



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva

Silvana Cardoso Gomes

ACESSIBILIDADE DOS USUÁRIOS INDÍGENAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE  
CUIABÁ-MT

Salvador

2013

Silvana Cardoso Gomes

ACESSIBILIDADE DOS USUÁRIOS INDÍGENAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE  
CUIABÁ-MT

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Monique Azevedo Esperidião

Salvador

2013



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

**Silvana Cardoso Gomes**

**“Acessibilidade dos Usuários Indígenas aos Serviços de Saúde de  
Cuiabá-MT.”**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 19 de março de 2013

Banca Examinadora:

*Monique Azevedo Esperidião*

\_\_\_\_\_  
Profa. Monique Azevedo Esperidião /ISC/UFBA

*Lavinia Santos de Souza Oliveira*

\_\_\_\_\_  
Profa. Lavinia Santos de Souza Oliveira /DMP/UFSP

*Alcione Brasileiro Oliveira Cunha*

\_\_\_\_\_  
Profa. Alcione Brasileiro Oliveira Cunha /ISC/UFBA

Salvador  
2013

Dedico este trabalho a meu pai Joel Gomes (*in memoriam*) e à minha mãe, Zelia Cardoso Gomes, que sempre me motivaram a buscar o conhecimento enquanto fonte de crescimento pessoal e profissional.

## **AGRADECIMENTOS**

Quero expressar meu reconhecimento e agradecimentos:

A Deus, pois minha fé e minha espiritualidade construída ao longo de minha vida me deram certeza da concretização desse sonho, desse trabalho;

À minha mãe, pelo estímulo, carinho e motivação sempre presente que me auxiliou na difícil tarefa de construir uma disciplina de vida e de estudo;

A todos os meus amigos e amigas, pelo apoio, carinho e afeto, por suportar minhas inseguranças, angústias e ausências mesmo na presença;

A Monique Esperidião, minha orientadora, pelo carinho, estímulo e pela condução na difícil tarefa da pesquisa científica, mostrando caminhos e por vezes segurando em minhas mãos nesse trajeto;

Aos professores e colegas do mestrado que, ao longo das aulas, nos estimulavam e lançavam luzes em meio à escuridão;

À Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, pela liberação das atividades para o estudo;

Aos meus colegas de trabalho, por terem compreendido minha ausência e me motivado na caminhada do conhecimento;

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá que, por meio de seus profissionais e gestores, que abriram as portas da instituição para desenvolver esta pesquisa;

Em especial, aos profissionais e gestores da CASAI Cuiabá, pela confiança apresentada, minha admiração e respeito, pois vocês fazem as “coisas acontecerem”.

Muito obrigada!

“O índio estacionou no tempo e no espaço. O mesmo arco que ele faz hoje, seus antepassados faziam há mil anos. Se eles pararam nesse sentido, evoluíram quanto ao comportamento do homem dentro da sociedade. O índio em sua tribo tem um lugar estável e tranqüilo. É totalmente livre, sem precisar dar satisfações de seus atos a quem quer que seja. Toda a estabilidade tribal, toda a coesão, está assentada num mundo mítico. Que diferença enorme entre as duas humanidades: uma tranqüila, onde o homem é dono de todos os seus atos. Outra, uma sociedade em explosão, onde é preciso um aparato, um sistema repressivo para poder manter a ordem e a paz dentro da sociedade.”

**Orlando Villas-Bôas.**

## RESUMO

Iniquidades no acesso à saúde entre indígenas tem sido um importante problema na organização dos serviços de saúde no Brasil, e uma preocupação recente da literatura especializada, ainda considerada incipiente quanto à produção de estudos empíricos. O presente estudo teve por objetivo avaliar a acessibilidade dos usuários indígenas do DSEI Cuiabá, aos serviços de saúde de média e alta complexidade do município de Cuiabá, em particular, a partir da CASAI Cuiabá, dispositivo voltado para apoio e melhoria da acessibilidade conforme a PNASPI. Foi realizado estudo de caso único na CASAI Cuiabá com abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos por meio da observação das rotinas de trabalho da CASAI Cuiabá, entrevistas semi-estruturadas com profissionais e gestores do DSEI Cuiabá e CASAI Cuiabá, análise documental, bem como análise de dados secundários produzidos pelo SIASI sobre utilização dos serviços de saúde de média e alta complexidade em Cuiabá. Para análise dos dados, foi elaborada uma matriz derivada do modelo teórico lógico de acessibilidade e validada por meio do método Delphi a um grupo de especialistas na temática de saúde indígena. Apesar de avanços trazidos pela CASAI na melhoria da acessibilidade indígena, persistem barreiras sócio-organizacionais, culturais e geográficas no acesso à média e alta complexidade do município estudado. Recomenda-se a formulação de estratégias específicas para melhoria da acessibilidade aos serviços de saúde dos povos indígenas mato-grossenses.

**Palavras Chaves:** Saúde Indígena, Acessibilidade aos Serviços de Saúde, Avaliação em Saúde.

## **ABSTRACT**

Inequalities in access to health care among Indians has been a major problem in the organization of health services in Brazil, and a recent concern of the literature still regarded as incipient production of empirical studies. The present study aimed to assess the accessibility of DSEI Cuiabá's indigenous users to medium and high complexity health's services, in special, from the CASAI Cuiabá, supporting device and improving the accessibility as PNASPI. We conducted a single study' case CASAI Cuiabá in the qualitative approach. The data were obtained by observing the work routine's Casai Cuiabá, semi-structured interviews with health professionals and administrators the DSEI Cuiabá and CASAI CUIABÁ, document analysis, as well as secondary data analysis produced by SIASI about using the medium and high complexity health' indian services in Cuiabá. For data analysis, we created a matrix derived from the theoretical logical model of accessibility and validated by means of the Delphi method to a group of experts on the topic of indigenous health. Despite advances brought by CASAI in improving accessibility indigenous, some of socio-organizational, cultural and geographical barriers persist in the access to medium and high complexity of the municipality. It is recommended the formulation of specific strategies for improving access to health services for indigenous people in Mato Grosso.

**Key Words:** Indigenous Health, Accessibility to Health Services, Evaluation in Health

.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Parques e Terras Indígenas do Brasil	106
Figura 2 – Mapa de Localização dos 34 DSEIS no Brasil	107
Figura 3- Organização Interna de um DSEI e Fluxo de Atenção à Saúde	108
Figura 4- Mapa DSEI Cuiabá	109
Figura 5 - Modelo teórico lógico de acessibilidade dos usuários indígenas aos serviços de média e alta complexidade	110
Figura 6 – Seqüência de Execução do Método Delphi	40
Quadro 1- Matriz de Análise para Estudo de Acessibilidade de Usuários Indígenas - Resultado Final	112

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número e percentual de profissionais e gestores segundo o sexo, Cuiabá-MT.	88
Tabela 2 – Número e percentual de profissionais e gestores segundo o estado civil, Cuiabá-MT.	88
Tabela 3- Número e percentual de profissionais e gestores segundo a idade, Cuiabá-MT	88
Tabela 4 – Número e percentual de profissionais e gestores segundo escolaridade, Cuiabá-MT.	89
Tabela 5 – Número e percentual de profissionais e gestores segundo experiência anterior de trabalho na área de saúde indígena/ gestão em saúde	89
Tabela 6– Número e percentual de profissionais segundo motivação de trabalho na área de saúde indígena	90
Tabela 7– Número e percentual de gestores segundo motivação de trabalho na área de gestão em saúde	91
Tabela 8 - Matriz de dimensões, critérios e gradações para análise das ações de acessibilidade a serviços de saúde de média e alta complexidade do município de	93
Tabela 9 – Características gerais dos especialistas do Delphi Saúde Indígena	42
Tabela 10- 1. <sup>a</sup> rodada Delphi Saúde Indígena - Resultado	99
Tabela 11- 2. <sup>a</sup> rodada Delphi Saúde Indígena – Resultado	102
Tabela 12 - Matriz de dimensões, critérios e padrões para análise das ações de acessibilidade a serviços de saúde de média e alta complexidade do município de Cuiabá - pontuação obtida, classificação final por critério, dimensão e resultado final.	103

Tabela 13 – Pacientes e acompanhantes indígenas segundo a etnia, 2010-2011, Cuiabá-MT	54
Tabela 14 – Atendimentos CASAI Cuiabá 2007-2011	56
Tabela 15 – Quantitativo de procedimentos realizados na rede de serviços de saúde do SUS Cuiabá-MT	58
Tabela 16 - – Quantitativo de procedimentos realizados na rede de serviços de saúde privados de Cuiabá-MT	59
Tabela 17 – Distância da CASAI Cuiabá aos estabelecimentos de saúde de Cuiabá-MT	71

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

- AIS** – Agente Indígena de Saúde
- CASAIS** – Casas de Apoio ao Indígena
- CEP** – Conselho de Ética em Pesquisa
- CNPSI** – Conferência Nacional de Proteção a Saúde do Índio
- CNPq** - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CONDISI** – Conselho Distrital de Saúde Indígena
- CONEP**- Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
- DSEIS** – Distritos Sanitários Especiais Indígenas
- EMSI** – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
- ERS** – Escritório Regional de Saúde
- EUA** – Estados Unidos da América
- FUNAI** – Fundação Nacional do Índio
- FUNASA** – Fundação Nacional de Saúde
- GT** - Gestor
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ISC** – Instituto de Saúde Coletiva
- ONG** – Organização Não Governamental
- PGR** – Procuradoria Geral de República
- PNASPI** – Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas
- PROF** – Profissional de Saúde
- SASI** – Subsistema de Atenção a Saúde do Índio
- SESAI** – Secretaria Especial de Saúde Indígena
- SIA** – Sistema de Informação Ambulatorial
- SIASI** – Sistema de Informação de Atenção a Saúde Indígena
- SIH** – Sistema de Informação Hospitalar
- SPI** – Serviço de Proteção ao Índio
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UFBA** – Universidade Federal da Bahia
- URSS** – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1 Notas Históricas da Política de Saúde Indígena no Brasil.....	14
1.2 Características e Organização da Saúde Indígena no Brasil.....	15
1.3 Acessibilidade dos usuários indígenas aos serviços de saúde.....	19
1.4 Atenção Especializada: Média e Alta Complexidade no SUS.....	21
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
2.1 Objetivo Geral.....	26
2.2 Objetivos Específicos.....	26
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
3.1 Marco Referencial: Acessibilidade aos Serviços de Saúde.....	27
3.2 Método.....	33
3.3 O Uso do Método Delphi para Validação de critérios de acessibilidade de usuários indígenas aos serviços de saúde.....	37
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>48</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>73</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>77</b>
<b>7. APÊNDICES.....</b>	<b>83</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>105</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Estima-se que, em todo o mundo, a população indígena gira em torno de 370 milhões de pessoas espalhadas em diferentes continentes, constituindo uma rica diversidade cultural, linguística e histórica (OMS, 2007). Tanto nos países pobres quanto nos desenvolvidos, a situação de saúde desses povos, invariavelmente, apresenta-se pior em comparação com as populações não indígenas, constituindo-se assim grupos sociais cuja carga de doenças está diretamente ligada ao processo histórico de mudanças sociais, econômicas, ambientais e expressas por profundas iniquidades de saúde (OMS, 2007; CARDOSO et. al., 2011).

Na maioria dos países, não há sistemas de informação de dados epidemiológicos desagregados por etnia. Dessa forma, ocorre uma invisibilidade étnica desses povos perante os sistemas de informações oficiais. Porém, os registros existentes avaliados já demonstram, por meio de evidências científicas, que os povos indígenas em geral vivem em média de 10 a 20 anos menos que a população não indígena; a mortalidade infantil é de 1,5 a 3 vezes maior que a população geral; doenças como desnutrição, malária, febre amarela, cólera e tuberculose continuam atingindo em larga escala os povos indígenas em todo o mundo. Também se verificam, entre os indígenas, altas taxas de suicídio, uso abusivo de álcool, cigarro e outras drogas, bem como o aumento de casos de violência doméstica, diabetes e câncer associados ao estilo de vida e ao processo de perda de hábitos culturais saudáveis (STEPHENS et. al., 2006; WHO, 1999).

No Brasil, segundo dados da Fundação Nacional do Índio - FUNAI, vivem aproximadamente, 800 mil índios que correspondem a 0,4% da população brasileira, constituindo cerca de 220 povos indígenas. São faladas, aproximadamente, 180 línguas pertencentes a mais de 30 famílias linguísticas diferentes. A população indígena brasileira está distribuída em 683 parques e terras indígenas, sendo que há também 77 referências de grupos indígenas não contatados (ANEXO A – Figura 1). Destes, 30 já foram confirmados. No Brasil, a acentuada diversidade étnica e linguística está entre as maiores do mundo (FUNAI, 2012).

Embora os povos indígenas sejam considerados populações vulneráveis por apresentarem um maior grau de exposição a riscos de contrair doenças que podem levá-los à morte, ainda há poucos estudos, em especial no Brasil, sobre o perfil epidemiológico desses povos. Os motivos de tal fato se devem à exiguidade de pesquisas na área, a ausência de

inquéritos e censos, além da precariedade dos sistemas de informações os quais não contemplam a sócio diversidade dos povos indígenas (SANTOS E COIMBRA JR, 2008).

## **1.1 Notas históricas da política de saúde indígena no Brasil**

Ao longo da história brasileira, o contato entre indígenas e não indígenas resultou em grave desestruturação sócio-demográfica e importante redução numérica dos grupos que viviam no país. As principais causas deste desaparecimento estão relacionadas à violência externa (guerras, genocídios dentre outros) e a doenças infecciosas como gripe, sarampo, varíola e tuberculose (BASTA et.al., 2012).

A política do Estado brasileiro para os povos indígenas se caracterizava por forte intervenção pública, primeiramente em parceria com grupos missionários, visando promover à inserção dos grupos étnicos à sociedade nacional. Essa concepção do século XIX e início do século XX considerava que os povos indígenas seriam extintos e se amalgamariam à sociedade brasileira (GARNELO, 2012).

No entanto, estudos apontaram que, ao longo dos anos, muitas etnias foram extintas e as que sobreviveram permaneceram indígenas. Mesmo não preservando a totalidade de seus hábitos e costumes, mas na auto-identificação, permaneceram como povos distintos dos brasileiros (RIBEIRO, 1996).

A execução direta do estado numa política indigenista ocorreu a partir de 1910 com a criação do SPI, que foi substituído pela FUNAI, entidade estatal criada no governo militar, em 1967. Essas instituições tinham como objetivos prestar assistência aos povos indígenas em diferentes áreas como saúde, educação, direitos fundiários dentre outros (GARNELO, 2012). As ações de saúde gerenciadas e executadas pelos órgãos públicos indigenistas caracterizavam-se por serem pontuais (atendimentos emergenciais por ocasião de epidemias) e meramente curativas.

A política de saúde nacional também excluía grande parte da população brasileira, pois era oferecida, via seguro social, somente aos trabalhadores inseridos no processo formal de trabalho. A atenção à saúde vigente no país, ainda que financiada pelo estado brasileiro, tinha como base o prestador privado de serviços de atenção médica.

No início dos anos 70, alguns sanitaristas denunciaram o reducionismo da atenção primária por meio de programas e estratégias simplificados, direcionados apenas a grupos de risco. Com isso, abriu-se espaço político e institucional para a formação de um grupo contra

hegemônico da saúde o qual, posteriormente, ficou denominado como Reforma Sanitária Brasileira. Além da luta pelo acesso universal e igualitário da população a serviços públicos de saúde, esse grupo também lutava, no contexto político da época pela democratização da sociedade brasileira. Nesse período, também foi constituído o chamado Movimento Sanitário Indigenista, com participação de profissionais de diferentes áreas que lutavam pelos direitos dos povos indígenas brasileiros à saúde (CHAVES et. al., 2006).

Porém, somente a partir de 1988, a Constituição Brasileira reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, dedicando um capítulo especial para os direitos indígenas. Contudo, se o Sistema Único de Saúde - SUS foi regulamentado por meio das leis orgânicas 8.080/90 e 8.142/90, a questão da saúde indígena só foi legalmente reconhecida nove anos depois, com a normatização do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena - SASI, por meio da Lei 9.836/99, também conhecida como Lei Sérgio Arouca. Essa lei acrescentou dispositivos à Lei 8.080/90, garantindo, assim, as reivindicações dos movimentos indígenas, indigenistas e sanitaristas que, desde a 1.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Proteção a Saúde do Índio - CNPSI, realizada no ano de 1986, lutavam por um sistema de saúde que garantisse as especificidades dos povos indígenas brasileiros.

Também foi definido um impasse sobre a condução das ações de saúde dos povos indígenas que, na década de 90, ora eram executadas pela FUNAI, ora pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. No ano de 1998, a Procuradoria Geral da República – PGR, considerou inconstitucional a coordenação de saúde indígena estar ligada ao Ministério da Justiça, órgão ao qual a FUNAI está vinculada. Por meio do decreto 3.156/99, a FUNASA assumiu oficial e legalmente a execução da saúde indígena no país até meados do ano de 2010 (SANTOS et. al., 2008).

No ano de 2010, com a publicação do decreto 7.336/MS, a gestão da saúde indígena foi formalmente repassada para a Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI, órgão que assumiu no âmbito do Ministério da Saúde, todas as atribuições anteriormente desenvolvidas pela FUNASA.

## **1.2 Características e Organização da Saúde Indígena no Brasil**

A execução da saúde indígena pelo governo federal foi considerada uma vitória dos movimentos de apoio às causas indígenas. Havia um consenso de que, nos territórios municipais, o preconceito e a hostilidade em relação aos indígenas se expressavam de forma aberta e cotidiana. Por outro lado, a descentralização e a transferência da execução dos

serviços de saúde para os municípios brasileiros ocorrida ao longo da década de 90 destituíram o nível federal de uma rede própria de assistência (GARNELO, 2012). Como a legislação de saúde brasileira instituiu um único sistema de saúde, a solução encontrada para atender a população indígena foi à criação de um subsistema de saúde, ligado hierarquicamente ao SUS, órgão já constituído em nível nacional (GARNELO, 2012). A organização de um sistema de saúde específico para os povos indígenas foi o reconhecimento do Estado de que o modo de vida indígena possui especificidades e singularidades que precisam ser respeitadas, e o SUS não dispunha de preparo adequado para atender tal demanda (GARNELO, 2012).

O Subsistema de Saúde Indígena foi estruturado e organizado por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIS. Considerados ambientes étnicos e culturais dinâmicos, os DSEIS, se constituem de espaço geográfico, populacional e administrativo delimitado, têm o dever de prestar atenção básica aos indígenas aldeados, a fim de promover a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias, assegurando o desenvolvimento de atividades gerenciais administrativas, controle social, sem guardar relação direta com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas (CHAVES, 2006).

No Brasil, foram implantados 34 DSEIS (ANEXO B - Figura 2) que são compostos por postos de saúde dentro das terras indígenas, de polos bases, constituídos por Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena - EMSI e contam também com as Casas de Saúde Indígena – CASAIS, responsáveis por prestar apoio aos serviços de média e alta complexidade referenciados à rede SUS (LANGDON e DIEHL, 2007).

As EMSI contam com os seguintes profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente indígena de saúde - AIS. Também poderão compor a equipe mínima: antropólogos, educadores, etc (ANEXO C - Figura 3). O modelo de saúde para os povos indígenas segue os princípios da universalidade, integralidade e da participação social conforme preconizado pelo SUS.

No ano de 2002, foi instituída, por meio da portaria GM n.º 254 do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI, com o propósito de garantir atenção integral à saúde dos povos indígenas. Ancorada nos princípios e diretrizes do SUS, a PNASPI tem por base conceitual a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, propondo o respeito e reconhecimento da eficácia da medicina tradicional, enquanto um dos componentes na superação dos aspectos que tornam a população indígena vulnerável aos agravos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As demandas de saúde que não encontram resolutividade nas aldeias e polos base onde se situam as EMSI, primeira referência de atendimento, são encaminhadas para a rede de serviços do SUS dos municípios e/ou estado a qual compete a complementaridade dos serviços de atenção básica e a execução integral das ações de média e alta complexidade.

No que diz respeito à atenção de média e alta complexidade, a PNASPI possibilita apoio ao acesso dos usuários indígenas à rede de serviços de saúde dos municípios e estado por repasse de incentivos financeiros a unidades de saúde (hospitais) e oferta de serviços diferenciados, como os relativos às restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérpretes, visitas de terapeutas tradicionais, uso de redes em serviços hospitalares, e outros a serem negociados com os prestadores de serviço. Outra forma de apoio ao acesso, possibilitado pela PNASPI, diz respeito ao alojamento dos pacientes encaminhados à rede do SUS. Nesses casos, o serviço deve ser prestado pelas CASAIS localizadas em municípios de referência dos DSEIS, as quais compete alojar os pacientes e acompanhantes dos indígenas que se encontram em tratamento de saúde nas cidades de referência para média e alta complexidade do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As CASAIS já existiam em várias regiões do país sob a responsabilidade da FUNAI. Elas funcionavam como casas de passagem, oferecendo hospedagem, para os índios que se encontravam nas cidades. Com a implantação do SASI, as antigas casas de passagem passaram a compor a estrutura da saúde indígena sob responsabilidade da União, visando facilitar e agilizar o acesso à rede de saúde municipal e ou estadual para os indígenas que buscam atendimento de saúde nas cidades (GONÇALVES, 2007).

No Brasil, existem, aproximadamente, 52 CASAIS distribuídas entre os 34 DSEIS. No estado de Mato Grosso há, oficialmente, 11 CASAIS distribuídas em 05 DSEIS: Cuiabá, Xavante, Vilhena, Xingú e Kayapó. Sabe-se, porém, da existência de estruturas em municípios que, embora não reconhecidas oficialmente como CASAIS, cumprem a função destas em algumas regiões do estado.

As CASAIS têm como atribuições receber, alojar e alimentar pacientes e acompanhantes, estabelecer mecanismos de referência e contrarreferência com a rede SUS, prestar assistência de enfermagem 24 horas/dia aos pacientes em recuperação, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, acompanhar pacientes no atendimento da rede SUS e providenciar o retorno dos mesmos às aldeias de origem prestando as devidas informações sobre seu caso de saúde. Além disso, as CASAIS deverão ainda promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e outras atividades para

acompanhantes e pacientes em condições de tal exercício (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; MARQUES, 2003).

As diretrizes conceituais estabelecidas na PNASPI atendem um ponto amplamente discutido na literatura internacional: o conceito de política de saúde intercultural. Esse conceito é caracterizado pelas estratégias que consideram as variáveis étnicas culturais no processo de atenção à saúde dos povos indígenas. Um dos pontos importantes seria a incorporação de facilitadores ou agentes locais que podem fazer o papel de tradutores entre os indígenas e a equipe de saúde, além da integração de práticas terapêuticas da medicina tradicional indígena com a biomedicina (ALARCÓN et. al., 2004).

Apesar da normatização de uma política de saúde indígena brasileira que garante o respeito à medicina tradicional, verifica-se ainda muitos problemas, à execução da PNASPI. A imprensa brasileira e Organizações Não Governamentais - ONGS ligadas à causa indígena têm noticiado, constantemente, a situação de precariedade das estruturas de apoio aos usuários indígenas nas cidades de referência para média e alta complexidade devido à decadência da estrutura física do ambiente, à falta de medicamentos ou insumos, à deficiência dos meios de transporte e até mesmo ausência de recursos humanos para o adequado cumprimento das atribuições das CASAIS (PEREIRA, 2011; SILVA, 2011).

Também é possível detectar nos indicadores de saúde aos quais se têm acesso, que as condições de saúde dos povos indígenas ainda encontram-se desfavoráveis em comparação à população não indígena brasileira. Muitos fatores podem ser atribuídos a tal situação, destacando-se, dentre eles, o impacto insuficiente da atenção básica prestada nas aldeias decorrente da alta rotatividade de profissionais de saúde e a insuficiente articulação do nível local com os demais níveis de referência do SUS (SANTOS et. al., 2008).

Não se constatou uma definição clara de fluxo de informações sócio sanitárias entre DSEIS e municípios, e nem referências a protocolos de atuação conjunta entre profissionais de saúde indígena e os profissionais dos municípios (GARNELO et. al., 2003). O Tribunal de Contas da União, no ano de 2009, elaborou relatório de auditoria, onde é citado como problemática dentre outros aspectos, as precárias condições de funcionamento de algumas CASAIS, a falta de articulação interna entre os DSEIS, entre os DSEIS e municípios e até mesmo falta de protocolo com outros países nos casos de terras indígenas em regiões de fronteiras, uma vez que há indígenas cuja dinâmica de relacionamento com outras etnias é muito próxima e com trocas familiares históricas (BRASIL, 2009). Tais situações interferem na garantia do acesso e da integralidade na atenção à saúde indígena.

### 1.3 Acessibilidade dos usuários indígenas aos serviços de saúde

Muitas barreiras têm sido estudadas e apresentadas como dificultadoras do acesso e acessibilidade das populações indígenas aos serviços de saúde. Em países como Austrália, Nova Zelândia e EUA vem se desenvolvendo estudos que, além de abordar as iniquidades e desigualdades sociais, discutem sobre a relação do impacto da colonização e as dificuldades de acesso dos povos indígenas aos serviços de saúde (PEIRIS et. al., 2008).

No México, em especial nas áreas rurais, a barreira geográfica, o desabastecimento de medicamentos, os horários de funcionamento das unidades de saúde e a ausência de tradutores da língua indígena, foram descritos como elementos limitadores do acesso das populações indígenas aos serviços de saúde locais. Em virtude de as unidades de saúde estar localizadas nas cidades com maior densidade populacional, o acesso ao tratamento é feito a pé, de carro ou de transporte público. Porém, há localidades em que o transporte coletivo faz esse trajeto apenas uma vez ao dia. Nos períodos de chuva, a precária situação das estradas impede a circulação dos veículos. O custo das passagens é outra barreira, uma vez que se trata de populações com baixa renda salarial (MENDOZA, 2011).

Na Guatemala, identificou-se que os principais problemas de acesso dos povos Mayas aos serviços de saúde estão interrelacionados. Foram detectadas barreiras geográficas referentes à distância dos serviços de saúde e à escassez de transporte, barreiras econômicas relacionadas ao custo das consultas médicas e dos medicamentos e as barreiras culturais, uma vez que a língua espanhola não é falada ou reconhecida por todos os indígenas (HAUTECOEUR et. al., 2007).

Além dessas barreiras, os indígenas desse país se queixam de discriminação e preconceito na relação com os profissionais de saúde, porque detêm conceito de medicina diferente destes. Por outro lado, os profissionais de saúde atribuem à guerra civil dos anos 80, que dizimou uma grande parcela de indígenas, as más condições de vida da população e a falta de recursos em geral. Assim, os serviços de saúde guatemaltecos que atendem a população indígena não estão preparados, adequados e nem são suficientes para responder as necessidades da população local (HAUTECOEUR et. al., 2007).

No Brasil, há poucos textos e artigos que analisam ou versam de forma direta sobre o acesso da população indígena aos serviços de saúde. Alguns estudos epidemiológicos realizados com diferentes populações indígenas do país concluíram que, dentre outros fatores, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tanto da atenção básica realizada em aldeia quanto às ações especializadas de média e alta complexidade oferecidas pelos municípios e/ou

estado, possibilita que essas minorias étnicas encontrem-se submetidas a maior risco de doenças (GALATI, 2003; DANTAS, 2010; ARANTES et. al, 2001; LEVINO e OLIVEIRA, 2007).

Um estudo conduzido junto ao DSEI Xingu debateu o modo de conciliar o acesso universal aos bens e serviços de saúde, com uma atenção à saúde diferenciada, sem interferir na qualidade dos serviços já ofertados. Nesse estudo evidenciou-se que os grupos indígenas procuram a medicina ocidental, mantendo, porém, suas próprias formas de interpretação do processo saúde-doença. Os alto-xinguanos cobram que a biomedicina, enquanto uma das alternativas do tratamento de saúde desses grupos indígenas, seja de qualidade e de fácil acesso, e dos profissionais que atuam nas aldeias cobram atuação diferenciada do atendimento oferecido nas cidades (NOVO, 2011).

No Amazonas, pesquisa desenvolvida por Garnelo e Sampaio (2005) analisou as repercussões etnopolíticas, éticas e sanitárias nas práticas das organizações indígenas conveniadas ao Ministério da Saúde, ligadas ao processo de implantação dos DSEIS no estado. O estudo destacou que a distritalização propiciou uma interação respeitável entre o Estado Brasileiro e as minorias étnicas. Segundo esses pesquisadores, a apropriação dos conceitos da reforma sanitária por parte das lideranças indígenas foi considerado um fator indispensável para a discussão da equidade no acesso aos serviços de saúde.

No estudo de Athias e Machado (2001) sobre os problemas identificados no processo de implantação dos DSEIS com base em duas experiências (DSEI Rio Negro e DSEI Pernambuco), detectou-se a necessidade do diálogo entre os profissionais de saúde e os antropólogos, para se estabelecer o processo de planejamento e organização dos serviços de saúde. Os autores relatam que há diferentes concepções sobre a organização local dos serviços de saúde. Por um lado, os antropólogos possuem conhecimentos sobre a medicina tradicional dos povos indígenas e, por outro lado, os profissionais de saúde, com formação baseada na medicina ocidental, sentem dificuldades para conciliar os conceitos antropológicos à prática executada nos serviços de saúde.

Essas diferentes concepções ficam ainda mais evidenciadas na discussão sobre acesso aos serviços de saúde. Diante dessa constatação, esses pesquisadores defendem uma complementaridade entre o trabalho dos antropólogos e dos profissionais de saúde, experiência essa já vivenciada na Colômbia, onde já se oficializou a inserção do pajé no sistema local de saúde. A noção de acesso aos serviços de saúde deve então, segundo os autores, incorporar os sistemas médicos tradicionais à organização das referências dos serviços de saúde.

Errico (2011) conduziu um estudo de avaliação do acesso e utilização dos serviços de saúde pelos índios Xakriabá no norte de Minas Gerais. O estudo concluiu que os indígenas dessa região têm um bom nível de acesso aos serviços de saúde, sendo estes utilizados com regularidade. Porém, observou-se também que a distância entre o posto de saúde e os domicílios dos indígenas é responsável pela redução do acesso e utilização dos serviços de saúde devido à dispersão geográfica da população e as dificuldades de se obter transporte para deslocamento dentro e fora das áreas indígenas. Também foram identificadas algumas características de utilização dos serviços de saúde pelos indígenas como as relacionadas a diferenças de gênero (mulheres reportaram maior utilização dos serviços de saúde), renda (recebimento da bolsa família aumentou a utilização dos serviços de média e alta complexidade do SUS) e idade (a utilização dos serviços de saúde foi reduzida proporcionalmente ao aumento de idade). De uma forma geral a atenção básica implantada na terra indígena contribuiu para a ampliação do acesso a consultas e consolidou o posto de saúde como porta de entrada para o sistema.

No estado de Mato Grosso, foram publicados artigos oriundo de uma pesquisa (2008-2011) cujo objetivo foi avaliar as estratégias locorregionais de articulação entre a atenção básica indígena do DSEI Cuiabá a partir dos polos bases, e os demais níveis de atenção da saúde. A pesquisa concluiu que há uma distância muito grande entre os fluxos de referência e contrarreferência elaborado e normatizado nos planos e documentos distritais e o que ocorre efetivamente nos fluxos dos usuários indígenas aos serviços de saúde dos municípios de Rondonópolis e Tangará da Serra. Verificou-se também que, nos fluxos elaborados e formalizados pelo plano distrital de saúde do DSEI Cuiabá, para o acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde dos municípios de referência, não foram considerados as articulações e pactuações realizadas pelos municípios na regional de saúde. Além disso, não se previram responsabilidades pela articulação do acesso a atenção básica fora da aldeia e aos níveis secundário e terciário (VARGAS et al., 2010; CINTRA et al., 2012).

#### **1.4 Atenção Especializada: Média e Alta Complexidade no SUS**

O SUS está organizado por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, composta por estabelecimentos públicos e privados contratados/conveniados. A regionalização em saúde caracteriza-se pela distribuição racionalizada dos serviços de saúde em um dado território, possibilitando uma maior disseminação e descentralização dos serviços básicos enquanto os serviços especializados se

apresentam mais centralizados e concentrados (PAIM, 2009). Já a hierarquização busca ordenar o sistema por níveis de atenção estabelecendo fluxos assistenciais entre os serviços, regulando o acesso aos níveis mais especializados (VASCONCELOS e PASCHE, 2009).

Para qualificar o processo de regionalização, os gestores de saúde devem constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária, por meio de um colegiado de gestão regional, que se constitui num espaço de decisão, definindo prioridades, pactuando soluções, para a organização de uma rede regional integrada e resolutiva (MENDES, 2011).

A atenção básica enquanto primeiro nível de atenção à saúde, contato preferencial dos usuários e, segundo diferentes pesquisas, com capacidade de resolução de aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população, diferencia-se dos demais níveis de atenção à saúde pela utilização de tecnologia de baixa densidade em suas ações (PAIM, 2009; BRASIL, 2007). A densidade tecnológica é entendida aqui como o emprego de tecnologias e equipamentos, expressando certa densidade de capital, na resolução dos problemas de saúde dos usuários (PAIM, 2009).

A atenção secundária e terciária compõe, respectivamente, o segundo e terceiro níveis de atenção à saúde os quais compreendem o campo da atenção especializada, constituído por um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais que incorporam processos de trabalho com profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para apoio diagnóstico e tratamento, envolvendo serviços ambulatoriais e hospitalares, eletivos, emergenciais e urgentes (SOLLA e CHIORO, 2008; BRASIL, 2007).

Os serviços de atenção especializada constituem-se então, do ponto de vista da rede assistencial, em níveis de referência para a atenção básica, dentro da lógica de regionalização e hierarquização em que se constituiu o SUS (SOLLA e CHIORO, 2008).

No SUS, a rede assistencial em saúde deve ser integrada, de modo que as distintas intervenções do cuidado sejam adequadas às necessidades de saúde dos usuários desde a atenção primária até a atenção especializada que deve ser organizada de forma municipal ou regional. Sobre o acesso à atenção especializada, um dos maiores desafios identificados é a precária integração entre os níveis de atenção. Essa característica também se faz presente na maioria dos sistemas de saúde das Américas, decorrendo na perda de qualidade e efetividade da rede assistencial, ampliando as desigualdades no acesso (ALMEIDA et al., 2010; SOLLA e CHIORO, 2008).

A atenção especializada no SUS está fragmentada em dois níveis de complexidade: média e alta que foram efetivados com tal nomenclatura a partir da NOAS/2002 (SPEDO et al., 2010). A média complexidade vem sendo compreendida, de uma forma geral, como ações

e serviços de apoio diagnóstico terapêutico, cuja demanda necessite de profissionais especializados e da utilização de recursos de menor complexidade tecnológica e de menor valor financeiro incluídos nas tabelas do SUS – SIA e SIH (BRASIL, 2007; SOLLA e CHIORO, 2008). A média complexidade vem sendo definida por exclusão, representada por ações que não são de competência da atenção básica e que ainda não se configuram como de alta complexidade (SOLLA e CHIORO, 2008).

A alta complexidade é caracterizada por um conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo, com tabelas de valores diferenciados mais próximas dos valores de mercado. Historicamente, são procedimentos contratados ou conveniados com a rede privada/filantrópica, desvinculada de linhas de cuidados e com ações fragmentadas (BRASIL, 2007; SOLLA e CHIORO, 2008).

A atenção especializada vem sendo discutida como um dos principais entraves para a garantia da integralidade da atenção, pois tem sido organizada e financiada com base na lógica de oferta de procedimentos, condicionada pelo padrão de oferta existente. Com baixa capacidade de regulação sobre a oferta, a atenção especializada desconsidera as necessidades e o perfil epidemiológico da população, ao estabelecer superposição de serviços nas redes ambulatoriais e hospitalares e concentração em locais de alta densidade populacional (SPEDO et al., 2010; SOLLA e CHIORO, 2008).

As dificuldades enfrentadas pela atenção especializada no SUS possibilitam a ineficiente alocação racional de serviços e equipamentos em saúde, criando desigualdades regionais até hoje não solucionadas. Além disso, representa uma ampliação dos gastos do sistema de saúde (BRASIL, 2007). Outras dificuldades enfrentadas são os baixos investimentos em qualificação profissional e sistemas de referência e fluxos poucos organizados (SOLLA e CHIORO, 2008).

O desenvolvimento de competências e capacidades gerenciais e administrativas, além da efetiva aplicação da regionalização, são requisitos essenciais para a garantia do acesso e integralidade da saúde no SUS (BRASIL, 2007; SOLLA e CHIORO, 2008).

Segundo dados do IBGE, no Estado de Mato Grosso, a população indígena residente em terras indígenas é de 42.525 pessoas, distribuídas em, aproximadamente, 57 municípios mato-grossenses representando 1,40% da população do estado. Essa população indígena encontra-se sobre a autoridade sanitária de 07 DSEIS, sendo que 04 encontram-se totalmente localizados em território estadual (DSEI Cuiabá, DSEI Xingú, DSEI Kayapó e DSEI Xavante) e outros 03 com área de atuação interestadual (DSEI Araguaia, DSEI Porto Velho e DSEI Vilhena).

A saúde, em Mato Grosso, encontra-se organizada de forma descentralizada e regionalizada, seguindo as normatizações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, com as normas operacionais e de assistência editadas de 1993 a 2002, o pacto pela saúde em 2006 e o decreto 7.508/2011 que regulamenta a lei 8.080/92. Esses instrumentos reafirmam a municipalização, regionalização dos serviços de saúde e a articulação interfederativa, a fim de assegurar a garantia e ampliação do acesso da população às ações de saúde, tanto da atenção básica quanto da média e alta complexidade. Para isso, o estado foi dividido, administrativamente, em 16 regiões de saúde, com representação em municípios sede, da Secretaria de Estado de Saúde pela via dos Escritórios Regionais de Saúde –ERS, dispondo nessas regiões de serviços básicos e especializados de saúde (média e alta complexidade) de referência à população mato-grossense, incluindo também a população indígena.

O município de Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, é a referência para a grande maioria dos serviços especializados (consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico, cirurgias especializadas, etc.) de alta complexidade e também para alguns serviços da média complexidade, porque possui a maior parte dos equipamentos e pessoal especializado do estado. Em Cuiabá, fica a sede administrativa do DSEI Cuiabá bem como a CASAI Cuiabá, referências para os indígenas que necessitam de tratamento especializado de saúde.

Diante desse contexto, foram elaborados alguns questionamentos que nortearam esse estudo: quais as principais barreiras identificadas para a acessibilidade dos usuários indígenas aos serviços de saúde de média e alta complexidade de Cuiabá? A CASAI Cuiabá favorece a acessibilidade de usuários indígenas a atenção de média e alta complexidade?

Com o intuito de responder às questões elencadas acima, esse estudo buscou, primeiramente, validar um instrumento de avaliação, para definir critérios e dimensões a serem utilizados em pesquisas de acessibilidade envolvendo populações indígenas. Essa etapa realizada constituiu-se em elemento de grande relevância desta pesquisa, uma vez que não foram identificados, na literatura consultada, outros estudos semelhantes sobre minorias étnicas. Outra contribuição dessa pesquisa refere-se à aplicação do instrumento de avaliação, a fim de buscar compreender os aspectos da organização e do ajuste dos serviços de saúde às especificidades da população de estudo, identificando e esclarecendo algumas características peculiares na acessibilidade aos serviços de saúde por parte das comunidades indígenas. Espera-se, portanto, que os resultados encontrados possam delinear e respaldar ações e planejamento de saúde do estado, visando contribuir com a melhoria do acesso dos usuários

indígenas aos serviços de saúde especializados de Cuiabá-MT, com vistas a garantir a consolidação das diretrizes de equidade, acesso e integralidade do SUS.

## **2- OBJETIVOS**

### **2.1 Geral:**

Avaliar a acessibilidade dos usuários indígenas do DSEI Cuiabá aos serviços de saúde de média e alta complexidade do município de Cuiabá.

### **2.2 Específicos:**

- Elaborar modelo teórico lógico de acessibilidade à saúde indígena, a partir de imagem objetivo da PNASPI e literatura especializada;
- Realizar conferência de consenso e validar matriz de análise com especialistas na temática de saúde indígena;
- Estimar o grau de satisfação dos critérios relacionados à acessibilidade e identificar barreiras sócio-organizacionais, socioculturais e geográficas enfrentadas pelos usuários indígenas do DSEI Cuiabá aos serviços de média e alta complexidade do município de Cuiabá;

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 Marco Referencial: Acessibilidade aos Serviços de Saúde

Os grupos socialmente menos privilegiados apresentam maior risco de adoecer e morrer, em comparação àqueles mais privilegiados. Não se pode desconsiderar que as condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes na sociedade. Assim, muitos são os fatores que podem influenciar uma pessoa a procurar assistência à saúde, como a autopercepção de problemas de saúde, a existência de diagnósticos preexistentes, condições sociais (que envolvem características culturais e socioeconômicas da população demandante) e a organização do sistema de saúde (que envolve desde o tipo de sistema de saúde, os aspectos da oferta de serviços, equipamentos, recursos humanos até a distribuição no território). Tais fatores podem facilitar ou dificultar o acesso da população aos serviços de saúde (FERREIRA, 2009; TRAVASSOS e CASTRO, 2008).

Tomando por base essa multiplicidade de fatores, pode-se afirmar que, na área de saúde, o conceito de acesso é multidimensional. Cada dimensão expressa um conjunto de características da oferta que atua aumentando ou dificultando a capacidade dos indivíduos de acessarem serviços de saúde (FERREIRA, 2009; TRAVASSOS e CASTRO, 2008).

A literatura indica que o conceito de acesso é bastante complexo, não havendo concordância entre os autores a respeito do emprego do termo acesso ou acessibilidade. Esse conceito vem sendo discutido de diferentes formas ao longo do tempo e, muitas vezes, é empregado de forma pouco clara e imprecisa. Há, entretanto, correlação quanto à temática de estudos sobre a utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Donabedian (1991), autor cujas idéias sobre acessibilidade são usadas como base para autores subseqüentes a ele, cita a acessibilidade como um atributo necessário para a discussão da qualidade dos serviços de saúde. Também define que a atenção à saúde é acessível quando é fácil iniciá-la e se proporciona continuidade ao tratamento. Dessa forma, acessibilidade e qualidade estão estreitamente relacionadas.

A revisão de literatura realizada por Reis et. al., (1990) sobre a avaliação da qualidade dos serviços de saúde conclui que muitos estudos referenciam-se em categorias donabedianas. Esses pesquisadores dividem os achados literários em dois grandes grupos: a) estudos corporativos racionalizadores que abrangem as temáticas de auditoria médica, análises de custo, avaliação de eficácia e segurança de tecnologia médica e b) estudos

antropossociais cujos eixos principais são a satisfação dos pacientes e a acessibilidade. A acessibilidade então também é discutida como um indicador da qualidade dos serviços de saúde.

Ao discutir sobre avaliação das características dos serviços de saúde e de sua organização, Donabedian (1988) destaca quatro fatores de grande importância para tal estudo: produtividade, potência, propriedade e acessibilidade. A produtividade refere-se às características dos recursos que influenciam a capacidade de produzir serviços; a potência e propriedade são fatores que determinam o grau de eficácia dos serviços de saúde em influenciar o nível de qualidade da saúde da população demandante. A potência ainda se refere à capacidade da ciência e a tecnologia médica em produzir avanços que propiciem na melhoria da referida qualidade de saúde da população. O autor ainda amplia a discussão da acessibilidade, diferenciando-a da disponibilidade. Para ele, disponibilidade se limita a mera presença dos serviços de saúde em um dado momento e local; já a acessibilidade é conceituada como as características dos serviços de saúde que proporcionam ou dificultam a sua utilização por parte da população. Ele ainda distingue duas dimensões da acessibilidade que estão inter-relacionadas: acessibilidade sócio-organizacional e acessibilidade geográfica.

Segundo Donabedian (1988), a acessibilidade sócio-organizacional são todas as características dos serviços de saúde que não são de caráter espacial e que facilitam ou dificultam a sua utilização por parte da população. O autor explica tal dimensão citando vários exemplos como: a recusa de homens em consultar-se com mulheres, a recusa de profissionais odontólogos brancos em atender pacientes negros, recusa em atender pacientes com transtorno mental, fatores socioeconômicos, psicológicos, culturais, etc. Todos esses exemplos constituem-se em barreiras ao atendimento da população. O autor destaca ainda que, dentre os fatores sócios organizacionais que influenciam na acessibilidade aos serviços de saúde, às configurações peculiares ao próprio sistema de atenção à saúde são especialmente importantes.

A acessibilidade sócio-organizacional também tem um aspecto temporal. O tempo e o espaço estão intrinsecamente ligados, como se pode conferir neste exemplo: as horas a serem aguardadas num consultório médico para a consulta e o tempo a ser esperado para o agendamento de consultas ou outros procedimentos. Todos esses fatores podem constituir-se em barreiras para o atendimento da população (DONABEDIAN, 1988).

A outra dimensão discutida pelo autor é a acessibilidade geográfica que se caracteriza pela observação de que o espaço cria resistência ao movimento, ou seja, à distribuição espacial dos serviços de saúde. Os fatores e medidas avaliados nessa dimensão

são: distância linear, distância de traslado, tempo de traslado, tempo total transcorrido e o custo do traslado.

O autor apresenta ainda diferentes estudos nos quais é evidenciada a correlação entre as barreiras geográficas e a utilização dos serviços de saúde. De uma maneira geral, os resultados apontam que a distância pode ou não reduzir a utilização dos serviços de saúde e a proximidade, independentemente de outros fatores associados, é um fator muito importante, em especial para os primeiros atendimentos de saúde. O autor conclui que as barreiras sócio-organizacionais e geográficas devem ser consideradas pelos planejadores do sistema de saúde, uma vez que elas impactam a saúde e o bem estar da população.

Aday e Andersen (1974) priorizam o tema acesso. Todavia, para analisar a temática, agregam outras categorias sistematizadas em um quadro com cinco componentes básicos, a saber: as políticas de saúde, as características do sistema de prestação de cuidados em saúde, as características da população em situação de risco, a utilização dos serviços de saúde e a satisfação dos consumidores.

As políticas de saúde são consideradas o ponto de partida ao se discutir acesso, pois os efeitos de tal concepção interferem no acesso da população usuária. Esses autores em concordância com Donabedian (1988), enfocam que esse item deve ser uma preocupação, em especial dos planejadores e gestores de saúde, pois as concepções impactam diretamente nas avaliações da área.

As características do sistema de prestação de cuidados descritas pelos autores incluem também categorias discutidas por Donabedian (1988) na dimensão sócio-organizacional. Subdividem essa discussão em dois elementos principais: os recursos que se referem aos recursos humanos, equipamentos e materiais e a organização que se refere às características e ao processo de trabalho dos serviços de saúde.

De acordo com Aday e Andersen (1974), as características da população em situação de risco como gênero, idade e raça, são considerados fatores predisponentes que afetam a predisposição das pessoas em usar serviços de saúde, uma vez que tais componentes existem antes mesmo da instalação da doença. Também incluem, nesse item, as características da comunidade onde vive o indivíduo vive: rural ou urbana. Os autores também discutem que algumas características biológicas ou sociais também definem um maior ou menor acesso da população aos serviços de saúde.

A utilização dos serviços de saúde é uma medida que pode validar os indicadores de acesso ao sistema de saúde. Essa validação externa pode ser caracterizada e medida por meio

de indicadores que testam a validade preditiva dos indicadores de acesso e a efetiva utilização dos serviços de saúde.

A satisfação dos consumidores refere-se à percepção daqueles que tiveram contato com o sistema de prestação de cuidados médicos, ou seja, a satisfação com a quantidade e a qualidade do atendimento efetivamente recebido. A interrelação de todos os componentes acima citados compõe, para os autores, o conceito de acesso.

Andersen (1995) atualiza sua discussão sobre a temática, acrescentando os conceitos de acesso potencial (características capacitantes dos indivíduos que possibilitam o acesso) e acesso realizado (utilização de fato dos serviços de saúde).

Penchansky e Thomas (1981) definiram o acesso como o ajuste entre as pessoas e os sistemas de saúde. Discutem o acesso tendo por referência um conjunto de dimensões que têm por base a relação entre oferta de serviços e os usuários demandantes. Os autores afirmam que as dimensões estão relacionadas com os componentes descritos por Aday e Andersen (1974), porém não são categorias idênticas. Ao optar focalizar a discussão nas áreas de ajuste entre o paciente e sistema de saúde, Penchansky e Thomas (1981) asseveram que as dimensões que compõem o conceito de acesso são: disponibilidade (relação entre o volume e o tipo de serviços existentes; relação entre o volume de clientes e o tipo de necessidades), acessibilidade (relação entre localização da oferta e a localização dos clientes, considerando os recursos do transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos), acolhimento (relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar clientes e a capacidade/habilidade dos clientes acomodarem-se a estes fatores e perceberem a conveniência dos mesmos), viabilidade financeira (relação entre os preços dos serviços e a capacidade de pagamento por parte do cliente) e aceitabilidade (relação entre atitudes dos clientes sobre os profissionais e as características das práticas dos provedores de serviços, assim como, a aceitação pelos provedores de prestar serviços àqueles clientes).

As características da acessibilidade discutida pelos autores são compatíveis com as características descritas por Donabedian nas dimensões sócio organizacional e geográfica.

Dever (1988) amplia a discussão de acesso, pois, além de descrever os diferentes tipos de determinantes da utilização dos serviços de saúde, afirma que estes seriam influenciados por fatores organizacionais, relacionados ao consumidor, aos prestadores de serviço e a fatores socioculturais. Esse autor divide os fatores organizacionais em quatro aspectos ou dimensões: disponibilidade de recursos (reforça as ideias de Penchansky e Thomas ao discutir a adequação do suprimento dos recursos), acessibilidade geográfica (segue definição de Donabedian ao se referir a fatores de espaço que facilitam ou obstruem a

utilização), acessibilidade social (aceitabilidade e disponibilidade financeira) e características da estrutura e processo de atendimento (a maneira pela qual os serviços, em si mesmo, são prestados).

Sobre os fatores relacionados ao consumidor e prestadores de serviço, o autor ainda afirma que muitas características e atributos dos consumidores (grau de comprometimento com o tratamento de saúde, necessidade do tratamento, etc.) e dos prestadores de serviço (equipamentos e uso de inovações tecnológicas de qualidade e capacitação dos profissionais) também estão relacionados com a utilização de serviços.

Dever (1988) considera que as interações entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema ocorrem dentro de um ambiente organizacional que está permeado de traços sociais e culturais que influenciam o acesso aos serviços de saúde. Tal constatação refere-se aos fatores socioculturais em que a tecnologia é vista como atributo que pode reduzir ou aumentar a utilização dos serviços de saúde.

Os valores sociais também influenciam na utilização dos serviços. Embora esse campo de estudo seja muito subjetivo, uma vez que trabalham com valores, normas e convicções pessoais e sociais de pessoas e grupos sociais, há alguns estudos que versam sobre essa linha. Dever (1988) enfatiza os aspectos sócio-culturais não apenas enquanto um componente da dimensão sócio organizacional como assinalou Donabedian (1988). Para Dever (1988) a acessibilidade é um dos aspectos da análise da utilização dos serviços de saúde. Ele destaca que os aspectos sócio-culturais, provavelmente, determinam em grande parte o comportamento dos usuários no acesso aos serviços de saúde.

Enquanto Aday e Andersen (1974) discutem as políticas de saúde como ponto de partida do acesso, Giovanella e Fleury (1996) focalizam a discussão do acesso e as condições de acessibilidade na análise das políticas de saúde, abstraindo modelos teóricos e suas correlações com a definição de acesso. O primeiro modelo teórico, identificado como modelo economicista, procura mapear os diferentes padrões de consumo dos indivíduos, tomando por base a relação entre oferta e demanda dos serviços de saúde. Vale ressaltar que a limitação desse modelo encontra-se no fato de que a relação com os serviços é mediada pela percepção de consumidores, e não enquanto um exercício do direito à atenção a saúde.

O segundo modelo, nomeado de modelo sanitário-planificador, define o acesso pela ação planejadora do Estado a qual disponibiliza uma rede organizada e articulada, visando possibilitar atendimento para as demandas de saúde. Todavia, a incapacidade de integrar as políticas de saúde torna esse modelo teórico muito mais uma imagem-objetivo do que uma realidade a ser analisada.

No terceiro enfoque teórico, denominado modelo sanitário politicista, a noção de consciência sanitária é um componente importante, e o acesso seria construído, contando com a participação de cidadãos na gestão e no controle social da saúde. Essa abordagem orienta muito mais as lutas políticas no campo da saúde coletiva do que os estudos sobre as condições de acessibilidade.

O modelo das representações sociais constitui o quarto modelo teórico. Esse modelo aborda o reconhecimento do poder da vida social e englobando as representações acerca da atenção médica e do sistema de saúde como um todo na interação dos usuários com os serviços de saúde.

As autoras concluem que, ao avaliar as condições de acesso, é necessário considerar que a lógica dos planejadores e a dos usuários pode ser distinta e por vezes contraditória. Segundo essas pesquisadoras, o conceito de acesso entre os dois grupos também podem englobar aspirações diferentes desde a organização regionalizada dos serviços de saúde (planejadores) até a atenção humanizada e individualizada (usuários).

Hortale et al. (2000), por sua vez, corrobora com Aday E Andersen (1975) e Giovanella e Fleury (1996) ao abordar o acesso e a descentralização enquanto categorias, na discussão sobre modelo de análise de sistemas de saúde. Os autores partem do pressuposto de que a saúde do indivíduo é uma responsabilidade social. Assim, ao se analisar o funcionamento de um sistema de saúde, deve-se entender a operacionalização das categorias acesso e descentralização em duas dimensões: social e política. Na dimensão social, o acesso deve ser o orientador de todas as políticas e uma referência a ser atingida pelos serviços de saúde; já na dimensão política a descentralização é uma condição necessária para se promover a melhoria do acesso e equidade nos serviços de saúde.

Starfield (2002) aprimora a discussão do tema, distinguindo os termos acesso e acessibilidade. Ela considera o primeiro como uso oportuno dos serviços de saúde e o segundo, em concordância com as ideias de Penchansky e Thomas e Dever, é caracterizado pela forma como as pessoas chegam aos serviços de saúde.

Ancorado na perspectiva dos conceitos convergentes de acessibilidade proposto por Donabedian (1988), nas dimensões sócio organizacionais, geográficas e sócio culturais delineadas por Dever (1988), também presentes em estudos elaborados por Cunha e Vieira-da-Silva, (2010); Silva Junior et. al. (2010), propõe-se, neste estudo, discutir a acessibilidade dos povos indígenas aos serviços de saúde da média e alta complexidade (serviços eletivos ambulatoriais e hospitalares) do SUS do município de Cuiabá.

## 3.2 Método

### 3.2.1 Tipo de Estudo, Coleta e Fonte de Dados

Nesta pesquisa, recorreu-se ao estudo de caso único, com abordagem qualitativa. Os estudos de caso único analisam em profundidade um fenômeno de um só meio, representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo como e por que, possibilitando investigações que preservam as características significativas dos acontecimentos da vida real (YIN, 2001).

Um dos componentes do estudo de caso é a unidade de análise. Relacionada com a definição do que é o caso, a unidade de análise pode ser um indivíduo, uma decisão, um programa, pode ser sobre a implantação de um processo ou sobre uma mudança organizacional. A definição da unidade de análise está ligada à maneira pela qual as questões de estudo foram definidas (YIN, 2001).

A coleta dos dados foi realizada por meio de análise documental. Nesse processo investigativo, buscaram-se dados referentes à acessibilidade dos usuários indígenas nas atas das reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI (2007-2011), na análise de dados secundários da utilização dos serviços de saúde em Cuiabá, por meio do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI. Recorreu-se também a observação *in loco* na CASAI Cuiabá e a entrevistas envolvendo informantes chaves.

Foram realizadas 18 entrevistas semi estruturadas (APÊNDICES A e B – Roteiro de Entrevistas) por meio das quais se buscou coletar e aprofundar as informações quanto à temática previamente estabelecida pela pesquisadora. Como informantes-chaves foram selecionados profissionais de saúde do DSEI Cuiabá lotados na CASAI, que são responsáveis pelo atendimento e acompanhamento na rede de serviço municipal: 03 enfermeiras, 01 assistente social, 01 nutricionista e 06 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Na sede administrativa do DSEI Cuiabá, foi entrevistado 01 técnico da área de apoio às CASAIS e 01 técnico administrativo do CONDISI Cuiabá. Outros informantes-chaves foram os gestores do DSEI Cuiabá sendo quatro gestores da sede administrativa e um gestor da CASAI Cuiabá<sup>1</sup> (APÊNDICE C - Tabelas 1-7).

---

<sup>1</sup> A pesquisa não foi desenvolvida com usuários indígenas devido a demora nos trâmites para requerer autorização para tal ato, conforme resolução CONEP n.º 304/2000. Os prazos a serem cumpridos não permitiria a defesa do mestrado dentro do cronograma previamente estipulado pelo programa de pós-graduação do ISC/UFBA.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA conforme parecer n.º 151.561, estando em concordância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP que trata dos aspectos éticos de pesquisas que envolvem seres humanos.

Os informantes-chaves foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido sendo assegurado aos mesmos o sigilo das informações prestadas nas entrevistas (APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

### **3.2.2 Caracterização do Caso**

O município de Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso, localiza-se na mesorregião norte-matogrossense e é cercado por três grandes ecossistemas, a Amazônia, o Cerrado e o Pantanal. Segundo dados do IBGE (2010) a população do município está estimada em 551.098 habitantes.

O setor de saúde do município conta com unidades de assistências próprias e contratadas. A atenção especializada e hospitalar do município constitui-se de 01 Centro de Reabilitação, 05 Núcleos de Reabilitação, 03 Centros de Atenção Psicossocial, 09 Residências Terapêuticas, 01 Laboratório Municipal, 01 Laboratório Estadual, 01 Laboratório Contratado, 06 Policlínicas, 01 Centro de Especialidades Médicas, 01 Serviço Ambulatorial Especializado, 32 Serviços de Apoio, Diagnóstico Terapêutico, 01 Hospital e Pronto-Socorro Municipal, 03 Hospitais Filantrópicos, 18 Hospitais Contratados e 01 Centro de Controle de Zoonozes (PREFEITURA DE CUIABÁ, 2010).

O DSEI Cuiabá, cuja sede administrativa fica na capital de MT, é responsável pela organização dos serviços de saúde nos territórios indígenas de 10 etnias: Nambikwara, Enawene-Nawe, Myky, Irantxe, Bakairi, Guató, Umutina, Pareci, Chiquitano e Bororo, distribuídos em 08 pólos-base e 146 aldeias. Porém, apenas 110 aldeias, localizadas em 16 municípios mato-grossenses, são cadastradas e reconhecidas oficialmente. A população indígena do DSEI Cuiabá conta com, aproximadamente, 6.939 pessoas, sendo que 11 EMSI prestam atendimento no território dos indígenas (ANEXO D- Figura 4). Também compõe a estrutura administrativa do DSEI Cuiabá as CASAIS de Tangará da Serra, Rondonópolis e Cuiabá.

A CASAI Cuiabá, campo de trabalho dessa pesquisa, fica localizada na região sul de Cuiabá, em uma área rural, (entrada de acesso no KM 05 da Rodovia Paes de Barros) com

capacidade de 28 leitos. Para o desenvolvimento de suas atividades, a CASAI Cuiabá conta com 38 servidores sendo: 08 servidores de carreira e 30 contratados. Os profissionais que compõe o quadro de servidores da CASAI Cuiabá são: 03 enfermeiras, 13 técnicos de enfermagem, 01 atendente de enfermagem, 01 auxiliar de enfermagem, 01 assistente social, 01 nutricionista, 01 motorista, 02 administrativos, 01 operador de rádio, 01 assistente técnico e 13 serviços gerais.

Localizada na capital do estado onde se concentram uma parte dos serviços de média e a maioria dos procedimentos e serviços de alta complexidade, a CASAI Cuiabá, apesar de compor a estrutura administrativa do DSEI Cuiabá, serve de referência de atendimento para a população indígena de todo o estado de Mato Grosso. Dessa forma, é considerada uma CASAI Regional.

### **3.2.3 Modelo Teórico Lógico da Acessibilidade**

Elaborou-se um modelo teórico lógico de acessibilidade (ANEXO E - Figura 5) previamente adaptado de pesquisa desenvolvida em um município da Bahia (CUNHA e VIEIRA-DA-SILVA, 2010). Esse modelo teórico-lógico teve por base dimensões e critérios relacionados à acessibilidade e corresponde a uma imagem-objetivo de referência para a análise da acessibilidade dos usuários indígenas do DSEI Cuiabá, aos serviços de média e alta complexidade no município de Cuiabá.

Conforme conceituação de Donabedian (1988) e Dever (1988), foram estabelecidas três dimensões da acessibilidade: sócio-organizacional, sócio-cultural e geográfica. Na dimensão sócio-organizacional, são levantados os aspectos próprios da organização dos serviços de saúde, como horários de funcionamento das unidades e o tempo de espera para o atendimento, tanto da rede especializada quanto do serviço de saúde indígena. Na dimensão sócio-cultural estão descritos os aspectos culturais inerentes à população indígena que podem interferir na relação entre usuários e serviços de saúde. Na dimensão geográfica, foram elencados aspectos relacionados à distribuição espacial dos recursos, localização das unidades de saúde bem como a discussão sobre existência de transporte específico e apropriado para os usuários indígenas.

De acordo com a imagem-objetivo proposta via modelo teórico-lógico, a organização dos serviços depende da correlação entre as dimensões estudadas, sendo que estas podem ou não garantir a plena acessibilidade aos serviços de saúde do município de Cuiabá.

### 3.2.4 Análise dos Dados

As informações coletadas foram validadas por meio de técnica de triangulação de dados, seja por meio da manutenção de perguntas chaves para os mesmos informantes para comparação das respostas, seja pela contraposição dos dados informados com os dados coletados nos documentos analisados, a observação dos trabalhos realizados na CASAI Cuiabá e ainda pela bibliografia analisada e consultada sobre o tema (CHAVES, 2006).

Para a construção das principais categorias de análise dos dados, foi elaborada uma matriz de análise. Derivada do modelo teórico lógico da acessibilidade, a matriz de análise foi submetida à validação de um grupo de 06 especialistas na temática de saúde indígena, por meio da aplicação do método Delphi. Após 02 rodadas de análise, os especialistas definiram as dimensões, sub dimensões e critérios que foram utilizados nesse estudo as quais será melhor discutida na próxima parte desse trabalho.

A dimensão sócio-organizacional foi subdividida em 03 subdimensões com seus respectivos critérios: regulação dos pacientes indígenas aos serviços de saúde, existência de fluxos institucionalizados entre os diferentes DSEIS e os municípios, contra referência dos pacientes indígenas, adequação da CASAI para uso de redes e/ou esteiras, garantia de acompanhantes aos pacientes indígenas, atribuições da CASAI Cuiabá, capacitação dos profissionais da saúde indígena para atendimento em contexto intercultural e tempo de espera para realizar os procedimentos e consultas.

Na dimensão sociocultural, foi definida 04 subdimensões com seus critérios: garantia de realização de rituais religiosos, ambiente adequado arquitetonicamente nas unidades especializadas de saúde, capacitação dos profissionais de saúde dos serviços especializados para atendimento em contexto intercultural e alimentação adequada aos hábitos culturais indígenas.

A dimensão geográfica contou com 01 subdimensão e seus critérios: transporte para atendimento nos serviços de saúde e tempo de deslocamento para os serviços de saúde especializados de Cuiabá.

Para cada critério foi definida uma imagem-objetivo, com base na revisão de literatura e na análise dos especialistas participantes do método Delphi. As respostas e situações esperadas de cada critério, foram classificadas como satisfatórias, parcialmente satisfatórias e insatisfatórias. A dimensão sócio-organizacional contou com maior pontuação (100 pontos) por descrever um maior número de características referentes ao foco do estudo: média e alta

complexidade do SUS. Já a pontuação máxima da dimensão sociocultural, foi de 40 pontos, seguida da geográfica com 20 pontos.

Os achados foram classificados por meio de comparação dos dados, onde foram atribuídos pontos (0 – insatisfatório, 5 – parcialmente satisfatório e 10- satisfatório) a cada critério, sendo que para o resultado final foi realizada somatória dos pontos atribuídos aos diferentes critérios, subdimensões e dimensões. A classificação final foi dividida em tercís, com os seguinte pontos de corte: satisfatório > 66%; parcialmente satisfatório > 33% e ≤ 66% e insatisfatório ≤ 33,3% (APÊNDICE E - Tabela 8).

### **3.3 O Uso do Método Delphi para Validação de Critérios de Acessibilidade de Usuários Indígenas aos Serviços de Saúde.**

Nas últimas três décadas, o campo da avaliação em saúde no Brasil vem se desenvolvendo de forma progressiva, abordando diferentes áreas de estudo, como avaliação de implantação, acesso e qualidade dos serviços de saúde, dentre outras. Na saúde indígena, entretanto, essa produção ainda é muito escassa. Na prática, os autores têm adotado critérios específicos de modo implícito para seus estudos. Essa variação nas percepções pode implicar a impossibilidade de comparar estudos, diminuindo, assim, a chance de se consolidar a produção científica sobre o tema (SOUZA et al., 2010).

Não há, na literatura nacional, consenso sobre critérios de avaliação na área de saúde indígena. Os critérios podem ser definidos como componentes ou aspectos da estrutura de um serviço de saúde ou de um processo, ou resultado de um cuidado que dá suporte à qualidade da atenção prestada. O termo critério, utilizado no campo da avaliação, tem uma clara correspondência com o conceito de indicador adotado nas abordagens epidemiológicas (MEDINA et.al, 2010).

Os modelos teóricos tradicionais para avaliação da acessibilidade enfocam as características dos serviços de saúde que facilitam ou dificultam sua utilização por meio das dimensões sócio-organizacional e geográfica. Também há estudos que destacam os fatores sócios culturais como características que podem influenciar no acesso aos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1988; DEVER, 1988).

Um estudo de avaliação de acessibilidade dos usuários indígenas aos serviços de saúde não poderia ter como base apenas as barreiras organizacionais e geográficas, uma vez que a temática implica em julgamentos de valor, tendo por referência diferentes campos da ciência como avaliação, antropologia e saúde coletiva. Com vistas a superar esse problema

metodológico, buscou-se, nesta pesquisa, a validação consensual de especialistas da área de saúde indígena, dando destaque especial a discussão de barreiras sócio culturais, ao acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde.

### **3.3.1 O Método Delphi: conceitos e características**

O método Delphi integra um conjunto de métodos gerais de prospectiva cujo estudo possibilita a visão de cenários futuros, evolução e interação de fatores que condicionam o desenvolvimento de macros sistemas. Esta previsibilidade reduz a incerteza, aumentando a capacidade de tomadores de decisão realizar planejamentos mais eficientes e eficazes para a obtenção de seus objetivos (IGARZA, 2008).

A denominação Delphi faz referência a um antigo oráculo consagrado a Apolo, localizado numa colina chamada Delphos. Durante muitos séculos, peregrinos vindos de diferentes regiões da Grécia, transformaram esse oráculo em um templo, onde consultavam sacerdotes e pitonisas para saber sobre o seu destino, de sua família e de sua pátria.

O método foi desenvolvido no ano de 1950 por pesquisadores da Rand Corporation, em plena guerra fria entre EUA e URSS, com o objetivo inicial de analisar e prever acontecimentos militares (tecnologia nuclear) e políticos. Posteriormente, o método foi estendido a outras áreas do conhecimento (SILVA e TANAKA, 1999; ASTIGARRAGA, 2003).

A utilização do Delphi é recomendada nos casos em que não existem dados históricos sobre o problema que se investiga e em estudos de abordagem interdisciplinar, pois permite a validação de dados e informações por um grupo em detrimento das opiniões de um único pesquisador (WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000).

Esse método consiste em organizar um grupo de especialistas de uma determinada área do conhecimento que são convidados a responder questionamentos sobre um tema previamente definido. As respostas são tratadas estatisticamente, e os resultados são devolvidos aos especialistas que podem manter ou modificar sua opinião inicial. Para se obter um consenso satisfatório ou quase consenso sobre o tema estudado, são realizadas diversas rodadas de questionamentos.

A flexibilidade é uma característica do Delphi, pois permite adaptações conforme características de alguns estudos e pesquisas. O número de respondentes em geral é pequeno, em especial na pesquisa qualitativa, pois a intenção não é de que os resultados sejam significativos do ponto de vista estatístico, e sim que represente uma síntese dos especialistas participantes.

Na aplicação desse método o tempo pode ser uma variável a ser considerada. Há estudos que delimitam o número de rodadas a serem executadas, considerando o consenso final a partir da última rodada pré-estabelecida pelo ponto de corte do pesquisador. Alguns autores defendem que sejam realizadas no mínimo duas rodadas para que o processo se caracterize como Delphi (GORDON, 1994; SILVA e TANAKA, 1999; WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000).

Embora se defenda a flexibilidade na execução do método Delphi, há 03 características essenciais para a execução da técnica: o anonimato, o feedback controlado e as respostas estatísticas do grupo. O anonimato dos especialistas participantes apresenta, como grande vantagem, a eliminação de argumentos de autoridade, pois a opinião é considerada individualmente sem qualquer restrição ou censura. Esse fator pode ocorrer num debate presencial de grupo. O feedback controlado ou a retroalimentação das opiniões consiste na troca de informações entre os diferentes participantes. Assim, o consenso do grupo perante o tema analisado é construído por meio dessas diversas aproximações.

Ainda que o tema estudado seja de natureza qualitativa, é importante apresentar aos especialistas participantes os resultados de forma estatística. Por meio desses dados, pode-se detectar o grau de consenso ou dissenso do grupo, além da resposta majoritária quanto ao tema debatido.

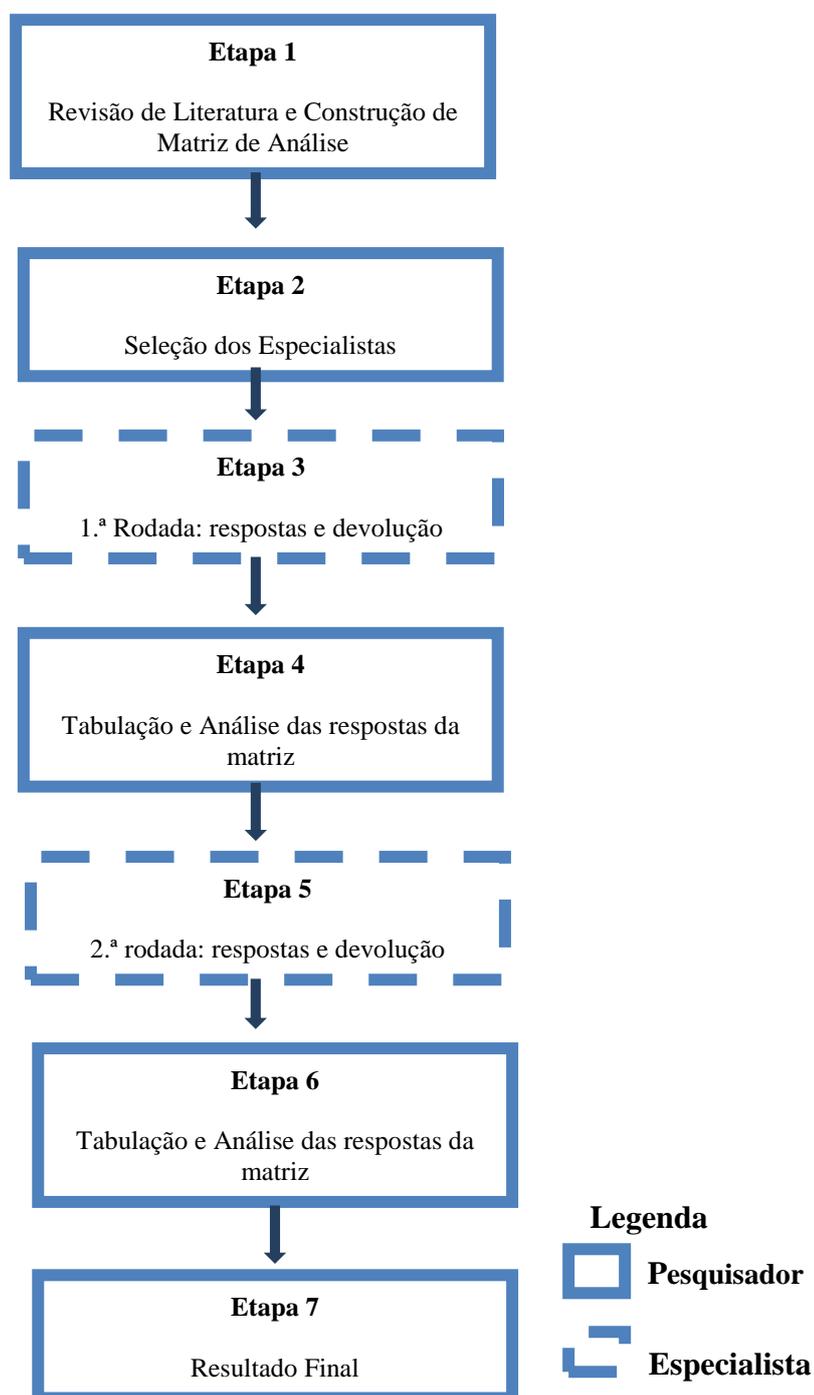
Além da flexibilidade, de subsidiar pesquisas sem dados históricos ou interdisciplinares e de manter o anonimato, a aplicação do método Delphi apresenta outras vantagens, como: a obtenção de um volume maior e com melhor qualidade das informações o que confere credibilidade ao resultado final; o registro dos questionários possibilita uma maior reflexão e cuidado nas respostas; a vantagem de a operação ser de baixo custo em detrimento de uma reunião presencial, pois os dados podem ser enviados por meio de correio eletrônico. Já as desvantagens são: a possibilidade de se estabelecer viés na escolha dos especialistas; forçar um consenso indevidamente; questionário com perguntas ambíguas e a demora na realização completa do processo. Cabe ressaltar que as desvantagens podem ser enfrentadas com o pleno conhecimento da metodologia e a imparcialidade na aplicação da técnica (WRIGHT e GIOVINAZZO, 2000).

No campo da saúde, o método Delphi ou outras estratégias de obtenção de consenso, têm sido muito utilizadas na discussão de condutas clínicas e na área de avaliação em saúde para se definirem critérios, padrões e outras temáticas relacionadas aos cuidados de saúde (SOUZA et. al., 2010).

### 3.3.2 Etapas de Aplicação do Método Delphi

Nesse estudo, foram realizadas algumas etapas que precederam a aplicação do Delphi como: revisão de literatura sobre a temática, construção de uma matriz de análise, seleção dos especialistas, além das etapas de execução do método. Essas etapas podem ser visualizadas no esquema gráfico abaixo:

**Figura 6\* – Seqüência de Execução do Método Delphi**



\*Adaptado de Wright e Giovinazzo, 2000

## **Etapa 1 – Revisão de Literatura e Construção de Matriz de Análise**

Para subsidiar a construção da matriz de análise a ser enviada aos especialistas, foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema da acessibilidade. A matriz foi dividida em 03 dimensões: sócio-organizacional, sócio-cultural e geográfica. A dimensão sócio-organizacional contou com 03 subdimensões e 12 critérios; a dimensão sócio-cultural contou com 04 subdimensões e 04 critérios e a dimensão geográfica com 1 subdimensão e 02 critérios.

## **Etapa 2 - Seleção dos Especialistas**

Partindo-se da premissa de que há poucos pesquisadores da temática saúde indígena, definiu-se, previamente, que o grupo de especialistas a participar do método deveria ser composto por profissionais com experiência de atuação na saúde indígena e docentes da temática. Os critérios elencados para a seleção foram: experiência de, no mínimo, 03 anos de trabalho com saúde indígena, ser especialista na área de docência com, no mínimo, 01 artigo publicado, tempo de formação mínimo de 05 anos e titulação mínima de mestrado.

A fim de garantir um número adequado de respostas e, em muitos casos como fator de segurança, recomenda-se o envio de material para um número de especialistas 3 vezes acima do mínimo pré-estabelecido (IGARZA, 2008). Assim, definiu-se previamente que o número mínimo de participantes do método seriam 05 especialistas. Para obter esse quantitativo, foram encaminhados, após previa seleção, carta convite via correio eletrônico para 25 pessoas, com explicações sobre o tema a ser abordado. Na carta convite, estabeleceu-se um prazo de 10 dias para encaminhar confirmação de participação na técnica e ainda foi esclarecido que a não resposta seria caracterizada como negativa de participação.

Para a seleção dos especialistas foi utilizada como base de pesquisa, a Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, e a indicação de informantes chaves com experiência de trabalho na área de saúde indígena. Para manter o anonimato dos participantes apresentam-se na tabela 1 as características gerais dos especialistas do Delphi:

**Tabela 9 – Características Gerais dos Especialistas do Delphi Saúde Indígena**

Especialista	Experiência Profissional (anos)		Tempo de Graduação (anos)	Titulação			Artigos publicados
	Docência/Pesquisa	Atuação em Serviços de Saúde		Mestrado	Doutorado	Pós Doutorado	
<b>A</b>	08	07	27	sim	-	-	01
<b>B</b>	05	11	14	sim	-	-	01
<b>C</b>	19	-	29	sim	sim	-	11
<b>D</b>	-	18	28	sim	-	-	-
<b>E</b>	-	16	23	sim	-	-	03
<b>F</b>	21	-	24	sim	sim	-	10

Fonte: Lattes

### **Etapa 3 - 1.<sup>a</sup> Rodada: respostas e devolução**

Após os/as especialistas confirmarem participação no estudo em questão, foi encaminhado para cada um/a deles/as a matriz de análise, junto com uma carta em que constavam as instruções para o preenchimento. Foram esclarecidas as referências e os conceitos utilizados, bem como a orientação para que fosse atribuída uma nota de 0 a 10 aos critérios utilizados na matriz, sendo que a nota 0 significaria a exclusão de um critério, e a nota 10 um critério muito importante para a acessibilidade. Também foi solicitado que os especialistas justificassem a nota atribuída, bem como poderiam sugerir e ou recomendar inclusões, modificações ou exclusões de dimensões, subdimensões e critérios. Foi estabelecido um prazo de 10 dias para a resposta, podendo ser negociado um prazo maior, caso fosse solicitado por algum dos participantes. Todos os participantes que confirmaram participação na técnica responderam ao instrumento, demorando, em média, 23 dias para devolver a matriz devidamente preenchida.

### **Etapa 4 – Tabulação e Análise das Respostas da Matriz**

Na tabulação das respostas, foram calculadas as médias e o desvio padrão de todos os critérios. Quanto maior a média do critério, maior a sua importância. Já o cálculo do desvio padrão permitiu estimar que, quanto menor o desvio, maior o grau de consenso sobre o critério.

Para se definir a 2.<sup>a</sup> rodada do Delphi, foram previamente estabelecidos alguns parâmetros: a) média igual ou superior a 7,0 com desvio padrão menor que 3,0 seria considerado critério de consenso; b) média igual ou superior a 7,0 com desvio padrão acima de 3,0 critério de dissenso; c) média inferior a 7,0 com desvio padrão menor que 3,0 consenso para exclusão de critério; d) média inferior a 7,0 com desvio padrão maior que 3,0 critério de dissenso. Definiu-se também previamente que seriam realizadas 2 rodadas do Delphi.

As respostas foram tabuladas, analisadas e consolidadas para a 2.<sup>a</sup> rodada do método (APÊNDICE F – Tabela 10).

### **Etapa 5 - 2.<sup>a</sup> Rodada: respostas e devolução**

Nessa etapa, foi encaminhada aos especialistas, de forma individualizada, uma nova matriz, contendo apenas os critérios que não obtiveram consenso na 1.<sup>a</sup> rodada. No instrumento apresentado sobre a forma de tabela, foi elaborada uma coluna contendo a nota atribuída pelo especialista ao critério, outra contendo a média geral do grupo e uma terceira coluna, para que o profissional aplicasse sua segunda nota. Também foi apresentada a consolidação das justificativas, recomendações e sugestões do grupo acerca dos critérios a serem avaliados, sem a devida identificação de seus autores. O especialista poderia confirmar ou alterar sua nota com base nos dados e informações apresentadas na tabela. Nessa fase, poderia ainda justificar a nota bem como apresentar sugestões e recomendações a matriz de análise. Estabeleceu-se um prazo de 7 dias para os especialistas retornarem o instrumento, porém eles levaram em média, 3 dias para devolver a matriz preenchida.

### **Etapa 6 – Tabulação e Análise das Respostas da Matriz**

Nessa fase, foram calculadas as médias e desvio padrão dos critérios. Nessa etapa foi previamente definido que os parâmetros utilizados na 1.<sup>a</sup> rodada para identificação de dissenso seriam utilizados como ponto de corte para exclusão de critérios, caso não houvesse o consenso (APÊNDICE G – Tabela 11).

### **Etapa 7 – Resultado Final**

A matriz de análise foi encaminhada aos especialistas participantes para conhecimento do resultado final.

### 3.3.3 Os Pontos de Consenso e Dissenso

Dos 25 especialistas convidados, 06 confirmaram participação no método. Vale ressaltar que foram convidados profissionais de saúde com diferentes graduação e antropólogos com experiência na área de saúde indígena. Entretanto, nenhum profissional antropólogo aceitou participar do método Delphi. Dos antropólogos convidados, 02 responderam ao convite afirmando que não participariam da atividade, seja por entender que a temática era de domínio exclusivo de profissionais de saúde ou por questões epistemológicas. Dessa forma, o grupo de especialistas constituiu-se exclusivamente de profissionais de saúde.

A consolidação dos dados da 1.<sup>a</sup> rodada permitiu identificar um grande consenso entre os especialistas para a maioria dos critérios apresentados. Nessa etapa, todos os especialistas que confirmaram participação responderam ao instrumento. Apesar do grande consenso obtido, alguns critérios foram identificados como dissenso, considerando os parâmetros previamente estabelecidos e já descritos na fase anterior deste texto.

Na 2.<sup>a</sup> rodada do Delphi, apenas 50% dos especialistas responderam a matriz. A literatura sobre Delphi analisa que, geralmente, o índice final de respondentes na última rodada é de 35 a 75% da primeira rodada, pois há uma tendência dos participantes em não cooperar com as demais etapas do processo (GORDON, 1994).

Para melhor compreensão da discussão apresentaremos os resultados por dimensões.

#### **Dimensão Sócio-Organizacional**

A dimensão sócio-organizacional contou com 03 subdimensões, perfazendo um total de 12 critérios. Na subdimensão sistema de referência e contrarreferência, todos os critérios foram considerados importantes, sendo que já na 1.<sup>a</sup> rodada do Delphi obteve-se consenso, quanto à pertinência dos mesmos. Na subdimensão serviço de apoio ao usuário indígena CASAI Cuiabá, contava na matriz de análise enviada originalmente aos especialistas com 05 critérios.

O critério *presença de tradutores para os usuários indígenas que não falam a língua portuguesa na Casai e no acompanhamento aos serviços de saúde* foi consensual para todos os especialistas. No entanto, houve sugestão de que o critério contemple a presença de acompanhante e não de tradutor, considerando-se a diversidade linguística das etnias do estado.

O critério *existência de espaço exclusivo na CASAI para realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas* não obteve consenso na primeira e na segunda rodada do Delphi. Por isso foi excluído ao final por ter apresentado desvio padrão acima da nota de corte (3,0).

Os argumentos contrários ao referido critério diziam respeito ao fato de que um espaço para ritual na CASAI poderia ser considerado por alguns indígenas como um local para realização de feitiçarias e malefícios entre grupos distintos e clãs rivais. Outra justificativa contrária a esse critério dizia respeito ao fato de que a realização de rituais religiosos espirituais fora do ambiente natural, isolado de outras atitudes culturais poderia comprometer o diagnóstico, cura e tratamento dos pacientes indígenas.

No critério *capacitação dos profissionais da CASAI para atuação em contexto intercultural e para mediar conflitos inter e intra-étnicos*, embora tenha tido boas notas para garantir o seu consenso já na primeira rodada do Delphi, foi observado que a mediação de conflitos étnicos devem ser realizados por antropólogos ou indigenistas experientes, sugerindo-se então a revisão da redação.

Os demais critérios obtiveram consenso na primeira rodada do Delphi, e não foram realizadas observações ou recomendações aos mesmos.

Na subdimensão acolhimento e organização dos serviços de saúde 03 critérios foram avaliados. No critério *presença de serviços ou dispositivos de escuta qualificada aos usuários indígenas ao interior dos serviços de saúde especializados*, a média das notas de todos os especialistas revelou, de forma consensual diante dos parâmetros pré-estabelecidos, a exclusão do critério já na primeira rodada. As justificativas descritas pelos participantes para tal fato vão desde a ausência desse trabalho nos serviços de saúde em geral, portanto pouco provável de se realizar, até a consideração de que tal atribuição seria de pertinência dos serviços de saúde indígena. Em função da exclusão do critério que descrevia a situação de acolhimento aos serviços de saúde especializados, a subdimensão pós Delphi, passou a ser denominada somente como *organização do serviços de saúde*. Os demais critérios foram consenso na primeira rodada.

## **Dimensão Sócio-cultural**

A dimensão sócio-cultural foi constituída com 04 subdimensões e 04 critérios. Na subdimensão religiosidade, o critério *existência de espaço exclusivo nos serviços de saúde especializados para realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas* não

obteve nota de consenso. Algumas justificativas abordaram que a realização de rituais religiosos, fora do ambiente em que ele têm significado, seria questionável e que, em geral, não há tal espaço nos serviços de saúde para realização de tais práticas. As notas da segunda rodada do Delphi referentes a esse critério foram consensuais para a sua exclusão. Nesse ítem, sugeriu-se que o texto fosse alterado para a garantia de cuidados tradicionais articulados com o cuidado biomédico, sem, contudo, a existência de espaço exclusivo para tal fim nos serviços de saúde especializados. Como nenhum especialista apresentou manifestação contrária a essa sugestão, ela foi incorporada à matriz em substituição ao antigo texto não consensual.

Na subdimensão ambiência, o critério *adequação arquitetônica dos serviços de saúde especializados para o uso de redes e/ou esteiras para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas hospitalares* obteve notas de consenso para sua permanência, embora tenham apresentado justificativas, argumentando que seria melhor investir numa assistência de saúde qualificada nas aldeias ao invés dos serviços especializados, e de que o critério seria fraco, pois não existe tal adequação na prática. Também foi apresentada uma sugestão: definição se o serviço hospitalar seria de rotina ou seria de urgência e emergência. Devido aos riscos biológicos oferecidos pelos ambientes hospitalares, sugeriu-se ainda, que seja avaliada somente a adequação para uso de redes e não de esteiras.

As demais subdimensões e seus referidos critérios obtiveram notas satisfatórias para o consenso.

## **Dimensão Geográfica**

A dimensão geográfica constituiu-se de uma única subdimensão: acesso geográfico com dois critérios que obtiveram notas de consenso na primeira rodada do Delphi. No critério *existência de transporte proporcionado pelo DSEI Cuiabá entre a aldeia e a CASAI e transporte proporcionado pelo DSEI Cuiabá entre a CASAI e os serviços de saúde*, foi argumentado à necessidade de relativizar o critério, pois, se o indígena for regulado pelos serviços de saúde do município onde a aldeia está situada, caberia a esse ente federado a responsabilidade do transporte do paciente até o município de Cuiabá.

No critério *tempo de marcha da Casai para os serviços de saúde inferior a 30 minutos*, foi sugerido à ampliação do tempo mediante prévio conhecimento do especialista de que a CASAI Cuiabá encontra-se localizada distante do centro da capital, onde se encontram a maioria dos serviços de saúde especializados. Foi sugerida ainda a substituição do termo

*marcha* por *deslocamento* por questões semânticas. Não foi sugerida inclusão de novas dimensões, subdimensões ou critérios na matriz analisada.

A matriz de análise, instrumento avaliado por especialistas da área de saúde indígena, apresentava, em sua concepção original, 03 dimensões, 08 subdimensões e 18 critérios. Após o método Delphi, o instrumento de análise da acessibilidade de usuários indígenas, ficou composto de 03 dimensões, 08 subdimensões e 16 critérios de avaliação. Foram efetivadas 04 sugestões de alteração na redação de critérios, sendo que as notas obtidas sugeriram a exclusão de 01 dos critérios com a redação original. Não houve, porém, nenhuma manifestação contrária à sugestão de alteração da redação proposta que foi acatada para a matriz de análise final (ANEXO F – Quadro 1).

A dimensão sócio-organizacional, que possui o maior número de critérios, obteve a maior média geral dos especialistas: 9,2. Foi também a que obteve maior número de dissenso, pois foram excluídos 02 critérios dessa dimensão, além da alteração de redação de 01 critério. Já a média geral da dimensão sócio cultural foi 8,7. Nessa dimensão, foi proposta a exclusão de 01 critério original, porém foi acatada sugestão de que este fosse reformulado. Também foi alterada a redação de outro critério que obteve consenso dos especialistas. Essa dimensão continuou ao final com 04 subdimensões e 04 critérios. A dimensão geográfica obteve média geral 8,5, sendo que foi alterada a redação de 02 critérios.

## 4. Resultados e Discussão

A matriz de análise, contendo dimensões, subdimensões e critérios validados pelos especialistas de saúde indígena, foi pontuada a partir dos depoimentos de profissionais e gestores do DSEI Cuiabá, além da consulta às fontes documentais complementares. As pontuações e classificações obtidas, assim como o resultado final relativo à acessibilidade dos usuários indígenas aos serviços de média e alta complexidade em Cuiabá podem ser visualizados no APÊNDICE H (Tabela 12).

### *4.1 Dimensão Sócio-Organizacional*

A dimensão sócio-organizacional foi classificada como parcialmente satisfatória. Dos dez critérios avaliados, oito foram considerados parcialmente satisfatórios, um satisfatório e um insatisfatório. As principais barreiras encontradas foram: pacientes encaminhados para serviço especializado em Cuiabá sem regulação dos municípios de origem da aldeia; falta de normatização do fluxo do sistema de referência e contrarreferência, tanto dos serviços especializados quanto do SASI-SUS; inadequada infraestrutura da CASAI Cuiabá e tempo de espera para ser atendido na unidade de saúde superior a 1 hora.

A análise e discussão detalhada da dimensão, será apresentada a seguir a partir das subdimensões que a integram.

#### *4.1.1 Subdimensão Sistema de Referência e Contrarreferência*

Nessa subdimensão, os resultados apontam para critérios considerados parcialmente satisfatórios. Esses dados demonstram que as atividades, na maioria das vezes, são realizadas e garantidas, porém de forma parcial.

Um primeiro aspecto identificado nas entrevistas relaciona-se com a definição da necessidade de serviços de saúde realizada ao interior das aldeias pelos indígenas. Conforme relatos coletados, na prática comum estabelecida entre as etnias, o paciente deveria primeiro submeter-se a uma avaliação com o pajé, para identificar se sua doença é de ordem espiritual ou doença de não índio. Uma vez reconhecido que se trata de doença do “branco”, o paciente é encaminhado para atendimento com os profissionais de saúde.

Mas em caso de doença de não índios, de branco, com a anuência do pajé eles encaminham, no caso os Parecis, mandam para o pólo base que fica dentro da reserva indígena, no caso esse pólo base trabalha com determinada aldeia, determinada região. Se no pólo base o profissional de saúde enfermeiro ou técnico entender que é necessário [...], aí manda para o município de referência. Na maioria hoje funciona dessa forma. (GT 05)

Langdon (1995) relata que os grupos indígenas avaliam, aceitam e reconhecem a biomedicina, no entanto tal fato não implica que eles abandonem suas formas tradicionais de cura. Essa convivência de diferentes sistemas terapêuticos possibilita a criação de sistemas híbridos de tratamento. Embora esse sistema de tratamento terapêutico seja muito comum em diferentes etnias indígenas, pode criar alguns conflitos, especialmente pelo da política de saúde indígena executada nas aldeias ser orientada, em sua maioria, por princípios tecnicistas da biomedicina (NOVO, 2011).

A maioria dos pacientes indígenas é regulada a partir dos municípios onde suas aldeias estão situadas aos serviços de média e alta complexidade de Cuiabá. Para os entrevistados, porém, ainda há alguns entraves a serem vencidos nessa área, como a falta de documentação por parte dos pacientes.

às vezes eu pergunto para nossa enfermeira responsável como que eles conseguem regular uma criança sem documento? Mas consegue. Vem regulado, mas sem documento. Chega aqui e não pode fazer um exame porque não tem um documento. Mas vem regulado. (PROF 05)

Foram também mencionados outros problemas como o alto número de encaminhamentos de pacientes para consultas e exames da atenção básica que deveria ser realizada em aldeia ou no município mais próximo, e o encaminhamento de pacientes sem a devida regulação conforme relata um dos entrevistados:

[...] um ou outro que vem sem ter consulta agendada. [...] os que vieram à maioria não era do DSEI Cuiabá [...] Mas a maioria vem regulada até porque o sistema hoje não aceita, se são consultas especializadas não adianta querer entrar que não vai conseguir. (PROF 03).

Nas entrevistas, foi mencionada a existência de fluxo institucional para que os DSEIs encaminhem pacientes a CASAI Cuiabá. No entanto, os entrevistados e os achados documentais não esclareceram se ele foi normatizado entre os diferentes DSEIs do estado. Há, na maioria das vezes, o comunicado de envio de pacientes para a CASAI Cuiabá. Contudo, os prazos identificados nos relatos dos entrevistados para tal comunicação variaram entre 24 horas e 15 dias. Evidenciou-se também que essa comunicação é realizada de diferentes formas como e-mail, telefone e rádio. Foram relatados casos de comunicação ocorrida em menos de 24 horas além da comunicação feita pelo próprio paciente, informando que estava na rodoviária aguardando apoio da equipe da CASAI Cuiabá. Observa-se então que, se há alguma normatização desse fluxo, o mesmo não vem sendo cumprido, uma vez que os achados permitiram identificar diferentes formas de contato e prazos variados. Tais situações, muitas vezes, ocasionam a não realização de procedimento previamente agendado.

[...] ligam em cima da hora e para se desculpar dizem: tá indo com passagem de volta. Geralmente quando a CASAI tá muito lotada e é realidade, e eu não tenho onde colocar eu falo: não manda porque eu não tenho onde colocar. E aí não manda e perde a consulta, perde a vaga e a oportunidade de consultar. (PROF 01).

Na relação com os municípios, percebe-se fragilidade no processo de articulação entre as partes, para estabelecimento de fluxos. As relações nesse campo são construídas conforme a sensibilidade do gestor local à causa indígena, e com base nas relações de amizade entre os profissionais da saúde indígena e os profissionais de saúde dos municípios. Também foram detectadas dificuldades na relação entre os gestores por falta de clareza entre os pares sobre os papéis a serem desempenhados pelos diferentes entes federados na saúde indígena.

[...] então esse processo está muito incipiente ainda. A exemplo disso participamos de algumas reuniões de alguns colegiados dos municípios para tentar fazer uma intersecção desses colegiados para discutir a questão das especificidades. Em alguns momentos nos foi negado até a fala, foi muito deselegante por parte de uma gestora, porque a gente tava lá para discutir a questão da política indígena e ela dizia que a gente não fazia parte (*do colegiado de gestores regional*). [...] Essas situações que nós vivenciamos temos reportado a SESAI, porque tem que ser uma discussão mais ampliada,

tripartite, para que a gente seja inserida nesse colegiado, mas também é um esforço que a gestão local tem que fazer... (GT 02, grifo nosso).

[...] esse papel ainda da própria SESAI não é um papel que está bem esclarecido perante os municípios e perante o próprio distrito mesmo. A maioria acha que tem recursos para bancar consultas e exames especializados, e que esse papel é somente da SESAI, e a SESAI também por outra parte procura o município somente quando precisa, então não há um planejamento em conjunto não se senta numa reunião de CIB [...] para poder tá pactuando isso efetivamente. (PROF 10).

Outra dificuldade referida são as referências de saúde pactuadas pelos gestores municipais, as quais contam com população indígena. Essas pactuações não levam em consideração os fluxos que foram constituídos culturalmente pelos indígenas ao longo do contato com a sociedade envolvente, pois elas normatizam que um grupo indígena deva procurar um determinado município para apoio na área de saúde em detrimento de outro. Verifica-se que em muitos casos os fluxos culturais são contrários aos pactuados pelos gestores municipais para seus munícipes.

Em um estudo de avaliação das atividades desenvolvidas por entidades conveniadas com órgão executor da saúde indígena (na época FUNASA) de 07 DSEIS do estado do Amazonas, também foi identificado um fraco nível de articulação e integração dos distritos sanitários com os diferentes níveis de referência do SUS (GARNELO e BRANDÃO, 2005).

A contrarreferência dos pacientes indígenas, com raras exceções e a pedido dos profissionais dos DSEIS, são realizadas pelos profissionais dos serviços de saúde de Cuiabá. Porém, todos os pacientes que ficam alojados na CASAI Cuiabá retornam aos seus municípios de origem com contrarreferência preenchida em formulário específico pelos profissionais da instituição, uma vez que tal tarefa faz parte das atribuições do serviço.

Na análise, ficou evidenciado um fator muito agravante: a ausência de informações de referência dos pacientes que são encaminhados para Cuiabá, seja do município de origem, da equipe de saúde indígena local ou da equipe de outra CASAI em que o paciente esteve alojado.

O paciente vem para consultar um otorrino, mas veio sem nada, aí o paciente chega aqui e fala: minha perna que dói... aí você tenta ligar no DSEI, fazer contato com a equipe da aldeia, tenta ir atrás de quem irá resolver seu problema, porque uma coisa é certa você tem que dar conta de dar

assistência para ele, tá doendo a perna dele, ele quer saber de um remédio para a perna, ele não quer saber do otorrino.(PROF 07).

A análise documental confirma os resultados da subdimensão acima descritos. Nas atas analisadas há registros com orientação de que os pacientes sejam encaminhados a CASAI Cuiabá após a regulação do município de origem da aldeia, relatos de dificuldades encontradas para inserir os pacientes no processo de regulação pela falta de articulação com o sistema de saúde municipal, falas reclamando da falta de comunicação entre as CASAIS do estado e da preocupação que o complexo regulador limite o acesso dos indígenas à saúde municipal. Também foi identificado questionamento de um conselheiro indígena sobre o funcionamento da regulação no estado.

Os dados colhidos evidenciaram as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde indígena no processo de regulação dos pacientes nos municípios de origem das aldeias. Isso se deve a ausência de conhecimento da organização da regulação, à falta de comunicação entre os DSEIS e CASAIS, ao desconhecimento das referências pactuadas pelos municípios a seus munícipes, os indígenas aí incluídos, e a total dificuldade de articulação entre o DSEI Cuiabá e os municípios de sua área de abrangência como também com a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

A PNASPI prevê uma atuação coordenada entre os diversos órgãos, no sentido de viabilizar a atenção a saúde dos povos indígenas. Para que isso ocorra, considera-se necessário o envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do SUS, por meio de planejamento pactuado nos DSEIS, resguardando o princípio final da responsabilidade federal. De acordo com essa política cabe ao órgão federal executor da PNASPI promover e facilitar as articulações em nível inter e intra setoriais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Vale destacar, porém, que os entrevistados desta pesquisa não revelaram ter conhecimento de instrumento ou protocolo regulamentado para tal fim.

Estudos demonstram que a referência e a contrarreferência, quando bem implementadas, possibilitam melhorias na organização dos serviços de saúde. Fratini et al (2008) ao analisarem um programa de altas especiais de um hospital, identificaram a integração e a comunicação entre os diferentes níveis de atenção como subsídios positivos. Essa parceria foi considerada fundamental para o êxito do programa, sendo, inclusive, sugerido que fosse estendida e contemplada na política municipal de saúde.

#### *4.1.2 Subdimensão Serviço de Apoio ao Usuário Indígena: CASAI Cuiabá*

Nessa subdimensão 03 critérios foram classificados como parcialmente satisfatórios e apenas o critério referente à capacitação dos profissionais da CASAI foi considerado satisfatório.

O espaço físico da CASAI Cuiabá encontra-se adequado arquitetonicamente para o uso de redes ou esteiras. No local, inclusive, há alguns desses materiais disponíveis para uso dos pacientes indígenas, embora nem sempre de maneira efetiva. Apesar da adequação do ambiente, as entrevistas de profissionais e gestores, os documentos do CONDISI pesquisados e a observação *in loco*, revelaram a precária infraestrutura física, falta de recursos humanos, de materiais, de insumos e até medicamentos na CASAI Cuiabá como se pode constar nesses recortes de fala dos entrevistados: “Adequação da CASAI tem, tanto faz ele ficar na rede como no colchão [...], porém, às vezes ele quer ficar no colchão a gente monta o colchão e não tem o lençol ou não tem rede suficiente pra poder atende-lo.”(PROF 02).

Ela (CASAI Cuiabá) na verdade termina garantindo seu serviço, mas eu poderia assim dizer de baixa qualidade em função dessas precariedades: estrutura inadequada, deficiência de recursos humanos, deficiência de transporte enfim essas coisas terminam refletindo na qualidade do serviço. (PROF 10, grifo nosso)

“É lamentável a situação da CASAI Cuiabá. [...] eu particularmente fecharia a CASAI porque as condições sanitárias [...] não oferecem a proteção aos indígenas que lá se hospedam.” (GT 02) “[...] o seu coração dói, e você como profissional de saúde fica com as mãos atadas... aí fazemos uma vaquinha e juntamos dinheiro para comprar remédio.” (PROF 01)

A estrutura da CASAI Cuiabá, assim como de outras unidades por todo o país, (PELLEGRINI et. al., 2009; FERREIRA e COELHO, 2007), encontra-se deteriorada e em péssimas condições para a hospedagem dos pacientes indígenas. Esse fato foi constatado por vistoria realizada por lideranças indígenas de 05 etnias que comprovaram a situação precária das instalações da unidade (PEREIRA, 2011). Diante dessa situação e da notificação da vigilância sanitária do município de Cuiabá, determinando que o DSEI Cuiabá readequasse a estrutura física da CASAI, a SESAI aprovou projeto de reforma da unidade e definiu recursos financeiros para esse fim. No projeto, definiu-se a previsão do início da reforma para o ano de 2012.

A presença de acompanhantes nas instalações da CASAI é garantida. Porém, apesar dos pacientes serem acompanhados pelos profissionais de saúde em todos os procedimentos realizados nos serviços de saúde especializados, nem sempre é possível a garantia de que o acompanhante da aldeia que veio a Cuiabá juntamente com o paciente, possa realizar o acompanhamento de seu familiar ou ente querido, devido aos problemas de transporte da unidade que será melhor debatido na dimensão geográfica. Um ponto evidenciado nas entrevistas foi o relato de alto número de acompanhantes indígenas. “Quando vem paciente para cá nunca vem só de um paciente, indígena é assim vem de dois a três acompanhantes” (PROF 04).

[...] a gente tem já proposta de reunião pré-agendada com o Distrito Xavante principalmente, porque é o distrito que mais tem causado problemas pra gente, o exemplo é a questão de superlotação da CASAI em decorrência da falta de respeito do envio desses pacientes, e não são só os pacientes e sim os acompanhantes. No estudo que a gente fez tem para cada paciente até quatro acompanhantes, então isso trás um transtorno grande pela falta de recursos humanos, pela falta de condições sanitárias, pela falta de logística isso ocasiona na falta de um melhor atendimento para os indígenas. (GT 02)

A média de acompanhantes de pacientes indígenas na CASAI Cuiabá no período de 2007 a 2011 foi: 2007 (1,75); 2008 (1,0); 2009 (1,0); 2010 (1,08); 2011 (1,09) sendo a média geral consolidada de 1,18. Os dados apresentados evidenciam que os anos de 2008 e 2009 apresentaram a menor média de acompanhantes, e o ano de 2007 a maior.

A partir do ano de 2010, o DSEI Cuiabá passou a consolidar dados referentes aos pacientes e acompanhantes por etnia. No entanto, quando se apresenta os cinco maiores n.º de pacientes e acompanhantes segundo a etnia no período de 2010 a 2011, os dados de acompanhantes não conferem com os relatados na entrevista, conforme pode ser visto na tabela abaixo:

**Tabela 13 – Pacientes e acompanhantes indígenas segundo a etnia, 2010-2011, Cuiabá-MT**

Pacientes				Acompanhantes			
2010		2011		2010		2011	
Etnia	n.º	Etnia	n.º	Etnia	n.º	Etnia	n.º
Bororo	185	Xavante	225	Xavantes	239	Xavante	438
Xavante	162	Bororo	133	Bororo	188	Bororo	162
Bakairi	80	Bakairi	61	Bakairi	109	Bakairi	59
Kayabi	34	Kayabi	42	Kayabi	64	Kayabi	48
Pareci e Guató	27	Irantxe	37	Pareci	37	Pareci	38

Fonte: SIASI

Na tabela 13, percebe-se o aumento do n.º de pacientes e de acompanhantes do ano de 2010 para o ano de 2011 da etnia Xavante. Todavia, quando se calcula a média de acompanhantes da etnia por ano, percebe-se que, em 2010, foi de 1,46 e de 2011 os dados são de 1,95 acompanhante por paciente. Ainda que a média calculada não chegue aos parâmetros relatados na entrevista, a etnia Xavante é a que apresenta o maior número de pacientes e de acompanhantes na CASAI Cuiabá.

Importante frisar que a questão dos acompanhantes por vezes denota algum aspecto da cultura do paciente. No ano de 2011, no município de Barra do Garças – MT, uma liderança Xavante, ao palestrar para profissionais de saúde da SESAI, SES-MT, SMS e DSEI Xavante, explicou que o processo doença-cura é compreendido de maneira diferente por esses indígenas. Na visão dessa etnia, ocorre uma troca de energia entre os entes queridos. Por isso, quando um familiar encontra-se adoentado, toda a família precisa estar presente ao seu lado, para que a energia dos entes saudáveis possa ajudar o familiar adoentado a recuperar-se mais rapidamente.

É preciso considerar que o processo doença-cura entre os indígenas está diretamente relacionado com suas concepções de práticas terapêuticas que podem diferenciar-se entre si conforme a cosmologia de cada grupo étnico. Os sistemas tradicionais de saúde indígena se apresentam em uma grande diversidade de formas, porém sempre considerando as pessoas dentro de um contexto social e ambiental, o qual consiste num recurso precioso para preservação ou recuperação da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Conforme preconiza a PNASPI, a CASAI Cuiabá garante e cumpre os serviços básicos referentes à rotina, protocolos e cumprimento das atribuições de uma CASAI. Porém não ficou evidenciada no momento de observação *in loco*, nas falas dos entrevistados ou nos documentos analisados a promoção regular e institucional de atividades de educação em saúde e de produção artesanal ou lazer para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades. A única atividade presenciada e relatada trata-se da constituição de grupos de estudo dos profissionais da CASAI Cuiabá cujos encontros, no período do expediente, são tratados temas referentes às relações humanas e interpessoais.

Os profissionais de saúde, em geral, informam desconhecer algum tipo de protocolo de trabalho ou norma instituída de maneira formal para o desenvolvimento de suas atividades na CASAI Cuiabá. Eles relataram que suas atribuições e rotinas do serviço foram constituídas a partir de atividades que já vinham sendo desenvolvidas em anos anteriores por outros profissionais ou por meio de suas atribuições técnicas profissionais já garantidas em legislações próprias. Não se constatou em nenhuma fala ou relato nos documentos analisados, conhecimento sobre a PNASPI, enquanto legislação vigente, responsável por nortear as atividades da saúde indígena tanto na execução dos serviços básicos em aldeia quanto no apoio a ser desenvolvido para a garantia de acesso à média e alta complexidade.

A equipe de enfermagem, apesar de ser constituída de maior número de profissionais, possui maiores atribuições de serviços, sendo responsável pela acolhida do paciente, acompanhamento aos serviços de saúde, elaboração da contrarreferência, orientações em geral e os cuidados e a assistência de enfermagem. Segundo afirmação de um entrevistado, “é um trabalho cansativo, não tem como eu falar que a enfermagem é isso ou aquilo. A enfermagem é a perna da saúde indígena.” (PROF 01)

No período compreendido entre 2007-2011, a CASAI Cuiabá realizou 54.993 atendimentos sendo que 1.066 referiam-se a pacientes novos. Os atendimentos realizados dizem respeito aos procedimentos executados tanto dentro da unidade para pacientes ou acompanhantes, como também os atendimentos realizados na rede especializada de saúde.

**Tabela 14 - atendimentos CASAI Cuiabá, 2007-2011**

<b>Anos</b>						
<b>Atendi mentos</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Total Geral</b>
<b>Atendimentos</b>	19.268	13.446	1.367	10.547	9.299	53.927
<b>Pacientes novos</b>	210	224	290	151	191	1.066
<b>Total</b>	19.478	13.670	1.657	10.698	20.188	54.993

Fonte: SIASI

Verifica-se na tabela 14 que o ano de 2007 foi o que obteve o maior n.º de atendimentos e o ano de 2009 o menor. A enorme diferença apresentada entre os dados do ano de 2009 em relação aos demais anos podem indicar alguma inconsistência ou mudança na forma de coleta dos dados apresentados desse ano. Quanto aos pacientes novos, ou seja, aqueles que são atendidos pela primeira vez na CASAI Cuiabá, observa-se, na série histórica apresentada, que houve decréscimo de atendimentos, sendo que o ano de 2009 foi o que apresentou o maior n.º e o ano de 2010 o menor.

Embora os dados coletados não permitam identificar as causas do decréscimo de pacientes novos na CASAI Cuiabá, estudo realizado em São Paulo identificou que a baixa resolutividade dos ambulatórios de especialidades aumenta o número de retornos de pacientes antigos para a resolução do caso, diminuindo o número de vagas para pacientes novos (SPEDO et. al., 2010).

No que diz respeito à capacitação dos profissionais para atuação em contexto intercultural, esse foi o único critério que obteve índice satisfatório. A maioria dos profissionais que atua na CASAI recebeu algum tipo de capacitação na área de antropologia, com vistas a uma atuação intercultural. No entanto, foram feitas ressalvas que as discussões nesses cursos não foram aprofundadas: “Muito pouco né, mas assim não pode nem chamar de capacitação, na verdade foram realizados alguns treinamentos de no máximo 01 semana, muito reduzido e muito simples” (PROF 10).

Na análise documental, foi levantado que, em diferentes anos, tanto profissionais quanto conselheiros indígenas discutiram a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde das CASAIS. Embora não se observou nos registros eventuais problemas entre as

partes, a discussão da temática de forma constante pressupõe que a atuação intercultural ainda se apresenta como uma problemática a ser superada.

Segundo Gonçalves (2007) a dificuldade de comunicação, do saber ouvir, compreender e de dialogar com o diferente geram problemas no relacionamento de índios e não índios, sendo que tais posturas precisam ser assimiladas pelos profissionais das CASAIS.

Hita (2010), ao analisar a qualidade da atenção à saúde oferecida nos centros de saúde interculturais da Bolívia, alerta que, em muitos casos, o conceito de interculturalidade, discutido em cursos e fóruns apropriados para tal fim, é utilizado para encobrir as desigualdades das populações indígenas e, por vezes, pode ser uma forma de dominação social do Estado por meio de um discurso apaziguador, como estratégia para neutralizar o conflito étnico entre sujeitos e grupos diferentes.

#### *4.1.3 Subdimensão Organização dos Serviços de Saúde*

Nessa subdimensão os 02 critérios avaliados, segundo os entrevistados, foram classificados como parcialmente satisfatório e insatisfatório.

O critério relativo ao tempo médio que o usuário indígena aguarda no município de origem ou na própria aldeia para agendamento de consulta e/ou exame especializado foi considerado parcialmente satisfatório. Já o critério que avaliava o tempo médio que o paciente indígena aguarda na unidade de saúde para atendimento como insatisfatório. No primeiro caso, foi verificado que, de uma forma geral, o tempo aguardado é menor que 3 meses, sendo que em algumas especialidades (reumatologia, dermatologia, neurologia e oncologia) e exames (ecocardiograma), esse tempo é indefinido, bem acima dos 3 meses. Foi informada também uma situação envolvendo a central municipal de regulação de Cuiabá, que, eventualmente, perde todas as solicitações ou autorizações de exames e consultas “[...] tem alguns casos que não sai e quando você vai procurar você já não acha mais o pedido na central. Eles perdem. Nós temos casos de 2010 [...] eles são a minoria” (PROF 11).

Errico (2011) constatou resultados similares em pesquisa junto ao povo Xakriabá, em Minas Gerais. Estes também aguardam em média de 1 a 4 meses para atendimento médico na média e alta complexidade do SUS.

Embora os achados indiquem que o tempo acima de 3 meses para a consulta especializada esteja limitado a algumas especialidades, ainda assim percebe-se a necessária discussão da regionalização dos serviços de saúde e a fixação de profissionais especializados nessas regionais.

Souza et al., 2008 indica que a forma de organização do trabalho dos serviços de saúde especializados, por meio das centrais de regulação que controlam as filas virtuais de pacientes, esbarra nas dificuldades do sistema em oferecer respostas numa rede articulada entre os diversos serviços de diferentes densidades tecnológicas.

No período de 2007 a 2011, foi levantado, por meio do SIASI, o quantitativo de procedimentos realizados pelos povos indígenas na rede de saúde de Cuiabá, tanto na rede pública como na rede privada. Verificou-se que somando os dados das tabelas abaixo, o total geral foi de 13.035 sendo 3.692 de consultas, 8.663 de exames e 680 internações.

**Tabela 15 - Quantitativo de procedimentos realizados na rede de serviços de saúde do SUS Cuiabá-MT**

<b>Rede de Referência SUS</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Total</b>
Consultas	965	701	790	563	641	3.660
Exames	429	470	6.394	683	586	8.562
Internação	109	97	134	107	220	667
<b>Total Geral</b>						<b>12.889</b>

Fonte: SIASI

Conforme aponta a tabela 15 verifica-se que há predominância do procedimento de consulta em detrimento dos demais procedimentos, exceção aos dados de exames dos anos de 2009 e 2010.

**Tabela 16 – Quantitativo de procedimentos realizados na rede de serviços de saúde privados de Cuiabá - MT**

<b>Rede de Referência Privada</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Total Geral</b>
Consultas	16	4	0	11	1	32
Exames	59	20	11	11	0	101
Internação	10	0	0	2	1	13
<b>Total Geral</b>						<b>146</b>

Fonte: SIASI

A tabela 16 descreve o inverso constatado na tabela 15, sendo que o maior número de procedimentos realizados foram os exames.

Os dados de exames realizados na rede de serviços do SUS, no ano de 2009 apresentam um n.º muito acima dos demais anos pesquisados, o que pode indicar problema de consistência dos dados apresentados uma vez que não foi identificada nenhuma atividade diferenciada nos serviços de saúde de Cuiabá no referido ano. O ano de 2010 apresentou também uma pequena diferença entre consultas e exames, havendo um maior n.º para o segundo caso.

Outro dado demonstrado pela tabela 16, refere-se à forma decrescente de acesso aos serviços privados por parte da população indígena. Antes da criação da SESAI algumas ONGS e Associações Indígenas recebiam recursos do Ministério da Saúde e por vezes os utilizavam na compra de serviços de saúde.

Garnelo e Brandão (2005) enfatizaram que a terceirização de serviços na saúde indígena, assumiu, inicialmente, dimensões diferenciadas àquelas praticadas no restante do SUS, pois havia a possibilidade de compra de serviços em empresas privadas, mesmo não ocorrendo, por parte do poder público, manifestação contrária à prestação de assistência. Nesses casos, cabia ao órgão de gestão, normatizar, acompanhar e avaliar os serviços prestados pelas entidades executoras.

Atualmente, ainda vigora a terceirização dos serviços a ONGs e Associações Indígenas, porém os recursos financeiros repassados a essas instituições estão limitados a contratação e pagamento de recursos humanos.

As cinco consultas especializadas mais utilizadas pelos indígenas no ano de 2010 foram: oftalmologia e urologia (58), dermatologia e pediatria (35), hematologia e ortopedia (33), cardiologia (31) e oncologia (30). No ano de 2011 foram: Pediatria (65), oftalmologia (51), hematologia (45), oncologista (42) e odontologia (41). Os cinco exames mais utilizados no ano de 2010 foram: clínica geral (103), urologia (89), pediatria (78), ginecologia (54) e endocrinologia (45). No ano de 2011 foram: Pediatria (104), cardiologia (71), oncologista pediatra (47), hematologia (40) e reumatologia (36). As cinco áreas clínicas que tiveram mais internações no ano de 2010 foram: Pediatria (55), dermatologia (13), gineco-obstetricia (09), onco (radio quimioterapia) e oncologia (05) e cirurgia geral, ortopedia e urologia (04). No ano de 2011 foram: Pediatria (110), urologista (15), oncologista pediatra (12), cirurgia geral (08) e cardiologia, clínica geral e obstetra (06).

Verifica-se que algumas das especialidades mencionadas como mais demoradas para agendamento encontram-se entre as mais utilizadas pelos indígenas em tratamento em Cuiabá,

como: reumatologia, dermatologia e oncologia. Chama a atenção nos dados descritos que a especialidade de pediatria sempre se encontra entre as 05 mais utilizadas, seja para consultas, exames ou internação.

Santos e Coimbra Jr (2008), discute que a mortalidade infantil indígena é muito superior aos dos demais grupos de cor/raça, inclusive nas regiões socioeconomicamente mais desenvolvidas do país. O referido estudo também concluiu que a desnutrição atinge mais de um quarto das crianças indígenas menores de 05 anos.

Outro achado diz respeito ao tempo de permanência do indígena na CASAI Cuiabá. Após uma consulta especializada, o indígena é encaminhado para a realização de algum exame, a fim de complementar o diagnóstico. Todavia, para se executar esse exame, é necessário aguardar 7 ou mais dias na instituição, e nem todos os pacientes aceitam se submeter a esse tempo de espera, como afirma um dos entrevistados: “se não quiser ficar teremos que remarcar o exame para outra data. E isso acontece muito, perdem muitos exames e consultas assim, porque tem indígena que gosta de ficar na CASAI, mas tem indígena que não gosta [...]” (PROF 07). Os dados consolidados do DSEI Cuiabá apontam que no período de 2007 a 2011 a média de permanência dos pacientes e acompanhantes na CASAI Cuiabá tem sido sempre o mesmo: 10 dias.

O critério tempo de espera para ser atendido nos serviços de saúde especializados na realização de procedimento em menos de 1 hora foi considerado insatisfatório pelos entrevistados. Os pacientes indígenas, em todas as suas consultas, são acompanhados por profissionais de saúde da CASAI Cuiabá (técnicos/auxiliares de enfermagem ou enfermeiros), e os entrevistados evidenciaram que o tempo de espera na unidade para atendimento está acima de uma hora, em especial para os hospitais universitários. A análise dos dados revelou que a prática comum estabelecida pelos serviços de saúde é agendar o procedimento as 7:00 h, no entanto o atendimento só ocorre efetivamente após as 8:00 ou 9:00 h, por ordem de chegada e, dependendo do profissional médico “demora sim até porque tá marcado para as 7:00 h, mas não é assim que funciona marca as 7:00, mas só vai começar a atender 8:00 ou 9:00 h”(PROF 08).

Outro problema relatado foi à prática de profissional médico em realizar consulta coletiva com o intuito de o atendimento ser mais rápido: “para você ter uma idéia tem médico que faz até consulta coletiva, isto é um crime. Ele bota todo mundo numa sala e vai consultando um por um, como se fosse um estudo de caso, isso é horrível [...]” (PROF 01).

Também foi relatado que o fato do paciente indígena estar acompanhado de profissionais de saúde e as relações de amizade destes com outros profissionais da rede especializada facilitam e agilizam o atendimento. Essa prática, porém não é rotineira.

O sistema informatizado de regulação dos pacientes de Cuiabá permite controlar o número de atendimentos realizados por cada profissional na forma de agendamentos previamente estabelecido. Ainda assim, os pacientes indígenas são atendidos por ordem de chegada na unidade de saúde, sem qualquer cumprimento do horário previamente estipulado. Isso tem causado situações estressantes, em especial para os pacientes que viajam por muitas horas buscando o atendimento em Cuiabá.

Mendes (2011) cita que os sistemas de regulação do acesso à saúde, são estruturas operacionais que racionalizam a entrada e a continuidade do tratamento no sistema de saúde, de acordo com graus de risco e normas definidas em protocolos, visando a regulação de fluxos e processos de forma a garantir um acesso, regulado, mais equitativo.

Vilarins (2010) afirma que a ação regulatória deve monitorar e avaliar, dentre outros fatores, os procedimentos realizados pelos profissionais de saúde, visando o efetivo cumprimento dos protocolos estabelecidos.

#### *4.2 Dimensão Sócio-cultural*

A análise específica dessa dimensão demonstrou que os critérios avaliados foram classificados como parcialmente satisfatórios.

O resultado dos achados da dimensão apresentou um critério satisfatório, um critério parcialmente satisfatório e dois critérios insatisfatórios.

As principais barreiras identificadas nessa dimensão foram: a ausência de adequação arquitetônica dos serviços especializados para o acolhimento e tratamento de saúde dos indígenas; falta de capacitação e habilidade dos profissionais dos serviços especializados no relacionamento com os profissionais da saúde indígena e os próprios indígenas e alimentação e dieta não adequada aos hábitos e cultura dos povos indígenas nos serviços de saúde especializados e CASAI Cuiabá.

Essa dimensão foi dividida em 04 subdimensões onde os temas abordados referem-se a aspectos e características da organização, em especial dos serviços especializados e sua adaptação ou garantia às questões culturais dos usuários indígenas mato-grossenses.

##### *4.2.1 Subdimensão Religiosidade*

A primeira temática discutida foi à realização de rituais religiosos nos serviços especializados de saúde. Essa subdimensão e seu respectivo critério foi considerado satisfatório pelos entrevistados. Constatou-se que se assegura a realização de rituais nos serviços especializados, porém faz-se necessário, que seja encaminhado, antecipadamente, documento do DSEI Cuiabá formalizando a solicitação. “[...] a maioria dos hospitais permitem inclusive até na UTI, o hospital X, por exemplo, já autorizou várias vezes a fazer o serviço que eles fazem com os doentes deles” (PROF 05).

Há relatos que a realização da pajelança<sup>2</sup> está estritamente relacionada ao problema de saúde do paciente. Como há rituais que envolvem fumaça, esses não são permitidos, em especial, para pacientes com doenças respiratórias:

Já conseguimos que se fizesse pajelança no hospital, foi permitido e bem conversado, mas também seguimos uma lógica: se uma criança está com pneumonia não há como deixar eles fazerem um ritual porque é fumaça para tudo quanto é lado [...] Mas já vi caso de uma criança estar internada e mandarem um avião para buscar o pajé e acho isso legal de se ter, deve ser respeitado (PROF 07).

Outro ponto destacado nas entrevistas refere-se ao fato de alguns profissionais de saúde da rede especializada realizarem contato com a CASAI Cuiabá, informando os casos de pacientes que se encontram em estágio final, para que seja garantido algum ritual caso a etnia os realize nessas condições. Tal fato foi avaliado pelos entrevistados como uma visão diferenciada de alguns poucos profissionais e dos estabelecimentos de saúde, reconhecendo a importância da religiosidade na vida dos pacientes indígenas.

#### *4.2.2 Subdimensão Ambiência*

O critério que aborda a adequação arquitetônica dos serviços especializados de saúde para o uso de redes foi considerado como insatisfatório pelos dados levantados junto aos entrevistados. Segundo estes, as unidades hospitalares de Cuiabá não foram consideradas preparadas arquitetonicamente para tal prática. Destaca-se, nesse critério, que os entrevistados alegaram não ter ocorrido, ao longo desses últimos anos, nenhuma demanda por parte dos usuários indígenas a CASAI Cuiabá e ao DSEI Cuiabá, para cumprimento desse critério. “[...]”

---

<sup>2</sup> Ritual cultural manifestação xamânica

ter o espaço para armar rede isso não existe. Em algumas unidades no interior do estado tem o espaço para realizar o chamado tacuru<sup>3</sup> para fazer o bijú<sup>4</sup>, mas em Cuiabá não tem nenhuma adaptada aos indígenas.” (PROF 10) “[...] em geral penso que eles se adaptam ao local, não me lembro de alguma exigência até porque (*dormir em rede*) é costume, mas não um ritual, é mais costume mesmo” (GT 03, grifo nosso).

Evidencia-se, nos achados levantados, que os pacientes indígenas devem se adaptar à cultura sanitária biomédica prevalente nas unidades de saúde de Cuiabá. Essa discussão, porém, contraria os estudos e pesquisas realizados em todo o mundo, em especial com populações indígenas. Estas pesquisas enfatizam que é necessário constituir serviços de saúde culturalmente sensíveis, visando resgatar a cultura ao centro da relação entre pacientes e serviços de saúde. O conceito de segurança cultural vai além da aprendizagem de informações factuais sobre dieta e necessidades religiosas dos diferentes grupos étnicos. Ou seja, significa um envolvimento com o contexto sócio político de crenças e o reconhecimento de uma variedade de práticas de saúde e que para uma abordagem integral e humana a cultura é um elemento essencial (MCPHERSON et al., 2003; OLIVEIRA, 2002; HAMILTON, 1996).

#### 4.2.3 Subdimensão Relações Inter e Intra-étnica

A terceira subdimensão, que trata da capacitação dos profissionais de saúde dos serviços especializados para atendimento de usuários indígenas foi considerada de forma unânime entre os entrevistados como critério insatisfatório. “Eles [...] não estão preparados para o atendimento dos indígenas, principalmente se não tiver alguém lá. A gente tenta mostrar para eles que tem a cultura, uma equipe, o porquê daquilo” (PROF 02).

Outro ponto evidenciado, foi o reconhecimento por parte dos entrevistados, que ainda há preconceito em relação aos indígenas, o qual é explicitado de forma sutil ou de forma velada tanto pelos profissionais de saúde, quanto pela população em geral que aguarda o atendimento nas unidades especializadas de saúde. Na tentativa de proteger os indígenas, foi relatado que, quando possível, os profissionais da CASAI procuram ‘adequar’ o indígena à cidade, por meio de novas vestimentas consideradas mais apropriadas e cuidando dos hábitos de higiene dos pacientes. Os profissionais de saúde da CASAI Cuiabá que acompanham os indígenas também se sentem discriminados. Eles alegam que esse tipo de tratamento decorre em função das precárias condições de saúde que alguns indígenas apresentam. Muitos

---

<sup>3</sup> Pedras dispostas em formato triangular para assentar panela ao fogo

<sup>4</sup> Bolo enrolado feito de massa de mandioca

profissionais da rede especializada se justificam, ponderando que essa situação poderia ser contornada se houvesse uma assistência básica de qualidade aos mesmos. São feitas acusações aos profissionais da saúde indígena sob a alegação de que os mesmos ganham um ótimo salário e, portanto, as condições de saúde dos povos indígenas deveriam ser melhores.

[...] esses dias uma criança veio a óbito no Pronto Socorro e realmente a criança estava em condições lamentáveis, então chamaram a gente perguntando por que a criança estava naquele estado. Era uma criança Xavante que morreu de escabiose, hoje em dia quem morre de escabiose? Ninguém. De uma certa forma eles não estão errados porque eles não sabem que existe DSEI Xavante, e eles queriam saber a situação da assistência lá na aldeia como está funcionando, porque se existe assistência não era para uma criança estar daquela forma, até aí eu aceito. Mas chegar lá e quererem que a gente resolva tudo, porque o paciente está sem medicação cobram isso da gente, querem que a gente fique no hospital, durma com o paciente no hospital porque a gente ganha muito na idéia deles... eles têm preconceito com relação à gente, e o pior é um órgão público federal (*Hospital Universitário*) que também não paga mal, tem um salário diferenciado, não poderiam falar mal da gente, né? (PROF 03, grifo nosso).

Os profissionais às vezes reclamam pra gente, eu não sei o que tá acontecendo lá na ponta do DSEI Xavante porque nós estamos recebendo muita escabiose, então os profissionais reclamam para a gente. Nós somos o órgão, não interessa se o paciente veio lá de outro DSEI. Às vezes o paciente chega, e a higiene, a gente procura ver antes de mandar, nós temos roupas aqui que foram doadas e quando tem uma consulta e a gente vê que a roupa não tá legal, a gente tem que ver que roupa que serve, a gente se preocupa muito com essa questão de higiene, mas quando chega lá com escabiose e eles vêem que é falta de assistência na aldeia, a gente fica com muita vergonha porque eles falam mesmo. (GT 01).

Às vezes entro numa fila com uma indígena e há aqueles que olham achando bonita, porque tem índios muito bonitos, pintados, e o ser humano é curioso. Mas tem muita gente que olha diferente, sai do banco onde sentamos e isso é feito pela população de uma forma geral. Para quem gosta e trabalha junto com os indígenas sofre muito, é a mesma coisa de estar dando um tapa na cara da gente [...] aí dentro do possível a gente tenta proteger (PROF 07).

Os achados acima também foram identificados por meio dos documentos analisados, em especial nos anos de 2007, 2009 e 2011. Nesses documentos, foram relatados por conselheiros indígenas, queixas quanto à falta de preparo e compreensão de profissionais de saúde dos municípios, no relacionamento com pacientes indígenas e de tratamentos discriminatórios nas unidades de saúde.

Farta literatura confirma que os diferentes povos indígenas, em todo o mundo, citam dificuldades no relacionamento entre pacientes e médicos, além da percepção de indiferença e do tratamento discriminatório na relação com os profissionais dos serviços de saúde. Verificou-se que tais aspectos constituem barreiras, pois os pacientes relutam em procurar os serviços de saúde biomédicos (ALÁRCÓN et. al., 2004; KAHOLOCUAA et. al., 2008; TAYAL, 2003).

No Brasil, as discussões sobre estabelecimentos de saúde hospitalar culturalmente sensíveis aos povos indígenas, com capacidade de atuação dentro de contexto intercultural, foi reconhecida a partir da promulgação da portaria n.º 645 de 27/03/2006 que instituiu o certificado hospital amigo do índio a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde da rede SUS. No entanto, essa portaria nunca foi regulamentada e não se constatou nenhum hospital brasileiro com tal certificação. A ausência dessa discussão no cenário nacional, que já perdura 06 anos, evidencia a fragilidade política do setor para a constituição do resgate da humanização do cuidado e da integralidade da atenção à saúde dos povos indígenas.

#### *4.2.4 Subdimensão Alimentação*

Na temática alimentação, o critério foi considerado parcialmente satisfatório. Foi identificado que a maioria das etnias do estado está acostumada com os hábitos alimentares dos não indígenas, mas ainda há alguns grupos étnicos cujas refeições têm por base alimentos tradicionais como bijú e peixe. A análise evidenciou que, se algum paciente indígena tiver algum hábito alimentar diferenciado e estiver internado, ocasionalmente a instituição hospitalar recorre a CASAI para que essa forneça o alimento aos indígenas internados.

Geralmente eles fazem essa solicitação da alimentação para a Casa de Saúde e mesmo não sendo uma responsabilidade [...] ela termina fornecendo e garantindo essa alimentação para que o paciente não seja prejudicado. Mas

eu digo sempre que quando a CASAI fornece o alimento deve deixar claro que essa não é uma responsabilidade dela e sim do hospital” (PROF 10).

[...] com os Enawenê a gente sofre um pouco de dificuldade em relação à alimentação deles sim. Primeiro porque eles não bebem água pura, a água deles tem que tá com mel. Aí eles chegam aos locais e não tem água com mel para eles beberem, aí disparam a tomar refrigerantes, eles passam o dia inteiro bebendo refrigerante, principalmente coca-cola. E aí não tem a questão do peixe [...] eles não gostam de comer muito frango também, então eu vejo um problema essa questão da alimentação deles fora de seu domicílio.” (PROF 13).

Mas muitas vezes alguns hospitais falam: a gente não tem peixe essa semana. A gente já teve esses problemas e eles perguntam: a CASAI não pode comprar o peixe? Só que a gente não pode esquecer que a responsabilidade da SESAI e do Distrito é a atenção básica nas aldeias, a partir do momento em que ele sai pra rede à responsabilidade é do município e do Estado [...] (GT 02).

Embora tenha sido relatado pelos entrevistados que, nas acomodações da CASAI, os alimentos tradicionais sejam assegurados, os documentos analisados demonstram que, nos anos de 2008, 2010 e 2011 a alimentação oferecida foi alvo de denúncias e debates no CONDISI Cuiabá. As denúncias referiam desde a falta de adequação dos alimentos aos hábitos culturais dos usuários indígenas até a quantidade insuficiente das refeições para o atendimento dos pacientes e seus acompanhantes.

Estudos têm demonstrado que ainda existem sociedades indígenas que mantem um modo tradicional de viver e se alimentar, embora já tenha sido constatado também uma forte transição alimentar. No entanto, essas mudanças vêm, notadamente, acompanhadas do desenvolvimento de distúrbios nutricionais, além de doenças bucais. O estímulo à fomentação de alimentos mais próximos à realidade cultural dos indígenas possibilita também a reafirmação e revalorização de sua identidade étnica (MOURA, et.al., 2010; LÓPEZ, 2012).

Tomando como base os relatos e documentos analisados, não foi constatado que os problemas identificados na dimensão sócio cultural tenham impedido o acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde.

Esse achado também foi constatado num estudo realizado no Canadá. Bhattacharyya et al, 2011 ao pesquisar sobre a percepção dos profissionais de saúde das barreiras de

tratamento do diabetes entre povos indígenas, contataram que os profissionais não citaram barreiras sócio culturais como relevantes no processo de tratamento de saúde dos indígenas canadenses. Os autores asseveram que os profissionais desconheciam, ou não sabem do quanto pode ser significativo o aspecto cultural na discussão da saúde indígena. Segundo eles, faz-se então necessário, implantar uma educação e treinamento sobre o tema da interculturalidade e serviços culturalmente seguros para os profissionais de saúde.

#### *4.3 Dimensão Geográfica*

A dimensão geográfica possui uma única subdimensão com 02 critérios. O primeiro que versa sobre a garantia de transporte da aldeia até a CASAI Cuiabá e desta aos serviços de saúde, foi considerado parcialmente satisfatório; já o segundo critério descreve sobre o tempo de deslocamento interno na cidade de Cuiabá. Os dados levantados permitiram categorizar esse último critério como insatisfatório. A análise geral da dimensão permitiu classificá-la como insatisfatória.

As principais barreiras identificadas nessa dimensão foram: ausência de garantia de transporte entre a aldeia e o município de Cuiabá e quantidade inadequada de veículos e condições precárias dos mesmos, para transporte dos usuários indígenas da CASAI Cuiabá até os serviços de saúde.

O tema transporte, juntamente com a discussão sobre as instalações físicas da CASAI Cuiabá, foi identificado como principal elemento de angústia dos profissionais entrevistados, além de constar farta descrição sobre o assunto nos documentos analisados. Oficialmente, a CASAI Cuiabá dispõe de 02 veículos para transporte tanto de pacientes quanto de funcionários, uma vez que não há transporte público disponível para a região. O transporte público mais próximo fica numa distância de 5 km da instituição. No período da observação e das entrevistas, um dos veículos (Kombi) estava quebrado. Assim, todo o transporte da instituição, tanto de pacientes, acompanhantes e funcionários, foi realizado num único carro (Fiat Uno).

O DSEI Cuiabá se responsabiliza pelo transporte dos pacientes até a CASAI Cuiabá, seja pela via de veículos próprios (carros ou barcos) que ficam nas aldeias/pólos base, ou pelo fornecimento de passagens terrestres a partir de municípios de referência para as aldeias. Somente um município da área de abrangência do DSEI Cuiabá (Rondonópolis) oferece transporte aos pacientes indígenas que precisam deslocar-se até Cuiabá.

Nos demais DSEIS do estado a situação não é muito diferente. Foi relatado que indígenas ligados ao DSEI Vilhena seriam atendidos pelo município de Juína, sendo que este município, por meio de veículo próprio, os transporta juntamente com outros municípios até o município de Cuiabá. Também foi relatado que já houve alguns conflitos entre indígenas e não indígenas nesse transporte. Já os pacientes dos demais distritos são encaminhados por meio de veículos da saúde indígena ou transporte intermunicipal.

A população indígena que fica mais próxima da cidade de Cuiabá reside num município a 32,9 Km da capital. No entanto, é necessário frisar que as aldeias encontram-se localizadas em áreas rurais, frequentemente com distâncias superiores a 100 km dos municípios de origem. Dessa forma, só é possível o acesso terrestre por estradas em condições precárias. Há também muitas aldeias no estado cujo acesso ocorre somente por via fluvial ou aérea.

Alguns critérios foram instituídos pelos gestores do DSEI Cuiabá para transportar pacientes em veículos institucionais: pacientes idosos ou com dificuldade de locomoção possuem prioridade e, nos demais casos, são fornecidas passagens de ônibus. Nestes casos, cabe as aldeias/pólo base providenciar o transporte e levar o paciente até o município onde embarcará em transporte intermunicipal até Cuiabá. Para o desenvolvimento desse trabalho uma empresa foi contratada pelo DSEI Cuiabá para o fornecimento das passagens. A esse respeito a maior parte das reclamações dos profissionais e gestores entrevistados faz referência à demora para expedição do documento, havendo muitos casos em que pacientes perderam procedimentos agendados em Cuiabá em função de tal fato.

Da aldeia é feito em carro do distrito a depender da situação, ou muitas vezes de ônibus também com passagem fornecida pelo distrito, mas nem sempre esse carro está disponível ou tem condições, e nem sempre essa passagem chega a tempo hábil. Então há situações de atraso, há muitas vezes situações em que se perde o agendamento [...] gerando certa insatisfação por parte dos usuários e dos profissionais que os acompanham (PROF 10).

A CASAI Cuiabá está localizada em uma área rural, cujo acesso de, aproximadamente, 05 km a partir de uma avenida principal é feito em estrada de terra, com alguns trechos bastante precários. O fato de a CASAI Cuiabá estar distante da área central do município e dos principais centros especializados de saúde também é apontado como uma barreira do acesso aos serviços de saúde:

[...] é um caos total muito difícil essa distância que para mim é inconcebível, não consigo ver sentido nessa distância, ainda mais hoje nesse trânsito de Cuiabá, cada paciente é num canto e ter um carro só para transportar [...] a maior dificuldade nossa é o transporte (PROF 03).

O deslocamento dos pacientes dentro do município de Cuiabá não é realizado, na maioria das vezes, em menos de 01 hora, devido a alguns fatores como: a distância da CASAI da área central do município, as obras de mobilidade urbana que estão sendo realizadas na cidade e por isso há várias avenidas e ruas interditadas. Essa situação, agravada com um único carro para transporte, tem gerado atritos entre a equipe, gestores e pacientes.

Já perdemos consulta por conta da ausência do carro. Carão nós levamos todo dia dos profissionais, porque a consulta era 13:00 e às vezes chegamos lá só as 15:00 h, aí a gente mente - mas eu acho que nós vamos para o céu assim mesmo - o carro quebrou (PROF 07).

[...] eu tenho vários pacientes que vem de todo o Mato Grosso para cá e a função do gestor que tá lá na [...] logística é me dar um veículo que tenha capacidade de colocar todos estes pacientes dentro dele, e que seja um carro que tenha um mínimo de condição de conforto e de segurança para eu transportar ele daqui pra lá. E o que acontece na realidade, no dia anterior a gente programa todo o nosso dia, digamos que eu tenha 06 consultas amanhã, eu ligo para ele hoje e ele me diz que não tem um carro que caiba 06 pessoas. Aí eu tenho que programar o meu dia para começar mais cedo, a gente acorda as 4:00 h, os pacientes já ficam bravos comigo porque têm que levantar mais cedo [...] Todo mundo acorda mais cedo e vai para a consulta. Só que o carro que eles colocam para gente é um carro de sei lá do ano de 97 que não tem um mínimo de condição de atender uma pessoa. Um carro que o vidro não fecha e as 4:00 h da manhã tá frio para um bebezinho de 2 meses, 06 meses. Não tem condição, uma estrada de poeira como esta entra poeira de todos os lados. E quando for meio dia quando ele retornar, e no calor de Cuiabá, o carro vai estar extremamente quente e a gente vai infelizmente tentar colocar o máximo de pessoas possíveis dentro do carro, para tentar fazer uma viagem só, porque quando for 1 hora eu já tenho mais 6, 7 pessoas que tem que tá lá em Cuiabá para consulta, e eles também não podem perder

a consulta que vieram fazer aqui. É esse estresse todo o dia [...] o paciente fica insatisfeito com a equipe que esta fazendo isso com ele [...] a equipe fica insatisfeita com o gestor que fez isso com ela, e aí fica todo mundo falando mal do outro e ninguém sabe de quem é a culpa. Eu só sei que eu preciso colocar o sistema para funcionar, eu preciso colocar o paciente lá na frente do médico para consultar por que foi para isso que ele veio aqui [...] Eu saio daqui e penso: que coisa chata [...] olha o que o povo faz com o sistema de saúde (PROF 01).

A tabela 17 apresenta as distâncias aproximadas entre a CASAI e as unidades de serviços especializados de Cuiabá, mais utilizados pelos usuários indígenas, segundo relato dos entrevistados.

**Tabela 17 - Distância da CASAI Cuiabá aos estabelecimentos de saúde**

<b>Procedência CASAI Cuiabá</b>	<b>Distância em KM</b>
<b>Destino final</b>	
Hospital de Câncer de Mato Grosso	24,8
Hospital Metropolitano de Várzea Grande	23,4
Hospital Universitário Júlio Müller – HUIJM	22,4
Hospital Geral Universitário – HGU	21,7
Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade – CERMAC	20,4
Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá- HPSMC	20,1
Centro de Especialidades Médicas – CEM	19,6

Fonte: Google Maps

Dos estabelecimentos elencados na tabela verifica-se que apenas 01 possui distância menor de 20 km. Embora aparentemente as distâncias não pareçam ser muito grandes, essas unidades estão localizadas em diferentes regiões do município e até mesmo no município vizinho (Várzea Grande), e há pacientes com procedimentos agendados em pontos extremos da cidade.

Os documentos analisados também demonstram, em todo o período pesquisado, relatos, denúncias e reclamações de profissionais, conselheiros indígenas e mesmo gestores sobre o transporte. Os temas discutidos referem-se sobre as más condições dos veículos

oficiais, a falta de combustível e até dificuldades para liberação de passagens terrestres, ocasionando, conforme alguns depoimentos, na perda do agendamento de consultas e exames.

A questão do transporte em saúde de pessoas é considerado uma das principais barreiras ao acesso dos usuários, em geral, aos serviços de saúde (MENDES, 2011).

Diferentes estudos, também apontam o acesso geográfico como uma grande barreira aos povos indígenas que buscam atendimento nos serviços de saúde. Esse fato decorre da localização das residências dos pacientes que, normalmente, são em áreas rurais, de difícil acesso e distantes dos centros de saúde, em especial os especializados. Na Austrália, há relato da criação de um serviço móvel de atendimento especializado que se desloca até áreas distantes com populações aborígenes, com o intuito de apoiar ações da atenção básica (MENDOZA, 2011; LÓPEZ, 2008; GRUEN, 2002).

Os dados levantados nesta pesquisa demonstraram que o não cumprimento de forma satisfatória dos critérios que compõem essa subdimensão impediu o atendimento de usuários indígenas nos serviços de saúde.

Todas as dimensões estudadas apresentaram problemas que dificultam a acessibilidade da população indígena de Mato Grosso aos serviços de saúde de Cuiabá.

Na dimensão sócio-organizacional foi identificado 01 critério satisfatório e 01 critério insatisfatório, sendo que todos os demais foram classificados como parcialmente satisfatórios. Essa dimensão foi a que apresentou o melhor percentual de satisfação da acessibilidade (50%).

A dimensão sócio-cultural também apresentou 01 critério satisfatório e 01 insatisfatório e os demais foram categorizados como parcialmente satisfatórios, sendo que o percentual geral da dimensão foi de 37,5%.

Os critérios da dimensão geográfica foram classificados como 01 parcialmente satisfatório e 01 insatisfatório. Como o percentual geral da dimensão foi de 25%, foi a única dimensão com avaliação geral analisada como insatisfatória.

A partir da análise geral de todas as dimensões, subdimensões e seus respectivos critérios o percentual alcançado (43,7%), permite categorizar como parcialmente satisfatória as características dos serviços de saúde indígena e dos serviços especializados de Cuiabá na acessibilidade dos usuários indígenas aos serviços de saúde de média e alta complexidade de Cuiabá.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura internacional e brasileira apresenta ampla discussão do problema da acessibilidade aos serviços de saúde, no entanto, ficou evidenciado, no presente estudo, que há uma lacuna da temática no cenário brasileiro quando os sujeitos são usuários indígenas.

A opção para minimizar tal limitação metodológica, foi à utilização do método Delphi para validar conceitos e critérios elaborados para avaliar a acessibilidade de usuários indígenas à rede de serviços de saúde do SUS.

A utilização do método Delphi, nesse estudo, permitiu a validação de um instrumento de avaliação por parte de especialistas de saúde indígena, por meio de uma produção participativa e coletiva. Vale destacar, porém, que a maior contribuição refere-se à validação de dimensões e critérios específicos da saúde indígena brasileira.

Aponta-se como limite do Delphi, a não composição de um grupo de especialistas heterogêneo, com participação de antropólogos, a fim de enriquecer as discussões, em especial da dimensão sócio-cultural.

A aplicação da matriz de avaliação de acessibilidade dos usuários indígenas trouxe evidências de muitos problemas que dificultam ou mesmo impedem o acesso dos indígenas aos serviços especializados de saúde de Cuiabá.

Os resultados mostraram que a dimensão sócio-organizacional, em que foram descritos critérios relativos à organização de serviços de saúde, tanto da rede especializada do SUS Cuiabá, quanto do SASI, revelam melhor percentual de satisfação quanto aos critérios analisados. No entanto, também foi evidenciado, nessa dimensão, que a fragilidade no fluxo estabelecido entre os DSEIS para encaminhamento de pacientes a Cuiabá, e as precárias condições de infraestrutura da CASAI Cuiabá, são barreiras descritas pelos entrevistados e referendadas pelos documentos analisados, como por vezes intransponíveis para os usuários da saúde indígena. Foi inclusive informado que tais condições, em diferentes ocasiões, impediram o deslocamento e o acesso dos pacientes para o tratamento de saúde necessário.

A CASAI Cuiabá, enquanto unidade de apoio da saúde indígena, apesar de atuar de forma precária, sem a qualidade necessária para o total desenvolvimento de suas atividades, ainda assim constitui-se num importante elo para a saúde indígena na sua interrelação com os serviços especializados, proporcionando mais facilidades no acesso dos usuários à rede SUS. Por isso, recomenda-se, a reorganização dos serviços da CASAI Cuiabá, tanto na

normatização de processos de trabalho como no ambiente físico, a fim de que a mesma possa cumprir de forma efetiva e com eficiência suas atribuições.

Nos demais critérios da dimensão sócio-organizacional, classificados como parcialmente satisfatórios, os achados indicam a precária articulação do subsistema de saúde indígena com os demais níveis de atenção do SUS. Apesar de a PNASPI indicar que cabe ao órgão executor da saúde indígena a busca dessa articulação, ficou evidenciado nos achados que não há nenhuma normatização geral da própria SESAI ou dos distritos de como realizar tal tarefa. Por outro lado, embora não fosse o foco dessa pesquisa, também não foi ressaltado se municípios ou estado possui algum tipo de política voltada aos povos indígenas mato-grossenses, sendo relatado pelos entrevistados que as relações travadas entre as esferas de gestão são realizadas muito mais no âmbito pessoal do que no institucional.

Na dimensão sócio-cultural, buscou-se descrever características voltadas para a especificidade dos povos indígenas, sendo que os critérios avaliados foram classificados como parcialmente satisfatórios. Merece destaque o fato dos profissionais da saúde indígena, em especial, os lotados na CASAI Cuiabá, sentirem-se discriminados pelos profissionais dos serviços especializados da rede municipal do SUS Cuiabá. Os documentos analisados, embora não detalhem de forma objetiva as denúncias apresentadas, descrevem também queixas de usuários indígenas, quanto ao tratamento discriminatório nos serviços de saúde, fator esse também muito evidenciado na literatura internacional. Daí a necessária discussão sobre serviços de saúde culturalmente sensíveis e da interculturalidade enquanto norteadora das ações dos diferentes profissionais de saúde em contato com povos indígenas.

Nesse ponto, entende-se que a academia poderia contribuir melhor com tal discussão, recomendando-se a inclusão ou fortalecimento das discussões referentes ao tema da antropologia em saúde nos currículos dos cursos de graduação.

Embora essa dimensão não tenha sido classificada como a pior das 3 analisadas, importante frisar que, a análise da acessibilidade na perspectiva dos usuários é indicada como aspecto importante para trabalhos futuros, sendo uma das limitações do presente estudo.

A ausência de escuta dos profissionais e gestores dos serviços especializados, também poderia trazer elementos novos à discussão da temática. Por isso, outra recomendação pertinente é a elaboração de estudo de percepção do usuário indígena e dos profissionais e gestores da rede especializada, quanto à acessibilidade dos indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá.

A dimensão geográfica foi a que apresentou a pior classificação dentre as estudadas, considerando que os critérios foram avaliados como insatisfatórios. Esse fato é referendado

por outros estudos realizados com populações indígenas, uma vez que a localização dos serviços de saúde nem sempre contemplam as necessidades dessa população. Os problemas relatados nessa dimensão como escassez de carros, localização da CASAI Cuiabá, dificuldades em obter passagens terrestres, foram identificados muitas vezes como aspecto impeditivo do deslocamento de usuários indígenas até a capital do estado, ocasionando também em perdas de consultas e/ou procedimentos e na interrupção do tratamento de saúde do paciente. Essa foi à única dimensão que não apresentou nenhum critério considerado satisfatório.

As barreiras de acessibilidade identificadas nesse estudo demonstram a necessária intervenção do poder público em diferentes esferas da gestão de saúde, a fim de melhor delinear a magnitude do problema e do seu impacto nas condições de saúde dos povos indígenas mato-grossenses. Com base nisso, recomenda-se ainda ao órgão executor da saúde indígena estabelecer regulamentação da PNASPI, visando: constituir serviços de saúde culturalmente sensíveis nos diferentes níveis de atenção do SUS; efetivar normatização de protocolos que garantam a articulação do subsistema de saúde indígena com a rede de média e alta complexidade; efetivar a participação igualitária entre os gestores das diferentes esferas do governo nos colegiados de pactuações locais e da constituição de eventuais colegiados específicos entre gestores da saúde indígena do estado, para garantia de pactuações e normatizações entre os diferentes distritos sanitários.

A análise realizada também permitiu verificar indícios da necessidade de melhoria da atenção básica realizada nas aldeias, no que diz respeito aos aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação, por meio da fomentação e da real implementação de práticas, que possam contribuir para a redução das desigualdades sociais e sanitárias que ainda hoje pesam sobre os povos indígenas.

A incipiência de outros estudos de acessibilidade na área de saúde indígena brasileira não permite à comparação dos resultados aqui apresentados. Somando-se isso, as limitações já descritas, os achados aqui analisados não podem ser extrapolados para todo o universo da população indígena mato-grossense. No entanto, revelam não apenas as barreiras de acessibilidade dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá e do SUS em seus diferentes níveis de atenção, como também a fragilidade do subsistema de saúde indígena, em especial, das condições precárias dos serviços de apoio a saúde indígena oferecidos pelo DSEI Cuiabá.

Finalmente conclui-se que a melhoria da acessibilidade dos usuários indígenas brasileiros constitui-se, então, um desafio a ser enfrentado por diferentes instituições em ações

intersetoriais para a construção da garantia de cuidado integral, com qualidade e humanizado. Barreiras não só geográficas ou organizacionais devem ser transpostas, mas também culturais, de modo a respeitar o modo de vida indígena e suas tradições.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ADAY, L., ANDERSEN, A.R. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, v. 9, p.208-20, 1974.
- 2- ALARCÓN et al. Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuários mapuches y equipos de salud em la IX región, Chile. **Rev. Méd. Chile**, p. 1109-114,2004
- 3- ALMEIDA, P.F. et.al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26 (2), p. 286-298, fev, 2010.
- 4- ANDERSEN, A.R. Revisiting the behavioral model and access to medical care. **Journal of Health and Social Behavior**. Vol. 36, p. 1-10, mar, 1995.
- 5- ARANTES, R et al. Saúde Bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(2), p. 375-384, mar-abr, 2001.
- 6- ASTIGARRAGA, E. **El Método Delphi**. Universidad de Deusto. Curso 2002-2003. San Sebastián, 2003.
- 7- ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: discursos antropológicos e médicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(2), p. 425-431, 2001.
- 8- BASTA, P.C. et.al., Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, L.; PONTES, A.L.(org) **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012, p.60-107.
- 9- BHATTACHARYYA, O.K. et al. Providers' perceptions of barriers to the management of type 2 diabetes in remote Aboriginal settings. **International Journal of Circumpolar Health**, 70:5, 2011.
- 10- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília, DF, 2007.
- 11- BRASIL. Tribunal de Contas da União. Acórdão n.º 402. Relatório de Auditoria Operacional. Relator Min. José Jorge. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 mar. 2009. Disponível em: <http://contas.tcu.gov.br/portaltextual/MostraDocumento?qn=1&doc=23&dpp=30&p=0>. Acesso em: 06 de fev. 2013.
- 12- CARDOSO, A. M. et al. Mortality among Guarani Indians in Southeastern and Southern Brazil, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. S222-S236, 2011. Suplemento 2.
- 13- CHAVES et al. 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, 22 (2), p.295-305, 2006.

- 14- CINTRA, E.V.C.S et al. Fluxo dos Paresi entre os níveis de atenção à saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, Mato Grosso. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.36, n.º 92, p.133-142, jan./mar. 2012.
- 15- CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(4), p.725-737, abr.2010.
- 16- DANTAS, F.L.L. **Perfil de morbidade da população indígena infantil referenciada pela Casa de Saúde Indígena (CASAI) de Rio Branco**. 2010. 136 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Rio Branco.
- 17- DEVER, G. E. A. **Epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira; 1988.
- 18- DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V: 1991.
- 19- DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica**. México: Ed. Biblioteca de la Salud; 1988.
- 20- ERRICO, L.S.P. **Acesso e utilização dos serviços de saúde da população da etnia Xakriabá, norte de Minas Gerais**. 2011. 127p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- 21- FERREIRA, B.L.B.; COELHO, E.M.B. A Aldeia na CASAI: considerações sobre o atendimento de saúde na CASAI Tehtehar – Guajajara em Amarante – MA. **III Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luiz – MA, 28 a 30 de ago. 2007.
- 22- FERREIRA, M.P. **Assistência a Saúde nos Departamentos Regionais de Saúde: um exercício metodológico sobre eficiência e acesso aos serviços de saúde**. 2009. 150 p. Tese (Doutorado em Ciências Médicas)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- 23- FRATINI, J.R.G. et.al. Referência e Contra-Referência: contribuição para integralidade em saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, 7(1), p. 65-72, jan-mar, 2008.
- 24- FUNAI. [homepage na internet]. Brasília. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br>>. Acesso em 28 de abr. 2012
- 25- GALATI, C. B. **Aspectos da saúde bucal de caiçaras e indígenas da região da Estação Ecológica Juréia - Itatins, Iguape**. 2003. 150 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- 26- GARNELO, L et. al. **Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
- 27- GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L.; PONTES, A.L.(org) **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012, p. 18-59.

- 28- GARNELO, L.; BRANDÃO, L.C. Avaliação Preliminar do Processo de Distritalização Sanitária Indígena no Estado do Amazonas. In: COIMBRA JR, et. al. (org.). **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**, Rio de Janeiro, Fiocruz/Abrasco, 2005, p. 235-257.
- 29- GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Organizações Indígenas e descentralização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4), p. 1217-1223, jul-ago, 2005
- 30- GIOVANELLA L., FLEURY S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In: EIBENSCHUTZ (org.), **Política de Saúde: o público e o privado**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- 31- GONÇALVES, L.J.M. **Entre culturas: uma experiência de intermediação em saúde indígena**. 2007. 113 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) USP, SP.
- 32- GORDON, T. J. **The Delphi Method**, AC/UNU Millennium Project, 1994.  
GRUEN, R.L. et.al. Outreach and improved access to specialist services for indigenous people in remote Australia: the requirements for sustainability, **J Epidemiol Community Health**, 2002.
- 33- HAMILTON, J. Multicultural Health Care Requires Adjustments by Doctors and Patients. **CAN MED ASSOC J**, 155 (5), set., 1996.
- 34- HAUTECOEUR, M. et al. Las Barreras de acceso a los servicios de salud em la población indígena de Rabinal em Guatemala. **Salud Publica de México**, vol. 49, nº 2, marzo-abril, 2007.
- 35- HITTA, S.R. **Calidad de Atención em Salud**. OPS, 2.ed, 2010.
- 36- HORTALE, V. et al. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(1): 231-239, jan-mar, 2000.
- 37- IGARZA, R. **Método Delphi: apuntes para una implementación exitosa**, Universidad Austral, 2008.
- 38- KAHOLOCUAA, J.K. et.al. Pacific Islanders’ Perspectives on Heart Failure Management, **National Institutes of Health**, 2008.
- 39- LANGDON, E.J. A Doença como Experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. In: Conferência 30 anos Xingú, 1995, São Paulo. Disponível em: <<http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>>. Acesso em: 24/04/2012.
- 40- LANGDON, E.J., DIEHL E.E. Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde Soc.**; v.16: 19-36, 2007.
- 41- LEVINO, A.; OLIVEIRA, R. M. Tuberculose na população indígena de São Gabriel da Cachoeira, Amazona, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(7): 1728-1732, jul, 2007.

- 42- LÓPEZ, J.E.G. Grado de acceso geográfico a los servicios de salud, **La situación demográfica de México**, 2008.
- 43- LÓPEZ, X. et.al., Visión intercultural de conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación ancestral mapuche em una escuela con programa oficial. **DIAETA** Buenos Aires, 30(138): 17-24, 2012.
- 44- MARQUES, I.M.S.F. **A política de atenção à saúde indígena**: a implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá – Mato Grosso. 2003. 228 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- 45- MCPHERSON, K.M. et.al. Ethnicity, equity, and quality: lessons from New Zealand, **BMJ**, vol. 327, 2003.
- 46- MEDINA, et. al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A. E VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 3. Reimpressão. Salvador-Rio de Janeiro: EDUFBA- FIOCRUZ, 2010, p. 41-63.
- 47- MENDES, E.V. As redes de atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549 p. Disponível em:< <http://apsredes.org>>. Acesso em: 17/09/2012.
- 48- MENDOZA, E. M. Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nível de atención médica. El caso del sureste de Veracruz, México. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, 7 (1): 73-86, Enero-Abril, 2011.
- 49- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria 254 de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 de fev. 2002, p. 46-49.
- 50- MOURA, P.G. et.al., População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. **Rev. Nutr.**, Campinas, 23(3):459-465, maio-jun., 2010.
- 51- NOVO, M. P. Política e Intermedialidade no alto Xingu: do modelo à prática de atenção a saúde indígena. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(7): 1362-1370, jul, 2011.
- 52- OLIVEIRA, F.A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface, Com. Educ. Saude**, 2002.
- 53- OMS. **La Salud de las Poblaciones Indígenas**. Genebra, 2007.
- 54- PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. (Temas em Saúde).
- 55- PEIRIS, D. et. al. Addressing inequities in access to quality health care for indigenous people. **CMAJ**, November 4, 179(10), 2008.

- 56- PELLEGRINI, M. et. al. Análise da Atenção. In: SHANKLAND, A. et. al. (coord.) **Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena: relatório inicial (revisado)**, Consórcio IDS-SSL-CEBRAP, 2009, p. 87-111.
- 57- PENCHANSKY DBA, THOMAS JW. The concept of access– definition and relationship to consumer satisfaction. **Med. Care**, 19:127-40, 1981.
- 58- PEREIRA, K. Descaso da Funasa aumenta índice de mortes de índios. **Midianews**, Cuiabá, 17 de agosto de 2011. Cotidiano/Maus Tratos e Doenças. Disponível em: <<http://www.midianews.com.br/conteudo.php?sid=3&cid=60267&parent=3>>. Acesso em: 17/10/2012.
- 59- PREFEITURA DE CUIABÁ. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Cuiabá, MT, 2010. 27p.
- 60- REIS, E.J.F.B. et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 6 (1), p. 50-61, jan-mar., 1990.
- 61- RIBEIRO, D. **Os Índios e a Civilização**. 7.<sup>a</sup> edição. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
- 62- SANTOS, R. V. et al. Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, LIGIA et.al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008, p. 1035-1056.
- 63- SANTOS, R. V.; COIMBRA JR, C.E.A. Saúde Indígena. In: CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil - **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**, 2008.
- 64- SILVA JÚNIOR, E.S. et. al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10, p.S49-S60, nov. 2010, Suplemento 1.
- 65- SILVA, M.B. Carta de manifesto da ASDEC: manifestamos preocupação diante da dramática situação de saúde em que vivem os povos indígenas dessa região. CIMI Regional Norte I, 26 de outubro de 2011. Disponível em: <<http://www.cimi.org.br/site/pt-br/index.php?system=news&action=read&id=5893>>. Acesso em: 17/10/2012.
- 66- SILVA, R.P.; TANAKA, O.Y. Técnica Delphi: identificando as Competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n.º 3, p. 207-16, set., 1999.
- 67- SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: GIOVANELLA, LIGIA et.al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008, p. 627-641.
- 68- SOUZA et. al. Conferência de Consenso sobre a Imagem- Objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A. E VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. 3. Reimpressão. Salvador-Rio de Janeiro: EDUFBA- FIOCRUZ, 2010, p. 65-102.

- 69- SOUZA, E.C.F. et.al., Acesso e Acolhimento na Atenção Básica: uma análise da percepção de usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24, Sup 1, p. 100-108, 2008.
- 70- SPEDO, S.M. et.al. O difícil acesso aos serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [3], p. 953-972, 2010.
- 71- STARFIELD B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: STARFIELD B (org.), **Atenção primária– equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. p. 45-207.
- 72- STEPHENS, C. et. al. Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for Indigenous health worldwide. **The Lancet** ,vol. 367. Jun., 2006.
- 73- TAYAL, U. UN policy fails to tackle health needs of indigenous people, **BMJ**, vol. 327, 2003.
- 74- TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: Giovanella, Ligia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, Fiocruz, 2008, p. 215-240.
- 75- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: p. 190-198, Suplemento 20, 2004.
- 76- VARGAS, K. D. et al. A (des) articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no Polo-Base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, MT, **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [4], p. 1399-1418, 2010.
- 77- VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.<sup>a</sup> ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2009. p. 531-562.
- 78- VILARINS, G.C.M. Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios. **Com.Ciências Saúde**, Brasília-DF, 21(1): 81-84, 2010.
- 79- WHO. **The Health of Indigenous Peoples**. 1999.
- 80- WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo, **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n.º 12, p. 54-65, 2.º trim/2000.
- 81- YIN, R.K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 2.<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

## **7. APÊNDICES**

## Apêndice A

### Roteiro de entrevista semi estruturada para os profissionais de saúde do DSEI Cuiabá/Casai Cuiabá

Entrevista n.º \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Local da entrevista: \_\_\_\_\_

#### 1. Perfil do profissional de saúde

Idade: \_\_\_\_\_ sexo: ( ) feminino ( ) masculino

Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Titulação profissional: \_\_\_\_\_ Profissão que exerce atualmente: \_\_\_\_\_

Possui alguma experiência de trabalho anterior com populações indígenas?

( ) sim ( ) não Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Recebeu alguma capacitação para atuação em contexto intercultural em saúde?

( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_ Ano de realização: \_\_\_\_\_

Qual a razão de ter escolhido trabalhar com saúde indígena?

#### 2. Dados sobre a acessibilidade

2.1 Como os usuários indígenas são encaminhados a Casai Cuiabá? Relate os fluxos utilizados pelas EMSI.

2.2 A Casai Cuiabá oferece condições apropriadas para a hospedagem dos usuários indígenas? Há servidores em quantidade suficiente? Há materiais, insumos e medicamentos em quantidade suficiente?

2.3 Quais as atividades que são desenvolvidas pela Casai Cuiabá?

2.4 Quais são as maiores dificuldades internas enfrentadas para o trabalho da Casai Cuiabá? E as dificuldades externas?

2.5 Como são estabelecidas as rotinas, normas e protocolos de trabalho da Casai?

2.6 Como atua nas questões culturais, como por exemplo, os rituais religiosos e a restrição alimentar?

2.7 Se um paciente indígena desejar dormir em rede ou esteira num hospital, tal prática é permitida? O ambiente está adequado para tal prática?

2.8 Se um paciente indígena em função de sua cultura tiver alguma restrição alimentar, os serviços de saúde respeitam e adequam a alimentação aos indígenas?

- 2.9 Como atua nos momentos de conflitos inter e intraetnicos?
- 2.10 Qual o tempo médio que os usuários indígenas aguardam para marcação de consulta e/ou exame especializado?
- 2.11 Existe fluxo de encaminhamento normatizado para o usuário indígena da aldeia para o atendimento no município de Cuiabá? Qual?
- 2.12 Os usuários são referenciados nos municípios de origem para o atendimento em Cuiabá? É realizada a contra referência? Quem a realiza?
- 2.13 Existem dificuldades para o atendimento do usuário indígena na área de MAC? Quais?
- 2.14 Existe algum tipo de acolhimento do usuário indígena nos serviços de saúde de Cuiabá? Qual?
- 2.15 Como é realizado o deslocamento do usuário indígena a aldeia até a Casai Cuiabá? E da Casai Cuiabá até os serviços de saúde? Qual o tempo gasto nesse deslocamento?
- 2.16 Se o usuário indígena não fala a língua portuguesa quem o acompanha aos serviços de saúde?
- 2.17 Acredita que os profissionais de saúde dos serviços especializados de Cuiabá são capacitados para atuar com a população indígena?
- 2.18 Em sua opinião quais as maiores barreiras enfrentadas pelos usuários indígenas para atendimento na rede de serviços de saúde de Cuiabá?

## Apêndice B

### Roteiro de entrevista semi estruturada para os gestores de saúde do DSEI Cuiabá/Casai Cuiabá

Entrevista n.º \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Local da entrevista: \_\_\_\_\_

#### 1. Perfil do gestor de saúde

Idade: \_\_\_\_\_ sexo: ( ) feminino ( ) masculino

Estado civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Titulação profissional: \_\_\_\_\_

Possui alguma experiência de trabalho anterior na área de gestão em saúde?

( ) sim ( ) não Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Possui alguma capacitação na área de gestão em saúde?

( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_ Ano de realização: \_\_\_\_\_

Qual a razão de ter escolhido trabalhar na área de gestão em saúde e em especial na saúde indígena?

#### 2. Dados sobre a acessibilidade

2.1 Relate sua experiência de trabalho junto aos usuários indígenas.

2.2 Quais as maiores dificuldades externas enfrentadas pela gestão da saúde indígena?  
E as maiores dificuldades internas?

2.3 Quem estabelece os fluxos para o atendimento dos usuários indígenas? Como está instituída a relação entre os municípios e o DSEI Cuiabá?

2.4 Como os usuários indígenas são encaminhados a Casai Cuiabá? Relate os fluxos utilizados pelas EMSI.

2.5 A Casai Cuiabá oferece condições apropriadas para a hospedagem dos usuários indígenas? Há servidores em quantidade suficiente? Há materiais, insumos e medicamentos em quantidade suficiente?

2.6 Quais as atividades que são desenvolvidas pela Casai Cuiabá?

2.7 Quais são as maiores dificuldades internas enfrentadas para o trabalho da Casai Cuiabá? E as dificuldades externas?

2.8 Como são estabelecidas as rotinas, normas e protocolos de trabalho da Casai?

2.9 Como a equipe é orientada para atuar em questões culturais, como por exemplo, os rituais religiosos e a restrição alimentar?

- 2.10 Se um paciente indígena desejar dormir em rede ou esteira num hospital, tal prática é permitida? O ambiente está adequado para tal prática?
- 2.11 Se um paciente indígena em função de sua cultura tiver alguma restrição alimentar, os serviços de saúde respeitam e adequam a alimentação aos indígenas?
- 2.12 Há conflitos inter e intraétnicos na Casai Cuiabá? Como a equipe atua nessas situações?
- 2.13 Existem dificuldades enfrentadas pelo usuário indígena na área de MAC? Quais?
- 2.14 Qual o tempo médio que os usuários indígenas aguardam para marcação de consulta e/ou exame especializado?
- 2.15 Os usuários são referenciados nos municípios de origem para o atendimento em Cuiabá? É realizada a contra referência? Quem a realiza?
- 2.16 Existe algum tipo de acolhimento do usuário indígena na Casai Cuiabá e nos serviços de saúde de Cuiabá? Qual?
- 2.17 Como é realizado o deslocamento do usuário indígena da aldeia até a Casai Cuiabá? E da Casai Cuiabá até os serviços de saúde? Qual o tempo gasto nesse deslocamento?
- 2.18 Se o usuário indígena não fala a língua portuguesa quem o acompanha aos serviços de saúde?
- 2.19 Acredita que os profissionais de saúde dos serviços especializados de Cuiabá são capacitados para atuar com a população indígena?
- 2.20 Em sua opinião quais as maiores barreiras enfrentadas pelos usuários indígenas para atendimento na rede de serviços de saúde de Cuiabá?

## Apêndice C

### Perfil dos profissionais e gestores entrevistados

**Tabela 1 – Número e percentual de profissionais e gestores segundo o sexo, Cuiabá-MT.**

Sexo	Profissionais		Gestores	
	n.º	%	n.º	%
Masculino	02	15,39	03	60
Feminino	11	84,61	02	40
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>05</b>	<b>100</b>

**Tabela 2 – Número e percentual de profissionais e gestores segundo o estado civil, Cuiabá-MT.**

Estado Civil	Profissionais		Gestores	
	n.º	%	n.º	%
Casado/a	06	46,15	02	40
União Estável	-	-	01	20
Solteiro/a	06	46,15	01	20
Divorciado/a	01	7,70	01	20
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>05</b>	<b>100</b>

**Tabela 3- Número e percentual de profissionais e gestores segundo a idade, Cuiabá-MT**

Idade	Profissionais		Gestores	
	n.º	%	n.º	%
25 - 35	09	69,24	-	-
36 - 45	01	7,69	02	40
46 - 55	01	7,69	02	40
56 - 65	02	15,38	01	20
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>05</b>	<b>100</b>

**Tabela 4 – Número e percentual de profissionais e gestores segundo escolaridade, Cuiabá-MT.**

Escolaridade	Profissionais		Gestores	
	n.º	%	n.º	%
Nível Superior Completo	08	61,54	01	20
Nível Superior Incompleto	02	15,38	-	-
Ensino Médio	03	23,08	04	80
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>05</b>	<b>100</b>

**Tabela 5 – Número e percentual de profissionais e gestores segundo experiência anterior de trabalho na área de saúde indígena/ gestão em saúde**

Experiência anterior de trabalho na saúde indígena/ gestão saúde	Profissionais		Gestores	
	n.º	%	n.º	%
<b>SIM</b>	07	53,85	01	20
<b>NÃO</b>	06	46,15	04	80
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>05</b>	<b>100</b>

**Tabela 6– Número e percentual de profissionais segundo motivação de trabalho na área de saúde indígena**

<b>Motivação de trabalho na saúde indígena</b>	<b>Profissionais</b>	
	<b>n.º</b>	<b>%</b>
<b>Profissional e/ou familiar teve contato ou trabalhou com populações indígenas e indicou ou motivou o trabalho na área</b>	04	30,78
<b>Identificação de trabalho com a área de saúde indígena</b>	01	7,69
<b>Estava desempregado</b>	01	7,69
<b>Salário</b>	01	7,69
<b>Primeira Oportunidade de emprego</b>	01	7,69
<b>Oportunidade de mudança de domicílios</b>	01	7,69
<b>Concurso Público</b>	01	7,69
<b>Local necessitava de profissional de saúde</b>	01	7,69
<b>Não sabe</b>	02	15,39
<b>TOTAL</b>	13	100

**Tabela 7– Número e percentual de gestores segundo motivação de trabalho na área de gestão em saúde**

<b>Motivação de trabalho na área de gestão em saúde</b>	<b>Profissionais</b>	
	<b>n.º</b>	<b>%</b>
<b>Oportunidade de contribuir na área de gestão</b>	01	20
<b>Sonho em trabalhar com saúde indígena</b>	01	20
<b>Convite e/ou indicação por terceiros</b>	02	40
<b>Capacidade técnica para o trabalho</b>	01	20
<b>TOTAL</b>	<b>05</b>	<b>100</b>

## Apêndice D

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Pesquisa:** Acessibilidade dos Usuários Indígenas do DSEI Cuiabá.

O presente estudo tem por objetivo avaliar a acessibilidade dos usuários indígenas do DSEI Cuiabá aos serviços de média e alta complexidade do município de Cuiabá. Os benefícios do estudo consistem na identificação, análise e avaliação das ações de acessibilidade voltadas para o atendimento da população indígena. A partir dos resultados da pesquisa será possível disponibilizar informações sob o formato de relatórios de pesquisa que possam colaborar com a realização de um plano de trabalho específico para aprimorar a atenção à saúde indígena no Estado de Mato Grosso. As entrevistas serão gravadas por meio de áudio digital e posteriormente transcritas para a análise e ficarão sob a posse da pesquisadora até o término da pesquisa e posteriormente deletadas.

Gostaríamos de contar com sua participação voluntária como informante-chave, sendo ressaltado que os participantes não pagarão para participar do estudo e também não haverá nenhum tipo de remuneração ou gratificação para participar da pesquisa. Em nenhuma hipótese haverá qualquer tipo de ônus para o informante em decorrência da participação ou não no estudo, bem como em relação às respostas apresentadas, além de ser resguardado o anonimato dos participantes.

Os dados coletados e os resultados da pesquisa serão apresentados através de relatórios de pesquisa, artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos.

O (A) senhor (a) poderá tirar suas dúvidas ou até mesmo desistir de participar de qualquer etapa da pesquisa, mesmo após ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Declaro ter sido informado (a), verbalmente e por escrito, sobre a pesquisa acima citada e autorizo espontaneamente a utilização das minhas respostas na pesquisa, submetendo-me ao questionário, uma vez que foi garantido o meu anonimato.

\_\_\_\_\_ Data \_\_/\_\_/\_\_.

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

Pesquisadora Responsável:

Nome: Silvana Cardoso Gomes

Endereço: Rua 82 Quadra 30 n.º 13 setor 01 CPA 03 Cuiabá-MT

Fones: (65) 9976-1581/ (65) 9272-2520.

## Apêndice E

**Tabela 8 - Matriz de dimensões, critérios e graduações para análise das ações de acessibilidade a serviços de saúde de média e alta complexidade do município de Cuiabá.**

Dimensão	Sub dimensão	Critérios	Gradações			Pontuação Máxima
			Satisfatório	Parcialmente Satisfatório	Insatisfatório	
Sócio organizacional	Sistema de Referência e Contra-referência	Regulação dos pacientes indígenas aos serviços de média e alta complexidade de Cuiabá pelos municípios de origem da aldeia	Os pacientes indígenas são regulados aos serviços de saúde de média e alta complexidade de Cuiabá pelos municípios de origem da aldeia (10 pontos).	A maioria dos pacientes indígenas é regulado para os serviços de saúde de média e alta complexidade de Cuiabá, pelos municípios de origem das aldeias, mas ainda há casos de pacientes encaminhados a CASAI Cuiabá sem a devida regulação (5 pontos)	Os pacientes indígenas não são regulados para os serviços de saúde de média e alta complexidade de Cuiabá pelos municípios de origem das aldeias e são encaminhados para a CASAI Cuiabá (0 ponto).	10
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente entre os DSEIS para encaminhamento de	Há fluxo estabelecido institucionalmente entre os DSEIS para	Há fluxo estabelecido, porém não normatizado e/ou não respeitado entre os DSEIS para	Não há fluxo estabelecido institucionalmente entre os DSEIS para	10

	usuários a Casai Cuiabá.	encaminhamento de pacientes a CASAI Cuiabá (10 pontos).	encaminhamento de pacientes a CASAI Cuiabá (5 pontos)	encaminhamento de pacientes a CASAI Cuiabá (0 ponto).	
	Existência de fluxo estabelecido institucionalmente pelo DSEI Cuiabá em articulação com os municípios de sua área de abrangência	Há fluxo estabelecido institucionalmente entre o DSEI Cuiabá e todos os municípios de sua área de abrangência para acesso dos usuários indígenas aos diferentes níveis de atenção do SUS (10 pontos).	Há fluxo estabelecido institucionalmente entre o DSEI Cuiabá e alguns municípios de sua área de abrangência para acesso dos usuários indígenas aos diferentes níveis de atenção do SUS (05 pontos).	Não há fluxo estabelecido institucionalmente entre o DSEI Cuiabá e os municípios de sua área de abrangência para acesso dos usuários indígenas aos diferentes níveis de atenção do SUS (0 pontos).	10
	Retorno dos pacientes indígenas com a contra referência preenchida em formulário específico pelos profissionais dos serviços de saúde de Cuiabá	Os pacientes indígenas recebem contra referência preenchida em formulário específico pelos profissionais dos serviços de saúde de Cuiabá (10 pontos)	A contra referência dos pacientes indígenas é realizada somente pela CASAI Cuiabá em formulário específico do estabelecimento (05 pontos).	Não é realizada nenhuma contra referência, tanto pelos serviços de saúde de Cuiabá, quanto pela CASAI Cuiabá, para os pacientes indígenas que foram atendidos nos serviços de saúde de Cuiabá (0 ponto).	10
<b>Serviço de Apoio ao</b>	Adequação arquitetônica da	A CASAI Cuiabá possui instalações	A CASAI Cuiabá possui adequação	A CASAI Cuiabá não possui	10

<b>usuário indígena: Casai Cuiabá</b>	CASAI para o uso de redes e/ou esteiras para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas	adequadas arquitetonicamente para o uso de rede e esteiras (10 pontos).	arquitetônica, porém as instalações físicas não estão adequadas para a hospedagem de pacientes indígenas (05 pontos)	instalações adequadas arquitetonicamente para o uso de rede e esteiras (0 pontos).	
	Presença de acompanhantes para os usuários indígenas que não falam a língua portuguesa na CASAI e no acompanhamento aos serviços de saúde.	É garantida a presença dos acompanhantes para os usuários indígenas que não falam a língua portuguesa em todas as etapas de sua hospedagem na CASAI Cuiabá e de seu tratamento nos serviços de especializados de saúde (10 pontos).	É garantida a presença dos acompanhantes para os usuários indígenas que não falam a língua portuguesa somente em algumas etapas de sua permanência no município de Cuiabá (5 pontos).	Não é garantida a presença dos acompanhantes para os usuários indígenas que não falam a língua portuguesa nas etapas de sua hospedagem na CASAI Cuiabá e de seu tratamento nos serviços de especializados de saúde (0 ponto).	10
	Cumprimento de todas as atribuições previstas na Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e institucionalização das rotinas e protocolos de trabalho	Todas as atribuições previstas na PNASPI são cumpridas e foram instituídas rotinas e protocolos de trabalho na CASAI Cuiabá (10 pontos)	Algumas atribuições previstas na PNASPI são cumpridas e algumas rotinas e protocolos de trabalho foram instituídos na CASAI Cuiabá (5 pontos)	Não há cumprimento das atribuições previstas na PNASPI e não há instituídas rotinas e protocolos de trabalho na CASAI Cuiabá (0 ponto).	10
	Capacitação dos profissionais da	A maioria dos profissionais	Apenas a minoria dos profissionais	Não há profissionais que	10

		CASAI para atuação em contexto intercultural.	receberam algum tipo de capacitação para atuação em contexto intercultural (10 pontos)	receberam algum tipo de capacitação para atuação em contexto intercultural (5 pontos).	receberam algum tipo de capacitação para atuação em contexto intercultural (0 ponto)	
		Tempo de espera entre a marcação do procedimento e/ou consulta especializada e o atendimento entre 1 semana e 3 meses	Todos as consultas/exames especializados são agendados para atendimento entre 1 semana e 3 meses (10 pontos)	Algumas ou a maioria das consultas/exames especializados são agendados para atendimento entre 1 semana e 3 meses (5 pontos)	Não há agendamento de consultas/exames especializados para atendimento entre 1 semana e 3 meses (0 ponto).	10
	<b>Organização dos serviços de saúde</b>	Tempo de espera para ser atendido na realização do procedimento (consulta e/ou exame) em menos de 1 hora	Todos os pacientes indígenas aguardam no máximo até 1 hora para início de atendimento nos serviços de saúde de Cuiabá (10 pontos).	Alguns pacientes indígenas aguardam no máximo até 1 hora para início de atendimento nos serviços de saúde de Cuiabá (05 pontos).	Nenhum paciente indígena consegue atendimento nos serviços de saúde de Cuiabá em menos de 1 hora de espera (0 ponto)	10
<b>TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO</b>						<b>100</b>
		Garantia de realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas nos serviços especializados de saúde.	Os serviços de saúde garantem a realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas em suas instalações prediais (10 pontos)	Alguns serviços de saúde garantem a realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas em suas instalações prediais (05 pontos)	Os serviços de saúde não garantem a realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas em suas instalações prediais (0 ponto)	10
<b>Sócio cultural</b>	<b>Religiosidade</b>					
	<b>Ambiência</b>	Adequação arquitetônica dos serviços de saúde	Os serviços de saúde estão adequados arquitetonicamente	Alguns serviços de saúde estão adequados	Não há serviços de saúde adequados arquitetonicamente	10

	especializados para o uso de redes para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas hospitalares.	para o uso de redes para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas hospitalares (10 pontos)	arquiteticamente para o uso de redes para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas hospitalares (05 pontos)	para o uso de redes para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas hospitalares (0 ponto).	
<b>Relações inter e intra-étnicas</b>	Capacitação dos profissionais dos serviços de saúde especializados para atuação em contexto intercultural	Os profissionais dos serviços de saúde especializados possuem capacitação e habilidade para atuação em contexto intercultural (10 pontos).	Alguns profissionais dos serviços de saúde especializados possuem capacitação e habilidade para atuação em contexto intercultural (5 pontos).	Não há profissionais dos serviços de saúde especializados que possuam capacitação e habilidade para atuação em contexto intercultural (0 ponto).	10
<b>Alimentação</b>	Alimentação adequada aos hábitos alimentares e dieta dos usuários indígenas	Há fornecimento de alimentação adequada aos hábitos alimentares e dieta dos usuários indígenas na CASAI Cuiabá e nos serviços de saúde especializados (10 pontos)	Há fornecimento de alimentação adequada aos hábitos alimentares e dieta dos usuários indígenas na CASAI Cuiabá, porém não há garantia nos serviços de saúde especializados ou vice-versa (5 pontos)	Não há fornecimento de alimentação adequada aos hábitos alimentares e dieta dos usuários indígenas na CASAI Cuiabá e nem nos serviços de saúde especializados (0 ponto)	10

**TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO**

**40**

<b>Geográfica</b>	<b>Acesso Geográfico</b>	Existência de transporte proporcionado pelo DSEI Cuiabá ou o município de origem da aldeia até a CASAI, e transporte proporcionado pelo DSEI Cuiabá entre a CASAI e os serviços de saúde	Há garantia de transporte proporcionado pelo DSEI Cuiabá ou o município de origem da aldeia até a CASAI e há garantia de transporte proporcionado pelo DSEI Cuiabá entre a CASAI e os serviços de saúde (10 pontos).	Há garantia de transporte proporcionado pelo DSEI Cuiabá ou o município de origem da aldeia até a CASAI e não há garantia de transporte proporcionado pelo DSEI Cuiabá entre a CASAI e os serviços de saúde ou vice-versa (05 pontos).	Não há garantia de transporte proporcionado pelo DSEI Cuiabá ou o município de origem da aldeia até a CASAI e não há garantia de transporte proporcionado pelo DSEI Cuiabá entre a CASAI e os serviços de saúde (0 ponto).	10
		Tempo de deslocamento da Casai para os serviços de saúde inferior a 1 hora.	Todos os deslocamentos a partir da CASAI Cuiabá até os serviços especializados de saúde são realizados em tempo inferior a 1 hora (10 pontos)	Alguns deslocamentos a partir da CASAI Cuiabá até os serviços especializados de saúde são realizados em tempo inferior a 1 hora (5 pontos)	Nenhum deslocamento a partir da CASAI Cuiabá até os serviços especializados de saúde são realizados em tempo inferior a 1 hora (0 ponto)	10
<b>TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO</b>						<b>20</b>
<b>TOTAL GERAL DE PONTOS</b>						<b>160</b>

## Apêndice F

**Tabela 10- 1.ª rodada Delphi Saúde Indígena - Resultado**

<b>Dimensão</b>	<b>Sub dimensão</b>	<b>Crítérios</b>	<b>Média Geral dos Especialistas</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Sócio organizacional</b>	<b>Sistema de Referência e Contra-referência</b>	Regulação dos pacientes indígenas aos serviços de média e alta complexidade de Cuiabá pelos municípios de origem da aldeia	9,6	0,8
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente entre os DSEIS para encaminhamento de usuários a Casai Cuiabá.	9,6	0,8
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente pelo DSEI Cuiabá em articulação com os municípios de sua área de abrangência	9,8	0,4
	<b>Serviço de Apoio ao usuário indígena: Casai Cuiabá</b>	Retorno dos pacientes indígenas com a contra referência preenchida em formulário específico pelos profissionais dos serviços de saúde de Cuiabá	9,1	2,0
		Adequação arquitetônica da CASAI para o uso de redes e/ou esteiras para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas	9,5	0,8
		Presença de tradutores para os usuários indígenas que não falam a língua portuguesa na Casai e no acompanhamento aos serviços de saúde.	9,6	0,8

		<b>Existência de espaço exclusivo na CASAI para realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas</b>	<b>8,1</b>	<b>3,2</b>
		Cumprimento de todas as atribuições previstas na Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e institucionalização das rotinas e protocolos de trabalho	8,8	2,0
		Capacitação dos profissionais da CASAI para atuação em contexto intercultural e para mediar conflitos inter e intra-étnicos	9,3	1,6
		<b>Presença de serviços ou dispositivos de escuta qualificada aos usuários indígenas ao interior dos serviços de saúde.</b>	<b>4,4</b>	<b>2,1</b>
	<b>Organização dos serviços de saúde</b>	Tempo de espera entre a marcação do procedimento e/ou consulta especializada e o atendimento entre 1 semana e 3 meses	9,3	1,0
		Tempo de espera para ser atendido na realização do procedimento (consulta e/ou exame) em menos de 1 hora	8,3	1,8
	<b>Religiosidade</b>	<b>Existência de espaço exclusivo nos serviços de saúde especializados para realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas</b>	<b>5,3</b>	<b>3,8</b>
<b>Sócio cultural</b>	<b>Ambiência</b>	Adequação arquitetônica dos serviços de saúde especializados para o uso de redes e/ou esteiras para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas hospitalares.	7,6	2,5
	<b>Relações inter e intra-étnicas</b>	Capacitação dos profissionais dos serviços de saúde especializados para atuação em contexto intercultural	9,0	2,0

	<b>Alimentação</b>	Alimentação adequada aos hábitos alimentares e dieta dos usuários indígenas	9,6	0,8
<b>Geográfica</b>	<b>Acesso Geográfico</b>	Existência de transporte proporcionado pelo DSEI Cuiabá entre a aldeia até a CASAI e transporte proporcionado pelo DSEI Cuiabá entre a CASAI e os serviços de saúde	9,3	1,2
		Tempo de marcha da Casai para os serviços de saúde inferior a 30 minutos.	7,8	1,4

---

## Apêndice G

**Tabela 11- 2.<sup>a</sup> rodada Delphi Saúde Indígena - Resultado**

<b>Dimensão</b>	<b>Sub dimensão</b>	<b>Crítérios</b>	<b>Média Geral dos Especialistas</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Sócio organizacional	Serviço de Apoio ao usuário indígena: Casai Cuiabá	Existência de espaço exclusivo na CASAI para realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas	6,0	5,2
Sócio cultural	Religiosidade	Existência de espaço exclusivo nos serviços de saúde especializados para realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas*	2,4	1,6

## Apêndice H

**Tabela 12 - Matriz de dimensões e critérios para análise das ações de acessibilidade a serviços de saúde de média e alta complexidade do município de Cuiabá - pontuação obtida, classificação final por critério, dimensão e resultado final.**

Dimensão	Sub dimensão	Critérios	Pontuação		Fonte de Evidência	Classificação final
			Pontos	%		
Sócio organizacional	Sistema de Referência e Contra-referência	Regulação dos pacientes indígenas aos serviços de média e alta complexidade de Cuiabá pelos municípios de origem da aldeia	5	50	Entrevistas e documentos	Parcialmente satisfatório
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente entre os DSEIS para encaminhamento de usuários a Casai Cuiabá.	5	50	Entrevistas e documentos	Parcialmente satisfatório
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente pelo DSEI Cuiabá em articulação com os	5	50	Entrevistas e documentos	Parcialmente satisfatório

	municípios de sua área de abrangência				
	Retorno dos pacientes indígenas com a contra referência preenchida em formulário específico pelos profissionais dos serviços de saúde de Cuiabá	5	50	Entrevistas	Parcialmente satisfatório
	Adequação arquitetônica da CASAI para o uso de redes e/ou esteiras para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas	5	50	Entrevistas, documentos e observação	Parcialmente satisfatório
<b>Serviço de Apoio ao usuário indígena: Casai Cuiabá</b>	Presença de acompanhantes para os usuários indígenas que não falam a língua portuguesa na CASAI e no acompanhamento aos serviços de saúde.	5	50	Entrevistas e observação	Parcialmente satisfatório
	Cumprimento de todas as atribuições previstas na Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e	5	50	Entrevistas e observação	Parcialmente satisfatório

		institucionalização das rotinas e protocolos de trabalho				
		Capacitação dos profissionais da CASAI para atuação em contexto intercultural.	10	100	Entrevistas e documentos	Satisfatório
	<b>Organização dos serviços de saúde</b>	Tempo de espera entre a marcação do procedimento e/ou consulta especializada e o atendimento entre 1 semana e 3 meses	5	50	Entrevistas	Parcialmente satisfatório
		Tempo de espera para ser atendido na realização do procedimento (consulta e/ou exame) em menos de 1 hora	0	0	Entrevistas	Insatisfatório
		<b>Total da Dimensão</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	-	<b>Parcialmente satisfatória</b>
<b>Sócio cultural</b>	<b>Religiosidade</b>	Garantia de realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas nos serviços especializados de saúde.	10	100	Entrevistas	Satisfatório

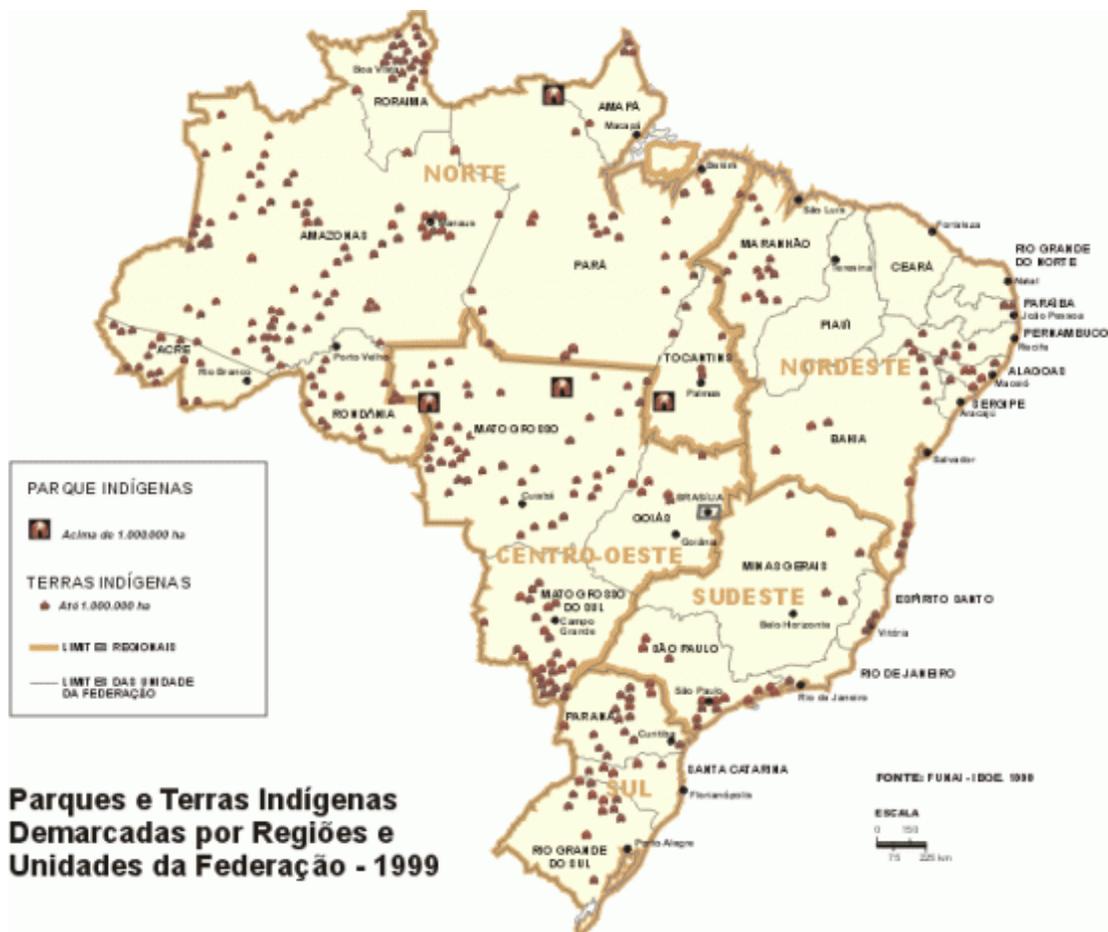
	<b>Ambiência</b>	Adequação arquitetônica dos serviços de saúde especializados para o uso de redes para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas hospitalares.	0	0	Entrevistas	Insatisfatório
	<b>Relações inter e intra-étnicas</b>	Capacitação dos profissionais dos serviços de saúde especializados para atuação em contexto intercultural	0	0	Entrevistas e documentos	Insatisfatório
	<b>Alimentação</b>	Alimentação adequada aos hábitos alimentares e dieta dos usuários indígenas	5	50	Entrevistas	Parcialmente satisfatório
	<b>Total da Dimensão</b>		<b>15</b>	<b>37,5</b>	-	Parcialmente satisfatório
<b>Geográfica</b>	<b>Acesso Geográfico</b>	Existência de transporte proporcionado pelo DSEI Cuiabá ou o município de origem da aldeia até a CASAI, e transporte proporcionado pelo DSEI Cuiabá entre a CASAI e os serviços	5	50	Entrevistas e documentos	Parcialmente satisfatório

de saúde Tempo de deslocamento da Casai para os serviços de saúde inferior a 1 hora.	0	0	Entrevistas, documentos e observação	Insatisfatório
<b>Total da Dimensão</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	-	<b>Insatisfatório</b>
<b>Total Geral</b>	<b>70</b>	<b>43,7</b>		<b>Parcialmente Satisfatório</b>

## **8. ANEXOS**

## ANEXO A

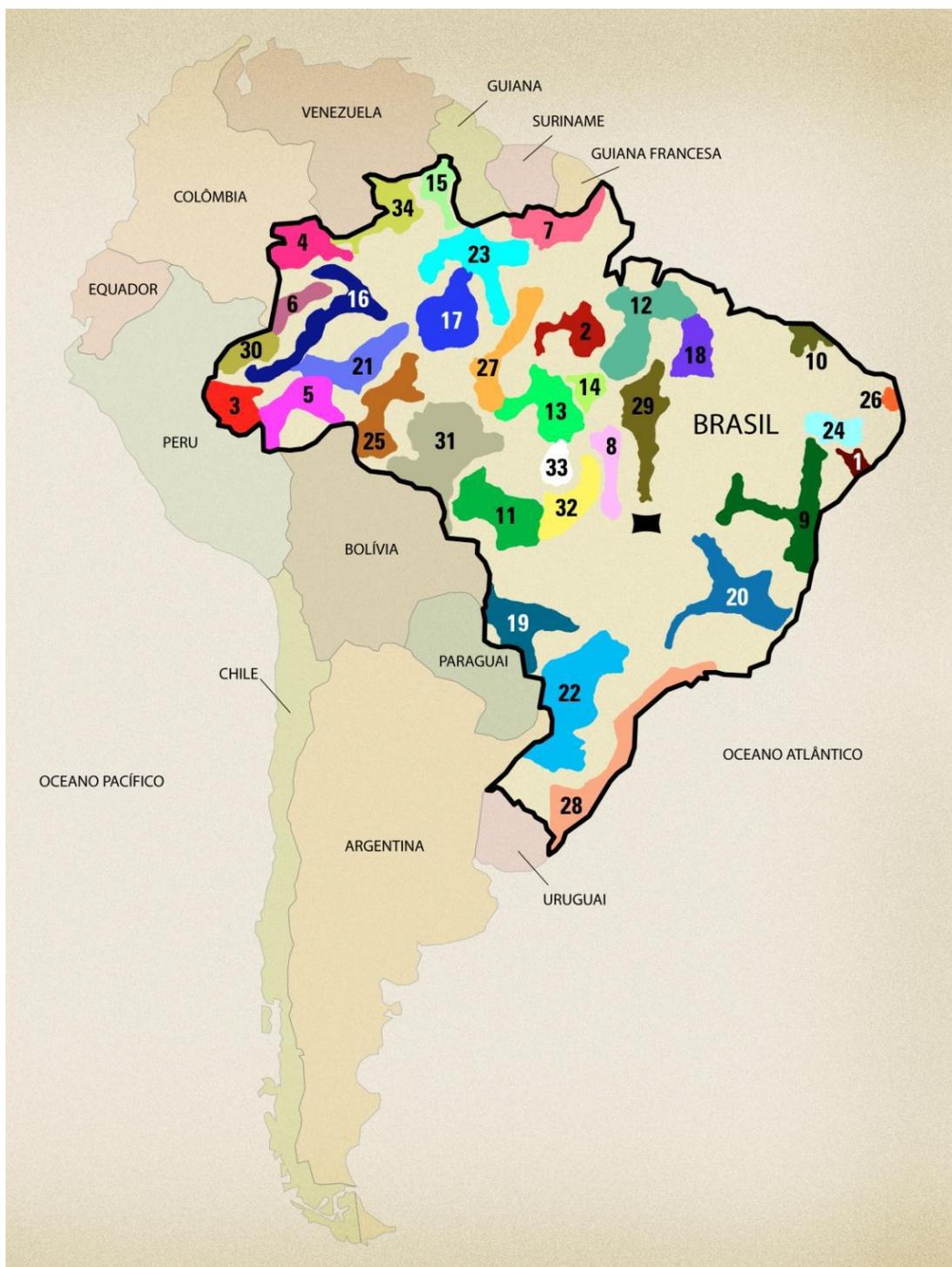
FIGURA 1 - Parques e Terras Indígenas



Fonte: IBGE

## ANEXO B

FIGURA 2- Mapa de Localização dos 34 DSEIS no Brasil



Fonte: SESAI

## ANEXO C

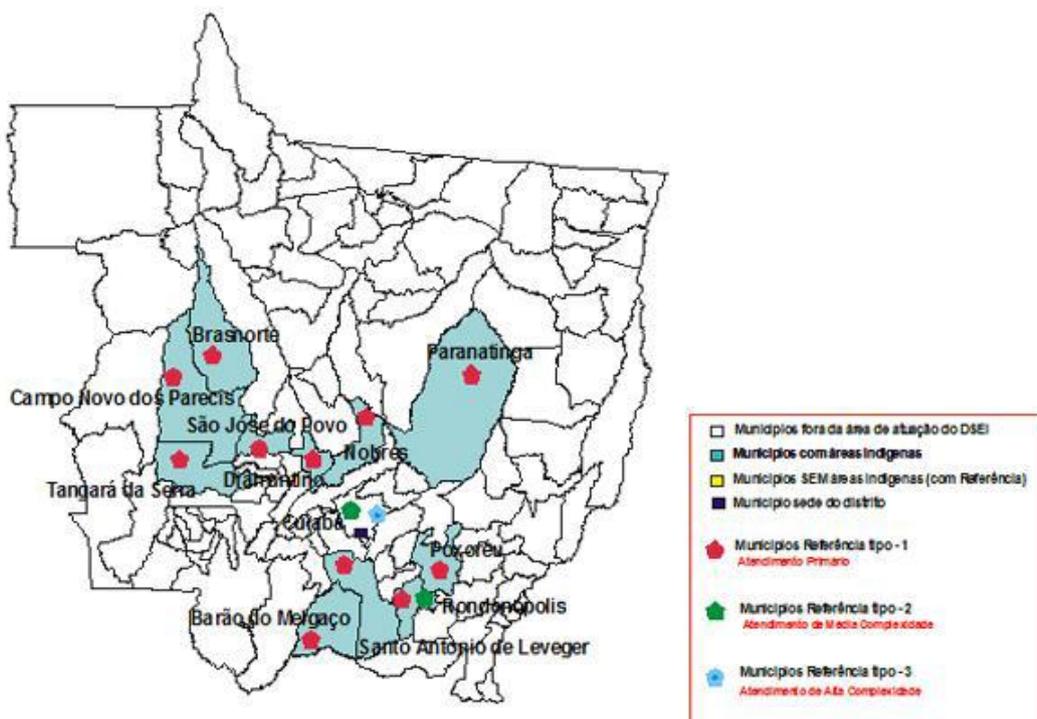
Figura 3 - Organização Interna de um DSEI e Fluxo de Atenção à Saúde



FONTE: SESAI

## ANEXO D

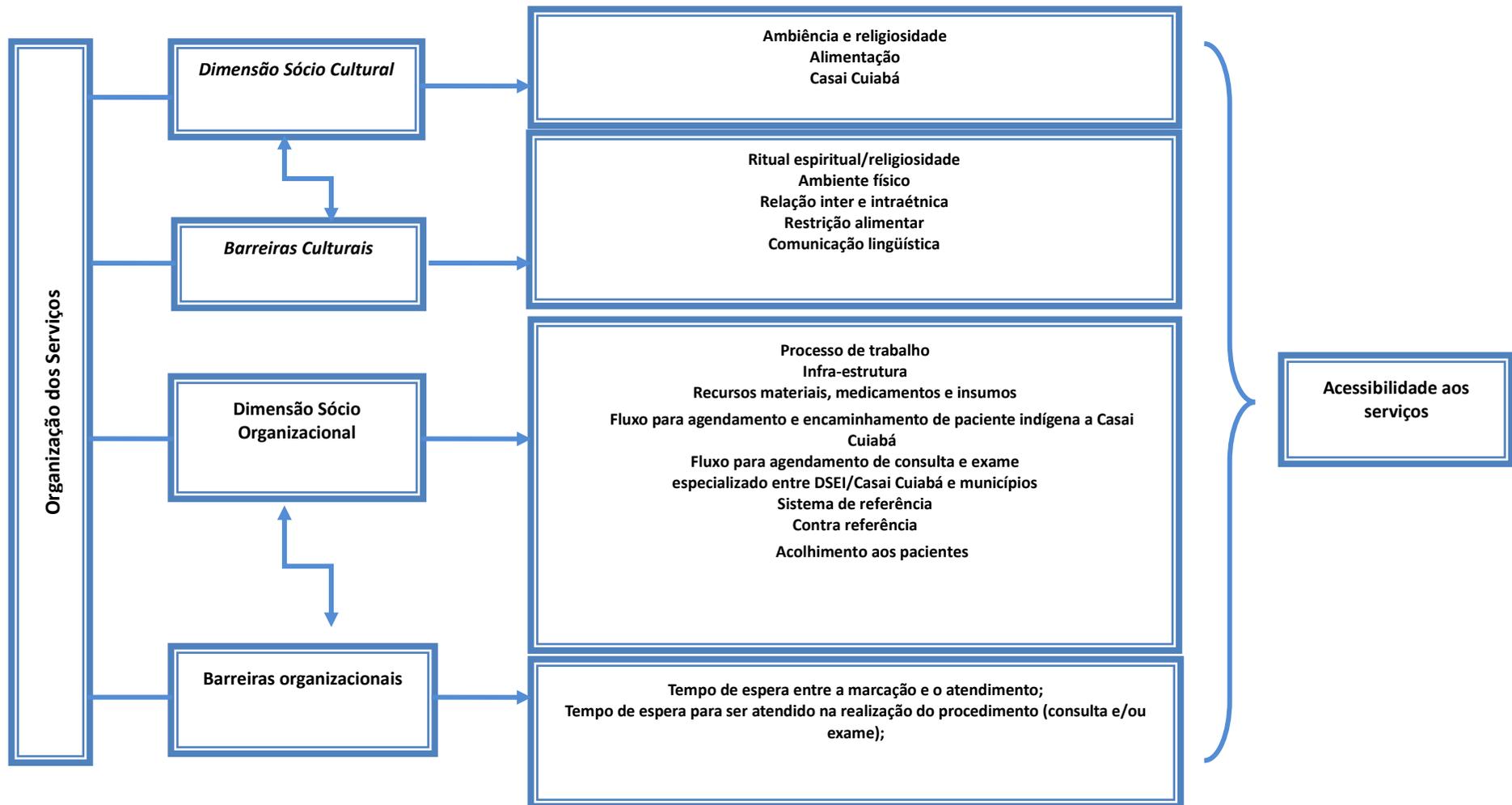
Figura 4 - Mapa DSEI Cuiabá



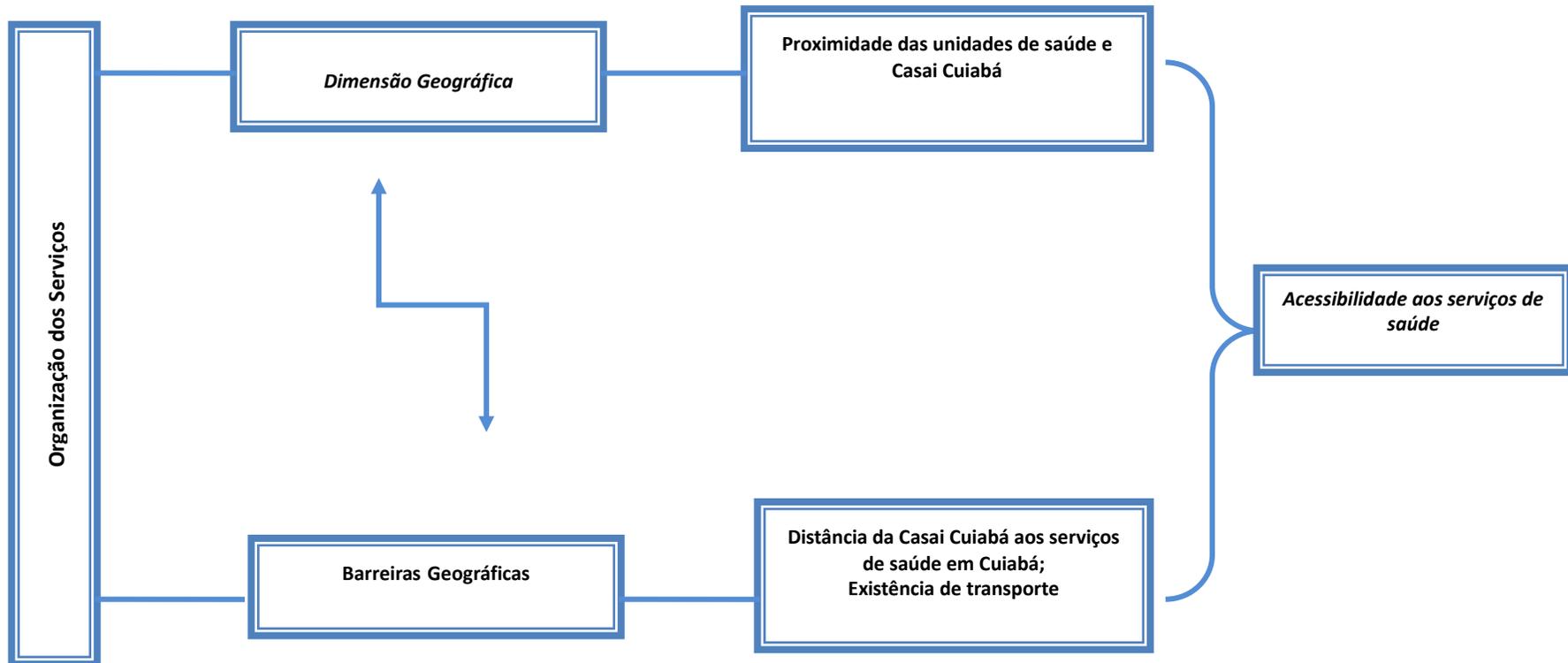
FONTE: SESAI

## ANEXO E

Figura 5 - Modelo teórico lógico de acessibilidade dos usuários indígenas aos serviços de média e alta complexidade\*



\*Modelo adaptado de CUNHA e VIEIRA-DA-SILVA, 2010.

**Modelo teórico lógico de acessibilidade dos usuários indígenas aos serviços de média e alta complexidade (cont.)**

## ANEXO F

Quadro 1 - Matriz de Análise para Estudo de Acessibilidade de Usuários Indígenas - Resultado Final

Dimensão	Sub dimensão	Critérios
Sócio organizacional	Sistema de Referência e Contra-referência	Regulação dos pacientes indígenas aos serviços de média e alta complexidade de Cuiabá pelos municípios de origem da aldeia
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente entre os DSEIS para encaminhamento de usuários a Casai Cuiabá.
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente pelo DSEI Cuiabá em articulação com os municípios de sua área de abrangência
		Retorno dos pacientes indígenas com a contra referência preenchida em formulário específico pelos profissionais dos serviços de saúde de Cuiabá
	Serviço de Apoio ao usuário indígena: Casai Cuiabá	Adequação arquitetônica da CASAI para o uso de redes e/ou esteiras para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas
		Presença de acompanhantes para os usuários indígenas que não falam a língua portuguesa na Casai e no acompanhamento aos serviços de saúde.
		Cumprimento de todas as atribuições previstas na Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e institucionalização das rotinas e protocolos de trabalho
		Capacitação dos profissionais da CASAI para atuação em contexto intercultural.

	<b>Organização dos serviços de saúde</b>	Tempo de espera entre a marcação do procedimento e/ou consulta especializada e o atendimento entre 1 semana e 3 meses
		Tempo de espera para ser atendido na realização do procedimento (consulta e/ou exame) em menos de 1 hora
<b>Sócio cultural</b>	<b>Religiosidade</b>	Garantia de realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas nos serviços especializados de saúde.
	<b>Ambiência</b>	Adequação arquitetônica dos serviços de saúde especializados para o uso de redes para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas hospitalares.
	<b>Relações inter e intra-étnicas</b>	Capacitação dos profissionais dos serviços de saúde especializados para atuação em contexto intercultural
	<b>Alimentação</b>	Alimentação adequada aos hábitos alimentares e dieta dos usuários indígenas
<b>Geográfica</b>	<b>Acesso Geográfico</b>	Existência de transporte proporcionado pelo DSEI Cuiabá ou o município de origem da aldeia até a CASAI, e transporte proporcionado pelo DSEI Cuiabá entre a CASAI e os serviços de saúde
		Tempo de deslocamento da Casai para os serviços de saúde inferior a 1 hora.