apenas da Capital (IBGE, 2005).

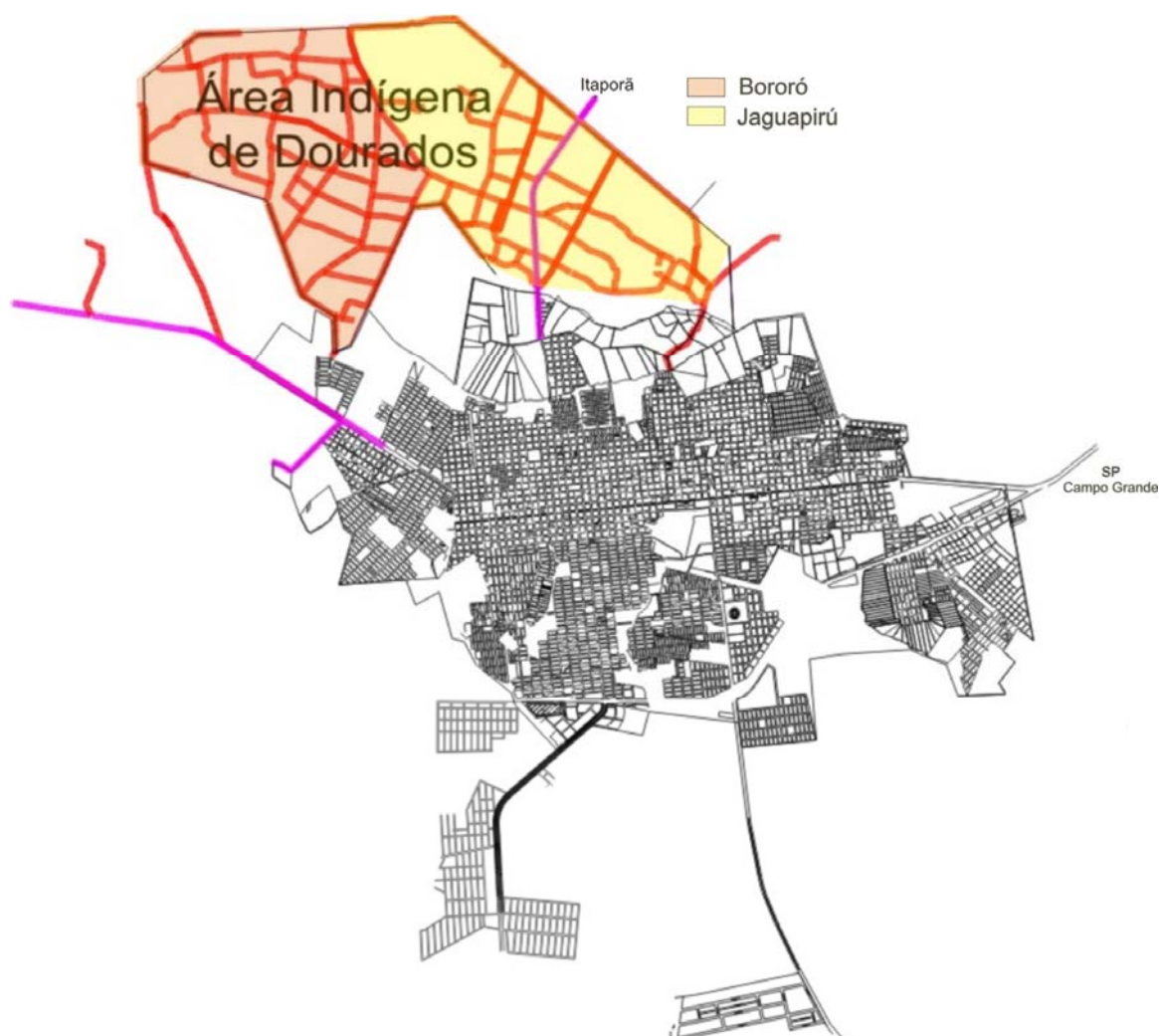
O Índice de Desenvolvimento Humano figura como o 5º maior do Estado. Quanto à distribuição da população por sexo, 49,1% dos habitantes de Dourados são do sexo masculino e 50,9% do sexo feminino, o que a caracteriza como a 2ª maior população feminina do Estado de MS. A proporção de alfabetização na população de 10 anos ou mais, é a 4ª maior do Estado, com 92%, ficando atrás de Campo Grande (94,5%), Chapadão do Sul (94%), Ladário e São Gabriel do Oeste (92%).

O percentual da população economicamente ativa de Dourados é o 26º maior de MS, representando 59% do total de habitantes de 10 anos ou mais de idade. O município com maior percentual é Chapadão do Sul (67%). A proporção de população ocupada, i.e., população de 10 ou mais anos de idade que estava trabalhando, corresponde a 50,4%, o que classifica Dourados como 38º menor percentual de ocupados em MS, com conseqüente rendimento médio mensal de R\$ 639,09, colocando o município como 8º rendimento médio do MS (SEMAC, 2005).

A economia de Dourados é baseada na atividade agropecuária. Possui um rebanho bovino que em 2003 e 2004 representava cerca de 1,0% do rebanho de MS, enquanto que a capital representou 2,7% do rebanho. Destaca-se com a produção de leite representando 2,5% da produção de MS. O município ocupa o primeiro lugar na produção de mel (SEMAC, 2005).

O Parque Indígena de Dourados/ MS, fundado em 1925, é formado por dois dos maiores grupos indígenas que compõem o estado de Mato Grosso do Sul. Nele se encontram os índios Guaranis, subdivididos em sua linhagem étnica em Kaiowá e Nhandeva, sendo que os

Kaiowá são reconhecidos como maior subgrupo Guarani no Brasil; também os Terena, pertencentes ao tronco Aruaque, estão engajados na vida urbana de diversas cidades do estado. Os demais grupos indígenas se distribuem nas seguintes áreas do estado: Kadiweu, também chamados Guaicurus, vivendo na região da Serra da Bodoquena e Porto Murtinho; Guató, residindo ao norte de Corumbá, possuindo características culturais e lingüísticas próprias, conhecidos por suas habilidades como a canoagem; e os Ofayé-Xavantes, às margens do rio Paraná, na região de Três Lagoas (TROQUEZ, 2002).



Mapa 2 – Aldeias Jaguapirú /Bororó e a cidade de Dourados

Fonte: Secretaria Municipal de Educação, Prefeitura Municipal de Dourados, 2006.

Em termos territoriais, no início do processo de demarcação da reserva indígena de Dourados, o Decreto de nº 401/1915, estabelecia uma área definida de 3.600 hectares, mas somente em 1975 (sessenta anos depois), a área foi demarcada, e se efetivou o título definitivo de propriedade, embora apresentando uma defasagem de 61 hectares com relação ao proposto pelo decreto (TROQUEZ, 2002).

Segundo o Plano Distrital de Saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena, a população indígena das aldeias Jaguapirú e Bororó correspondem a mais de 80% da população das aldeias de Dourados, com predominância feminina (62%) (MATO GROSSO DO SUL, 2004).

1.2 A Missão Evangélica Caiuá

A Missão Evangélica Caiuá é uma Organização Não Governamental, cuja sede encontra-se situada no km 2 da Rodovia Dourados/Itaporã, em Dourados/MS, constituindo uma empresa privada, sem fins lucrativos, de caráter Filantrópico (Decreto n. 85.602 de 30/09/80), de Utilidade Pública Municipal (Lei No. 689 de 23/11/1967), Estadual (Lei Estadual n. 2831 de 20/06/1968) e Federal (Lei n. 85602 de 30/12/1980).

Iniciou seu trabalho entre os índios Caiuás e Guaranis em 1928. Foi idealizada por seus fundadores, o Rev. Sidney Maxwell e sua esposa Sra. Mabel Davis Maxwell. Sua organização se deu através de uma parceria entre a Igreja Presbiteriana do Brasil (IPB), Igreja Presbiteriana Independente do Brasil (IPI), Igreja Metodista e Igreja Episcopal do Brasil, além da parceria com a agência missionária da Igreja Presbiteriana dos Estados Unidos chamada de “Missão Leste do Brasil”, que enviara Maxwell e Mabel (MISSÃO EVANGÉLICA CAIUÁ, 2005).

Em 1938 foi colocado a serviço do indígena um orfanato “*Nhande Roga*” que significa “Nossa Casa”, com o objetivo de abrigar as crianças órfãs e que enfrentavam dificuldades de deslocamento de sua moradia até a sede. Além deste orfanato nesta época já funcionava um ambulatório médico para atendimento e distribuição de medicamentos. Em 1963, a Missão Evangélica Caiuá inaugurou o Hospital e Maternidade “Porta da Esperança” com foco de atendimento exclusivamente indígena. No mês de março de 1980 foram iniciados os serviços da Unidade de Tuberculose, uma segunda unidade hospitalar construída. Atualmente está área sofreu uma reforma sendo instalado neste prédio o Centro de Recuperação de Desnutridos (Centrinho) no espaço que algumas décadas atrás serviu, exclusivamente, para atender os acometidos de tuberculose (MISSÃO EVANGÉLICA CAIUÁ, 2005).

Além da atuação em sua sede na cidade de Dourados, nas aldeias Jaguapirú,

Bororó, Panambizinho e Lima Campo, a Missão Evangélica Caiuá assiste a mais 18 (dezoito) aldeias nos seguintes municípios do sul do Estado: Caarapó, Jarará, Rancho Jacaré e Taquara, no município de Caarapó; Amambaí, Guaimbé, Gwassuty, Jagwarí, Limão Verde, no município de Amambaí; Taquapiry e Sete Cerros no município de Coronel Sapucaia; Sassoró e Jawapiré no município de Tacurú; Cerrito e Porto Lindo, no município de Japorã; Campestre, Cerro Marangatu e Kokwey no município de Antônio João. Segundo seu relatório, o total de índios assistidos somam um total de 39.771 pessoas (MISSÃO EVANGÉLICA CAIUÁ, 2006).

Os objetivos e fins da entidade são:

- “...I – promover a valorização do índio, preservando seus valores culturais, bem como sua identidade;
- II – proporcionar educação escolar que ajudará o indígena na convivência com a sociedade envolvente;
- III – priorizar a saúde individual e coletiva do indígena através da assinatura médica ambulatorial e hospitalar, visando melhorar sua qualidade de vida;
- IV – cooperar com as autoridades constituídas que prestam assistência ao indígena;
- V – valorizar as organizações indígenas, visando a maior integração entre estas etnias” (MISSÃO EVANGÉLICA CAIUÁ, 2005).

As escolas de Educação Infantil e Ensino Fundamental distribuídas nas diversas aldeias tiveram mais de 2.000 alunos matriculados. No setor de saúde são sete profissionais que respondem a Clínica Geral, Pediatria, Análises Clínicas, Obstetrícia, Tisiologia, e Radiologia, com um atendimento ambulatorial de quase trinta mil procedimentos em 2006 entre consulta médica, exames radiológicos, de análise clínica, curativos, injeções, ultrassonografia e atendimentos fisioterápicos. Destaque-se que os recursos financeiros para a área de educação e para atenção à saúde do índio vêm dos serviços prestados ao SUS, convênios com a Prefeitura Municipal e doações (MISSÃO EVANGÉLICA CAIUÁ, 2006).

Os convênios atuais com a FUNASA são em número de três para atender os Estados do Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Maranhão, com fim específico definido por cada convênio. Desde sua organização a Missão tem direcionado seu trabalho de maneira que alcance o índio em sua totalidade, desenvolvendo seus projetos nas seguintes áreas: Espiritual Educação, Saúde e Assistência Social (MISSÃO EVANGÉLICA CAIUÁ, 2006).

Este trabalho poderá ser um instrumento para ampliação dos conhecimentos quanto a modelos de gestão e controle social relacionados aos investimentos do Governo Federal. O mesmo descreve resultados em relação a metas pré-estabelecidas, além de

esclarecer questões que se referem às condições de saúde da mulher indígena da reserva de Dourados, suas necessidades, a correlação favorável entre o esforço empreendido e o resultado obtido, os avanços trazidos pelas mudanças efetivadas pelo gestor federal, e a relevância do serviço oferecido por uma Organização Não Governamental, seja ela de origem religiosa ou educacional.

O Brasil tem aumentado o volume de recursos direcionados para o financiamento das ações de saúde. O Ministério da Saúde em sua publicação “Saúde no Brasil: estatísticas essenciais de 1990 a 2000” informa que aumentaram os valores executados em 51,4% resultando este aumento em melhorias nos indicadores de saúde. É justificado o aumento do volume de recursos quando este aponta para resultados positivos, entretanto, o gasto do dinheiro público tem que ser avaliado constantemente, verificando-se seus resultados sociais como os da melhoria nos indicadores epidemiológicos (BRASIL, 2002a).

Dentro do país e fora dele, o governo brasileiro tem firmado compromissos nos quais se compromete a formular políticas e planejar ações que ampliem e qualifiquem a atenção à saúde de grupos da população feminina. Essas populações são as mulheres trabalhadoras rurais, as mulheres negras, mulheres na menopausa e na terceira idade, com deficiências, lésbicas, presidiárias e a mulher indígena (BRASIL, 2004b).

A mulher indígena não pode ser privada de direitos humanos universais caracterizados no acesso livre aos serviços de saúde cabendo aos responsáveis exercer o controle, a fim de que as melhorias sejam efetivadas e o acesso garantido. O estudo revelará o cumprimento dos preceitos constitucionais na vida desta população.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever o uso de recursos federais na implementação do Programa de Saúde Familiar Indígena no Estado de Mato Grosso do Sul e a evolução de indicadores epidemiológicos de saúde da mulher nas aldeias Jaguapirú e Bororó no período de 2000 a 2004.

2.2 Específicos

- Descrever a instituição, seus convênios, estratégias de ação, objetivos e resultados;
- Descrever a evolução, no período de 2000 a 2004, de indicadores financeiros, operacionais e a evolução da composição do quadro de profissionais;
- Apresentar a evolução demográfica, os coeficientes de natalidade e fecundidade e os de mortalidade materna destas aldeias;
- Quantificar o acompanhamento de gestantes e pré-natais e coleta de colpocitologia oncótica.

3 MÉTODOS

3.1 Descrição do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo, realizado através de levantamento de dados secundários, material documental e bibliográfico sobre a temática proposta.

3.2 Instituições Envolvidas

As instituições pesquisadas são: a Missão Evangélica Caiuá (ONG), instituição privada, e o Pólo de Saúde Indígena de Dourados do Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul, órgão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O estudo foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Grande Dourados (Anexo A). Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa e, uma vez providos de informações, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos B), tendo então início a coleta de dados.

3.3 Fase de Coleta de Dados na Missão Evangélica Caiuá

A coleta de dados foi realizada pelo próprio pesquisador, em várias visitas ao escritório da Missão Evangélica Caiuá para ter acesso aos documentos com as seguintes informações: relação dos convênios, gestão financeira e de recursos humanos (salários e encargos), quantitativo de pessoas contratadas referentes às verbas utilizadas para o Programa de Saúde Familiar Indígena no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul. Também foi levantado junto à Missão, o quantitativo dos seguintes profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, auxiliares de enfermagem e agentes

indígenas de saúde. Tais profissionais compunham o efetivo do PSFI nas aldeias Jaguapirú e Bororó da reserva de Dourados. Os valores monetários dos convênios celebrados do ano de 1999 até o ano de 2003 foram acessados no documento “Convênios e Emendas Celebrados” no site da Fundação Nacional de Saúde, Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional (DEPIN), Coordenação Geral de Convênios.

3.4 Fase de Coleta de Dados no Pólo de Saúde Indígena

As informações de caráter epidemiológico e demográficos das aldeias foram disponibilizadas pelo Pólo de Saúde Indígena de Dourados sendo posteriormente organizados em tabelas e gráficos. As fontes utilizadas foram os relatórios chamados de “Consolidados Anuais” e “Perfil Epidemiológico”. Os dados populacionais, número de habitantes por sexo, tiveram como fonte o Sistema de Informação de Atenção a Saúde Indígena (SIASI).

3.5 Descrição dos Coeficientes Abordados

Os coeficientes de natalidade e fecundidade, coletados no Pólo, foram apurados nas duas aldeias, sendo apresentados ano a ano. No primeiro foi utilizado no numerador os nascidos vivos e no denominador o total da população indígena multiplicados por 1.000. Para o coeficiente de fecundidade foi utilizado no numerador o número de nascidos vivos, no denominador a população feminina de 13 a 49 anos no período multiplicados por 1.000. Para o cálculo do coeficiente de mortalidade materna no numerador foram considerados os casos definidos como morte materna (i.e., devida a causas relacionadas com gravidez, parto e puerpério), e no denominador os nascidos vivos multiplicados por 100.000.

Quanto ao acompanhamento de gestantes foram coletados o número de mulheres cadastradas e acompanhadas no pré-natal durante o ano e ainda o número de abortos e partos realizados de gestantes não cadastradas pelas equipes e a cobertura de coleta do exame de colpocitologia oncótica. A cobertura foi avaliada calculando o número de exames realizados, que deve corresponder ao número de mulheres apesar do fato de uma mulher poder fazer mais

de um exame, dividido pela população feminina entre 25 e 59 anos constituindo uma estimativa da população coberta por este exame.

Houve um cuidado em relação ao viés de informação possível nesta modalidade de pesquisa. Este viés seria causado por riscos tais como: receber dados imprecisos, pois o registro das informações pelo Pólo nem sempre seguiam o mesmo método, e por parte da ONG haviam informações relacionadas a convênios dela com a FUNASA em outra localidades que não eram de interesse para esse trabalho.

3.6 Aspectos Éticos

No tocante aos aspectos éticos relacionados à realização da pesquisa, os mesmos foram ponderados com base na Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), a qual estabelece as diretrizes e normas reguladoras para pesquisas que envolvam seres humanos. Esse projeto de pesquisa se caracteriza por ser uma pesquisa social em saúde e como tal deve ser realizada conforme normas éticas preconizadas para que não sejam colocados pessoas e grupos em situações de maior risco, ainda mais quando nos reportamos as populações já expostas, em situação de vulnerabilidade, como é o caso da população indígena.

4 RESULTADOS

4.1 Descrição dos Convênios Celebrados entre a FUNASA e a ONG

Os convênios celebrados entre a Fundação Nacional de Saúde e a ONG serão referidos como convênio A (convênio No. 435 de 1999-2000), convênio B (convênio n. 2348 de 2001-2002), convênio C (convênio n. 031 de 2002-2004) e convênio D (convênio n. 1333 de 2004). Os valores dos recursos referentes a esses convênios são mostrados na tabela 1.

Tabela 1 – Convênios celebrados, valores, diferença em relação ao anterior e o período de vigência. Dourados/MS, 2007.

Identificação	Valor (R\$)	Diferença	Vigência
Convênio A – Nº 435	2.300.000,00		1999 a 2000
Convênio B – Nº 2348	3.809.000,00	> 65%	2001 a 2002
Convênio C – Nº 031	16.111.242,22	> 323%	2002 a 2003
Convênio D – Nº 1333	17.686.394,60	> 9%	2004 em diante

Fonte: Missão Evangélica Caiuá, 2006.

O convênio A tem por objeto a promoção e assistência à saúde, prevenção e controle de doenças e agravos das populações indígenas. O convênio B teve o mesmo objeto. O convênio C objetivou prestar assistência básica de saúde à população indígena do Distrito Especial Indígena de Mato Grosso do Sul, dos pólos base de Aquidauana, Miranda, Sidrolândia, Caarapó, Amambaí, Coronel Sapucaia, Paranhos, Tacuru, Iguatemi, Antonio João e o de Dourados; este objetivo é consistente com o Plano de Trabalho e Plano Distrital de Saúde, documentos elaborados pelo DSEI. Finalmente, o convênio D tem por objeto a execução de ações complementares à saúde Indígena no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul. Demonstra-se um aumento importante de 1999 a 2003.

A tabela 2 mostra o valor de cada convênio distribuído em 4 grandes áreas de despesas sendo: 1) medicamentos; 2) insumos; 3) equipamentos e materiais permanentes; 4) recursos humanos, salários e encargos. Definindo-se o valor do convênio A, tem-se que foi o momento em que houve menor investimento em recursos humanos (R\$1.619.843,72) e insumos (R\$ 243.969,82), mas com um investimento favorável em materiais e equipamentos

(R\$ 80.000,00) e medicamentos (R\$ 356.186,46), o que sugere motivação pela ONG em estar ampliando a atenção à saúde indígena, mesmo com recursos ainda insuficientes.

Tabela 2 - Discriminação das despesas dos Convênios da Missão Evangélica Caiuá de 1999 a 2004 para a gestão do PSF indígena no DSEI Mato Grosso do Sul. Dourados/MS, 2007.

Identificação do convênio	Medicamentos	Insumos	Equipamentos e materiais permanentes	Recursos Humanos (salários e encargos)	TOTAL
A (nº 435/99)	356.186,46	243.969,82	80.000,00	1.619.843,72	2.300.000,00
B (nº 2348)	310.270,70	795.963,30	55.605,00	2.647.161,00	3.809.000,00
C (nº 031) fase 2002	314.985,11	1.510.647,62	596.801,60	4.813.855,67	7.236.290,00
C (nº 031) fase 2003	502.646,70	1.713.569,33	0,00	6.658.736,19	8.874.952,22
D (nº 1333)	0,00	137.791,84	0,00	7.667.561,13	17.686.394,60

Nota: Os valores são discriminados em Reais (R\$)

Fonte: Missão Evangélica Caiuá, 2006.

O convênio B ampliou seus investimentos em recursos humanos (R\$ 2.647.161,00) e satisfatoriamente em insumos (R\$ 795.963,30), mas houve uma redução acentuada na aquisição de materiais e equipamentos (R\$ 55.605,00) e medicamentos (R\$ 310.270,70), o que já supõe uma maior preocupação da ONG quanto aos custos que a aquisição de bens ocasionam, mesmo tendo o valor da gestão ampliado em 65%.

O convênio C teve sua gestão favorecida em 323%, com um movimento em 2.002, bastante significativo quanto a recursos humanos (R\$ 4.813.855,67), insumos (R\$ 1.510.647,62) e materiais e equipamentos (R\$ 596.801,60), sendo irrelevante apenas o investimento com medicamentos (R\$ 314.985,11), o que remete à ampliação progressiva das ações desenvolvidas pela ONG ao aumento dos recursos da gestão. Em 2.003, contrariando a fase anterior, foi significativo o investimento em medicamentos (R\$ 502.646), recursos humanos (R\$ 6.658.736,19), mantiveram-se os investimentos em insumos (R\$ 1.713.569,33 e R\$ 6.658.736,19), mas deixou-se de adquirir materiais e equipamentos bruscamente.

A gestão do convênio D foi favorecida em apenas 9% comparando-se com o convênio anterior, insistiu-se somente no investimento de recursos humanos (R\$ 7.667.561,13), seguido por uma queda abrupta dos insumos (R\$ 137.791,84). Não houve investimento em medicamentos, materiais e equipamentos.

A tabela 3 mostra os valores conveniados e a discriminação dos gastos da tabela anterior utilizando-se como cotação o valor do dólar comercial oficial.

Tabela 3 - Discriminação das despesas dos Convênios da Missão Evangélica Caiuá de 1999 a 2004 para a gestão do PSF indígena no DSEI Mato Grosso do Sul valores em dólar americano.

Convênio	Cotação do Dólar	Medicamentos	Insumos	Equipamentos e materiais permanentes	Recursos Humanos (salários e encargos)	TOTAL
A	1,82	195.545,68	133.938,96	43.919,85	889.291,09	1.262.695,58
B	2,36	131.688,26	337.830,86	23.600,44	1.123.535,08	1.616.654,64
C/2002	2,99	105.476,71	505.859,30	199.846,50	1.611.979,93	2.423.162,44
C/2003	2,96	169.692,68	578.498,14	0,00	2.247.978,19	3.024.734,87
D	3,05	0,00	45.229,55	0,00	2.516.842,64	5.805.479,92

Nota: Os valores são discriminados em Reais (R\$)

Fonte: Pesquisador, 2006.

Foi calculado o valor médio entre a cotação da data do primeiro repasse e do último, exceto no convênio D no qual utilizou-se a cotação apenas do dia do primeiro repasse, tendo em vista que o convênio ainda se encontrava em andamento durante o ano de 2004, ao qual se limitou o período desta pesquisa. Nesta demonstração encontramos como elemento de despesas que tem seu valor incrementado um convênio após o outro é o de “Recursos Humanos (salários e encargos)” que cresceu 283% (duzentos e oitenta e três) entre os anos de 2000 a 2004.

A composição destas despesas as despesas com “Recursos Humanos (salários e encargos) da Tabela 2 e 3 é composta além dos custos mensais com as contribuições para PIS (Programa de Integração Social e FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço). Inclui-se também uma provisão para que quando for acontecer a rescisão contratual, seja ao final de 12 meses ou quando se fizer necessário, haja recursos para pagar multa sobre o FGTS, e férias proporcionais, 13º.salário.

4.2 Descrição dos Quantitativos de Profissionais

A tabela 4 descreve a evolução do número de equipes do Programa Saúde da Família, que atendem as aldeias Jaguapirú e Bororó do Pólo Indígena de Dourados, assim como, a evolução do número de profissionais nos cinco anos.

Tabela 4 - Evolução do quantitativo de equipes e descrição dos profissionais de saúde nas aldeias Jaguapirú e Bororó 2000 – 2004. Dourados/MS, 2007.

	2000	2001	2002	2003	2004
Número de Equipes	2	3	3	3	3
Médicos	2	3	4	4	4
Enfermeiros	3	3	4	5	5
Dentistas	1	1	2	2	2
Nutricionistas			1	1	1
Auxiliares de Enfermagem	3	5	5	6	6
Agentes Indígenas de Saúde	5	5	30	30	30

Fonte: Pólo de Saúde Indígena de Dourados, 2006.

No ano de 1999 não houve contratação de pessoal da área de saúde. Consta-se que a quantidade de profissionais aumentou durante os anos e que houve a inclusão do nutricionista para compor o quadro juntamente com os médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e agentes de comunitário de saúde. Os agentes comunitários de saúde tiveram o seu efetivo incrementado em 5 vezes no período de 1 ano. Comparando-se o quadro dos demais profissionais constata-se um aumento de 100% no período de 2000 para 2004, exceto no grupo de enfermeiros que o aumento foi 66%.

4.3 Descrição do Desenvolvimento Demográficos

A distribuição demográfica nas aldeias do Pólo Indígena de Dourados descrito na tabela 05 revela um crescimento demográfico de 1.918 pessoas (22%) no período de 2000 a 2004. Deste total populacional 5.328 (51%) são mulheres e 49% são homens. O número de habitantes das Aldeias Jaguapirú e Bororó somam 9.205 pessoas sendo que estas duas aldeias representam 88% da população indígena atendida por essa unidade de assistência indígena. As mulheres perfazem uma maioria embora com pequena diferença de 328 pessoas.

Tabela 5 - Evolução demográfica nas Aldeias do Pólo Indígena de Dourados no período de 2000 a 2004. Dourados/MS, 2007.

Aldeia		2000	2001	2002	2003	2004
Jaguapirú	♀	2102	2202	2295	2412	2521
	♂	2012	2121	2236	2316	2452
Bororó	♀	1710	1812	1916	2028	2159
	♂	1672	1765	1860	1964	2073
Demais Aldeias	♀	537	564	594	618	648
	♂	531	554	579	603	629
TOTAL		8564	9018	9480	9941	10482

Fonte: Pólo de Saúde Indígena de Dourados, 2006.

A dinâmica demográfica da aldeia Jaguapirú é diferente ao ritmo de crescimento da aldeia Bororó. A primeira cresceu 21% no período quando a Bororó tem um crescimento de 25% no mesmo período. Quando visto o crescimento demográfico ano a ano, verifica-se a manutenção de um padrão médio de crescimento na aldeia Jaguapirú de 5%. Na aldeia Bororó a variação de crescimento de 2000 para 2001 foi de 5%, encerrando com 6% do ano de 2003 para 2004, com média anual de 5,5%. Verifica-se, portanto um crescimento demográfico maior na aldeia Bororó.

4.3.1 Coeficientes de natalidade, fecundidade e de mortalidade materna

A tabela 6 apresenta dois coeficientes demográficos importantes que são o de natalidade e o de fecundidade.

Tabela 6 - Indicadores demográficos nas aldeias Jaguapirú e Bororó 2000 a 2005. Dourados/MS, 2007.

Ano	2000	2001	2002	2003	2004
Coeficiente Natalidade/1000 habitantes	34,6	44,8	46,5	45,5	48,1
Coeficiente Fecundidade/1000 mulheres	161,1	186,6	230,5	234,4	249,8

Fonte: Pólo de Saúde Indígena de Dourados, 2006.

Os registros tiveram início no ano de 2000 sendo que o primeiro apresentou um acréscimo de 29% para o ano de 2001 e uma queda em 2003, mas não menor do que o indicador do ano inicial. O coeficiente de fecundidade apresentou crescimento no período, entretanto com variação marcante de um ano para o outro. O coeficiente de 2001 é maior que

o anterior (15%) e menor que 2003 (23%). Entretanto a variação de 2003 para 2002 é apenas de 1,7% maior e 6,5% menor que 2004. Comparados os resultados do último período com o inicial encontra-se um coeficiente de natalidade 39% maior e o de fecundidade 55,5%.

O Coeficiente de Mortalidade Materna nas aldeias Jaguapirú e Bororó foi de 13,8 e de 22,6 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos nos anos de 2000 e 2001, respectivamente. Tais níveis diminuíram não tendo ocorrido o registro de óbitos maternos entre 2002 e 2004.

4.4 Descrição do Acompanhamento de Gestantes, Abortos e Partos Não Cadastrados

Os números do acompanhamento de gestantes revelam grande aumento da captação das mulheres grávidas pelos trabalhadores do Programa de Saúde da Família (Tabela 7). Tanto o cadastramento como o acompanhamento pré-natal teve um aumento desde que teve início este tipo de registro.

Tabela 7 - Acompanhamento de Gestantes nas Aldeias Jaguapirú e Bororó no período de 2001 a 2004. Dourados/MS, 2007.

	2001		2002		2003		2004	
	Jaguapirú	Bororó	Jaguapirú	Bororó	Jaguapirú	Bororó	Jaguapirú	Bororó
Cadastradas	231	238	1238	865	1063	1029	1329	1558
Pré-natal	260	157	932	732	1006	782	892	948
Abortos	0	0	6	7	11	6	6	4
Partos de Não Cadastradas	0	0	37	24	8	10	10	7

Fonte: Pólo de Saúde Indígena de Dourados, 2006.

Na aldeia Jaguapirú o número de cadastradas subiu mais de 5 vezes. Na aldeia Bororó este aumento foi maior que 6,5 vezes no período de 2001 a 2004. O acompanhamento pré-natal também foi ampliado. Na aldeia Jaguapirú a ampliação no quadriênio foi de 2,5 vezes, já na Bororó foi de 5 vezes. Destaque-se que na aldeia Jaguapirú verifica-se uma queda lenta no quantitativo de gestantes que são acompanhadas com o pré-natal.

Quanto à incidência de abortos no período verifica-se que não havia registros em ambas as aldeias no ano de 2000. Em 2002 houve um aparente incremento de 83% na aldeia Jaguapirú e uma redução 14% na Bororó em relação ao ano anterior e com redução de 33% de 2004 para 2003 nesta aldeia. Na aldeia Jaguapirú o número de registro volta aos mesmos do ano de 2001.

No ano de 2000 não houve registro de partos de gestantes não cadastradas; já os números do ano de 2001 são altos quando em comparação ao número dos anos seguintes. Na aldeia Jaguapirú o registro de 2003 é menor 78% que em 2002 sendo que neste período na Bororó é menor 58%. No último ano do período os registros na aldeia Jaguapirú aumentam em 25%, já a Bororó reduz 30%, os seus registros de partos das gestantes não cadastradas.

4.5 Descrição dos Resultados sobre o HPV

Os exames de Prevenção do Câncer de Colo Uterino (PCC) aparecem nos relatórios de atividades do PSF a partir do ano de 2003, sendo que na aldeia Jaguapirú aconteceram 44 coletas em 2003 e 183 em 2004. Na aldeia Bororó foram realizados 40 exames e 102 respectivamente. Portanto um aumento no quantitativo de coleta de 4 vezes em relação ao inicial na aldeia Jaguapirú.

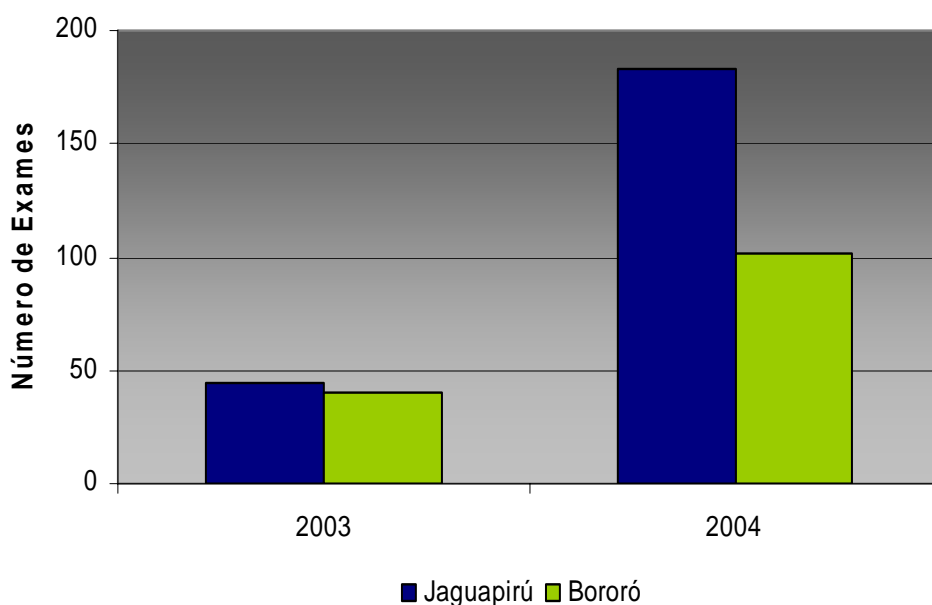


Figura 1 - Número de Exames Prevenção Cancêr Cêrvico Uterino nas Aldeias Jaguapirú e Bororó 2003 e 2004.

Dourados/MS, 2007.

Fonte: Pólo de Saúde Indígena de Dourados, 2006.

Entre os Bororós o aumento foi de 2,5 vezes nestes dois anos. O total de exames feitos no ano de 2003 foi de 84 e o total em 2004 foi de 285. Considerando-se as duas aldeias tivemos um aumento no quantitativo de coletas de 4 vezes (figura 1).

Os resultados diagnósticos encontrados na aldeia Jaguapirú (Tabela 8) revelam que apenas 0,4% dos exames mostrou-se positivo para o vírus HPV nesta aldeia, nestes dois anos de coletas.

Tabela 8 - Número de exames citopatológicos e os resultados - Aldeia Jaguapirú. Dourados/MS, 2007.

Ano	Exames	HPV (+)	HPV (-)	NIC I	NIC II	NIC III
2003	44	1	43	0	1	1
2004	183	0	183	1	1	2
TOTAL	227	1	226	1	2	3

Fonte: Pólo de Saúde Indígena de Dourados, 2006.

Durante o ano de 2003, foram encontrados 2 casos de lesões do tipo neoplásica intraepitelial cervical Grau I (NIC I) e Grau II (NIC II). Tendo o número de exames aumentado em mais de 300% em 2004, o diagnóstico foi de um caso para neoplasia intraepitelial cervical Grau I (NIC I), um caso para NIC II e dois casos para NIC III. Comparado com o ano anterior, houve o aumento de 100% para o diagnóstico de NIC I e NIC III.

Entre as mulheres da aldeia Bororó (Tabela 9) os diagnósticos encontrados revelaram nenhum caso 2003 para HPV, ou para o diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical.

Tabela 9 - Número de exames citopatológicos e os resultados - Aldeia Bororó. Dourados/MS, 2007.

Ano	Exames	HPV (+)	HPV (-)	NIC I	NIC II	NIC III
2003	40	0	0	0	0	0
2004	102	1	101	0	1	0
TOTAL	142	1	141	0	1	0

Fonte: Pólo de Saúde Indígena de Dourados, 2006.

No ano de 2004 o resultado positivo para o vírus foi de 0,9% sendo o acumulado nos dois anos 0,7% de positivos, ou seja, um caso de diagnóstico positivo. Durante o ano de 2004, o número de exames aumentou em 155% e foi diagnosticado um caso de NIC II.

A tabela 10 mostra o número de exames, a população feminina-alvo e a proporção de cobertura.

Tabela 10 - Exames citopatológicos em mulheres de 25 a 59 anos e proporção de cobertura na população feminina de 25 a 59 anos, 2003-2004. Dourados/MS, 2007.

Ano	Mulheres de 25 a 59 anos	Número de exames	Proporção de cobertura
2003	1189	84	0,07
2004	1315	285	0,22

Fonte: Pólo de Saúde Indígena de Dourados, 2006.

A população feminina nesta faixa etária sofreu um incremento de 10,5% entre os anos 2003 e 2004. Houve um incremento de 7% a 22% i.e., de 3,5 vezes indicando um aumento na realização de exames.

5 DISCUSSÃO

Ainda não há uma reflexão ampla no tocante a como organizar um subsistema de saúde indígena relacionado com o SUS. No âmbito da saúde indígena, o que se observou nos últimos anos foi uma divisão dos serviços entre a FUNAI e a FUNASA: a primeira, com atividades eminentemente curativas e a segunda, com atividades preventivas. Em se tratando de modelos de saúde e sob a perspectiva de comando único de ações, essa dicotomia mostrou-se inviável, criando relações paternalistas para determinadas populações indígenas e gerando a impossibilidade de execução dos serviços de saúde de maneira integral (ATHIAS; MACHADO, 2001).

Com sua sede na cidade de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, foi organizado em 1999 o Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS). Tem como área de sua responsabilidade toda a população indígena no espaço geográfico deste estado. O DSEI-MS foi estruturado em Pólos Distritais localizados nas cidades de Amambaí, Antônio João, Aquidauana, Bodoquena, Caarapó, Dourados, Iguatemi, Miranda, Paranhos, Sidrolândia e Tacurú. Os Pólos apóiam, organizam e administram as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Cada um funciona como uma unidade gestora da atenção à saúde das aldeias de sua responsabilidade articulando com populações locais e prefeituras. A chefia de cada Pólo-base assim como parte dos funcionários das EMSI, pertence ao quadro da FUNASA. Entretanto, a grande maioria dos recursos humanos utilizados, não só nas equipes do PSFI, são contratados pela organização não-governamental através dos convênios (BRASIL, 2004c).

A Constituição Federal de 1988, aliada à promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90), e as previsões no Caderno da Secretaria de Assistência a Saúde (SAS) – Orientações de Serviços de Saúde – Ministério da Saúde, confirmou o dever do Estado de garantir a saúde ao cidadão, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como organizar e buscar o funcionamento dos serviços.

A Lei 8080/90 (BRASIL, 1990) prevê a participação de pessoas jurídicas de direito privado do SUS na chamada “participação complementar”, conforme o artigo 199, da Constituição Federal e o artigo 24 da Lei Orgânica da Saúde. Desta forma a ONG em questão serve à coletividade indígena, solidária ao nível de compartilhamento de responsabilidades com o poder público, no exercício de seus deveres institucionais de origem em relação à

população indígena sul mato-grossense.

A participação da Missão Evangélica Caiuá, uma ONG, tem se revelado em expansão atuando em uma área tida como de prerrogativa do estado brasileiro, que é o setor saúde. Quais seriam os motivos que levam a esta atuação crescente? Ela é a responsável por ações complementares de saúde em um espaço geográfico que corresponde ao estado de Mato Grosso do Sul, contratando pessoal, adquirindo equipamentos permanentes e materiais, além de insumos e medicamentos. Segundo Lorenzetti (1997), o momento atual pelo qual passamos tem revelado um estado que não se mostra suficiente para atender às demandas em relação aos serviços fundamentais, tais como educação e saúde, resultando ainda na ampliação da participação das ONG's nos serviços prestados à sociedade. Cabe formularmos a pergunta: o crescimento da participação da ONG se deveu à insuficiência do Estado ou por seu serviço prestado dentro de padrões adequados segundo sua contratante que é a FUNASA, ou ainda por não querer o Estado e suas instituições crescerem em termos de pessoal?

Apesar do Mato Grosso do Sul constituir a unidade federal com o segundo maior número de indígenas no país, foi criado apenas um DSEI que unificou dentro de suas fronteiras todas as etnias existentes no estado se tornando o maior DSEI do Brasil, com o maior número de indígenas. Com o objetivo de executar as suas atividades, os DSEIs estabeleceram parcerias com ONG's, que celebraram convênios com a FUNASA. A Missão Evangélica Caiuá, no ano de 1999 acabou se tornando a única parceira do recém criado DSEI/MS (BRASIL, 2004c).

A Missão Evangélica Caiuá é portadora do Certificado Nacional de Entidade Beneficente de Assistência Social, cadastrada junto ao Ministério da Saúde por ofertar serviços de saúde ao SUS, visando complementar e disseminar seus serviços e experiência que já angariou no passar de muitos anos. Destaca-se que, desde a sua fundação, a missão presta serviço à comunidade indígena através de convênios com o poder público.

Segundo Garnelo e Coimbra Junior (2003) um dos fatores que trazem dificuldade na execução das ações de saúde é a rotatividade dos profissionais motivada pela falta de mecanismos que proporcionem a estabilidade dos contratos de trabalho. No caso aqui levantado podemos verificar que os contratos dos profissionais seguem o modelo da Consolidação de Leis do Trabalho (CLT) com renovação anual. Neste rompimento, o profissional recebe a verba rescisória previstas em legislação tais como: FGTS, 13º Salário, férias, multa de 40% sobre o valor do FGTS, e ainda a recontração quando existe o interesse

manifestado pelas partes. Desta forma espera-se preservar no serviço o treinamento prévio e experiência acumulada.

Chaves, Cardoso e Almeida (2006), ao analisar a implementação da política de saúde indígena no Pólo-base de Angra dos Reis, apontam como entrave à execução das ações de saúde nas aldeias, a instabilidade dos contratos de trabalho por CLT praticados por organizações não governamentais. Os mencionados autores argumentam que tal situação se constitui em fator impeditivo no ganho de competências por parte dos profissionais, agregando ainda dificuldades no vínculo entre a comunidade e o profissional, além de desperdiçar recursos de capacitação.

Os valores gastos com Recursos Humanos mostraram aumento no período observado. Este acréscimo de valor conveniado e executado com pessoal não é apenas o aumento do quantitativo de pessoal, mas também a correção dos salários em cada novo período. Verificou-se ainda que a ONG criou um escalonamento entre os profissionais com faixas salariais diferenciadas, o que pode servir de estímulo para os que já faziam parte do quadro que passam a ter valorizada sua experiência e seu tempo de serviço à comunidade indígena. O que, segundo relato do gerente da ONG, faz que 40% dos profissionais contratados sejam os mesmos que estavam contratados em convênios anteriores.

Os convênios da FUNASA com a ONG são efetivados desde o ano de 1999, até os dias atuais, perfazendo um total de sete anos de contínua atuação em parceria. A duração dos contratos com os profissionais médicos, enfermeiros, agentes de saúde é de doze meses, que após o rompimento são renovados quando de interesse da FUNASA, da ONG e do profissional. Esse sistema permite a continuidade ou não daquele profissional específico.

Nos quadros contratados pela ONG encontram-se profissionais indígenas como os agentes comunitários de saúde e ainda um coordenador indígena foi inserido no quadro de contratados a partir de 2003. Isto pode sugerir que outros profissionais do quadro dos contratados também sejam indígenas o que pode corresponder a uma consideração especial com as peculiaridades da população indígena.

A formação dos profissionais de saúde no país está voltada para a intervenção e atendimento individual da demanda espontânea, pautada pela ética profissional, o que os responsabiliza pela luta na preservação da vida. Muitas vezes, isso dificulta a percepção mais ampla da necessidade de participação do grupo social nos aspectos inerentes à atenção a saúde (ATHIAS; MACHADO, 2001). Cabe as unidades de formação preparar profissionais

com sua visão humanista desenvolvida também para as populações especiais, tais como a indígena.

Pode-se notar que, nos últimos 30 anos, vários projetos de saúde foram iniciados nas áreas indígenas por parte de ONG, com apoio de recursos provindos de cooperação internacional (ATHIAS; MACHADO, 2001). Apesar de arriscada, a terceirização apresenta, aos olhos das lideranças, potencialidades para a ocupação de novos espaços de poder e para buscar a resolução de problemas e propostas de transformação através da iniciativa indígena, face ao descrédito da capacidade ou vontade do Estado em fazê-lo (GARNELO; SAMPAIO, 2003).

O cenário gerado pela terceirização da saúde é ambíguo e contraditório. Por um lado, a participação propiciada pelo subsistema de saúde indígena enquadra entidades etnopolíticas em finalidades preestabelecidas que não favorecem a autonomia e a autogestão. Por outro lado, é inegável que a distritalização propiciou uma relação respeitosa entre o Estado brasileiro e as minorias étnicas, o fortalecimento institucional e administrativo das entidades indígenas para o meio de políticas públicas (GARNELO; SAMPAIO, 2003).

Contudo a instituição conveniada tem um plano de trabalho a realizar que é resultado da participação livre e intensa dos usuários através do Conselho de Saúde Indígena. Quando ocorrem necessidades prementes o plano pode ser mudado desde que autorizado pela FUNASA. Ressalte-se que um dos coordenadores do DSEI é um indígena. Esta característica pode ser melhor estudada quanto ao impacto que tal liderança étnica tenha proporcionado ao Programa.

Definindo-se o valor do Convênio A, tem-se que R\$ 1.661.670,00 foram gastos com recursos humanos e R\$ 2.300.000 gastos com a gestão. O Convênio B teve um gasto de 2.647.161 com recursos humanos e de 3.810.000 com a gestão do mesmo. O Convênio C movimentou 7.236.290 com a gestão e 4.946.015 com recursos humanos, enquanto que o Convênio D teve um gasto de 9.641.330 com a gestão e 7.665.637 com recursos humanos. Estes valores pressupõem que as ações de atenção à saúde indígena promovidas pela ONG ampliaram-se proporcionalmente aos investimentos requeridos.

No tocante à quantidade de profissionais de saúde contratados, não há referencia quanto ao Convênio A, devido às dificuldades encontradas pela ONG no início de suas atribuições, relacionadas ao arquivamento de dados. Durante a execução do Convênio B, foram estabelecidos 210 contratos, enquanto que no Convênio C, que obteve maior período de

execução, foram feitos 335 contratos. O Convênio D, pautado por maior investimento, com conseqüente ampliação de suas atividades, efetuou 367 contratos.

O atual modelo de organização de serviços de saúde para as áreas indígenas nasceu no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde, no início da década de noventa. Mas somente após a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993), este modelo foi referendado pelo movimento indígena e por profissionais de saúde que atuam com esta população. Buscando um modelo de saúde adequado às áreas indígenas, o modelo de DSEI passou a ser reivindicação na pauta do movimento indígena organizado (ATHIAS; MACHADO, 2001).

A decisão política de implantar o modelo assistencial foi tomada pela FUNASA, em 1998, no que se refere à participação social na elaboração das políticas de saúde. O modelo administrativo adotado pela FUNASA contém duas vertentes. Primeiro, as Coordenações gerais da FUNASA atuam como entes de controle dos recursos financeiros destinados aos Distritos; na segunda modalidade administrativa, o nível federal da FUNASA realiza a celebração de convênios com organizações indígenas, Organizações Não-Governamentais (ONG's), Secretarias de Saúde e Universidades para a execução das ações de saúde nas áreas indígenas (ATHIAS; MACHADO, 2001).

É mister a realização de uma abordagem retrospectiva quanto ao Programa de Saúde Familiar Indígena (PSFi). Trata-se de um sub-sistema do SUS criado com o fim de oportunizar à comunidade indígena o acesso ao Sistema como um todo, uma vez que esta comunidade é excluída, não apenas pelas características sócio-culturais mas pela incapacidade do estado ou da política indigenista ou da política de saúde de fazer com que os cidadãos indígenas tenham acesso ao sistema como um todo.

O volume de investimento segue uma tendência que revela a estruturação dos serviços de apoio e logística às equipes de saúde nos diversos pólos. Até o ano de 2002, ocorreu investimento por parte da ONG em itens como autoclaves, instrumentais cirúrgicos e odontológicos, mobiliário médico e veículos. Os medicamentos, equipamentos e materiais não aparecem como sendo adquiridos pela ONG no convênio D sugerindo que foram assumidos pela FUNASA, que gradativamente deixa para o convênio com a ONG, as despesas com a contratação de pessoal. Está realidade é resultado da Portaria 70 que aprova as novas "Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena" (BRASIL, 2002b). Está nova gestão já está instalada conforme se verifica através da evolução dos recursos mostrados nos resultados.

Este aumento de valor poderia significar simplesmente que haveria um aumento nos salários pagos aos contratados, entretanto observa-se o aumento no efetivo de profissionais sofreu acréscimo de 2000 a 2004 ano após ano. Inclusive contratando profissionais não só diretamente ligados às equipes de saúde da família, mas também profissionais ligados aos serviços de apoio e de logística como é o caso de motoristas, cozinheiras, profissionais de informática e digitadores.

Organizar a assistência de saúde às comunidades indígenas não é apenas contratar pessoal qualificado. Nas últimas décadas movimentos indígenas de afirmação étnica cresceram na América Latina, incentivados por diversos setores da sociedade, como intelectuais, religiosos e organizações não-governamentais (ONGs). Para Diehl (2003), o surgimento da identificação e resistência étnica na América Latina tem alcançado uma dimensão política importante, pois ao confrontar os governos nacionais, obriga seus governantes a reformularem políticas públicas. Na área da saúde, uma das principais reivindicações foi o desenvolvimento de modelos diferenciados de atenção à saúde indígena, construídos com a participação dessas populações, considerando a organização social e política, crenças, costumes e tradições de cada povo (DIEHL, 2003).

O DSEI Interior Sul, localizado no sul do país, abrange dezenas de comunidades indígenas, de diferentes etnias, com população estimada em torno de 31 mil índios. Desde a implantação desses DSEI, no final de 1999, o governo Federal tem investido valores consideráveis para atenção à saúde indígena, seja por meio das transferências fundo a fundo aos municípios, como por intermédio de convênios com a FUNASA. Ainda há que considerar o incentivo financeiro para o atendimento hospitalar e ambulatorial dos índios, recebido por hospitais de referência (DIEHL, 2003).

Destaque-se que cada um dos convênios celebrados teve passos anteriores definidos sob a regência da Fundação Nacional de Saúde através da coordenação do Distrito Sanitário Especial Indígena do estado que estabeleciam um plano de trabalho para o próximo período, ou convênio a ser celebrado. Um organismo de assessoria atuante na elaboração de cada um dos Planos de Trabalho são os conselhos indígenas do DSEI.

Neste ponto do estudo faz-se necessário destacar que a provisão de atenção diferenciada pelo Subsistema de Saúde Indígena requer aporte financeiro além do já estipulado no SUS, como o Piso da Atenção Básica e as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). O financiamento específico do Subsistema não é a única fonte de recursos

financeiros, mas suplemento para garantir a diferenciação da atenção aos indígenas (DIEHL, 2003).

As três principais formas do financiamento suplementar são: (1) convênios celebrados por estados, municípios e ou ONGs com a FUNASA para o financiamento da atenção básica; (2) transferências fundo a fundo da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS/MS) aos fundos municipais e estaduais de saúde, autorizadas pela FUNASA, recursos reconhecidos como Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas e destinados ao pagamento de pessoal das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI), conforme Portaria 1163/GM/1999 (EMSI) e (3) transferências da SPS/MS aos hospitais de referência, denominadas incentivo para Assistência Ambulatorial Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à população indígena, também conhecido como Apoio de Média e Alta Complexidade à População Indígena (DIEHL, 2003).

A população das aldeias Jaguapirú e Bororó passaram a ter a cobertura conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde do ano de 2002 em diante, que é de 4.500 pessoas atendidas por equipe (BRASIL, 2005). A quantidade de agentes comunitários indígenas de saúde aumenta drasticamente, passando de cinco para 30. Estes agentes são escolhidos e residem na própria comunidade, devendo cada qual atender de 400 a 750 pessoas, desenvolvendo atividades de prevenção de doenças e promoção as saúde através de ações educativas individuais e coletivas (BRASIL, 2002), desta forma aumentando-se o acesso da população aos serviços de saúde.

A ampliação do acesso da população feminina aos serviços de saúde pode ser cogitado tendo em vista o crescimento dos registros tais como números de exames de prevenção (rastreamento e detecção precoce) de câncer de colo uterino nas duas aldeias aumentando a cobertura em mais de 3 vezes. Desta forma verifica-se uma tendência a ser alcançado o indicador de cobertura preconizado pelo Ministério da Saúde que é de 0,3, ou seja, um exame para cada mulher a cada 3 anos.

Quando comparamos os números da aldeia Jaguapirú e Bororó em relação à realização desses exames preventivos, percebemos que na segunda o aumento de 2003 para 2004 não se mostrou no mesmo ritmo. Pode ter acontecido algum evento nesta aldeia ligado à produtividade dos trabalhadores que foi menor. Também tal fato pode decorrer de uma questão cultural, talvez uma maior resistência por parte destas mulheres ou dos seus companheiros, especialmente após a primeira coleta.

Os coeficientes de natalidade, fecundidade e de gravidez, embora representando

um curto período de tempo apontam para um crescimento populacional positivo. O crescimento demográfico médio de 5,5% apontado neste trabalho é um resultado próximo aos 5,7% levantado pelo IBGE (2005) como a taxa média geométrica de crescimento anual no período de 1999 a 2000. Inclusive o crescimento da população não indígena do estado foi de 1,6%, segundo a mesma publicação (IBGE, 2005).

A estrutura populacional por sexo levantada nas aldeias de Dourados oferece um resultado diferente tanto quando comparado com taxas nacionais ou da Região Centro-Oeste. Segundo a publicação Tendências Demográficas (IBGE, 2005) em 2000 observou-se um favorecimento discreto do sexo feminino na Região Centro-Oeste sendo que em 1991 este favorecimento era de 4,2% a favor do sexo masculino. Nas aldeias do Pólo Indígena de Dourados a diferença se mantém próximo dos 15% a favor do sexo feminino no período de 2000 a 2004, nas aldeias Jaguapirú e Bororó. Nas demais a diferença é ligeiramente favorável ao sexo feminino.

Esta discrepância precisa ser estudada mais amplamente, entretanto algumas hipóteses podem ser levantadas tais como: se as crianças do sexo masculino têm maior mortalidade nos primeiros anos de vida; existe um movimento migratório por parte do sexo masculino das aldeias para áreas urbanas, seja provisório, na busca de renda, ou definitivo abandonando a aldeia com as mulheres e seus filhos; um problema em relação à contagem por parte dos profissionais que quando fazem suas visitas omitem um percentual masculino por não estarem presentes; taxa de mortalidade maior homens adultos; estas perguntas poderão ser respondidas por outros trabalhos.

Garnero e Coimbra Junior (2003) destacaram a dificuldade de se estudar a saúde reprodutiva da mulher pela escassez de informações demográficas ou mesmo a falta de dados confiáveis. Este fato deve ter uma alteração positiva tendo em vista que a partir de 2004/2005 o Pólo de Saúde Indígena de Dourados passou a cadastrar suas gestantes no Sis prenatal.

O crescimento desta população pode ser também por causa do crescimento vegetativo, ou seja, nascem mais do que morrem nestas aldeias contrariando assim a tendência da população indígena nacional (IBGE, 2005).

Se distribuímos a área indígena de Dourados por pessoa, tem-se um índice de 0,38 hectares / indivíduo. Isso, baseando-se no número atual de habitantes (aproximadamente 9.500 índios), em relação à população de 548 índios, existente em 1949. Ressaltamos que para uma família realizar uma cultura de subsistência correspondente às suas necessidades diárias, ela teria que contar com uma área de 2 a 5 hectares (TROQUEZ, 2002). Desta forma há

indicativo de dificuldades com a cultura de subsistência o que poderá conduzir a um processo de urbanização desses indígenas e também da aldeia, tornando-se um bairro da cidade, ou até mesmo um processo de transformação da área indígena em uma área de favela (vide Mapa 2).

Como medidas estratégicas poderia ser planejados programas de profissionalização e renda para os indígenas desta área do Pólo de Dourados, focados nestas aldeias que estão próximas a cidade. Além disto é pertinente a manutenção de programas que forneçam alimentação de forma ininterrupta para essas famílias.

A atenção básica na gravidez nas duas aldeias foi norteadas até o ano de 2003 pelo protocolo da “Assistência pré-natal: Manual técnico” que teve como objetivo captar gestantes não inscritas no programa de pré-natal da unidade de saúde, reconduzir as gestantes consideradas faltosas, especialmente as de alto risco, e oferecer-lhes acompanhamento e atos educativos (BRASIL, 2000).

O cuidado com as gestantes nas duas aldeias focadas por esse estudo deu um salto quantitativo no ano de 2002 que se manteve em crescimento até o ano de 2004. O número de gestantes cadastradas reflete o trabalho das equipes de saúde na qual a mulher grávida é inscrita no programa de acompanhamento de pré-natal na sua primeira consulta (captação). Conforme podemos verificar nos resultados houve um crescimento marcante no período, cumprindo assim um dos objetivos normativos técnicos.

As diferenças numéricas apresentadas em relação à assistência a gestantes chamam a atenção. O número de gestantes que são acompanhadas durante a sua gestação com cuidados pré-natais é sempre menor que o número de cadastradas, e também observa-se que este número na aldeia Bororó é menor que na Jaguapirú na maioria dos anos tabulados. É possível cogitar algumas possibilidades. Dentre elas um fator sócio-cultural da indígena, seu companheiro e a continuidade dos acompanhamentos. Ou ainda está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde? As diferenças residiriam em ser os profissionais do pré-natal do sexo ou masculino ou feminino? Se a equipe for de mulheres, existe diferença na adesão ao acompanhamento do pré-natal? Essas situações precisam ser investigadas.

Entretanto, mesmo enfrentando dificuldades os indicadores de mortalidade materna nestas aldeias que são melhores do que o indicador a nível nacional no ano de 2001 que era de 75,5 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos nas capitais. O coeficiente de morte materna entre as índias Jaguapirú e Bororó estão dentro de padrões de países desenvolvidos (BRASIL, 2004a).

No ano de 2004 o protocolo de atenção à saúde da mulher indígena passou a ser a estratégia que o Ministério da Saúde instituiu em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que apresenta em sua formulação os seguintes objetivos: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (BRASIL, 2003a). Além desta mudança, a partir de 2004/2005 o Pólo passou a cadastrar suas gestantes no Sis prenatal.

Na coleta de exames colpocitológicos entre os Bororó o aumento foi de 2,5 vezes nestes dois anos. Considerando-se as duas aldeias tivemos um aumento no quantitativo de coletas de 4 vezes. Se esse indicador de cobertura fosse utilizado em populações não indígenas ou em indígenas desaldeados, o mesmo seria ainda de utilidade. Isto considerando que haveria limitações no numerador decorrentes do fato da possível procura por outros serviços não adscritos ao SUS por se encontrarem os habitantes fora do âmbito das aldeias. Haveria também limitações de denominador, pois a simulação pressupõe o uso de dados populacionais confiáveis. O uso de tal indicador auxiliaria na implementação de medidas de educação, no planejamento de novos programas e na gestão e financiamento destas ações. O incremento de cobertura seria maior que o atual em 3,7 vezes. A expansão da cobertura dos exames de colpocitologia mostra-se necessária devido ao quantitativo da população feminina de 25 a 59 anos que ainda não é beneficiada por, ao menos, uma ação preventiva em relação ao Câncer de Colo Uterino a cada três anos.

A ampliação desta cobertura é de relevância, pois este tipo de infecção é muito comum nas populações estudadas por todo o mundo, seja em país desenvolvido ou em desenvolvimento (NONNENMACHER et al., 2002; OVIEDO et al., 2004). Segundo esses autores os fatores de risco para o HPV são: baixa escolaridade, pobreza, mais de uma parceria sexual, o comportamento sexual, o uso de anticoncepcionais, tabagismo, alguns elementos da dieta e a precocidade da iniciação da prática sexual.

Não há o registro de quantos desse quantitativo de exames são de uma mesma pessoa. A infecção pelo HPV não tem exclusividade nas pessoas do sexo feminino. Garcia e Gomez (2005) e Gómez et al. (2005) descrevem as características da prevalência desta doença em homens, com ou sem a presença de condilomas. Conclui-se que é preciso o acompanhamento dos homens parceiros ou cônjuges das mulheres com detecção positiva do vírus.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo descrever o uso dos recursos federais por uma ONG na implementação do Programa de Saúde Familiar Indígena, discriminando indicadores financeiros, operacionais e epidemiológicos de saúde da mulher nas aldeias Jaguapirú e Bororó no período de 2000 a 2004.

Baseado no contexto há que se considerar relevante a iniciativa de diversas ONG's em nível de Brasil empenhadas na implementação de ações voltadas à população indígena, com destaque ao DSEI/MS, através de sua atuação focada ao contexto socioeconômico, cultural e étnico dos povos indígenas do Estado de Mato Grosso do Sul que tem por objeto a promoção e assistência à saúde, prevenção e controle de doenças e agravos das populações indígenas.

O Pólo Indígena de Dourados destaca-se por seu contingente populacional e amplitude dos aspectos étnicos da região, principalmente no tocante aos povos das aldeias Jaguapirú e Bororó, predominantes na área.

Esta disposição em atuar diretamente com uma população excluída pelas autoridades vigentes pode gerar conflitos entre as ONG's e o governo federal levando à discussão se o mesmo estaria disposto a implementar as ações de saúde indígena através da viabilização de recursos plausíveis à ampliação do quadro de profissionais de saúde à serviço do subsistema de saúde indígena, incrementando assim, a qualidade da assistência prestada à clientela abordada.

O fato de existir um DSEI para todo o MS e apenas uma ONG, apesar de parecer uma sobrecarga, talvez tenha ajudado para que, no transcorrer do tempo o DSEI/MS se destacasse em termos de melhorias nos perfis epidemiológicos.

A ONG tornou-se referência quanto a sua parceria e co-gestão das ações propostas com o DSEI, bem com pela transparência da ONG, em termos de prestação de contas e eficácia administrativa.

A atuação do Subsistema de Saúde Indígena de Mato Grosso do Sul é reflexo dos esforços constituindo-se um modelo a ser seguido e implementado por diversas esferas, visto a efetividade e resolutividade das ações desenvolvidas por equipes de saúde multidisciplinares aptas à especificidade do trabalho com os povos indígenas.

Os resultados obtidos revelam a ampliação das ações desenvolvidas aos indígenas mediante investimentos para aquisição de medicamentos, insumos, equipamentos e aumento do efetivo de profissionais da saúde. Ressalva-se tal informação quanto a alguns convênios específicos que buscaram a descentralização de algumas funções para a FUNASA como estratégia de melhor adequação da prestação de contas.

Quanto ao perfil epidemiológico de saúde da mulher indígena, há que se considerar a escassez de dados das gestões iniciais. Entretanto, foi possível revelar que os coeficientes de natalidade, fecundidade, gravidez e mortalidade materna sofreram uma discreta diminuição, e, paralelamente houve aumento da assistência pré-natal e diminuição dos casos de aborto. Assim, como o aumento significativo dos exames de detecção de câncer uterino e conseqüente diagnóstico dessa neoplasia nos variados estágios da doença.

A atenção à saúde da mulher dos povos indígenas ainda é precária, não sendo possível garantir ações como a assistência pré-natal, de prevenção do câncer de colo de útero, de prevenção de DST/HIV/AIDS, dentre outras. São ainda, insuficientes os dados epidemiológicos disponíveis para avaliação dos problemas de saúde da população de mulheres e adolescentes indígenas. É fundamental, desenvolver políticas de saúde voltadas para as mulheres, no contexto do etnodesenvolvimento das sociedades indígenas e da atenção integral, envolvendo as comunidades indígenas na definição e acompanhamento das mesmas. Também são necessárias, informações sobre a situação das crianças nos primeiros 5 anos de vida. É desejável a realização, em paralelo, de estudos que avaliem melhor os hábitos, tanto os associados à cultura ancestral, como aqueles que refletem a aculturação e contato com a cultura hegemônica. Isto se reveste de particular importância no caso do consumo de álcool e a presença de uma sociedade semi-urbanizada (pelo menos muito próxima de uma cidade importante no estado do MS), e próxima de áreas de fronteira onde o acesso a outras substâncias é possível. O impacto desses hábitos sobre a saúde ainda deve ser estudado.

7 RECOMENDAÇÕES

- Ampliação do quadro de servidores da FUNASA não só em funções de assistência a saúde indígena, mas em pessoal de apoio tais como digitadores, profissionais de informática, escriturários, telefonistas, cozinheiras, motoristas;
- Quadro de profissionais das Equipes Multidisciplinares ser formado por pelo menos 40% do ano anterior, com treinamento prévio e experiência comprovada;
- Profissionais indígenas no quadro dos contratados pelas ONGs;
- Ter como critério para contratação de uma ONG a experiência anterior com população indígena;
- Recursos financeiros previstos para capacitação de pessoal;
- Recursos financeiros previstos para o pagamento de indenizações trabalhistas devido a modalidade de contratação;
- Obrigatoriedade de estratégias nas Universidades Públicas e privadas que estejam localizadas próximas a áreas de população indígena, de um programa de ensino com conteúdo humanístico para esses povos;
- Incentivo a participação de indígenas locais no acompanhamento dos convênios como forma de aprendizado e controle social;
- Garantia de continuidade dos convênios com ONG ou início imediato de ações por parte governamental para garantir esta continuidade sem elas;
- Avaliação qualitativa por parte da FUNASA;
- Manutenção dos programas de cestas básicas de forma ininterruptas;
- Criação de Programas de Qualificação Profissional e Renda para os jovens indígenas oferecendo acesso ao mercado de trabalho;
- A criação de incentivos para as ONGs ou DSEI's que mantenham os sistemas de informação atualizados;
- Maior facilidade de acesso a pesquisadores;
- Rapidez nas autorizações de pesquisas nos níveis estaduais e no federal;
- Incentivos, tipo bolsas, para os estudantes que desenvolverem trabalhos nos Pólos de Saúde Indígenas;
- Estratégias de acompanhamento e busca dos homens infectados com HPV.

8 REFERÊNCIAS

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A Saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários: **Temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102>. Acesso em: 22 set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. PAISM. **Programa de assistência integral à saúde da mulher**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988. **Senado Federal**, Brasília, DF, 20 nov. 2004. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br>>. Acesso em: 22 set. 2004.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 1990. Seção 1, p.1.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. MS/CN. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **A Saúde no Brasil: estatísticas essenciais 1999-2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002(a). 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002(b). 40 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria n. 2.394/GM**, de 19 de dezembro de 2003. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica a serem pactuados entre Municípios, Estados e Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003(a).

_____. Ministério da Saúde. Coordenação nacional de AST e AIDS. Diagnóstico e manejo clínico da infecção pelo Papelomavírus humano (HPV). Brasília: Ministério da Saúde, 2003(b).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004(a). 82 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Plano de Ação 2004 – 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004(b). 48 p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Plano Distrital de Saúde. Distrito Sanitário Especial Indígena: Mato Grosso do Sul**. Campo Grande/MS, 2004(c).

_____. Ministério da Saúde. Programa de atenção básica: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>.2005>. Acesso em: 26 abr. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária**. 2006. Disponível em www.saude.gov.br/dab/caadab/portaria_493.pdf. Acesso em: 20 maio 2006.

CHAVES, M. de B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-Base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2006.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H.(ed.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 319-36.

DIEHL, A. L. **Financiamento e Atenção à Saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde. **Portaria n. 70/GM**, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.funasa.gov.br>>. Acesso em: 18 set. 2004.

GARCIA, G.; GOMEZ, M. *Infeccion por Papillomavirus em el hombre*. Estado actual. **Rev. Actas Urológicas Espanolas**, v.29, n.4, p.365-372., abr 2005.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil. **Cad. Rev.Saúde Pública**, v.19.n.1, p.311-317, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.pnp?script=sci_arttex=iso>. Acesso em: 16 nov. 2006.

GARNELO, L.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Porto Velho, 2003. Disponível em: <<http://www.cesir.org/pdfs/doc7.pdf>>. Acesso em: 20 set 2005.

GÓMEZ, T. et al. *Factores de riesgo de cáncer cérvicouterino invasor en mujeres mexicanas*. **Rev. Saúde Pública de México**, v. 47, n. 5, p. 342-350, Sep-Oct, 2005.

IBGE – Instituto brasileiro de geografia e estatística. **Tendências demográficas: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000**, Rio de Janeiro: IBGE, 2005. 141p.

LORENZETTI, D. **Qualidade total em serviço de saúde**. São Paulo: Universidade Católica Dom Bosco, 1997.

MATO GROSSO DO SUL. In.: Seminário “**Humanizando para a vida**” - Pactuação entre SESAUP/Prestadores e profissionais da saúde. Secretaria de Municipal de Saúde de Dourados/MS, 2004.

MISSÃO EVANGÉLICA CAIUÁ. Hospital e maternidade “Porta da esperança”. **Relatório**. Dourados: [s.n], 2005.

MISSÃO EVANGÉLICA CAIUÁ. Hospital e maternidade “Porta da esperança”. **Relatório**. Dourados: [s.n], 2006.

NONNENMACHER, B.; BREITENBACH, V.; VILLA, L. et al. Identificação do papilomavírus humano por biologia molecular em mulheres assintomáticas. Rev. Saúde Pública. [online]. fev. 2002, v.36, n.1 [citado 15 Junho 2006], p.95-100. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?>. Acesso em: 10 jun. 2006.

OVIEDO, G. et al. *Factores de Riesgo en Mujeres con Infección del Virus Papiloma Humano*. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.**, v. 69, n. 5, p.343-346, 2004.

SANTOS, S. C. **Os povos indígenas e a constituinte**. Florianópolis: Ed. UFSC/Movimento, 1989.

SCAFFI, N. **Rompendo o silêncio**: os desafios para a participação das mulheres indígenas no Mato Grosso do Sul, Campo Grande: Coordenadoria Especial de Políticas Pública para a Mulher do Governo do Estado de Mato Grosso do Sul, 2003. 60 p.

SEMAC – Secretaria de Estado do Meio Ambiente, das cidades, do Planejamento e da Ciências e da Tecnologia. **Indicadores Básicos dos Municípios**. Campo Grande/MS: Secretaria de Estado de Planejamento e de Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul, 2005.

TROQUEZ, M. C. S. **Educação em Saúde na Aldeia Bororó:** o índio Kaiowá de Dourados/MS. São Carlos: UFSCAR, 2002.

ANEXO A - Autorização do Comitê de Ética UNIGRAN

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O mestrando Marco Aurélio de Camargo Areias vem através deste solicitar a esta Instituição, autorização para realização da pesquisa por solicitação do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (mestrado) UNB/UNIGRAN, com o título: **Estudo da implantação do Programa de Saúde Familiar Indígena (PSFI) por uma ONG descrevendo indicadores financeiros, operacionais e epidemiológicos de saúde da mulher.**

A presente pesquisa tem por objetivo descrever o modelo de gestão e sua relação frente aos indicadores de saúde da mulher indígena das aldeias do município de Dourados/MS, no período de 2000 a 2004, discorrendo sobre os dados financeiros, tais como: gestão, recursos financeiros disponibilizados para a realização de ações da atenção básica de saúde indígena; operacionais: discriminação das instituições e profissionais contratados e dos atendimentos do PSFI, tais como consultas, visitas domiciliares; e epidemiológicos sobre a saúde da mulher indígena, apresentando os coeficientes de natalidade, fecundidade, natimortalidade, neonatal e de mortalidade materna, coleta de colpocitologia oncótica, acompanhamento pré-natal e discriminar os profissionais contratados pela ONG de 2000 a 2004.

A coleta de dados será efetuada pelo próprio pesquisador, no Pólo Regional de Saúde Indígena, órgão da Fundação Nacional de Saúde e nas dependências administrativas da ONG, no período de Dezembro/2005 a Janeiro/2006, e para tal, pede-se o livre acesso a documentos e relatórios oficiais, os quais apresentam as informações acima mencionadas.

Garante-se a participação em nível de acompanhamento por parte das instituições envolvidas em todas as fases de desenvolvimento deste trabalho de pesquisa até a sua completa finalização, assim como o direito a suspensão de sua autorização através da retirada de seu consentimento, em qualquer momento, sem incorrer em nenhuma penalidade, bastando formalizar tal intenção ao Comitê de Ética e Pesquisa.

Para fins de esclarecimentos, faz-se contato ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN), cito a Rua Balbina de Matos, 2.121. Telefones: (67) 411-4141, 411-4147. Email: www.unigran.br e ainda, Marco Aurélio de Camargo Areias. Telefones: (67) 411-7840, (67) 9971-3540. Email: mareia@terra.com.br.

Isto posto:

Eu,....., responsável por....., declaro estar esclarecido sobre a pesquisa proposta, consentindo a coleta de dados.

Dourados-MS, de Outubro de 2005.



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O mestrando Marco Aurélio de Camargo Areias vem solicitar à Missão Evangélica Caiuá, autorização para realização da pesquisa por solicitação do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (mestrado) UNB/UNIGRAN, com o título: **Estudo da implantação do Programa de Saúde Familiar Indígena (PSFI) por uma ONG descrevendo indicadores financeiros, operacionais e epidemiológicos de saúde da mulher**

A presente pesquisa tem por objetivo descrever o modelo de gestão e sua relação frente aos indicadores de saúde da mulher indígena das aldeias do município de Dourados/MS, no período de 2000 a 2004, discorrendo sobre os dados financeiros, tais como: gestão, recursos financeiros disponibilizados para a realização de ações da atenção básica de saúde indígena; operacionais: discriminação das instituições e profissionais contratados e dos atendimentos do PSFI, tais como consultas, visitas domiciliares; e epidemiológicos sobre a saúde da mulher indígena, apresentando os coeficientes de natalidade, fecundidade, mortalidade materna, coleta de colpocitologia oncótica, acompanhamento pré-natal e discriminar os profissionais contratados pela ONG de 2000 a 2004.

A coleta de dados será efetuada pelo próprio pesquisador, no Pólo Regional de Saúde Indígena, órgão da Fundação Nacional de Saúde e nas dependências administrativas da ONG, no período de Dezembro/2005 a Janeiro/2006, e para tal, pede-se o livre acesso a documentos e relatórios oficiais, os quais apresentam as informações acima mencionadas.

Garante-se a participação em nível de acompanhamento por parte das instituições envolvidas em todas as fases de desenvolvimento deste trabalho de pesquisa até a sua completa finalização, assim como o direito a suspensão de sua autorização através da retirada de seu consentimento, em qualquer momento, sem incorrer em nenhuma penalidade, bastando formalizar tal intenção ao Comitê de Ética e Pesquisa.

Para fins de esclarecimentos, faz-se contato ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN), cito a Rua Balbina de Matos, 2.121. Telefones: (67) 411-4141, 411-4147. Email: www.unigran.br e ainda, Marco Aurélio de Camargo Areias. Telefones: (67) 411-7840, (67) 9971-3540. Email: mareia@terra.com.br.

Isto posto:

Eu, Beijamim Benedito Bernardes, secretário executivo da Missão Evangélica Caiuá, declaro estar esclarecido sobre a pesquisa proposta, consentindo a coleta de dados.

Dourados-MS, de _____ de 2005.


Beijamim Benedito Bernardes
Secretário Executivo
CPF: 170.110.436-91

03747268/0001-80

MISSÃO EVANGÉLICA CAIUÁ

ENTIDADE FILANTRÓPICA

ins. nº 02.911.000 de 20/06/00 L.L. de 30/03/00

CEP 79800

DOURADOS

MS.