



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

MARGARETH SANTOS DE AMORIM

**ACESSO DA POPULAÇÃO INDÍGENA DA REGIÃO NORTE DO
TOCANTINS À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE MÉDIA E ALTA
COMPLEXIDADE**

Salvador
2016

MARGARETH SANTOS DE AMORIM

**ACESSO DA POPULAÇÃO INDÍGENA DA REGIÃO NORTE DO
TOCANTINS A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE MÉDIA E ALTA
COMPLEXIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pesquisa e Pós – Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Prof^a Dra. Monique Azevedo Esperidião

Salvador

2016

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

A524a Amorim, Margareth Santos de.

Acesso da população indígena da Região Norte do Tocantins à Rede de Atenção à Saúde de Média e Alta Complexidade / Margareth Santos de Amorim. - Salvador: M.S.Amorim, 2016.

133 f. il.

Orientadora: Profa. Dra. Monique Azevedo Esperidião.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Política de Saúde Indígena. 2. Média e Alta Complexidade.
3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Saúde Indígena. I. Título.

CDU 614.2



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

Margareth Santos de Amorim

"Acesso da população indígena da região norte do Tocantins à Rede de Atenção à Saúde de Média e Alta Complexidade".

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: 18 de julho de 2016

Banca Examinadora:

Monique Azevedo Esperidião

Profa. Monique Azevedo Esperidião – ISC/UFBA

Selma Aparecida Chaves

Profa. Selma Aparecida Chaves – FFLCH/USP

Aicione Brasileiro Cunha

Profa. Aicione Brasileiro Cunha – ISC/UFBA

Salvador
2016

Dedico este trabalho a minha família, em especial, ao meu pai Benicio Correia de Amorim (*in memoriam*) e a minha mãe, Terezinha Santos, por serem meus guerreiros, que sempre me ensinaram a nunca desistir da luta, a continuamente buscar os meus ideais.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer a Deus pela sua bondade e misericórdia na minha vida, a qual tem me proporcionado realizar mais um sonho e concluir esse objetivo.

A minha querida mãe por me ensinar que a gente nunca deve desistir dos nossos sonhos.

À Prof^a Monique Esperidião, minha orientadora, pela condução firme no desenvolvimento deste trabalho, o que facilitou a superação dos inúmeros obstáculos encontrados na sua execução e, em especial, por compartilhar sua experiência no processo de produção e divulgação do conhecimento.

A toda minha família que sempre apoiou minhas decisões, iniciativas e posições.

Aos meus amigos e amigas que, de diferentes formas, me ajudaram a trilhar esse caminho, em especial, às amigas Aurimar Gonçalves de Sousa, Elizangela Moreira dos Santos e Maria Gloria da Silva Barboza.

A minha equipe da Atenção Especializada da SES - TO, por terem compreendido minha ausência e me motivado na caminhada desta conquista tão almejada.

Aos meus superiores da SES – TO, por terem compreendido a minha ausência e terem assumido as minhas responsabilidades por um período, em especial, a Maria Gleyd Brito Chianca.

Aos professores e colegas do Mestrado que, ao longo do curso, nas aulas, nos estimulavam e difundiam clarezas em meio à escuridão.

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Tocantins que, por meio de seus profissionais e gestores, abriram as portas da instituição para desenvolver esta pesquisa. Em especial, aos profissionais e gestores da CASAI Araguaína e dos Polos Base de Tocantinópolis, Santa Fé do Araguaia e Itacajá, pela confiança apresentada, minha admiração e respeito.

Muito obrigada!

"Devemos lutar pela igualdade sempre que a diferença nos inferioriza mais, devemos lutar pela diferença sempre que a igualdade nos descaracteriza."

Boaventura de Souza Santos

AMORIM, Margareth Santos de. Acesso da População Indígena da Região Norte do Tocantins à Rede de Atenção à Saúde de Média e Alta Complexidade. 133 f. il. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), Salvador, 2016.

RESUMO

O acesso dos povos indígenas aos serviços de média e alta complexidade ocorre por meio do enfrentamento de barreiras, sejam elas organizacionais, culturais e geográficas. O presente estudo buscou avaliar o acesso dos usuários indígenas aos serviços de média e alta complexidade do município de Araguaína, estado de Tocantins. Realizou-se um estudo de caso único de abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas envolvendo gestores das unidades hospitalares de Araguaína e dos gestores da regulação do estado do Tocantins, gestores do DSEI-TO, profissionais da CASAI de Araguaína e dos Polos-Base de Itacajá, Tocantinópolis e Santa Fé do Araguaia; observação *in loco* bem como análise documental. Para melhor compreensão das perspectivas dos atores entrevistados, foi desenvolvido um modelo teórico-lógico contemplando as dimensões sócio organizacional, sociocultural e geográfica do acesso aos serviços de saúde. Como principais resultados, apontam-se barreiras de acesso do tipo organizacionais e culturais como dificuldades no processo de regulação e integração do sistema. A dimensão geográfica, em geral, foi bem avaliada. Recomenda-se a realização de intervenções tendo em vista discutir as especificidades dos povos indígenas em diferentes esferas da gestão e cuidado em saúde e a necessidade de reconhecimento adequado da cultura indígena nos serviços de saúde. Ressalta-se ainda, a necessidade de institucionalização de fluxos entre polos e municípios que garantam a articulação do subsistema de saúde indígena com a rede de média e alta complexidade bem como a importância do fortalecimento da gestão dos DSEI e dos espaços de controle social do subsistema.

Palavras-chave: Política de Saúde Indígena. Média e Alta Complexidade. Acesso aos Serviços de Saúde. Saúde Indígena.

AMORIM, Margareth Santos de. Access the Indigenous of North Tocantins Region Population Care Network Average Health and High complexity. 133 f. il. 2016. Dissertation (Professional Master) - Institute of Public Health. Federal University of Bahia (ISC/UFBA), Salvador, 2016.

ABSTRACT

The access of indigenous peoples to middle and high complexity services occurs through coping barriers, whether organizational, cultural and geographic. This study aimed to evaluate the access of indigenous users to services of medium and high complexity of the municipality of Araguaína, state of Tocantins. We conducted a single case study of qualitative approach, conducted through semi-structured interviews involving managers of hospitals Araguaína and managers of the Tocantins state regulation, DSEI-TO managers, professionals Casaí Araguaína and Polos-Base Itacajá, Tocantinópolis and Santa Fe do Araguaia; on-site observation and document analysis. To better understand the perspectives of the stakeholders interviewed, it was developed a theoretical and logical model considering the socio organizational, sociocultural and geographic dimensions of access to health services. The main results point to the organizational and cultural type access barriers as major difficulties in regulation and system integration. The geographical dimension, in general, was well evaluated. It is recommended to carry out interventions to discuss the specifics of indigenous peoples in different spheres of management and health care and the need for proper recognition of indigenous culture in the health services. It is worth noting the need for flows institutionalization between poles and municipalities to ensure the articulation of indigenous health subsystem with the medium and high complexity network as well as the importance of strengthening the management of DSEI and social control spaces of the subsystem.

Key Words: Indigenous Health Policy. Medium and High Complexity. Access to Health Services. Indigenous Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Principais marcos da história da Assistência de Saúde Indígena antes da Constituição de 1988	17
Figura 2 - Principais marcos da história da Assistência de Saúde Indígena Pós - Constituição de 1988.....	20
Figura 3 - Mapa de distribuição dos DSEI.....	23
Figura 4 - Organização do modelo de atenção no DSEI/2012.	24
Figura 5 - Fluxo de referência e contrarreferência entre o Subsistema e o SUS-...	31
Figura 6 - Modelo teórico lógico de acesso dos usuários indígenas aos serviços de média e alta complexidade do município de Araguaína	47
Figura 7 - Barreira de acesso à MAC para os usuários indígenas	76

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número e percentual de profissionais e gestores segundo o sexo e local de trabalho em Araguaína/TO.....	119
Gráfico 2 – Número e percentual de profissionais e gestores segundo o estado civil e local de trabalho em Araguaína/TO.....	120
Gráfico 3- Número e percentual de profissionais e gestores segundo a idade e local de trabalho em Araguaína/TO.....	121
Gráfico 4– Número e percentual de profissionais e gestores segundo raça/etnia e local de trabalho em Araguaína/TO.....	122
Gráfico 5 – Número e percentual de profissionais e gestores segundo escolaridade, e local de trabalho Araguaína/TO.....	123
Gráfico 6 – Número e percentual de profissionais e gestores segundo experiência anterior de trabalho na área de saúde indígena/ gestão em saúde.....	124
Gráfico 7 – Número e percentual de profissionais e gestores segundo capacitação para atuação em contexto intercultural em saúde com a população indígena.....	125

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Percentual das dimensões, segundo a percepção dos informantes – chave	54
Quadro 2- Demonstrativo demanda reprimida de consultas/retorno de janeiro a maio de 2016.....	64
Quadro 3- Sistematização dos trechos das ATAS com o tema das dimensões....	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Matriz de dimensões adaptada de Gomes(2013) critérios e gradações para análise das ações de acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade do município de Araguaína/TO..... 111

Tabela 2 - Matriz de dimensões adaptada de Gomes (2013) e critérios para análise das ações de acesso a serviços de saúde de média e alta complexidade do município de Araguaína/TO - pontuação obtida, na percepção dos Profissionais dos Polos Base, classificação final por critério, dimensão e resultado final..... 116

Tabela 3 - Matriz de dimensões adaptada de Gomes (2013) e critérios para análise das ações de acesso a serviços de saúde de média e alta complexidade do município de Araguaína/TO - pontuação obtida, na percepção dos Profissionais da CASAI de Araguaína, classificação final por critério, dimensão e resultado final.... 118

Tabela 4 - Matriz de dimensões adaptada de Gomes (2013) e critérios para análise das ações de acesso a serviços de saúde de média e alta complexidade do município de Araguaína/TO - pontuação obtida, na percepção dos Gestores do DSEI, classificação final por critério, dimensão e resultado final..... 112

Tabela 5 - Matriz de dimensões adaptada de Gomes (2013) e critérios para análise das ações de acesso a serviços de saúde de média e alta complexidade do município de Araguaína/TO - pontuação obtida, na percepção dos Profissionais dos Gestores do SMAC, classificação final por critério, dimensão e resultado final. 115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
CASAI	Casa de Apoio ao Indígena
CIS	Comissão Inter setorial de Saúde do Índio
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
DEOPE	Departamento de Operações
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EVS	Equipe Volante de Saúde
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FBC	Fundação Brasil Central
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GTSMAC	Gestor Serviço de Média e Alta Complexidade
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
IAE-PI	Incentivo para a Assistência Especializada à População Indígena
MS	Ministério da Saúde
PGR	Procuradoria Geral da República
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SASISUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSI	Unidade Básica de Saúde Indígena
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 História da Política de Saúde Indígena	17
1.2 Média e alta complexidade.....	28
1.3 Barreiras de acesso integral à saúde indígena	32
2 OBJETIVOS.....	38
2.1 Objetivo Geral	38
2.2 Objetivos Específicos	38
3 METODOLOGIA.....	39
3.1 Marcos Conceituais.....	39
3.1.1 O conceito de acesso e acessibilidade	39
3.1.2 Integralidade do Cuidado	42
3.2 Estratégias de Pesquisa.....	43
3.3 Caracterizações do Caso	45
3.4 Modelo teórico lógico.....	46
3.5 Critérios e padrões de análise.....	48
3.6 Fontes de dados e técnicas de coleta de dados	49
3.7 Informantes-chave.....	50
3.8 Análise de dados.....	51
3.9 Aspectos éticos	52
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
4.1 Acesso dos usuários indígenas aos serviços de Média e Alta Complexidade em Araguaína.....	54
4.1.1 Dimensão Sócio Organizacional.....	56
4.1.1.1 Subdimensão Sistema de Referência e Contrarreferência.....	57
4.1.1.2 Subdimensão Serviço de Apoio ao Usuário Indígena: CASAI de Araguaína	61
4.1.1.3 Subdimensão Organização dos Serviços de Saúde	63
4.1.2 Dimensão Sócio cultural.....	65
4.1.2.1 Subdimensão Religiosidade	66
4.1.2.2 Subdimensão Ambiência.....	68
4.1.2.3 Subdimensão Relações Inter e Intraétnica.....	69
4.1.2.4 Subdimensão Alimentação.....	70

4.1.3 Dimensão Geográfica.....	72
4.2 A percepção do Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI, no contexto de média e alta complexidade.....	73
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICES.....	91
ANEXOS.....	126

1 INTRODUÇÃO

1.1 História da Política de Saúde Indígena

Ao longo da história do Brasil, a chamada política indigenista, ou seja, a política de Estado para as populações indígenas tinha como base o pressuposto de que os povos indígenas desapareceriam como sociedades culturalmente diferenciadas, unindo-se à sociedade brasileira. Com o passar dos anos, ficou evidenciado que tal presunção era infundada, pois até o final dos anos 1990, essa população não passava de 350 mil pessoas. Entretanto, este quadro começou a dar sinais de mudança nas últimas décadas. O percentual de indígenas, em relação à população total brasileira, saltou de 0,2% em 1991 para 0,4% em 2000, totalizando 734 mil pessoas. (FUNAI, 2015; BITTENCOURT **et al.**, 2005; SANTOS **et al.**, 2012).

No século XVI, a população indígena, no território nacional, sofreu maus tratos, trabalho forçado, confinamento e sedentarização. Nesta época, com o processo de colonização, houve a dizimação dessa população, devido às práticas de escravidão, das guerras, das chacinas, das epidemias de doenças infecciosas causadas pelo contato dos indígenas com os europeus. Neste período não existiam políticas públicas relativas à saúde, restringindo-se o atendimento à saúde em medidas paliativas e emergenciais. (LIMA, 1995; ALTINI **et al.**, 2011).

Figura 1- Principais Marcos da História da Assistência de Saúde Indígena antes da Constituição de 1988.



Fonte: Elaboração da autora

As ações governamentais de implantação de serviços de saúde para os povos indígenas iniciaram em 1910, com a criação de um órgão específico para lidar com a questão indígena no país, o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), órgão vinculado ao Ministério da Agricultura (MA). Este órgão foi a primeira instituição pública na política indigenista, limitando-se ao combate de epidemias e à higiene dos indígenas, e nela estava inserida o processo de “pacificação.” (LANGDON, 1999; GARNELO **et al.**, 2004; PONTES, 2013).

O SPI destinava-se a proteger os índios e integrá-los progressivamente, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional. Entretanto, a assistência à saúde dos povos indígenas continuou desorganizada e esporádica, não existindo qualquer forma de prestação de serviços de saúde sistemática, ficando restrita às ações emergenciais. (ALTINI **et al.**, 2011; MARTINS, 2013).

Na década de 40, com a atuação do médico Noel Nutels iniciou a preocupação com a realidade da saúde indígena no país. A então expedição Roncador-Xingu, organizada pela Fundação Brasil Central (FBC) constitui-se em uma das primeiras tentativas de organização sistemática de serviços de saúde aos povos indígenas. Na ocasião, Nutels visitou os Xavantes no rio das Mortes, assim como algumas aldeias do Alto Xingu e da ilha do Bananal, no rio Araguaia, ficando alarmado com a situação da tuberculose. (COIMBRA **et al.**, 2000; COSTA, 1987).

Assim, na década de 50, com o objetivo de levar assistência às populações indígena e rural, em áreas de difícil acesso, pautada em ações de atenção básica voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis, criou-se o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado ao Ministério da Saúde (MS). Em 1952, Nutels elaborou um plano para a defesa do índio brasileiro contra a tuberculose, no qual destacou a importância de serem criadas barreiras sanitárias no entorno dos territórios indígenas. (BITTENCOURT **et al.**, 2005).

No ano de 1967, com a extinção do SPI, e com base no modelo de atenção do SUS, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que gerou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem, e ficavam instaladas em pontos estratégicos do país e vinculadas aos escritórios regionais da FUNAI. (ALTINI *et al.*, 2011).

Durante a década de 80 e 90, os atendimentos assistenciais à população indígena ficaram mais desorganizados e esporádicos. Nesse período ocorreram reivindicações constantes e sistemáticas do movimento indígena em vários campos no Brasil, motivadas pelo agravamento progressivo das condições de saúde dessa população. O movimento sanitário, ao tomar para si a responsabilidade, propiciou a primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI), em 1986. Foram realizadas conferências para debater especificamente a saúde indígena. A primeira foi denominada de “Proteção à Saúde do Índio” e a segunda “Saúde para os Povos Indígenas.” Destacam-se aqui a oitava e a nona Conferências Nacionais de Saúde. Essas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, garantindo aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde. (CARDOSO *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2008).

No ano de 1988 foi promulgada a atual Constituição Federal brasileira, que acolheu as deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde e legitimou o direito dos povos indígenas a atenção à saúde de forma integral e diferenciada; estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas; estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena e definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), que foram posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90. (BITTENCOURT *et al.*, 2005; BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Figura 2 - Principais Marcos da História da Assistência de Saúde Indígena Pós - Constituição de 1988.



Legenda: COSAI- Coordenação de Saúde do Índio;
 MAISI- Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio;
 SASI - Subsistema de Atenção à Saúde do Índio;
 PNASPI- Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;
 SESAI- Secretaria Especial de Saúde Indígena;
 5ª CNSI- 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Fonte: Elaboração da autora.

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas, transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como base da organização dos serviços de saúde, para atender às especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas. Neste período foi criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio - COSAI, subordinada ao Departamento de Operações (DEOPE) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena. (ALTINI *et al.*, 2011; BRASIL, 1991).

Em 1994, foi aprovado pela Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CIS), o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", por intermédio da Resolução nº 2, de outubro de 1994. Esse modelo atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias. Desde então, a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa, criando um impasse

sobre a condução das ações de saúde dos povos indígenas. (ALTINI **et al.**, 2011; BRASIL, 1994).

Nove anos após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, foi formulada a Política Nacional de Saúde Indígena (PNASPI), em 1999, operacionalizada com a Lei Arouca – Lei nº 9.836, de setembro de 1999. Esta acrescentou um dispositivo à Lei 8.080/90, qual seja, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), passando a ser um componente do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado, hierarquizado e regionalizado, respeitando a diversidade sociocultural, geográfica e política dos povos indígenas brasileiros e de suas diferentes formas de contato e graus de inserção no cotidiano da sociedade. (CHAVES **et al.**, 2006).

Durante o período de tramitação do projeto da Lei Arouca, o conflito interinstitucional permaneceu. A Procuradoria Geral da República (PGR), no ano de 1998, considerou inconstitucional a coordenação de saúde indígena estar ligada ao Ministério da Justiça (MJ), órgão ao qual a FUNAI estava vinculada. Então, a FUNASA, por meio do Decreto 3.156/99, assumiu oficial e legalmente a execução da saúde indígena no país. (SANTOS **et al.**, 2008).

A partir desse momento ficaria sob responsabilidade da FUNASA, a viabilização do acesso dos povos indígenas a uma rede de serviços básicos – por meio da implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), organizados, hierarquizados, com participação dos povos indígenas e com recursos humanos qualificados em quantidade necessária para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde, além da garantia de referência especializada na rede. (SANTOS **et al.**, 2008; CHAVES **et al.**, 2006; BRASIL, 1999).

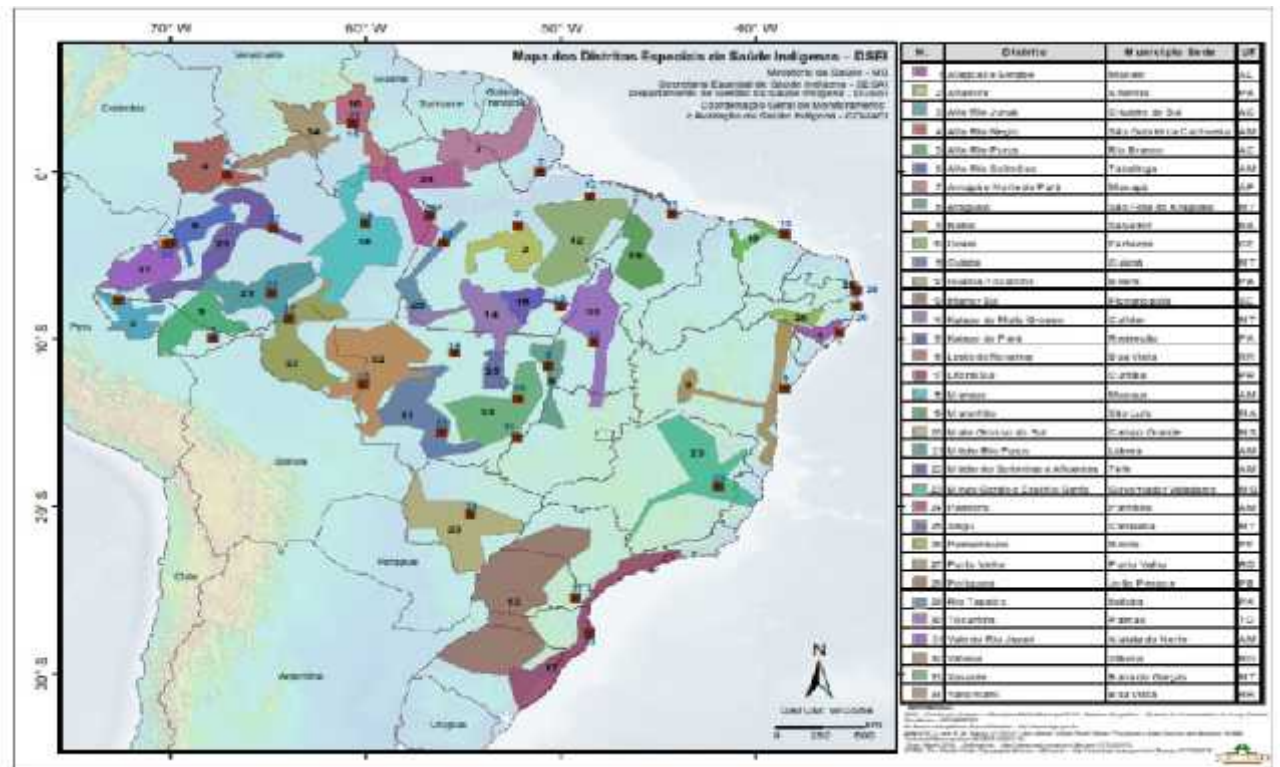
Os DSEI possuem uma organização territorial diferente da divisão político-administrativa do país. A distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas não coincide, necessariamente, com os limites dos estados e municípios onde estão

localizadas as terras indígenas, de forma que um DSEI pode abranger diversos municípios, inclusive de diferentes estados. (BENEVIDES **et al.**, 2014).

No Brasil, o SASISUS está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, conforme descrito na figura 3. O território que delimita estes distritos respeita a distribuição geográfica, antropológica e de acesso aos serviços de saúde dos povos indígenas. Esses DSEI são órgãos gestores responsáveis pela execução das ações de atenção primária nas terras indígenas e integram a estrutura organizacional governamental do SASISUS. Executam ações de atenção primária em saúde para uma população indígena aldeada de aproximadamente 600 mil índios em 4.708 aldeias. O SASISUS possui uma extensa rede de atenção básica (750 Postos de Saúde; 343 Polos Base; 62 CASAI e 34 sedes de DSEI) com cerca de quatro mil agentes indígenas de saúde, onze mil outros profissionais atuando nas aldeias. (BRASIL/SESAI, 2015).

Assim, a FUNASA organizou o sistema em 34 Distritos Sanitários, distribuídos conforme mostra o mapa da Figura 3:

Figura 3- Mapa de distribuição dos DSEI



Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-inisterio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9540-destaques>.

A estrutura do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), além da sede do DSEI, que é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), tem como modelo a organização de serviços - orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado - contempla um conjunto de atividades técnicas. Este visa medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias, desenvolvendo ainda atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social. Conta-se com Postos de Saúde, Polos Base e as Casas de Saúde Indígena (CASAI), conforme figura 4. (PONTES, 2013).

Figura 4 – Organização do modelo de atenção no DSEI em 2012



Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/jpg/2014/fevereiro/13/org-dsei-2012.jpg>

O Posto de Saúde com a Portaria GM nº. 1.801, de 9 de novembro de 2015, passou a ser Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI), que é o estabelecimento de saúde localizado em aldeia, destinado à execução direta dos serviços de atenção à saúde e saneamento. Possui uma estrutura definida e adaptada a partir das necessidades das comunidades assistidas. (BRASIL, 2015).

Segundo a Portaria GM nº. 1.801, de 9 de novembro de 2015, os Polos Base (PB) são subdivisões territoriais dos DSEI, e base para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) organizarem técnica e administrativamente a atenção à saúde de uma população indígena adstrita, configurando-se como primeira referência para os agentes indígenas de saúde e saneamento que atuam nas aldeias, podendo sua sede estar localizada numa aldeia indígena ou em uma área urbana de município. (BRASIL, 2015).

A Casa de Saúde Indígena (CASAI) é o estabelecimento responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados à rede de serviços do

SUS para realização de ações complementares de atenção básica e de atenção especializada, sendo destinada também aos acompanhantes, quando necessário. (BRASIL, 2015).

No estado do Tocantins, o DSEI foi criado pela Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999, da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com a competência de atuar como unidade de execução das ações destinadas à promoção, proteção e recuperação à saúde do Índio. O seu objetivo é o alcance do equilíbrio biopsicossocial, cabendo-lhe a responsabilidade sanitária sobre determinado território indígena e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com controle social. Atualmente, o DSEI/TO corresponde a uma unidade organizacional sob responsabilidade sanitária da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). (BRASIL, 1999).

O DSEI/TO tem sede instalada na capital do estado do Tocantins, Palmas e possui 5 (cinco) Polos Base com sedes nos municípios de Tocantinópolis, Santa Fé do Araguaia, Itacajá, Tocantínia e Formoso do Araguaia; 30 (trinta) Postos de Saúde em terras indígenas; 02 (duas) Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) em: Araguaína (norte do estado) - Região de Saúde Médio Norte Araguaia, Gurupi (sul do estado) - Região de Saúde Ilha do Bananal.

A abrangência da área territorial de atuação do DSEI corresponde às terras indígenas localizadas em toda a extensão do Estado do Tocantins, nos municípios de Araguaína, Formoso do Araguaia, Goiatins, Gurupi, Itacajá, Lagoa da Confusão, Maurilândia do Tocantins, Sandolândia, Santa Fé do Araguaia, Tocantínia e Tocantinópolis; e ainda no Sul do estado do Pará, no município de Santa Maria das Barreiras, atendendo duas aldeias, Santo Antônio e Maranduba, com uma extensão territorial de 2 202 776 (dois milhões duzentos e dois mil setecentos e setenta e seis hectares) que abrangem 13 municípios nos estados de Tocantins e Pará. A área está habitada por 11 grupos étnicos, entre eles: etnia Apinajé, Funi-ô, Krahô, Karajá-Xambioá e Santana, Xerente, Javaé, Karajá, Kanela, Pankararu, Atikum entre outras etnias. Todos possuem contato com a sociedade não indígena, totalizando uma

população de 11.163 pessoas, que estão distribuídas em 142 aldeias. (BRASIL/DSEI-TO/SIASI/2015).

O ex-ministro da saúde José Serra, no ano de 2002, publicou a Política de Saúde aos Povos Indígenas por meio da Portaria nº. 254, de janeiro de 2002, com o propósito de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Esta contemplava a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos a sua cultura. (ALTINI **et al.**, 2011; BRASIL, 2002).

No entanto, a partir de 2008, uma série de denúncias contra a FUNASA em relação ao descaso na prestação de serviços e o aumento da mortalidade infantil, fez com que o Ministério da Saúde (MS) ouvisse os movimentos indígenas e suas propostas. Neste período foi apresentado o Projeto de Lei nº 3.958 com objetivo de alterar a Lei nº 10.683/2003. Depois de dois anos de espera, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), a qual foi instituída pela Lei nº. 12.314, de 19 de agosto de 2010, e pelo Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, com posteriores revogações até a edição do Decreto nº 8.065, de 07 de agosto de 2013. (ALTINI **et al.**, 2011).

A SESAI é a unidade integrante da estrutura do Ministério da Saúde que tem a missão institucional de executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e de todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SASISUS), em todo o território nacional. Tem como missão principal o exercício da gestão da saúde indígena, no sentido de proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição

sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2013).

A SESAI tem como desafio institucional implementar um novo modelo de gestão e de atenção no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS (SASISUS), de modo descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e com responsabilidade sanitária nos 34 DSEI, mediante uma gestão democrática e participativa, promovendo o fortalecimento do Controle Social da Saúde Indígena (CSSI). (BRASIL, 2013).

Entretanto, mesmo com a criação da SESAI o modelo de atenção à saúde, até então, não foi suficiente para vencer as dificuldades de oferecer serviços regulares, sistemáticos, diferenciados e integrais ao universo complexo e dinâmico dos povos indígenas. Martins (2013) observa que a mortalidade infantil ainda é o dobro da média nacional. A maior parte desses óbitos ocorre no período pós-neonatal (morte entre 28 e 264 dias), e por causas, possivelmente evitáveis, principalmente dos que vivem na região Amazônica.

O modelo assistencial adotado é fragilizado nas articulações devido à fragilidade nas conexões entre os DSEI e as redes municipais de saúde para garantir a integralidade; na centralidade do atendimento individual (que atua sobre os efeitos dos problemas de saúde) e na remoção de pacientes graves para a rede estadual e municipal de saúde. Além disso, há dificuldade em manter a regularidade das ações de saúde nas aldeias devido às barreiras geográfica, estrutural, organizacional, financeira, cultural e étnica, as quais dificultam a continuidade do cuidado. (MARTINS, 2013).

Infelizmente, a assistência à saúde desenvolvida pelos Distritos ainda tem se organizado a partir de ações voltadas para o atendimento de demandas espontâneas de medicina curativa, encaminhamento de doentes graves, uso excessivo de medicamentos e postura etnocêntrica. Nos dias atuais, quem ainda

presta assistência regularmente nas aldeias, na maioria dos distritos, são os agentes indígenas de saúde, devido à alta rotatividade dos profissionais não indígenas, e às dificuldades de acesso geográfico e organizacional. Da mesma forma, a diretriz da atenção diferenciada está fortemente baseada na ação do Agente Indígena de Saúde (AIS). (DIEHL *et al.*, 2012).

Em 2013, foi realizada a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI) com o tema central “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”. Durante a conferência foram discutidos quatro eixos temáticos, sendo um deles: “Atenção Integral e Diferenciada nas Três Esferas de Governo”. Neste eixo foram discutidos cinco Subeixos, destacando aqui o Subeixo: “Avanços e Desafios na Atenção de Média e Alta Complexidade para os Povos Indígenas”, com a diretriz: Ampliar o acesso às ações e aos serviços de Atenção Básica à Saúde dos povos indígenas como base estruturante de redes integradas no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Foram aprovados no subeixo Atenção de Média e Alta Complexidade 56 propostas, as quais estão descritas no relatório final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena no Ministério da Saúde e no Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2015).

O tema da 5ª CNSI buscou referendar o caráter universal do sistema público de saúde, garantindo o direito constitucional dos povos indígenas; o fortalecimento da articulação entre os gestores municipais e estaduais de saúde; o acesso às ações de média e alta complexidade; discussões em conjunto para garantir a atenção diferenciada com integralidades das ações e dos serviços e o respeito às práticas de saúde e medicinas tradicionais indígenas, para os povos indígenas. (BRASIL, 2015).

1.2 Integração do cuidado à média e alta complexidade

No Brasil, a atenção básica é o principal eixo de comunicação com toda a rede de atenção à saúde, e se desenvolve com o mais alto grau de descentralização e

capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. É orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012).

Com base nesses preceitos, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas sugere a criação de uma rede de serviços de atenção básica de saúde nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade. Essa política tem como propósito:

[...] garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o **direito desses povos à sua cultura**. Grife da autora. (FUNASA, 2002, p.6).

Assim, fica claro que, embora a atenção básica seja a base orientadora e a porta de entrada do sistema de saúde, para garantir a assistência integral à saúde para sua população adscrita, é necessário garantir um fluxo de referência e contrarreferência aos serviços especializados de média e alta complexidade. Para garantir esse acesso aos povos indígenas, o distrito organiza uma rede de serviços de atenção básica de saúde integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde, respeitando as especificidades culturais desses povos. (FUNASA, 2002).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) define média complexidade em saúde, em seu livro Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS como:

a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (BRASIL/CONASS, 2011, p. 12).

A média complexidade abrange os procedimentos, tais como: procedimentos especializados (consultas de nefrologia e neurologia), cirurgias ambulatoriais especializadas (vasectomia), ações especializadas em odontologia e os serviços de apoio diagnóstico. (SOLLA **et al.**, 2012).

Acerca da alta complexidade em saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) a define, em seu livro *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS* como

a alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). (BRASIL/CONASS, 2011, p. 13).

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS e que estão organizadas em “redes” são:

assistência ao paciente portador de doença renal crônica; assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos de cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extra cardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia, entre outros. (BRASIL/CONASS, 2011, p. 13).

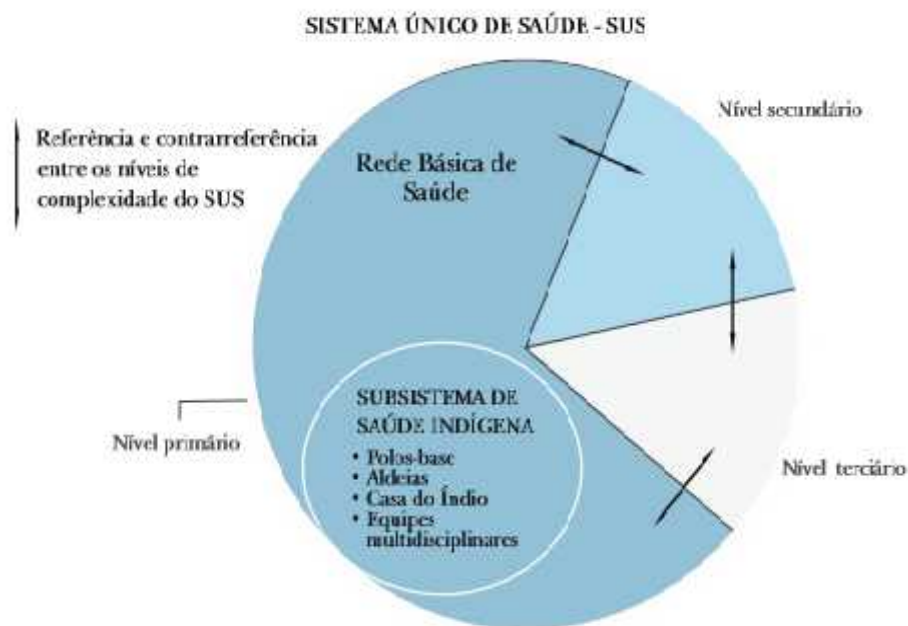
Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS. Estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia. (BRASIL, 2009).

Para garantir o acesso da população indígena aos serviços de média e alta complexidade, a Lei Arouca – Lei nº 9.836 de setembro de 1999, acrescentou um dispositivo à Lei nº 8.080/90:

o SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, 'sem discriminações' e que 'as populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados', de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

No SASISUS, o DSEI é responsável por garantir o atendimento da atenção básica nas terras indígenas por meio das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que realizam atendimentos preconizados na Estratégia Saúde da Família (ESF), e fazem visitas domiciliares e atendimento nas unidades básicas de saúde indígena, localizadas nas aldeias. Essas equipes devem considerar as especificidades socioculturais e epidemiológicas das comunidades onde atuam. O DSEI também é responsável pela articulação com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), para referência e contrarreferência, de modo a garantir aos indígenas o acesso ao atendimento primário, secundário e terciário em saúde, conforme ilustra a figura 5. (GENIOLE **et al.**, 2011).

Figura 5 – Fluxo de referência e contrarreferência entre o Subsistema e o SUS



Fonte: Santos **et al.** (2012)

Segundo Geniole **et al.** (2011), no SASISUS, as Casas de Atenção à Saúde Indígena (CASAI) são unidades de saúde de apoio intermediário, que ficam localizadas nos municípios que possuem as referências do SUS de média e alta complexidade ou próximas a elas. As CASAI também são responsáveis em garantir o traslado do usuário indígena até a unidade de referência.

Neste sentido, são fundamentais o conhecimento e a discussão sobre as especificidades culturais dos povos indígenas pelos gestores do SMAC das áreas de atenção em saúde de média e alta complexidade, dos Gestores dos DSEI e dos Profissionais da Saúde Indígena (PSI), objetivando garantir acesso da população indígena aos serviços de média e alta complexidade. (GENIOLE **et al.**, 2011).

1.3 Barreiras de acesso integral à saúde indígena

Segundo Travassos e Castro (2012), as barreiras de acesso podem ser geográficas (relacionadas ao espaço, deslocamento); financeiras (obstáculo para a utilização dos serviços de saúde); organizacionais (organização dos serviços tipo e qualidade); informacionais (informação de saúde para os usuários); culturais, que atuam facilitando ou obstruindo a capacidade dos usuários utilizarem os serviços de saúde.

Para compreender os aspectos culturais, adota-se o conceito de cultura de Langdon **et al.** (2010, p. 175), segundo o qual: “cultura pode ser um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social.”

Conforme De Moura Pontes **et al.** (2014), alguns autores possuem a posição compartilhada de que há necessidade do reconhecimento adequado da cultura nos serviços de saúde. Nos últimos tempos são mais evidenciados. E, na prestação de

serviços de saúde aos povos indígenas são mais evidentes e necessários, para superar os preconceitos que são considerados pelos indígenas e garantir um atendimento de qualidade.

É necessário reconhecer a transversalidade dos aspectos culturais naquilo que essas culturas (ocidental e oriental) podem ter de melhor a oferecer para a compreensão da realidade de saúde das populações. É condição vital, neste sentido, eliminar os desencontros entre médico e paciente, serviço e paciente e médicos e serviços. (PINHEIRO *et al.*, 2003, p. 15).

Nos serviços de saúde, a falta de compreensão dos profissionais e gestores das diferenças socioculturais no processo saúde–doença-cura traz conflitos nos serviços. Como exemplo, identificam problemas relativos ao funcionamento da CASAI como a mistura de pessoas de diferentes etnias, desrespeito às dietas e restrições alimentares tradicionais, entre outras situações. (DE MOURA PONTES *et al.*, 2014).

Em países como Canadá, México, Peru e Austrália, os povos indígenas vivem, atualmente, situações de grave desvantagem em relação à população não indígena, incluindo: a) indicadores mais baixos de educação, saúde, emprego, moradia, expectativa de vida; b) indicadores mais elevados de violência, encarceramento, suicídio, alcoolismo; c) inserção subalterna nas economias nacionais. Mesmo quando há grandes empreendimentos situados em suas terras, os povos indígenas não participam da condução dos negócios nem compartilham dos lucros; d) dificuldades para implantar direitos culturais como a garantia da prática de suas línguas e religiões. A educação diferenciada só começou a ser debatida e implantada no final do século XX; e) dificuldades para interromper e reverter os processos de privação territorial; f) dificuldades para implantar direitos políticos como a autonomia. (MENDOZA, 2011).

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. Principalmente, porque o acesso ao tratamento é feito a pé, de carro ou de transporte público. 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).

No Brasil, em especial na região do Amazonas, as barreiras geográficas e organizacionais permanecem ainda como importantes elementos limitadores do acesso das populações indígenas aos serviços de saúde locais. Tais situações refletem na estrutura de saúde existente nas aldeias e no fato de que o acesso a estas é realizado a pé, de barco ou de avião. Quanto ao acesso aos serviços especializados, as principais barreiras encontradas foram: pacientes encaminhados para serviço especializado, sem regulação dos municípios de origem da aldeia; falta de normatização do fluxo do sistema de referência e contrarreferência, bem como o do SASISUS; inadequada infraestrutura da Casa de Saúde Indígena (CASA). (GOMES, 2013).

Para garantir o acesso da população indígena ao atendimento integral, ou seja, atendimento da atenção primária até a alta complexidade, os gestores dos DSEI precisam fazer articulação com gestores do município e estado. Alguns destes gestores, muitas vezes, pela organização geográfica de seu DSEI têm a necessidade de articular com a rede de atenção à saúde de vários municípios de estados diferentes. (BENEVIDES *et al.*, 2014).

Após vários anos da implementação da PNSI ainda é um desafio para os usuários indígenas acessarem a rede SUS. Um dos problemas é a diferença entre a organização territorial dos DSEI e a organização dos municípios, quando se considera esses serviços no contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária. (MENDES, 2015).

Para fortalecer as relações entre a atenção básica e a atenção de média e alta complexidade, algumas iniciativas foram desenvolvidas como: a implantação das redes regionalizadas, sistema de referência e contrarreferência e as linhas de cuidados que é um dos arranjos propostos para organização e efetivação do SUS. Deve-se considerar que a média complexidade necessita de uma parcela maior de investimento por parte dos gestores do SUS para garantir a integralidade. (SOLLA *et al.*, 2012).

As ações e serviços de média e alta complexidade, ofertados pela rede do SUS à população indígena, desde o início da implantação do Subsistema, mostraram-se bastante complexos em função do pouco conhecimento sobre a diversidade cultural desses povos e de suas necessidades específicas. Tudo isto fez com que se buscassem alternativas para a adequação desse nível de atenção, destacando-se o Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena (IAE-PI), criados pela Portaria MS nº 1.163/1999 e a Portaria MS nº. 645/2006, que instituiu o Selo Hospital Amigo do Índio, ainda não regulamentado.

Com a definição das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde pela Portaria MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, o SASISUS passou a readequar aos processos orientadores do SUS, articulando com suas instâncias de gestão o processo de pactuação regulamentado a partir da Portaria MS nº 2.656 de 2007.

Na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI) o ex-ministro da saúde, Alexandre Padilha, assinou a portaria que trata da resolução da comissão tripartite, que reúne governo, estado e sociedade civil. A partir da publicação desta portaria todas as reuniões que tratam de questões de saúde devem contar com a presença de um representante do DSEI. E a portaria nº 3.031, de 11 de dezembro de 2013 que instituiu o Grupo de Trabalho para reavaliar o IAE-PI, de que trata a Portaria nº 2.656/GM/MS, de 17 de outubro de 2007, e propor novos critérios para o financiamento das ações complementares de atenção à saúde indígena. Mesmo

com esse processo definido, até recentemente, pouco se avançou e nenhuma pactuação foi realizada em função do IAE-PI.

A referência da média e alta complexidade do SASISUS tem ocorrido de formas variadas e pouco avaliada, adaptada muitas vezes a uma relação informal com as instâncias do SUS.

A dificuldade de acesso da população indígena à média e alta complexidade pode ser destacada por duas dimensões: 1) a dificuldade no diálogo intercultural e interfederativo entre os gestores; 2) inexistência de uma estrutura organizacional do SUS integrada ao subsistema que garanta a participação da população indígena e das barreiras geográficas, econômicas e étnico-raciais. Ademais, as barreiras e obstáculos da administração pública que não foram ultrapassados, em algumas situações, e sequer enfrentados pelos gestores da saúde indígena. (MARTINS, 2013).

O acesso à média e alta complexidade para a população indígena e não indígena é uma das áreas menos estudadas nos sistemas de atenção à saúde. Quando se buscam pesquisas relevantes em acesso à média e alta complexidade encontram-se poucos trabalhos comparativamente com a Atenção Primária à Saúde (APS) e com a atenção hospitalar. E, quando a população é indígena limitam-se às questões históricas, sociais e epidemiológicas. Nesse sentido, há que se ressaltar que o campo da média e alta complexidade constitui um vazio bibliográfico que necessita ser superado para que as soluções relativas a ela sejam conduzidas de forma efetiva e eficiente.

Segundo Coimbra **et al.** (2000), raça e etnia são categorias que não se consideram como variáveis importantes, ocupando ainda, lacunas nos estudos de investigações sobre desigualdades e saúde no Brasil, carecendo de produção sistemática sobre dimensões étnico sociais. Os autores ressaltam que existem várias dificuldades para operacionalizar o conceito, principalmente no que tange à

população indígena. Ainda afirmam que os pesquisadores em ciências sociais e ciências da saúde devem somar esforços para aprofundarem os conhecimentos e a interface dos efeitos da dimensão étnico social sobre a saúde.

Diante do exposto, esta pesquisa buscou responder às seguintes perguntas: 1) Como a população indígena acessa os serviços de saúde de média e alta complexidade do município de Araguaína/TO? 2) Quais são as principais barreiras para garantir o acesso da população indígena das aldeias da região de Araguaína à média e alta complexidade, nas perspectivas dos atores sociais envolvidos na prestação da assistência de saúde aos serviços especializados?

Esse estudo possibilita a implementação de saúde, no que se refere à utilização dos serviços de saúde pelos usuários indígenas no Sistema Único de Saúde, em particular o acesso à média e alta complexidade, esclarecendo algumas características peculiares na acessibilidade aos serviços de saúde por parte das comunidades indígenas.

Espera-se, portanto, que os resultados encontrados possam nortear a reorganização do acesso da população indígena aos serviços de saúde da rede de atenção à saúde do Tocantins, especificamente a do município de Araguaína, bem como para fortalecer a comunicação entre os níveis assistenciais do SUS, com vistas a consolidar uma rede articulada, melhorando a organização dos fluxos assistenciais e garantindo a consolidação das diretrizes de equidade, acesso e integralidade do SUS. Outro aporte dessa pesquisa refere-se à contribuição para responder a uma importante lacuna do conhecimento, uma vez que foram identificados, na literatura consultada, poucos estudos semelhantes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o acesso dos usuários indígenas aos serviços de média e alta complexidade do município de Araguaína.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar barreiras sócio organizacionais, sociogeográficas e socioculturais enfrentadas pelos usuários indígenas das aldeias da região de Araguaína, no acesso aos serviços de média e alta complexidade, segundo distintos atores envolvidos no processo.

3 METODOLOGIA

3.1 Marcos Conceituais

3.1.1 O conceito de acesso e acessibilidade

Ao longo dos tempos, o conceito de acesso à saúde incorporou dimensões que refletem aspectos menos tangíveis do sistema e da população. Hoje em dia, as principais características do acesso à saúde são abreviadas em quatro dimensões: “disponibilidade”, “aceitabilidade”, “capacidade de pagamento” e “informação”.

A dimensão de disponibilidade é definida como existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento certo. Essa dimensão junta com a relação geográfica entre as instituições de saúde e o indivíduo que delas necessitam. (SANCHEZ *et al.*, 2012).

Viegas *et al.* (2015) descreve, no seu estudo, o conceito de acesso e acessibilidade fundamentado em alguns autores como Andersen (2008); Donabedian (1973, 2003); Thiede e McIntyre (2008). Acessibilidade é a facilidade que as pessoas possuem para conseguir a assistência à saúde. Ela depende dos seguintes fatores: sócio organizacional e sociogeográfico. Acesso é definido como liberdade para o uso dos serviços, tomando como base a consciência da possibilidade de uso e no seu empoderamento para escolha.

O conceito de acesso é difícil e, muitas vezes, é empregado de forma confusa em relação ao uso do conceito, enquanto uso/ cobertura/barreiras/ ingresso. Os significados são variáveis entre os autores. Na literatura são encontrados autores que empregam o termo acesso e acessibilidade e seu sinônimo como outros que fazem distinção de significados. (DE ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

Travassos e Castro (2012, p. 56) conceituam acessibilidade como o grau de

facilidade e dificuldade das pessoas para obterem cuidados em saúde. Os autores consideraram o termo acesso como sinônimo de acessibilidade, e ainda conceituaram acesso como:

o fator que intermedia a relação entre a procura e a entrada no serviço. Refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários e exprimem a capacidade de oferta, de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população.

O acesso é entendido, em um sentido abrangente, como complexo. Muitas vezes, não existe concordância entre os autores a respeito do emprego do termo acesso. Estes mudam ao longo do tempo ou com o contexto. Uns conceituam acesso como “disponibilidade ou presença física de serviços”, outros como “utilização de serviços de saúde adequada à necessidade da pessoa”, “uso do serviço de saúde em tempo adequado”, “ato de ingressar, entrada ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 39).

Para compreender o acesso como uma categoria-chave na análise das interrelações entre usuários e serviços de saúde, Sousa **et al.** (2014) definem o conceito de acesso proposto por Giovanella **et al.** (2012), que o conceituam como um grupo de dimensões específicas que retratam a adequação entre os usuários e a assistência em saúde. As autoras definem que as dimensões do acesso são: disponibilidade, acessibilidade, acomodação e capacidade financeira.

Nesta mesma vertente, Silva (2011) descreve que o conceito de acesso pode ser confundido ao mesmo tempo com a utilização de serviços de saúde quando analisa só a obtenção do cuidado do indivíduo que dele necessita. Na existência de dificuldades para essa utilização, o conceito relacionado ao obstáculo passa a ter grande valor.

Assim, ao longo do tempo, o conceito de acesso à saúde passou a incorporar novas dimensões que refletem o modelo comportamental descrito anteriormente por

Andersen (1995).

Atualmente, são resumidas em quatro dimensões denominadas dimensões do acesso: acesso potencial (fatores capacitantes, individuais e comunitários, 'oferta local'); acesso realizado (utilização de serviços de saúde propriamente dita); acesso efetivo (utilização do serviço de saúde e satisfação da pessoa com o serviço) e o acesso eficiente (mudanças nas condições de saúde e na satisfação). Essas dimensões podem ser avaliadas por indicadores de processos e resultados, que auxiliam na determinação da existência de equidade ou desigualdade no acesso à saúde. (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 190).

No que concerne o conceito de acessibilidade, os autores como Travassos e Castro (2012); Travassos e Martins (2004); Silva (2011) referenciam-se em categorias donabedianas:

um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade, neste caso, é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 191).

Para Medeiros (2014); Hartz e Silva (2010), a acessibilidade pode ser definida como os recursos disponíveis para os usuários e os obstáculos, sendo esses recursos de caráter econômico, social ou cultural, e os obstáculos de natureza geográfica, organizacional e econômica, que podem existir ao serem colocados pelos serviços de saúde.

Donabedian (1973) desenvolveu uma discussão sistemática sobre a questão e distingue as dimensões de acessibilidade em sócio organizacional e sociogeográfica, ressaltando que essas dimensões se inter-relacionam. Afirma que a acessibilidade sócio organizacional inclui todas as características da oferta de serviços menos a geográfica. E, acessibilidade geográfica é tida como espaço que pode ser medido pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custos da viagem.

Donabedian (1973) destaca também que, apesar dos atributos sociais, culturais, econômicos e psicológicos não fazerem parte do conceito de acessibilidade, estão relacionados com o uso de serviços e são mediados pela acessibilidade expressa na relação entre o indivíduo e o uso de serviço. Define o termo “acessibilidade” como mais abrangente e com mais significados. Os aspectos sócio organizacionais que são as condições social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo influenciam no acesso à saúde, bem como os aspectos geográficos que se referem ao tempo e espaço como distância física entre o usuário e os serviços. (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Ancorado na perspectiva dos conceitos convergentes de acesso e acessibilidade propostos por Donabedian (1973), nas dimensões sócio organizacionais, geográficas e culturais, também presentes em estudos elaborados por Travassos e Martins (2004); Travassos e Castro (2012); Silva (2011), propõe-se, neste estudo, discutir o acesso dos povos indígenas aos serviços de saúde da média e alta complexidade do município de Araguaína, percebido especialmente pelos gestores e profissionais e não pelo usuário.

3.1.2 Integralidade do cuidado

De acordo com a Lei nº 8.080/90, a integralidade de assistência é entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” (BRASIL, 2015, p. 67).

Segundo Teixeira, Sousa e Paim (2014), a integralidade está relacionada ao leque de ações para a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, e a assistência aos doentes, por meio de um conjunto de práticas que são desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. Os autores definem integralidade como

um atributo do modelo de atenção, entendendo-se que um 'modelo de atenção integral à saúde' contempla o conjunto de ações promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, e a assistência e recuperação. Um modelo 'integral', portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, isto é, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários à produção de ações de saúde [...]. (TEIXEIRA; SOUSA; PAIM, 2014, p. 102).

Souza e Bahia (2014) destacam que os sistemas integrados são mais efetivos, implicando na universalidade do acesso, na integralidade da atenção e na igualdade no uso dos serviços. Os autores ressaltam que para o SUS ser universal, os serviços devem ser organizados integralmente, ou seja, "sistema integrado" entre atenção primária, média e alta complexidade, com objetivo de oferta de atenção de qualidade, eliminando as barreiras culturais, sociais, econômicas, entre outras, que se inserem entre a população e sua rede de serviços.

Silva (2011) conclui que a integração da saúde, ou seja, atenção primária, média e alta complexidade, constituída em redes regionalizadas e integradas de atenção, é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde e tem grande importância na superação de lacunas assistenciais e racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis. O autor destaca que o Ministério da Saúde resalta a importância da organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS, definindo-as como:

estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos. Dificuldades inerentes ao processo de regionalização e formação de redes no atual contexto do sistema de saúde brasileiro com reflexões sobre os desafios a serem superados constituem o foco deste trabalho. (SILVA, 2011, p. 34).

3.2 Estratégias da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, realizada mediante estudo de caso, único, com abordagem qualitativa, combinando diversas estratégias de produção de dados como entrevistas semiestruturadas envolvendo gestores do SMAC, DSEI,

profissionais da CASAI de Araguaína e Profissionais dos Polos Base de Itacajá, Tocantinópolis e Santa Fé do Araguaia; observação *in loco* e análise documental. Para melhor compreensão das perspectivas dos atores entrevistados, foi desenvolvido um modelo teórico lógico contemplando as dimensões sócio organizacional, sociocultural e sociogeográfica.

O estudo de caso único é apenas uma das muitas maneiras de se fazer pesquisa em ciências sociais, analisando em profundidade os fenômenos atuais e representando a estratégia preferida quando se colocam assuntos do tipo "como" e "por que", o que permite a análise das características dos acontecimentos da vida real. (YIN, 2001).

Segundo Yin (2001, p. 42), para realizar o estudo de caso são importantes cinco componentes, entre eles, definição da “unidade de análise”, que quer dizer definir o que é o caso tomado em questão. “O caso pode ser um indivíduo, uma decisão, um programa, ou uma mudança organizacional.” A definição está ligada com a maneira pela qual as questões do estudo foram definidas.

3.3 Caracterizações do caso

O estado do Tocantins possui 277 620 914 km² de área territorial, dividido em 139 municípios que compõem 08 (oito) Comissões Intergestores Regionais (CIR), o que equivale a 3,3% do território brasileiro e 7,2% da região norte. Com população de 1 383 453 habitantes e densidade demográfica de 4,98 hab/km², conforme dados fornecidos pelo Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (BRASIL, 2010). Dos 139 municípios, 92,8% são de pequeno porte, ou seja, possuem até 20.000 habitantes. Destes 54,26% possuem menos que 5.000 habitantes.

A população indígena no estado do Tocantins está distribuída em 06 Regiões de Saúde, a saber: Bico do Papagaio; Médio Norte Araguaia; Cerrado Tocantins

Araguaia; Capim Dourado; Cantão e Ilha do Bananal, localizados em 11 municípios: Araguaçu, Formoso do Araguaia, Goiatins, Itacajá, Lagoa da Confusão, Maurilândia do Tocantins, Sandolândia, Santa Fé do Araguaia, Pium, Tocantínia e Tocantinópolis, perfazendo um total de 11.850 indígenas entre aldeados e cidadãos, equivalendo a 1% da população geral do Tocantins. No que alude à população geral, das 06 (seis) Regiões de Saúde representadas por 97.032 habitantes de acordo com dados do IBGE de 2012, sendo que 11% desta população são indígenas. (BRASIL, 2012),

A população indígena, no Tocantins, é assistida pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Tocantins (DSEI/TO). O DSEI está localizado na capital do estado do Tocantins, Palmas, o qual é responsável pela CASAI de Araguaína Este atende uma população de aproximadamente 11.163 indígenas de 11 etnias, residentes em 152 aldeias, abrangendo 10 municípios do estado do Tocantins.

A CASAI de Araguaína, campo de trabalho desta pesquisa, está localizada no município de Araguaína, sendo um município que foi ocupado, primeiramente, por tribos da etnia Carajás. Em 1876, foi que os primeiros migrantes chegaram ao norte tocantinense. Atualmente, possui 167.176 habitantes, a segunda maior população da unidade federativa, de acordo com estatísticas do IBGE de 2014. Localiza-se na macrorregião norte tocantinense, compreendido na região entre os rios Lontra e Andorinhas. Está situado a 368 km da capital, Palmas; 1.148 km da antiga capital Goiânia; e, a 1.252 km da capital federal Brasília, além de importantes cidades da região como Imperatriz a 250 km; Marabá a 280 km e Belém, a capital paraense, a 842 km. É um polo regional pujante, que se destaca nos quesitos comercial, educacional, de saúde e serviços.

Segundo o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento (SCNES), o setor de saúde do município conta com os seguintes equipamentos de saúde: 19 centros de saúde/unidade básica; 04 (quatro) hospitais gerais; 01(um) hospital especializado; 87 consultórios isolados; 22 clínicas/centros de especialidades; 24 unidades de apoio diagnose e terapia (isolado); 01(uma) unidade móvel terrestre; 06 (seis) unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência; 06 (seis)

farmácias; 03 (três) unidades de vigilância em saúde; 01(uma) central de regulação de serviços de saúde; 01(um) centro de atenção hemoterapia e ou hematológica; 02 (dois) centros de atenção psicossocial; 01(um) pronto atendimento; 01 (uma) central de regulação médica de urgências e 01(uma) secretaria de saúde. (BRASIL/SIASI, 2015).

A CASAI de Araguaína atende os indígenas que são encaminhados pelos Polos Base Indígenas (PBI) de Tocantinópolis, Santa Fé do Araguaia e Itacajá. O PBI de Tocantinópolis presta assistência a 28 aldeias, com um total de 2.328 indígenas. O referido polo tem três equipes formadas por: 03 enfermeiros; 01 médico; 01 cirurgião-dentista; 01 auxiliar de saúde bucal; 13 técnicos em enfermagem; 09 agentes indígenas de saúde; 12 agentes indígenas de saneamento e 01 técnico em saneamento. (BRASIL/SIASI, 2015).

O PBI de Santa Fé do Araguaia presta assistência a 10 aldeias, com um total de 347 indígenas. O referido polo tem uma equipe formada por: 01 enfermeiro; 01 médico; 01 cirurgião-dentista; 01 auxiliar indígena de saúde bucal; 07 técnicos em enfermagem; 02 agentes indígenas de saúde e 05 agentes indígenas de saneamento. (BRASIL/SIASI, 2015).

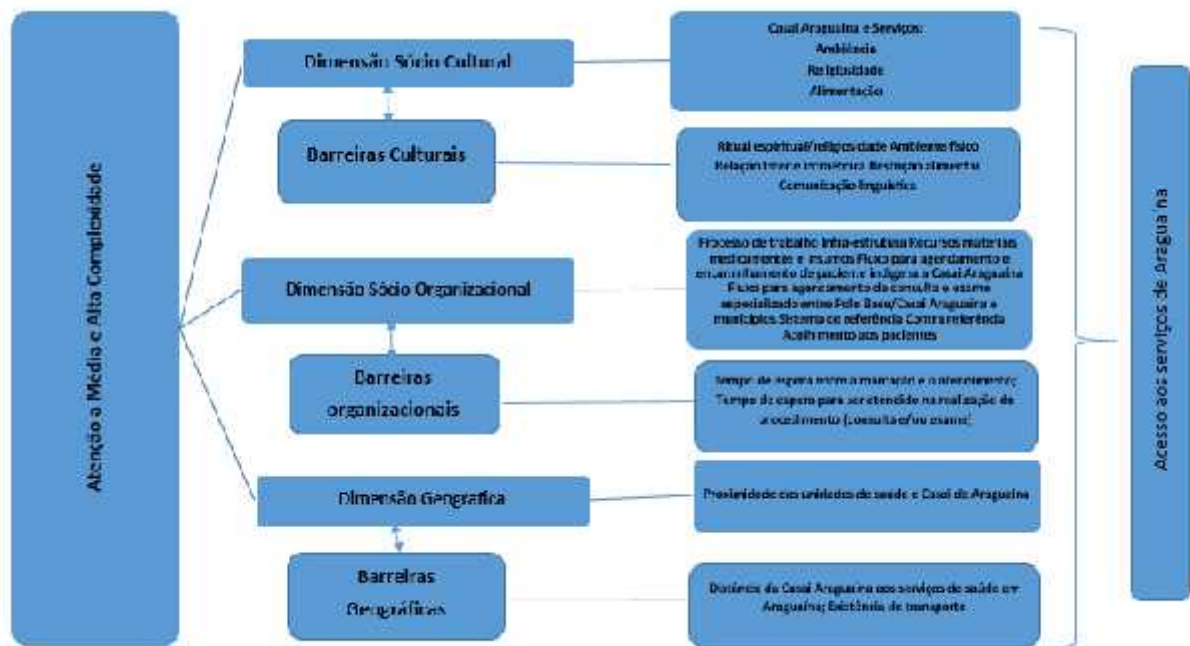
O PBI Itacajá presta assistência a 29 aldeias, com um total de 3.010 indígenas. O referido polo tem quatro equipes formadas por: 04 enfermeiras; 02 médicos; 02 cirurgiões-dentistas; 02 auxiliares indígenas de saúde bucal; 19 técnicos em enfermagem; 16 agentes indígenas de saúde; 13 agentes indígenas de saneamento e 01 técnico em saneamento. (BRASIL/SIASI, 2015).

3.4 Modelo teórico lógico

Segundo Brouselle (2011), para fazer uma avaliação é preciso elaborar um modelo lógico que permita evidenciar a lógica interna do programa, seus componentes, principais objetivos, ações e resultados esperados. Desta forma,

elaborou-se um modelo teórico-lógico de acesso, adaptado de Gomes (2013), para a análise da percepção dos profissionais e gestores do DSEI/TO e do SMAC, sobre o acesso dos usuários indígenas do DSEI/Tocantins aos serviços de média e alta complexidade, no município de Araguaína/TO.

Figura 6 - Modelo teórico lógico de acesso dos usuários indígenas aos serviços de média e alta complexidade do Município de Araguaína.



Fonte: Adaptado de Gomes (2013); Cunha e Vieira-da-Silva (2010); Chaves e Vieira-da-Silva (2007).

O modelo lógico permitiu identificar as principais dimensões relacionadas ao acesso à média e alta complexidade: Dimensões sócio organizacionais (sistema de referência e contra referência, serviço de apoio ao usuário indígena: CASAI de Araguaína, organização dos serviços de saúde); Geográficas (acesso geográfico); Sociocultural (religiosidade, ambiência, relações inter e intraétnicas, alimentação). Todas fundamentadas na teoria de Travassos e Castro (2012) e Donabedian (1973).

Na dimensão sociocultural foram elencados os aspectos culturais inerentes à população indígena que podem interferir na relação entre usuários e serviços de saúde, como por exemplo: ambiência, religiosidade. Para a dimensão sócio organizacional, são os aspectos próprios da organização dos serviços de saúde,

como o tempo de espera para o atendimento, tanto da rede especializada quanto do serviço de saúde indígena. Para a dimensão geográfica, foram descritos aspectos relacionados à distribuição espacial dos recursos, localização das unidades de saúde, a discussão sobre existência de transporte específico e apropriado para os usuários indígenas. (GOMES, 2013).

3.5 Critérios e padrões de análise

Derivada do modelo lógico para a construção das principais categorias de análise dos dados, a matriz elaborada e validada por Gomes (2013) foi a base norteadora para identificação da perspectiva dos profissionais e gestores, no julgamento dos critérios e padrões, levando-se em consideração as dimensões da acessibilidade que foram utilizadas neste estudo. (APÊNDICE I - Tabela 1).

Essa matriz foi usada também para melhor compreender as percepções dos informantes-chave e facilitar a análise dos dados. A mesma é composta por três dimensões:

- Primeira dimensão - sócio organizacional: com três subdimensões – com seus respectivos critérios: regulação dos pacientes indígenas aos serviços de saúde, existência de fluxos institucionalizados entre os diferentes DSEI 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 Araguaína, capacitação dos profissionais da saúde indígena para atendimento em contexto intercultural e tempo de espera para realizar os procedimentos e consultas;

- Segunda dimensão – sociocultural: com quatro 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; e,

- Terceira dimensão – geográfica: contou com uma subdimensão e seus critérios: transporte para atendimento nos serviços de saúde e tempo de deslocamento para os serviços de saúde especializados de Araguaína. Para cada uma dessas dimensões foram estabelecidos critérios formulados com base na revisão de literatura sobre o tema. Para cada critério selecionado foi feita a descrição que corresponderia às situações consideradas “satisfatória”, “intermediária” e “insatisfatória”.

3.6 Fontes de dados e técnicas de coleta de dados

Para análise do acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde foram utilizados roteiros de entrevista semiestruturada (Apêndice A-G Roteiro de entrevista), para as informantes-chave, visando incorporar as diferentes perspectivas, com vistas ao entendimento dos sujeitos sobre as dimensões previstas neste estudo.

As entrevistas foram previamente agendadas no local de trabalho dos informantes-chave. Os dados foram gravados durante as entrevistas de modo que possibilitou a análise posterior. As transcrições das gravações foram fidedignas, sem prejuízos da subjetividade das falas.

A análise dos dados secundários da utilização dos serviços de saúde, em Araguaína, por meio do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), bem como relatórios produzidos pela equipe dos polos que encaminham indígenas para Araguaína, CASAI e DSEI/TO; relatórios da regulação, no período de 2013-2014, eram para serem fontes de dados, mas como não existiam registro desses dados consolidados, ficaram apenas como informações complementares; e, as atas do CONDISI de 2013 e 2014 como fonte de dados documental para análise da percepção do CONDISI.

Foi realizada também observação sistemática na CASAI de Araguaína para identificar a relação profissional-usuário e como se dá a forma de acolhimento, processo de trabalho, bem como verificar a situação estrutural e organizacional da CASAI, coletados a partir do roteiro de observação por meio de alguns pontos norteadores.

3.7 Informantes-chave

Os informantes-chave foram os gestores do DSEI/TO (Coordenador do DSEI/TO; Apoiadora do DSEI/TO, Chefe da CASAI de Araguaína); gestores dos Serviços de Média e Alta Complexidade (Diretor das unidades de serviços de média e alta complexidade do município de Araguaína que ofertam assistência aos usuários indígenas, Responsável pela regulação do município de Araguaína e do Estado); Profissionais (CASAI de Araguaína e dos Polos Base Indígenas (PBI) de Tocantinópolis, Santa Fé do Araguaia e Itacajá).

Conforme a seguinte disposição: 1 Coordenadora do DSEI/TO; 1 Chefe da CASAI de Araguaína; 1 Apoiadora do DSEI/TO; 1 Diretora Geral do Hospital Regional de Araguaína; 1 Diretor Técnico do Hospital e Maternidade Dom Orione; 1 Responsável pela regulação de Araguaína; 1 Diretora da Regulação Estadual; 2 Enfermeiras da CASAI de Araguaína; 3 Responsáveis técnicos dos Polos Base de Tocantinópolis, Santa Fé do Araguaia e Itacajá; 1 Enfermeira do Polo Base de Itacajá.

Sendo que, do total de profissionais e gestores entrevistados, 84,62% foram do sexo feminino, 53,85 são casados, 30,77% divorciados, 7,79% têm união estável, 7,69% se enquadram em outras situações (não responderam à pergunta); 62% estão entre 25 a 35 anos, 15% entre 36 a 45, 15% entre 46 a 55, 8% não falaram a idade; 38,48% são da raça parda, 30,77% branca, 15,38% negra, 15,38% não informaram raça/etnia; 61,54% possuem pós-graduação, 30,77% nível superior e 7,69 outros (não informaram); 61,54% não tiveram experiência anterior de trabalho

na área de saúde indígena e nem na área de gestão em saúde; 84,62 não fizeram capacitação para atuação em contexto intercultural em saúde com a população indígena, somente 15,38% fizeram capacitações.

Destaca-se que alguns informantes-chave não quiseram responder as questões relacionadas com o perfil, considerando não ser relevante essa informação. Também não responderam algumas perguntas sobre o acesso, justificando que não conhecem como funciona a organização do DSEI/TO, e que por este motivo, preferiam não responder as questões.

3.8 Análise de dados

As informações coletadas foram analisadas por meio da matriz elaborada e validada por Gomes (2013), levando em consideração as dimensões do acesso (APÊNDICE I - Tabela 1). Em seguida foi realizada a técnica de triangulação, a partir da comparação das respostas, da contraposição dos dados informados com os dados coletados nos documentos analisados, da observação dos trabalhos realizados na CASAI de Araguaína e, ainda, pela bibliografia analisada e consultada sobre o tema. (CHAVES, 2006).

Para processamento e análise dos dados foi elaborado um Quadro com filtro no Programa Microsoft Office Excel. Para sintetizar a filtragem das percepções mais significativas dos entrevistados e para análise do perfil dos informantes-chave foram utilizados planilhas e gráficos no Microsoft Office Excel.

Aos dados primários coletados pelas entrevistas foram atribuídos pontos aos critérios com base nas evidências, oriundas das falas dos profissionais, gestores do DSEI e dos gestores das unidades estaduais da observação e dos documentos investigados. Foi considerada a pontuação máxima prevista para cada dimensão. Para sócio organizacional (100 pontos), maior pontuação por descrever a maioria das características referentes ao foco do estudo: média e alta complexidade do

SUS. Sociocultural (40 pontos), seguida da geográfica (20 pontos). Os achados foram classificados por meio de comparação dos dados, em que foram atribuídos pontos (0 – insatisfatório, 5 – intermediária e 10 - satisfatório) a cada critério. Para o resultado final foi realizada somatória dos pontos atribuídos aos diferentes critérios, subdimensões e dimensões.

A classificação final do grau de acesso para cada critério correspondeu à proporção (%) da pontuação máxima prevista dividida em tercís, da seguinte forma:

(a) insatisfatória: < 33,3%

(b) intermediária: de 33,3 a 66,6%

(c) satisfatória: > 66,6%, conforme Apêndice I - Tabela 1).

Para análise do conteúdo das atas do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), os assuntos foram identificados e registrados, no programa Microsoft Office Excel em uma tabela de cinco colunas: a primeira coluna (ano da reunião); segunda (número de ordem da reunião); terceira (tipo de documento encontrado); quarta (data da reunião); quinta (assuntos tratados). No CONDISI constam registros de 03 reuniões ordinárias em 2013, e 04 em 2014, sendo 02 reuniões ordinárias e 02 extraordinárias, contabilizando um total de 07 reuniões no período. Importa informar que os assuntos foram classificados em categorias.

3.9 Aspectos éticos

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 1.445.968, estando em concordância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, que trata dos aspectos éticos de pesquisas que envolvem seres humanos. Os informantes-chave 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).

Foi informado ao DSEI/TO e ao CONDISI e autorizada previamente a realização das entrevistas nos locais de trabalho e liberação do acesso ao banco de dados do SIASI e às informações dos relatórios e entrevistas com profissionais. (APÊNDICES B e C).

Cabe destacar que a pesquisa não foi desenvolvida com usuários indígenas devido à demora nos trâmites para requerer autorização para tal ato, conforme resolução do CONEP nº 304/2000. Os prazos a serem cumpridos não permitiriam a realização da coleta dos dados e sua análise dentro do cronograma previamente estipulado pelo Programa de Pós-graduação do ISC/UFBA.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Acesso dos usuários indígenas aos serviços de Média e Alta Complexidade em Araguaína

As pontuações e classificações obtidas, assim como o resultado final relativo às dimensões, foram obtidas a partir das entrevistas dos profissionais da CASAI de Araguaína e dos Polos de Itacajá, Santa Fé do Araguaia e Tocantinópolis; gestores do DSEI/TO; gestores do SMAC; observação *in loco*, bem como fonte documental. As informações das entrevistas foram primeiramente pontuadas por meio da matriz de análise de Gomes (2013), e podem ser visualizadas nos Apêndices I a N e nas Tabelas 2 a 4 e, que foram, posteriormente trianguladas.

A partir da análise geral de todas as dimensões, subdimensões e seus respectivos critérios, as características dos serviços da saúde indígena e dos serviços especializados de Araguaína, no acesso dos indígenas, foram categorizados de acordo com a percepção dos atores envolvidos. Para os profissionais dos Polos, o percentual alcançado foi de 46,8% que permitiu categorizar como intermediária; para os profissionais da CASAI, o percentual foi 43,7%, sendo categorizado como intermediário. Já para os gestores do DSEI, o percentual foi 53,1%, e permitiu classificar como intermediário. Enquanto para os gestores do SMAC, foi de 12,5%, permitindo ser categorizado como insatisfatório, conforme descrito no quadro abaixo.

Quadro 1 - Avaliação do acesso da população indígena da região norte do Tocantins à rede de atenção à saúde de média e alta complexidade por dimensões, segundo a percepção dos informantes-chave.

Dimensão	Sub dimensão	Critérios	Informantes-chave							
			Prof. Polo Base		Prof. CASAI		GT DSEI-TO		GT SMAC	
			Pontuação %	Classificação	Pontuação %	Classificação	Pontuação %	Classificação	Pontuação %	Classificação
Sócio	Sistema de Referência e Contra-Referência	Regulação dos pacientes indígenas aos serviços de média e alta Complexidade de Araguaína pelos municípios de origem da aldeia.	100	Satisfatório	50	Intermediário	100	Satisfatório	100	Satisfatório
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente entre os Polos Bases para encaminhamento de usuários a CASAI Araguaína.	50	Intermediário	50	Intermediário	50	Intermediário	0	Insatisfatório
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente pelo DSEI-	0	Insatisfatório			0	Insatisfatório	0	Insatisfatório

		Tocantins em articulação com os municípios de sua área de abrangência.			0	Insatisfatório				
		Retorno dos pacientes indígenas com a contra referência preenchida em formulário específico pelos profissionais dos serviços de saúde de Araguaína.	50	Intermediário	50	Intermediário	50	Intermediário	0	Insatisfatório
	Serviço de Apoio ao usuário indígena: CASAI Araguaína	Adequação arquitetônica da CASAI para o uso de redes e/ou esteiras para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas.	100	Satisfatório	100	Satisfatório	100	Satisfatório	-	Não responderam
		Presença de acompanhantes para os usuários indígenas que não falam a língua portuguesa na CASAI e no acompanhamento aos serviços de saúde.	100	Satisfatório	100	Satisfatório	100	Satisfatório	100	Satisfatório
		Cumprimento de todas as atribuições previstas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e institucionalização das rotinas e protocolos de trabalho.	50	Intermediário	50	Intermediário	50	Intermediário	-	Não responderam
		Capacitação dos profissionais da CASAI para atuação em contexto intercultural.	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	-	Não responderam
		Organização dos serviços de saúde	Tempo de espera entre a marcação do procedimento e/ou consulta especializada e o atendimento entre 1 semana e 3 meses.	50	Intermediário	50	Intermediário	50	Intermediário	0
	Tempo de espera para ser atendido na realização do procedimento (consulta e/ou exame) em menos de 1 hora		-	Não responderam	-	Não responderam	-	Não responderam	-	Não responderam
CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO			50	Intermediário	45	Intermediário	50	Intermediário	20	Insatisfatório
Sócio cultural	Religiosidade	Garantia de realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas nos serviços especializados de saúde de Araguaína.	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	50	Intermediário	0	Insatisfatório
	Ambiência	Adequação arquitetônica dos serviços de saúde especializados de Araguaína para o uso de redes para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas hospitalares.	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
	Relações inter e intraétnicas	Capacitação dos profissionais dos serviços de saúde especializados de Araguaína para atuação em contexto intercultural	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório	0	Insatisfatório
	Alimentação	Alimentação adequada aos hábitos alimentares e dieta dos usuários indígenas	50	Intermediário	0	Insatisfatório	100	Satisfatório	0	Insatisfatório
CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO			12,5	Insatisfatório	0	Insatisfatório	37,5	Intermediário	0	Insatisfatório
Geográfica	Acesso Geográfico	Existência de transporte proporcionado pelo DSEI-Tocantins ou o município de origem da aldeia até a CASAI, e transporte proporcionado pelo DSEI-Tocantins entre a CASAI e os serviços de saúde	100	Satisfatório	100	Satisfatório	100	Satisfatório	-	Não responderam
		Tempo de deslocamento da CASAI para os serviços de saúde inferior a 1 hora.	100	Satisfatório	100	Satisfatório	100	Satisfatório	-	Não responderam
CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO			100	Satisfatório	100	Satisfatório	100	Satisfatório	-	Insatisfatório
TOTAL GERAL DE PONTOS			46,8	Intermediário	43,7	Intermediário	53,1	Intermediário	12,5	Insatisfatório

Fonte: Elaboração da autora.

Uma primeira apreciação da matriz permite vislumbrar que existem pontos de vistas discordantes sobre a avaliação do acesso, suas dimensões e subdimensões, entre os atores entrevistados. De um lado, observa-se uma visão bastante coincidente entre os gestores e profissionais do DSEI, que por sua vez, diferem da visão dos gestores dos Serviços de Média e Alta Complexidade (SMAC). As principais discordâncias são relativas à dimensão sócio organizacional, classificada como intermediária pelos profissionais e gestores do DSEI (pontuação geral de 50%, 45% e 50%) e considerada insatisfatória pelos gestores do SMAC (20%).

Tal diferença pode ser problematizada por Matus (1997), o qual sugere que as várias explicações sobre uma política dependem da posição ocupada, crenças, visão de mundo, ideologia dos atores envolvidos e de seus interesses. Cada um detém uma parte da veracidade.

A análise e discussão detalhadas das dimensões serão apresentadas a seguir, a partir das análises das perspectivas dos profissionais e gestores.

4.1.1 Dimensão Sócio Organizacional

Na percepção dos profissionais das CASAI e dos Polos Base, gestores do DSEI/TO, a dimensão sócio organizacional foi classificada como intermediária. Já para os gestores do SMAC (Regulação, Hospital Regional de Araguaína e do Hospital Dom Orione), essa dimensão foi pontuada como insatisfatória. Dos dez critérios avaliados, quatro foram considerados intermediários, quatro insatisfatórios, e dois satisfatórios para os profissionais dos Polos Base. Para os profissionais da CASAI de Araguaína, cinco foram considerados intermediários, três insatisfatórios, e dois satisfatórios. Logo para os gestores do SMAC, seis insatisfatórios, dois satisfatórios e dois não foram respondidos.

Percebeu-se que os atores vinculados ao DSEI/TO visualizaram a dimensão sócio organizacional intermediária, enquanto os atores da gestão do SMAC insatisfatório. Esse resultado pode atribuir a questão da falta de conhecimento da política de saúde indígena pelo gestor do SMAC, ou porque cada ator, dependendo da sua situação, tem um olhar diferenciado em relação à dimensão.

Na visão dos profissionais e gestores do DSEI/TO, a barreira encaminhamento de pacientes para os serviços especializados sem regulação do município está superada. Entretanto, as maiores barreiras identificadas foram: o tempo de espera para conseguir uma consulta com especialista, falta de normatização do fluxo do sistema de referência e contrarreferência entre unidades e CASAI de Araguaína,

tanto dos serviços especializados quanto do SASISUS; inadequada infraestrutura das unidades. Tais evidências confirmam os achados de Gomes (2013) e de Benevides (2014).

A análise e discussão detalhadas da dimensão serão apresentadas a seguir, a partir das subdimensões que a integram.

4.1.1.1 Subdimensão Sistema de Referência e Contrarreferência

Nesta subdimensão, os resultados da percepção dos entrevistados apontaram para critérios considerados intermediários, demonstrando que, na maioria das vezes, as ações são realizadas e garantidas, porém de forma parcial.

O primeiro aspecto identificado nas entrevistas relacionava-se com a regulação dos pacientes. Conforme relatos coletados, o acesso da população indígena às consultas e exames da média e alta complexidade se dá por meio do sistema de regulação, a partir dos municípios onde suas aldeias estão situadas.

Entretanto, para os entrevistados, ainda há alguns entraves a serem vencidos nessa área, como a falta de pactuações entre os DSEI e os gestores municipais e estaduais. Por exemplo, o estabelecimento da rede de referência dos serviços de saúde e um diálogo intercultural e interfederativo.

Eu acho que a maior dificuldade é a questão de pactuação [...]. A gente tem problema de município [...] que não pactua quase nada de referência [...]. Eu acho que, não só aqui, mas o DSEI, em geral, é a questão de pactuação mesmo. (PROF CASAI 02)

Na verdade é um pouco de gargalo nessa ação no que diz respeito à regulação e o que facilita para nós é uma pactuação que temos com o município de [...], através do diretor do hospital que nos disponibiliza por vezes, dependendo da necessidade, algumas vagas, principalmente de oftalmologia, cardiologista. Então nós enviamos o encaminhamento para o município de [...] e eles nos disponibiliza a vaga. Dessa forma facilita um pouco o agendamento. (PROF POLO 02)

[...] a relação com os municípios a cada ano tem melhorado. A relação não é uma relação muito estreita ou cem por cento, mas tem um avanço muito grande. A gente tem um papel de estar articulando esta rede. Alguns municípios ainda não conseguem entender que o indígena também é de sua responsabilidade, também é município e que ele tem responsabilidade sanitária também desse povo, mas isso tem se conquistado e se conversado e articulado. Durante esse processo todo já temos assento na CIB com direito à voz e participação na CIR. Isso tem melhorado essa articulação com a própria rede e o próprio município. (GT DSEI 03)

Outro aspecto importante é que nos DSEI as ações que são realizadas nas aldeias limitam-se à atenção primária. E, para garantir a integralidade na atenção à saúde dos povos indígenas, faz-se necessário acessar a rede de referência para ações de saúde de média e de alta complexidade presentes nos municípios.

Deste modo, ressalta-se a importância do fortalecimento da gestão dos DSEI e dos espaços de controle social do subsistema. Os espaços são fundamentais para proporcionar o conhecimento das necessidades e das expectativas dos povos indígenas, defendendo assim o estabelecimento de práticas de saúde ética e culturalmente adequadas, promovendo também o entendimento sobre as políticas de saúde e o compartilhamento de decisões. (BENEVIDES **et al.**, 2014).

Benevides **et al.** (2014, p. 37) ressaltam que para organizar o acesso a média e alta complexidade da população indígena é necessário que a:

[...] articulação entre os DSEI e os gestores municipais e estaduais, por exemplo, para o estabelecimento da rede de referência dos serviços de saúde. Os serviços próprios dos DSEI limitam-se à atenção primária e, para garantir a integralidade na atenção à saúde dos povos indígenas, é necessário definir e acessar a rede de referência para ações de saúde de média e de alta complexidade presentes nos municípios.

Apesar dos encaminhamentos para média e alta complexidade serem regulados pelo SISREG, percebeu-se a fragilidade no processo de articulação entre as partes. Para o estabelecimento de fluxos, identificou-se nas entrevistas, na análise documental e observação *in loco* que as relações nesse campo são construídas com base nos relacionamentos de amizade entre os profissionais da

saúde indígena e os profissionais de saúde dos municípios, conforme relato nas entrevistas:

[...] não existe só um acordo de município mesmo ou senão uma parceria mais por amizade. Não especificamente de um fluxograma criado, documentado, não existe. (PROF CASAI 02)

[...] com o DSEI não. Agora a Secretaria Estadual de Saúde tem a pactuação com o município referenciado, aí o município que redistribui as vagas de acordo com as cotas deles, com a PPI. (GT SMAC 03)

[...] a gente recebe o encaminhamento do médico da aldeia para a especialidade. O médico do programa Mais Médico, ele atende o paciente, faz o encaminhamento, a equipe da aldeia traz toda sexta-feira e entrega para a técnica de enfermagem, que também responde pela regulação. Então ela entrega no setor de regulação do município e aguarda o agendamento [...]. (PROF POLO 02)

Nas entrevistas, foi mencionada a existência de fluxo institucional interno entre a CASAI de Araguaína e os Polos Base. Ainda que os entrevistados dos Polos e CASAI relataram o mesmo fluxo, não foram evidenciados nos achados documentais esclarecimentos se ele foi normatizado entre a CASAI e os Polos.

[...] A gente regula o paciente, o carro da aldeia que tem para servir, busca os pacientes. A partir daí a gente encaminha para a CASAI, a gente informa para lá, para separarem quartos e alimentação, tudo certinho e a partir de lá eles encaminham o paciente até à consulta. (PROF POLO 04)

Na análise, ficou evidenciado que existe a contrarreferência dos pacientes indígenas, entre os Polos e a CASAI. Essa tarefa faz parte das atribuições dos profissionais. Então eles preenchem os formulários específicos com as informações da situação de saúde dos pacientes indígenas ao sair da aldeia e ao retornar dos atendimentos.

Entretanto, na análise foi confirmado que não existe a contrarreferência entre a CASAI e os serviços de referência do SUS. Segundo um gestor do serviço, os pacientes indígenas são encaminhados sem nenhuma informação, enfatizando que eles não sabem para quem deveriam encaminhar a contrarreferência. Percebeu-se que a falta dessas informações para os serviços de referência ocasiona muitos transtornos, tanto para os indígenas como para os profissionais da CASAI.

É realizada a contrarreferência pela enfermeira de área ou técnico de enfermagem na ausência dela ou do médico e tanto na ida do paciente e no retorno a CASAI, envia de novo a contrarreferência. E essa contrarreferência que é devolvido pela CASAI é reproduzida. Fica uma cópia no Polo e a outra vai para a aldeia para a equipe ter conhecimento do que o paciente fez, se ele consultou, se ele fez exames e continuidade da assistência. (PROF POLO 03)

Se eu enviar o resumo de alta eu deveria estar fazendo uma contra referência. Qual é o problema? Não houve referência, eu não recebi um relato do paciente dizendo como ele devia chegar aqui, pra eu também dizer como deveria voltar. Acaba que eu dou uma informação que eu fiz com ele, mas não sei pra quem. Se eu entregar para o paciente é contra referência? Para mim não. Contra referência é para um serviço. O serviço me manda e eu mando para o serviço. Quando é uma demanda espontânea do paciente que vem e ele volta como é que eu informo a quem, o que eu fiz com ele se ninguém me mandou? Então, nesse sentido não tem referência e contrarreferência. Existe relato de alta. (GT SMAC 02)

Os dados colhidos evidenciaram várias dificuldades enfrentadas para garantir o acesso da população indígena aos serviços de média e alta complexidade. Dentre elas: a falta de oferta dos serviços de média pelo Estado; falta de vagas; além dos profissionais da saúde indígena terem também dificuldades no processo de regulação dos pacientes nos municípios de origem das aldeias, devido a ausência de conhecimento da organização da regulação: a falta de uma articulação contínua entre o DSEI/Tocantins e os municípios de sua área de abrangência como também com a Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins.

As dificuldades estão relacionadas mesmo ao sistema de regulação pela questão de vagas, algumas especialidades muito demoradas, principalmente oftalmologista, gastro, dermatologista [...]. Mas a dificuldade está relacionada mesmo com o sistema, a questão de vaga para garantir o atendimento do indígena. (PROF POLO 03).

[...] a Inexistência de formalização das pactuações, compreensão errônea do gestor municipal sobre a comunidade indígena (acreditam que o indígena não é munícipe e que não tem responsabilidade sanitária sobre este povo). Desconhecimento da Política do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena- SASISUS, por parte de alguns profissionais da saúde, inexistência de ferramentas que garantam o acesso aos Serviços de Média e Alta Complexidade para a população indígena, inexistência das demandas em saúde da população indígena no Plano Plurianual-PPA e nos Planos Anual de Saúde - PAS das Secretarias Municipais de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, resistência de alguns gestores municipais no cadastro dos estabelecimentos de saúde indígena no Sistema de Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde - SCNES e resistência de alguns gestores municipais em discutir o processo da Programação Pactuada Integrada – PPI, tendo a população indígena como munícipe. (GT DSEI 02)

[...] alguns serviços que não são ainda pactuados pelo estado, aqueles que o estado não tem, não tem profissionais, a demora pelo atendimento. A gente tem tido essa reclamação, no geral é essa a reclamação. Na média eles têm tido um atendimento melhor, agora na alta tem demorado mais. (GT DSEI 03)

Acredito que a maior dificuldade é com os municípios, que são os responsáveis pela execução, já que as cotas de procedimentos de média e alta complexidade em sua grande maioria é determinada pela população existente no território municipal, é o que verificamos na Central Estadual de Regulação, que a população indígena não é priorizada, na verdade há priorização primeiramente para os não índios, o que torna a situação injusta já que a cota é determinada pela quantidade de residentes (índios e não índios). (GT SMAC 04)

Para Pinheiro e Mattos (2009), para criar um sistema de referência e contrarreferência que funcione, não basta só o estabelecimento de um fluxo e contrafluxo de pacientes e de informações gerenciais e tecnocientíficas. Os autores reconhecem que é necessário muito mais, sobretudo reconhecer que nesse sistema deverão ser difundidos conhecimentos para a melhoria da qualidade do atendimento realizado pelo sistema de saúde local, no qual está situado.

Alguns autores como Ferreira **et al.** (2010) e Pires **et al.** (2010) observam que a organização dos serviços de referência e contrarreferência, bem como os fluxos e as centrais de regulação, são necessários para equalizar a oferta de serviços intermunicipais em uma região de saúde. Ao mesmo tempo, a inclusão de tecnologias do cuidado na APS, na forma de estrutura sanitária, amplia a resolutividade das unidades de saúde.

4.1.1.2 Subdimensão Serviço de Apoio ao Usuário Indígena: CASAI de Araguaína

Nesta subdimensão para os profissionais dos Polos e da CASAI de Araguaína, bem como para os gestores do DSEI/TO, dois (02) critérios foram classificados como satisfatórios, um (01) como intermediário e apenas o critério referente à capacitação dos profissionais da CASAI foi considerado insatisfatório. Os critérios que foram considerados satisfatórios foram confirmados na observação *in loco*. Já na percepção dos gestores do SMAC, nesta subdimensão, os critérios foram

considerados insatisfatórios. Apenas o critério presença de acompanhante para os usuários indígenas que não falam a língua portuguesa na CASAI e no acompanhamento aos serviços de saúde, foi considerado satisfatório. Com esses dados, a investigação permite inferir sobre o desconhecimento dos gestores do SMAC sobre a política de saúde indígena.

É difícil encontrar um usuário indígena que não fale a língua portuguesa. Geralmente as crianças vêm acompanhadas dos seus pais que falam português. Eles andam sempre com acompanhantes e a própria comunidade sempre escolhe alguém que fale a língua portuguesa. (PROF POLO 01)

Olha, a gente está num momento de alegria porque a CASAI já foi ampliada e já está terminando a reforma. Antes disso, a gente tinha um volume muito grande de pacientes, mas sempre tentando ao máximo acomodá-los, a equipe sempre tentou e a gestão dá a maior comodidade para esse indígena. Hoje eu posso dizer que temos um espaço ótimo para acomodar esses indígenas [...]. (GT DSEI 01)

O prédio onde está localizada a CASAI de Araguaína passou recentemente por um processo de reforma e ampliação para melhorar a qualidade do serviço prestado à comunidade indígena, onde foi pensando nas especificidades de cada povo. Atualmente a CASAI de Araguaína conta com uma equipe completa de enfermagem, administrativo, serviço de apoio, farmácia, psicologia e nutrição. Dispomos de todo material, insumos e medicamentos para realizar o atendimento de maneira satisfatória. (GT DSEI 02)

Os discursos dos autores envolvidos na pesquisa enfatizam fortemente a garantia da presença dos acompanhantes nas instalações da CASAI, mesmo que o acompanhamento dos indígenas aos serviços de saúde especializados é uma atribuição dos profissionais da CASAI.

É difícil encontrar um usuário indígena que não fale a língua portuguesa. Geralmente as crianças vêm acompanhadas dos seus pais que falam português. Eles andam sempre com acompanhantes e a própria comunidade sempre escolhe alguém que fale a língua portuguesa. (PROF POLO 01)

Tem uma técnica de enfermagem que acompanha. Eles nunca vão sozinhos a nenhuma consulta, a nada. Sempre vai um técnico de enfermagem ou uma enfermeira acompanhando. (PROF POLO 04)

Todos os indígenas que chegam à CASAI a gente tem que acompanhar. É, o técnico ou o enfermeiro que tiver disponibilidade, acompanha devido à dificuldade, já que mesmo ele falando ele tem uma dificuldade de falar assim com as pessoas mais estranhas. Então a gente faz o possível de acompanhar todos para esclarecer o que ele está sentindo no momento ou o motivo do encaminhamento [...]. (PROF CASAI 02)

Geralmente vem um acompanhante que fala a língua portuguesa. [...]. O polo sempre tem esse cuidado de estar mandando uma pessoa, ou professor da aldeia, ou parente que fala a língua. Que essa questão mais é com o idoso, o idoso não quer vir para a cidade, mas vem neto e aí consegue o acesso ao atendimento [...]. (GT DSEI 01)

Alguém lá da CASAI, né, sempre que a gente tem dificuldade, vem. Mas geralmente os indígenas nosso, todos falam. A dificuldade é com a mulher. Tem mulher que segundo eles lá, o marido proíbe ela de falar português com a gente. Aí ele vem para ser o intérprete ou então a própria CASAI manda alguém para fazer. (GT SMAC 02)

4.1.1.3 Subdimensão Organização dos Serviços de Saúde

Na percepção dos 02 critérios avaliados, nessa subdimensão, segundo os entrevistados, foram classificados como intermediário e insatisfatório. No entanto, o critério referente 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 intermediário.

Enquanto o critério do tempo médio que o paciente indígena aguarda na unidade de saúde para atendimento foi classificado como insatisfatório. Foi evidenciado que no primeiro caso, para alguns atendimentos, o tempo aguardado é menor que três meses. Entretanto, para algumas especialidades (oftalmologia, neurologia, nefrologia, dermatologia, reumatologia), o indígena fica aguardando por um período superior a um ano.

No caso, como eu te falei, as especialidades mais difíceis (neurologia, nefrologia) dependem do tempo, as vezes dois anos, um ano [...]. (PROF POLO 01).

[...]. Agora a questão do alto risco está ótima, está vindo de semana em semana esse acompanhamento. Teve exames que melhorou, mas ainda tem essa demora no retorno da consulta-exame. Demora um tempo assim o que poderia ser 30 dias, no máximo 60 dias, acaba demorando 6 a 8 meses, até um ano. (GT CASAI 01)

O tempo médio é de 30 a 40 dias para algumas especialidades, tendo em vista que o Estado é responsável por 90% dos Serviços de Média e Alta Complexidade e que encontra dificuldades na contratação de alguns serviços, às vezes é necessário encaminhar o usuário para outro Estado, que demora, mas tempo. Atualmente temos uma dificuldade enorme para

agendar consulta com oftalmologia, reumatologia e outros que demora em média 90 a 160 dias. Cirurgias cardíacas e pediátricas não são realizadas no Estado, todas são encaminhadas por Tratamento Fora do Domicílio-TFD. (GT CASAI 02)

De forma complementar, tendo em vista ilustrar a demanda reprimida, no ano de 2016, o Quadro 2 mostra que da população de aproximadamente 11.163 indígenas de 11 etnias, residentes em 152 aldeias, abrangendo 10 municípios do estado do Tocantins, 281 usuários indígenas aguardam mais de 5 meses para conseguirem uma consulta com especialista.

Quadro 2- Demonstrativo demanda reprimida de consulta/retorno de janeiro a maio de 2016.

ESPECIALIDADE	QUANTIDADE	ESPECIALIDADE	QUANTIDADE
CARDIOLOGISTA	20	OFTAMOLOGISTA	113
CIRURGIA GERAL	15	ORTOPEDISTA	14
CIRURGIÃO PEDIÁTRICO	04	OTORRINOLARINGOLOGISTA	06
OTORRINO	10	PEDIATRA	05
DERMATOLOGIA	17	PNEUMOLOGISTA	04
ENDOCRINOLOGISTA	06	PSICOLOGIA	01
GASTROENTEROLOGISTA	04	PSIQUIATRA	08
GINECOLOGISTA	09	REUMATOLOGISTA	06
INFECTOLOGISTA	03	UROLOGISTA	04
MASTOLOGISTA	02	NEUROLOGISTA	28
NEFROLOGISTA	02		

FONTE: DSEI/TO-2016

Os pacientes indígenas do DSEI/TO aguardam entre o pedido de encaminhamento até a realização da consulta com o especialista. Segundo relatos nas entrevistas e informações do DSEI/TO (quadro 2), em média 1 a 4 meses. Sendo que, em algumas especialidades, chegam a esperar anos. Essa constatação reafirma os resultados da pesquisa de Errico (2011), a qual destaca que o tempo gasto varia de dias a ano, para a população da etnia Xakriabá, em Minas Gerais, terem acesso à média e alta complexidade. Gomes (2013) também constatou, na sua pesquisa, que os indígenas do DSEI/Cuiabá esperam em média 3 meses, sendo que, em algumas especialidades, esse tempo é indefinido, bem acima dos 3 meses.

4.1.2 Dimensão Sociocultural

Na percepção dos entrevistados ficou corroborado que os serviços de referência de média e alta complexidade não estão preparados para realizar um atendimento diferenciado aos povos indígenas, no que se refere às questões étnicas e culturais.

Evidenciou-se nos achados que as respostas foram quase que unânimes entre todos os entrevistados, classificando o critério das subdimensões: religiosidade, ambiência e relação inter e intraétnica como insatisfatórias. Apenas os gestores do DSEI que discordaram com as respostas no que se refere à religiosidade, classificando-a como intermediário. Quanto à subdimensão alimentação, os profissionais dos polos classificaram como intermediário; os gestores do DSEI como satisfatório; enquanto os profissionais da CASAI e os gestores do SMAC a classificaram como insatisfatório.

Para Pontes **et al.** (2014), os indígenas foram desconsiderados como sujeitos morais, que possuem valores e conhecimentos próprios capazes de tomar decisões. Tudo isso, porque no Brasil, durante o processo de colonização, as instituições criaram um projeto chamado “civilizar” os indígenas. Essas instituições entendiam que os indígenas deveriam ser protegidos de si mesmos, adotando os valores, costumes e hábitos da cultura. Há diversidade moral da sociedade. Esta está diretamente relacionada às diferenças culturais e às tradições religiosas. Entretanto, a relação entre os indígenas e profissionais deve ser tomada como pressuposto.

Ellerby e **colaboradores** (2000) enfatizam que as decisões étnicas dos povos indígenas são diferentes dos valores hegemônicos da sociedade ocidental. E que os profissionais de saúde devem reconhecer os riscos da aplicação de valores estereotipados e crenças espirituais, bem como a futilidade de tentar desenvolver fórmulas éticas generalizadas para se comunicar com os pacientes indígenas. Os profissionais que trabalham com os povos indígenas devem primeiramente

reconhecer a importância da autonomia, a centralidade da família para a saúde e identidade, a diversidade de crenças e práticas entre os aborígenes, e o valor de desenvolver e manter relacionamentos pessoais e, emocionalmente, serem sinceros com os pacientes.

Segundo Lorenzo (2011), as posturas consideradas eticamente corretas nas relações entre os profissionais de saúde e seus pacientes, independentemente de se tratar de uma relação interétnica, são quase um consenso no que se referem à diversidade de visões de mundo e às práticas tradicionais de autoatenção e o respeito às crenças. No Brasil, há uma diversidade de cultura representada por várias etnias indígenas. Esse contexto é interessante para os profissionais refletirem sobre a construção de uma bioética clínica capaz de atuar nas relações interétnicas.

Ferreira (2013) destaca que o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) foi estabelecido para organizar os serviços de atenção primária, bem como propor um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços adequados às realidades e contextos socioculturais indígenas, reconhecendo o direito também do acesso a uma atenção diferenciada, contemplando as suas especificidades culturais.

4.1.2.1 Subdimensão Religiosidade

Os relatos sobre a subdimensão religiosidade, na percepção dos profissionais do Polo Base, CASAI e dos gestores do SMAC, constaram que os serviços de saúde não garantem a realização de rituais religiosos espirituais dos povos indígenas em suas instalações prediais. Portanto, consideraram o critério insatisfatório. Já para os gestores do DSEI, alguns serviços de saúde garantem a realização de rituais religiosos espirituais dos povos indígenas em suas instalações prediais, classificando-os como intermediários. Entretanto, ficou evidenciado que os rituais religiosos são garantidos na aldeia e nas unidades do DSEI, conforme entrevistas.

Assim, a gente sempre tenta fazer andar a medicina deles com a nossa, não dizendo pra eles que suas crenças não valem. Por exemplo, quando

tem um paciente para ser encaminhado para um tratamento que eles não querem aceitar, devido acreditarem muito na pajelança, a gente procura convencer a entrar com o tratamento do branco, juntamente com o indígena. Às vezes, trazemos para próximo, os Pajés, que nos explicam o porquê daquele tratamento. Quando evolui para uma piora, procuramos explicar a importância do tratamento e mantemos uma boa parceria com os pajés. Às vezes, eles mesmos nos procuram, alegando ser doença de branco e os pajés não curam, liberando o paciente para a nossa medicina. (PROF POLO 01)

[...] Com relação aos outros tipos de rituais é liberado, entendeu? Qualquer outro tipo de ritual é liberado. Ai com relação aqui na CASAI mesmo, ritual de chuva de dança da chuva, tem um pátio ali, eles são liberados a fazer na hora que eles quiserem. A gente não proíbe nenhum desses [...]. (PROF CASAI 02)

A gente respeita demais essa questão da cultura, porque eles ainda usam muito. Inclusive a gente tem um acesso nos hospitais de estar levando até os pajés desde que eles não, devido a paciente ou a criança está numa sala com O2, eles não entram com a fumaça. Consegue fazer isso com o médico é muito tranquilo. Nos hospitais a gente não tem dificuldade de entrar com o pajé. E com os polos que a gente pede o pajé daquela etnia, os polos não tem dificuldade de enviar também. Sempre vem, é levado, fica aqui até o tempo que os pais querem que fique, geralmente isso é muito com criança e com idoso também. Eles vêm, a agente tem um acesso tranquilo nos hospitais com os pajés. Nas puérperas também eles avisam porque que eles não querem comer aquele tipo de carne, a família não come e a nutricionista já passa para a empresa e a gente mantém aquele resguardo, porque e uma cultura deles, eles não comem aquela carne branca ou carne vermelha ou peixe ou tipo de suco que eles não tomam e a gente respeita. Ele consegue comunicar com a gente e dizer por que, a mãe internada mais a família que não comem porque o bebê precisa daquilo. A gente explica e tudo, mas a gente aceita e respeita demais essa questão cultural deles. (GT DSEI 01)

Bom isso é um trabalho que está sendo feito desde mesmo ainda da criação da SESAI, ainda não temos essa vamos dizer unanimidade ou uma aceitação por completo, mas eu posso considerar que hoje já existe a aceitação de mais de 60% e todas as vezes que foi preciso trazer o pajé a mãe ou a parteira algumas etnias o avô que tem essa questão muito forte c ele, a gente tem trazido inclusive feito isso dentro da rede hospitalar temos negociado para que o pajé entre e faça o trabalho com os indígenas esse acompanhamento. (GT DSEI 01)

[...] acredito ainda que é um pouco mais fraca a parte do indígena aqui no hospital, porque a gente tem a pastoral. A pastoral trabalha com a parte mais espiritual das pessoas, mas no geral, tanto católico quanto evangélico. A gente tem os dois cultos aqui, mas a parte indígena já não. (GT SMAC 01)

Na parte religiosa, nós não temos dificuldade, temos uma... uma área que cuida dessa que é a pastoral da saúde é que tanto católicos, protestantes, budistas, indígenas, cada um que tenha a sua solicitação é permitido que Le faça o seu procedimento. Claro que restrito aquele paciente, naquele ambiente. Nós não temos dificuldade de... de, nunca tivemos dificuldade disto. (GT SMAC 02)

4.1.2.2 Subdimensão Ambiência

Esta subdimensão evidenciou, nas entrevistas, que apesar da Lei Arouca - Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, destacar que os serviços complementares devem estar adequados para atender às especificidades da população indígena, as unidades dos serviços especializados de saúde, infelizmente não estão adequados, arquitetonicamente, para o uso de redes. Na percepção dos dados levantados, esse critério foi considerado insatisfatório. Destaca-se, neste critério, que um gestor do serviço especializado acredita que essa adequação não deve ser feita para que os demais pacientes não vejam um indígena na rede e considerem que é uma discriminação.

É, rede não. Nós não temos os chamados ganchos para pendurar as redes. Mas, se ele quiser a esteira, pode, é permitido ele fazer uso da esteira. E, nós não temos esse diferencial, porque é índio, nós atendemos todos porque é SUS. [...], se nós colocássemos uma rede podia alguém do SUS, querer, achar que a gente está diminuindo né, colocando ele numa rede e não numa cama. Então, trata todos iguais, ou seja, cama para todos. (GT SMAC 02)

[.] não é permitido por não ter suporte para isso. Às vezes, os indígenas tiram os lençóis da cama e deitam no chão, porém as enfermeiras chamam sua atenção para colocarem o colchão de volta na cama devido à contaminação. Às vezes, deitam com crianças e bebês no chão. Não vejo escapas para colocação de redes. Eu acredito que o hospital não é preparado para receber o indígena e dar esse suporte. (PROF POLO 01)

Não. A gente não tem essa estrutura porque é... tanto é que a maioria dos hospitais fica lotados e assim, as condições também não, não leva que dê pro paciente deitar numa esteira no chão, e estrutura de rede nenhum hospital tem uma condição de colocar uma rede pra poder dormir (PROF CASAI 02)

Ainda não, mas eu me lembro da última conferência que foi um dos tópicos mais comentados em relação à diferença, porque o acompanhante ele poderia ficar numa rede lá. E aí eu acho que é uma luta, uma conquista que pode acontecer até porque tem o recurso. Eu acho muito importante até para eles quererem vir, saber que tem um espaço ali, que vão ser atendidos conforme a cultura deles seria muito bom. Porque não é uma questão tão difícil, se fosse um equipamento de oncologia, radiologia. Não, é uma rede é uma escapa, é uma estrutura muito pouco para o hospital. (GT DSEI 01)

Não. Infelizmente ainda não tem rede, esteira a gente nunca teve nenhum caso, não que eu tenha conhecimento sobre a rede os hospitais não estão adaptados para isso, agora a CASAI sim (GT DSEI 03)

Não tem condições, porque a gente não tem local para estender, nem uma corda para poder prender a rede dele. (GT SMAC 01)

Os achados desta pesquisa contrariam claramente o que determina no § 2º, Art. G, da Lei Arouca nº 9.836/99 e, contraria também as pesquisas e estudos com a população indígena.

o SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

Evidencia-se, claramente, nas falas dos entrevistados que as ambiências das unidades dos serviços especializados do município de Araguaína necessitam de adequações arquitetônicas para garantir o acesso integral aos indígenas.

4.1.2.3 Subdimensão Relações Inter e Intraétnica

Na percepção de todos os entrevistados, não há profissionais capacitados e habilitados para atuarem em contexto intercultural nos serviços de saúde especializados. Os entrevistados classificaram, unanimemente, o critério como insatisfatório.

Pode-se inferir que tal evidência pode estar causando desistência em tratamento, bem como evasão hospitalar. Segundo informações da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), no ano de 2014, foram registradas 1.877 internações; 84 TFD; 07 evasões e duas altas a pedido. E, no período de janeiro a outubro de 2015, ocorreram 1.527 internações hospitalares de indígenas de todos os Polos Base de abrangência do DSEI/TO.

Evidenciou-se também, nas entrevistas, que os profissionais que trabalham nos Polos e na CASAI de Araguaína não fizeram nenhum curso de capacitação referente às questões Inter e Intraétnica. Pode-se inferir que esses motivos podem estar ocasionando os transtornos relatados nas atas do CONSIDI, referentes aos atendimentos dos motoristas.

A equipe de saúde - a orientação é não intervir muito na questão interna da aldeia, somente no que diz respeito a ações de saúde, no que diz respeito a orientações, a explicações de como acontecem o fluxo, principalmente a RENAME, que são os medicamentos que também são um entrave, um desafio para nós que tem que explicar que há certos medicamentos que a gente não compra. A interferência mesmo é em relação à da saúde e não a problemas internos da etnia. (PROF POLO 03).

Tem que ter muita paciência, muito diálogo, reuniões incansáveis, sentar, conversar, dialogar, escutar o que eles têm a dizer, nunca interromper, e é mais ou menos isso. (PROF POLO 04).

[...] quando isso ocorre, a gente já providencia locais mais separados como enfermarias, quando isso ocorre ou a equipe senta ou manda chamar a liderança da etnia deles, para tentar conversar e pacificar, no geral, o conselho de saúde é chamado para pacificar. (GT DSEI 03).

Na concepção de alguns antropólogos da saúde indígena, o conceito de atenção diferenciada ainda não foi operacionalizado em todas as instâncias do SUS e dele próprio. Infelizmente, a política de saúde indígena não conseguiu ainda desenvolver diretrizes de orientações efetivas para as equipes de saúde. Os esforços são insolados e a tendência é a “essencialização” das noções de cultura e tradição. (FERREIRA, 2013; GARNELO, 2004; LONGDON, 2004; LONGDON, 2007).

Essa pesquisa evidenciou que, apesar da política prever recursos humanos que tenham competência intercultural para atuarem na saúde indígena, o subsistema e o sistema não estão habilitados para reconhecerem, refletirem e dialogarem com os modos de vida dos povos indígenas, nem de considerarem a auto atenção praticada. Tudo isto contradiz Longdon (2007) ao ressaltar que os profissionais, para fazerem uma atenção diferenciada, devem considerar as particularidades culturais da comunidade indígena e respeitarem as práticas de saúde tradicional.

4.1.2.4 Subdimensão Alimentação

No que se refere à temática alimentação, na percepção dos gestores do DSEI, o critério foi considerado satisfatório. Já para os profissionais do Polo foi

intermediário, enquanto para os profissionais da CASAI e os gestores do SMAC, esse critério foi classificado como insatisfatório.

Na maioria das vezes sim. Principalmente assim, lá na CASAI onde eles são recebidos, eles são avaliados. Os nutricionistas avaliam e eles costumam colocar mais ou menos o que eles gostam de comer. Já nos hospitais é mais complicado, porque não tem como você está tratando, individualizando o atendimento. (PROF POLO 04).

No âmbito hospitalar é mais complicado. As vezes a gente chega a, já chegou conversar, mas nem sempre tem que devido a quantidade de pacientes ser muito grande o número de profissionais as vezes quando chega queixa dele, que ele não come certos alimentos, já não tem mais como reverter a situação, mover uma dieta especial. Então a dieta lá é pros todos do mesmo jeito, não... são, mas complicado. Pra aqui na CASAI é mais fácil, mas lá é mais complicado, é mais difícil de oferecer um alimento diferenciado. (PROF CASAI 02)

Eu tenho conhecimento de dois hospitais que fazem isso, mas nós temos tentado e feito algumas oficinas de acolhimento justamente para discutir e sensibilizar a equipe e a direção dos hospitais, Araguaína eu não tenho conhecimento se eles têm dificuldades. Eu nunca tive reclamações sobre isso (GT DSEI 03)

É, em princípio não. Nós temos um padrão alimentar do hospital para todos, não é, então... A menos que seja o padrão alimentar a que se refira, seja opções, não é, que nós existimos, não é, tipo, frango, carne, peixe, arroz, macarrão, ou seja, dentro daquela estrutura que nós já temos, podemos modificar isto, uma sopa não é. O que eu me referi anteriormente, se ele quiser uma caça, aí nós não temos jeito de fornecer isso, até porque o IBAMA não nos permite fazer isso. (GT SMAC 02)

Evidenciou-se que os profissionais da CASAI de Araguaína e os gestores do SMAC classificaram o critério desta subdimensão como insatisfatório. Portanto, esse fato é muito preocupante, considerando que para a população indígena as dietas alimentares têm um papel muito importante nas práticas de auto atenção. (FERREIRA, 2013).

De fato, é preciso entender, por exemplo, que durante a gestação e o parto os povos indígenas do Alto Juruá entendem que há alimentos que, ao serem consumidos trazem prejuízos à gestação ou ao parto, podendo causar doenças aos recém-nascidos. (FERREIRA, 2013).

Ferreira (2013), em seu livro *Medicinas Indígenas e as Políticas da tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas*, traz vários exemplos da importância e o significado das dietas alimentares, para as gestantes.

Enquanto a mulher está grávida, os Katukinas recomendam que ao casal se abster de alimentos – caças, peixes e frutas – que podem trazer sofrimento para a parturiente e dificultar o nascimento da criança. Por exemplo, se a grávida comer jabuti, a criança ficará grudada no útero, da mesma forma que a carne do jabuti é presa ao casco. Quando acontece de a gestante ou seu marido ingerir algum alimento não recomendado, o pajé precisa rezar. (FERREIRA, 2013, p.140).

[...] as prescrições alimentares durante a gestação são diferentes das que devem ser observadas depois do nascimento. No primeiro caso, as atividades e a alimentação da mãe e do pai influenciam diretamente na formação do feto; no segundo caso, a criança passa a estar exposta não só aos fluidos corporais de seus pais, mas também a outras influências advindas de seu ambiente externo. (FERREIRA, 2013, p.141).

4.1.3 Dimensão Geográfica

Com uma única subdimensão e dois critérios, a dimensão geográfica foi a única que, unanimemente, foi classificada como satisfatória, tanto no que se refere à existência de transporte para garantir o traslado dos indígenas da aldeia até a CASAI de Araguaína e, desta, aos serviços de saúde. Apenas os gestores do SMAC não avaliaram essa dimensão. Eles disseram não conhecer esse sistema.

O achado desta pesquisa, nesta dimensão, difere de outros estudos, que apontam o acesso geográfico como uma barreira importante para os povos indígenas buscarem atendimento nos serviços de saúde especializados, bem como da pesquisa realizada por Gomes (2013). Infere-se acreditar que a proximidade das aldeias até o polo e do polo até a CASAI de Araguaína seja o fator que favorece essa garantia. Ou pode ser considerado outro viés, a pergunta pode não ter ficado clara para os entrevistados.

O paciente vem da aldeia pelo veículo oficial, e ele pernoita no hotel local. No dia seguinte ele é embarcado na Van, no qual o contrato dessa Van, ela sai de Tocantinópolis às 8h da manhã. Então ele embarca nessa Van e chega em Araguaína por volta da 10h, 11h da manhã. Então ele gasta em média um dia, dependendo do agendamento. Se o agendamento for às 7h

da manhã do dia seguinte ele vem em dois dias antes, porque ele pernoita no hotel, aí ele embarca na Van, aí acorda bem cedo e já faz a consulta ou o exame. (PROF POLO 03)

Dependendo do paciente, eles vêm no transporte que é a VAN, que hoje é o meio que é disponibilizado e dependendo, vem também no carro oficial, dependendo do paciente. E quando eles retornam, também é de VAN. Da CASAI para os hospitais são no carro oficial. (PROF CASAI 01)

Para aldeia isso varia uma hora uma hora e meia a três horas (GT DO DSEI 03)

4.2 A percepção do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) no contexto de média e alta complexidade

Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) são instâncias de Controle Social, destinadas ao estabelecimento de uma relação intercultural e/ou interétnica para a construção de entendimentos comuns sobre o sistema de saúde e para a adequação das ações e dos serviços de saúde destinados aos povos indígenas. A Lei nº 8.142/90 orienta que a composição dos conselhos indígenas se dê de forma paritária, com 50% de usuários e 50% de representantes de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos. (MARTINS, 2013).

Benevides (2012) afirma que a criação dos CONDISI proporcionou a relação de comunicação entre os povos indígenas e o Estado, bem como a constituição de novos espaços de interação. A autora ressalta que:

existe um descompasso entre a constituição ideológica dos mecanismos formais de controle social e realização prática desse controle. Ou seja, se reconhece a importância e defende-se a constituição das instâncias de controle social da saúde indígena, mas o exercício desse controle social ainda apresenta-se frágil diante da dificuldade para consolidar sua estrutura e para concretizar o diálogo intercultural. (BENEVIDES, 2012, p.116).

Na análise e conteúdo das atas de reuniões do CONDISI identificou-se registro de três reuniões ordinárias em 2013, e quatro em 2014, sendo duas ordinárias e duas extraordinárias, contabilizando um total de 07 reuniões no período. Nestas

reuniões, 57% dos assuntos tratados no período em avaliação foram relacionados à dimensão organizacional e 43% relacionados à dimensão sociocultural.

Quanto aos assuntos relacionados à dimensão organizacional, mencionados nas atas, foram assim categorizados observando o modelo teórico-lógico (APÊNDICE H): 28% referem-se a medicamentos; 9,6% aos processos de trabalho; 9,6% ao acolhimento aos pacientes; e, 9,6% aos fluxos de encaminhamento entre o DSEI e os municípios.

Entretanto, Menéndez (2005) destaca que a biomedicina tem desenvolvido uma relação contraditória no processo de autoatenção, ressaltando inclusive que os profissionais de saúde, principalmente os médicos e enfermeiros, foram uns dos responsáveis por impulsionar o uso de medicamentos pela população usuária. Conforme o autor, tal prática teve início com o uso de anticoncepcionais para o planejamento familiar, o soro de reidratação oral, analgésicos e anti-inflamatórios para dor e febre, entre outros.

É por esta razão que autores vêm recomendando a realização de capacitações de cunho antropológico, tendo em vista sensibilizar os profissionais para aspectos ligados à etnia e à cultura dos povos indígenas. Nota-se um claro desconhecimento pelas equipes multiprofissionais sobre o acervo de conhecimentos, valores e dos modos de vida das populações que atendem. Assim, como devem conhecer as formas de utilização da medicina ocidental por essa população, ou de quais outras práticas de cuidado são utilizadas para resolver problemas de saúde (ERTHAL, 2003).

Quanto aos assuntos relacionados à questão sociocultural, mencionados nas atas, foram todos relacionados com a questão inter e intraétnica, o que não difere com da percepção dos informantes-chave, que unanimemente classificaram o critério da subdimensão relações inter e intraétnica como insatisfatória. Langdon (2005) elege a abordagem antropológica como uma ferramenta capaz de orientar a

ação sanitária. Discute três implicações desse enfoque para a construção de um modelo de atenção diferenciada, para fundamentar a construção da integralidade, sendo:

A primeira - necessidade dos profissionais terem uma visão do processo saúde e doença a partir do contexto sociocultural como elemento fundamental para compreender essa dinâmica;

A segunda - seria a aproximação com o método antropológico para ouvir e compreender as narrativas dos povos indígenas, ou seja, valorizarem as vivências e as explicações dos usuários sobre seu adoecimento; e,

A terceira - seria o reconhecimento de que as intervenções médicas são também relações de poder, exercidas não apenas na relação médico/paciente, mas também na interação entre povos indígenas subalternizados e agentes da sociedade nacional hegemônica.

Mendonça (2008, p. 132) reafirma que para melhorar o trabalho em saúde nas sociedades indígenas:

é necessário que se desenvolva uma reflexão sobre a formação e a prática de profissionais de saúde e a convivência com outras culturas, outras concepções de corpo, de pessoa, de adoecimento e tratamento, inseridas em diferentes sistemas de cura. Demanda um olhar que transcende o momento da relação profissional-paciente e se estende ao contexto sociocultural em que ela se estabelece.

Os resultados da pesquisa demonstraram que o não cumprimento, de forma satisfatória, dos critérios que compõem as dimensões e as subdimensões, constituiu-se em importantes barreiras de acesso para os usuários indígenas nos serviços de saúde, conforme descrita na figura 7.

Figura 7 – Barreira de acesso à MAC para os usuários indígenas.



Fonte: Adaptado de Sanchez e Ciconelli (2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as dimensões analisadas, a dimensão sociocultural teve o pior desempenho para garantir o acesso da população indígena aos serviços de saúde especializados, na percepção de todos os atores envolvidos no estudo. Esta dimensão buscou descrever características voltadas para a especificidade dos povos indígenas, sendo que os critérios avaliados e categorizados pelos gestores do SMAC e pelos profissionais dos Polos e CASAI, como insatisfatórios, tendo o percentual de 0%, 12,5%, 0%. Já para os gestores do DSEI, o percentual dessa dimensão foi 37,5%, classificada como intermediária.

Os resultados mostraram que na percepção dos gestores do DSEI/TO, profissionais dos Polos de Itacajá, Santa Fé do Araguaia, Tocantinópolis e CASAI de Araguaína, a dimensão sócio organizacional que analisou os critérios relacionados à organização dos serviços de saúde da rede especializada de Araguaína, bem como do subsistema de atenção à saúde indígena, foram concordantes. Todos classificaram essa dimensão como intermediária com uma porcentagem geral de 50%, 45% e 50%, respectivamente. Enquanto para os gestores do SMAC, essa dimensão atingiu uma porcentagem de 20%, sendo considerada insatisfatória.

A diferença de ponto de vista entre os respondentes dos profissionais e gestores do DSEI e SMAC foi considerada relevante pela presente pesquisa. Ela pode estar relacionada ao grau de envolvimento e conhecimento dos atores na implantação da política de saúde indígena, bem como sugerem julgamentos distintos, associados à posição e interesses dos atores.

As barreiras identificadas na percepção dos entrevistados e nos relatos das atas das reuniões do CONDISI, na dimensão sócio organizacional foram: 1) a fragilidade no fluxo estabelecido entre os Polos Base para encaminhamento de pacientes à Araguaína; 2) o tempo de espera para marcação das consultas e exames, que são longos, chegando a alguns casos a aguardarem anos. Nas atas do

CONDISI foi identificado também o uso da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) como barreira.

Outro aspecto importante, identificado na avaliação dos critérios da dimensão sócio organizacional, foi que apesar do distrito ter a responsabilidade de fazer a articulação entre os gestores municipal e estadual, os achados demonstraram que não há nenhuma normatização referente a este assunto nem no nível local “DSEI” nem no nível central “SESAI”. Fato este que, apesar do acesso ser regulado pelos municípios, segundo a percepção dos profissionais dos Polos Base e da CASAI, em várias situações o acesso dos usuários indígenas aos serviços especializados é realizado, muitas vezes, por amizades entre as equipes do DSEI e da SMAC, do que pelo âmbito institucional.

Recomenda-se, na dimensão sócio organizacional, a reorganização e normatização do processo de trabalho interno e externo, como elaboração e institucionalização de fluxos entre polos e municípios que garantam a articulação do subsistema de saúde indígena com a rede de média e alta complexidade, polos e CASAI, bem como protocolos de normas e rotinas, para garantir um acesso com mais equidade aos usuários indígenas.

Neste ponto, recomenda-se ainda, fortalecer a participação do gestor do DSEI nos colegiados de pactuações locais. Segundo a PNASPI, o DSEI é o órgão executor das ações de atenção à saúde dos povos indígenas que busca parcerias para a condução da política, bem como a realização de uma articulação intrassetorial com envolvimento harmônico entre os gestores nacional, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de um planejamento pactuado nos Distritos Sanitários Indígenas.

A barreira evidenciada na dimensão sociocultural, na percepção dos atores entrevistados, foi que os serviços especializados do município de Araguaína não estão preparados para atender a população indígena, no que se refere a um

atendimento que reconheça as diversidades social e cultural dos povos indígenas, e que considere o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde, concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença, próprios de cada sociedade indígena e as suas diversas especificidades, conforme preconizado na PNASP.

Na dimensão sociocultural foi evidenciada, na percepção dos profissionais da CASAI, que a falta de qualificação dos profissionais das referências, muitas vezes, causam transtornos entre os profissionais. Por exemplo, alguns acreditam que os índios são tutelados ainda, e que o DSEI tem que tomar todas as decisões por eles. Outra situação levantada, quando um usuário indígena não aceita o tratamento ou a alimentação por várias questões, dentre elas a cultural, os profissionais da referência SMAC chamam alguém da CASAI para resolver a situação.

Outro importante achado refere-se à questão da ambiência das unidades. Na percepção de todos os atores envolvidos, a segunda barreira da dimensão sociocultural é a falta de ambiências adequadas para atender os usuários, nas unidades de média e alta complexidade de Araguaína.

Recomenda-se desenvolver programas de educação permanente para sensibilizar e qualificar os profissionais no que se refere às questões culturais e étnicas dos povos indígenas. Sugere-se a realização de estratégias de formação, como Cursos de Pós-graduação a serem oferecidos pelas instâncias de saúde indígena, para os profissionais dos serviços de saúde especializados. Outra recomendação, já reforçada no estudo de Gomes (2013), refere-se à necessidade da academia incluir e fortalecer as discussões referentes ao tema da antropologia em saúde nos currículos dos cursos de graduação.

Para superar a barreira da ambiência, recomenda-se uma articulação a nível nacional com incentivos financeiros para que as unidades se adequem, atendendo o preconizado na Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, bem como os da Lei Arouca nº 9.836/1999.

A dimensão que teve o melhor desempenho foi a geográfica. Na percepção de todos os atores, essa dimensão foi considerada satisfatória, com o percentual de 100%, atingindo os critérios. Destarte, para os gestores do SMAC, que não responderam enfatizando que não conhecem como funciona a questão de deslocamento dos indígenas da aldeia a CASAI e da CASAI ao serviço de referência, infere-se que o resultado satisfatório deva ser derivado da proximidade que as aldeias da região estudada possuem com os municípios de referência.

Por fim, as barreiras de acesso mais relevantes na percepção dos atores envolvidos na pesquisa, foram as organizacionais e culturais. As características do sistema e da população podem influenciar na entrada dos usuários indígenas no sistema de saúde. Logo, para garantir aos usuários indígenas um acesso aos serviços de média e alta complexidade, integral e com equidade, faz-se necessário várias intervenções. Dentre elas, o conhecimento e a discussão sobre as especificidades dos povos indígenas pelo poder público em diferentes esferas da gestão de saúde.

Conclui-se que acesso é um processo que envolve a entrada do indivíduo no sistema de saúde, proveniente de aspectos que envolvem a organização e adequação funcional dos serviços de saúde às necessidades dos usuários. Para garantir o acesso à média e alta complexidade dos usuários indígenas brasileiros, há um desafio a ser superado, a saber: a relação de articulação e a superação das barreiras organizacional e cultural, com adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população indígena.

Aponta-se como limitação do trabalho a avaliação do acesso segundo gestores e profissionais. Desta forma, sugere-se que, em futuras pesquisas, sejam incluídos os usuários indígenas como informantes-chave. Estes devem ser os principais atores para identificação do itinerário social envolvido na busca de acesso aos serviços de média e alta complexidade e seus obstáculos. O conhecimento do ponto

de vista do indígena é essencial para superação das barreiras e adequação ao uso dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALTINI, E. **et al. A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil**: breve recuperação histórica sobre a política de assistência em saúde nas comunidades indígenas. Brasília: Conselho Indigenista Missionário (CIMI), 2011.

BENEVIDES, Luciana. **O controle social no subsistema de atenção à saúde indígena**: uma reflexão bioética. Tese de Doutorado. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), 2012.

_____. **et al. Atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil**: das missões ao subsistema. *Tempus actas de saúde colet*, Brasília, 8(1), 29-39, mar, 2014.

BITTENCOURT, M. **et al. Acre, Rio Negro e Xingu**: a formação indígena para o trabalho em saúde. Associação Indígena Sem Limites. São Paulo: Associação Indígena Sem Limites, 2005.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 set 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm, acesso em 20 de junho de 2015.

_____. **Lei nº 8.142**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília-DF, 28 de dezembro de 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm, acesso em 20 de junho de 2015.

_____. **Lei nº 9.836**. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília-DF, 23 de setembro de 1999. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm, acesso em 20 de junho de 2015.

_____. **Lei nº 10.638**. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências. *DOU* de 29.5.2003. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.638.htm. Acesso em 20 de junho de 2015.

_____. **Lei nº 12.314**, de 19 de agosto de 2010. Altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, e 8.029, de 12 de abril de 1990, que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal; revoga dispositivos da Lei no 10.678, de 23 de maio de 2003; e dá outras providências. Publicado no DOU - Seção 1 - 20/8/2010, Página 2. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12314.htm. Acesso em 20 de junho de 2015.

_____. **Projeto de Lei nº 3.958**. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que Altera a Lei no 10.683, de 28 de maio de 2003, que “dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, que cria secretaria na estrutura do Ministério da Saúde; e cria cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS, destinados ao Ministério da Saúde”. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Projetos/PL/2008/msg664-080829.htm. Acesso em 20 de junho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 1.163**. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília-DF, 14 de setembro de 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.031**, de 11 de dezembro de 2013 que institui Grupo de Trabalho para reavaliar o Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), de que trata a Portaria nº 2.656/GM/MS, de 17 de outubro de 2007, e propor novos critérios para o financiamento das ações complementares de atenção à saúde indígena.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 852**. Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Brasília-DF, 30 de setembro de 1999. Publicado no DOU de 01/10/1999, Pg. 34, Seção I. <http://www.indigena.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=31>. Acesso em 20 de junho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 1.163**. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília-DF, de 14 de setembro de 1999. Publicado no DOU de 15/09/1999, http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1163_1999.pdf. Acesso em 20 de junho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília, DF, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final.** Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 305 p. : il.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas.** Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002 (DOU Nº 26 - Seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002).

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas.** Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde Nº 645, de 24 de março de 2006, que Institui o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº399/GM** de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 645**, de 27 de março de 2006, que Institui o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0645_27_03_2006.html. Acesso em 30 de julho de 2015.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Portaria n. 2.656/GM/MS**, de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. Brasília: MS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.801/GM** de 9 de novembro de 2015, que define os Subtipos de Estabelecimentos de Saúde Indígena e estabelece as diretrizes para elaboração de seus projetos arquitetônicos, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS). Seção 1. Diário Oficial da União (DOU) de 10 de Novembro de 2015 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1801_09_11_2015.html. Acesso em 20 de junho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. Documento Base. **Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde: Contextos, Premissas, Diretrizes Gerais, Agenda Tripartite para Discussão de Propostas de Metodologia para Apoio à Implementação.** Brasília: MS, 2008.

_____. **Decreto n. 23**, de 4 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. Diário Oficial da União. 1991 fev5. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0023, acesso em 20 de junho de 2015.

_____. **Decreto n. 156**, de 27 de Agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. 1999 agosto 28. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/3156. Acesso em 20 de junho de 2015.

_____. **Decreto n. 7.336**, de 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências: cria a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAÍ dentro da estrutura do Ministério da Saúde, cabendo ao MS gerenciar diretamente a atenção à saúde dos indígenas. Antes a FUNASA era responsável pelas ações de saúde dos indígenas. DOU Nº 201, Seção I, de 20 outubro de 2010. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrutura_regimental_ms_decreto_7336.pdf. Acesso em 20 de junho de 2015.

_____. Ministério da Justiça. Senado Federal. **Constituição Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____.FUNASA. **Resolução 02**, de 27 de outubro de 1994. Aprova o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio". Diário Oficial da União 16587 - SEÇÃO 1.<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=1&pagina=15&data=04/11/1994&captchafield=firistAccess>. Acesso em 20 de junho de 2015.

_____.FUNAI. [homepage na internet]. Brasília. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BROUSSELLE, Astrid **et al. Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CARDOSO, A. M. **et al.** Política Pública de Saúde para os Povos Indígenas. In: GIOVANELLA, Ligia et.al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CHAVES, M.B.G.; CARDOSO, A.M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Polo-base de Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(2): 295-305, 2006.

COIMBRA Jr. C. E. A. **et al.** Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):125-132,2000.

COSTA, D. C. Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. **Cadernos de Saúde Pública**, R.J. 4(3): 338-401. Out/dez, 1987.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; SILVA, Ligia Maria Vieira da. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.

DE ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso **et al.** Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 182-194, out 2014.

DE MOURA PONTES, Ana Lucia; GARNELO, Luiza; REGO, Sergio. Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com os serviços de saúde. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 337-346, 2014.

DIEHL, E.E.; LANGDON, E.J.; DIAS-SCOPEL; R.P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 28 (5), pp. 819-831, 2012.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

ELLERBY, JH; MCKENZIE, J; MCKAY, S; GARIÉPY, GJ; KAUFERT, JM. Bioethics for clinicians: 18. **Aboriginal cultures**. CMAJ 2000; 163 (7): 845-50.

ERRICO, L.S.P. **Acesso e utilização dos serviços de saúde da população da etnia Xakriabá, norte de Minas Gerais**. 127p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: UFMG, 2011.

ERTHAL, R.M.C. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA, Jr, C; SANTOS, RV; ESCOBAR, AL. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FERREIRA, Luciane Ouriques. **Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. 202 p., il., tab. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas).

_____. **Entre os discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas**. Tese de doutorado, Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Sociais Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

GARNELO, L. **Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: Análise situacional do período de 1990 a 2004**. Documento de Trabalho n. 09. Universidade Federal de Rondônia e Escola Nacional de Saúde Pública. Porto Velho/RO: UFR/ENSP, 2004.

GENIOLE, L. A. I. et al. **Saúde bucal por ciclos de vida: material de apoio às atividades didáticas do curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família /CEAD/UFMS, Unidade Cerrado Pantanal: UFMS/Fiocruz, 2011.**

GIOVANELLA, Ligia et.al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. rev. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GOMES, Silvana Cardoso. **Acessibilidade dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá-MT**. Dissertação de Mestrado Profissional, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/ISC, 2013.

HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. V. da. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

LANGDON, Esther Jean. **Saúde e povos indígenas: os desafios na virada do século**. Universidade Federal de Santa Catarina. Trabalho apresentado no V Congresso Latino americano de Ciências Sociais e Medicina, 7-11 de Junho de 1999, Isla de Margarita, Venezuela, 1999.

_____. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LONGDON, E.J.; GARNELO, L. (Orgs). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. RJ: Contra Capa Livraria, ABA, 2004.

_____. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: BARUZZI, R.G.; JUNQUEIRA, C. (Orgs). **Parque Indígena do Xingu:**

saúde, cultura e histórico. São Paulo: Terra Virgem/ Unifesp, 2005.

_____. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio. **Saúde e Sociedade**, 2007.

_____; WIJK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev latino-am enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 459-66, 2010.

LIMA, A.C.S. **Um grande cerco de paz**: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1995.

LORENZO, Cláudio. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. **Revista Bioética**, v. 19, n. 2, 2011.

MARTINS, André Luiz. **Política de saúde indígena no Brasil**: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. 2013. 126 f.: tab.; graf.; mapas.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. 3 ed. Brasília: IPEA, 1997.

MEDEIROS, Jeane Araújo de. **Avaliação da acessibilidade às ações de controle da tuberculose em um município da Bahia**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva. Salvador/BA: UFB/ISC, 2014.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://apsredes.org>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

MENDONÇA, S.B.M. **Reflexões sobre a relação intercultural no campo da saúde indígena**: uma introdução. Projeto Xingu, Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo: UNIFESP/EPM, 2008.

MENDOZA, E. M. **Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica**. El caso del sureste de Veracruz, México. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 7 (1): 73-86, Enero-Abril, 2011.

MENÉNDEZ, E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista Antropología Social**;14:pp. 33-69, 2005.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. **Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade.** Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde, v. 4, 2003.

_____; MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

PONTES, Ana Lucia de Moura. **Atenção diferenciada e o trabalho do agente indígena de saúde na implementação da Política de Saúde Indígena,** 2013. Tese de Doutorado.

RISSARDO, Leidyani Karina **et al.** Fatores da cultura Kaingang que interferem no cuidado ao idoso: olhar dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 21, n. 6, p. 1345-1352, 2013.

SANCHEZ, RM; CICONELLI, RM. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica.** 2012;31(3):260–8.

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.** 2 ed. rev. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.6, pp. 2753-2762.

SOLLA, J. J .S. P. **et al.** Relações entre a Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade: Desafios para a Organização do Cuidado no Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et.al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

SOUZA, L.E.P.F.; BAHIA, L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

TEIXEIRA, C.F. **et al.** Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

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.

_____; 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**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

VIEGAS, Anna Paula Bise; CARMO, Rose Ferraz; LUZ, Zélia Maria Profeta da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saude soc.** [online]. 2015, vol.24, n.1, pp. 100-112. ISSN 0104-1290.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde**. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Concentração
em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde
Turma Tocantins**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa que faz parte de dissertação de mestrado inserida no Curso de Mestrado Profissional com concentração em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva – ISC, da Universidade Federal da Bahia – UFBA. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento. Se houver dúvida sobre questões éticas estamos à disposição para os devidos esclarecimentos.

Informações sobre a pesquisa:

Título do Projeto:

Acesso da População Indígena da Região Norte do Tocantins a Rede de Atenção à Saúde de Média e Alta Complexidade.

Pesquisadora Responsável: Margareth Santos de Amorim

Orientadora: Profa. Dra. Monique A. Esperidião

A pesquisa tem por objetivo Analisar o acesso dos usuários indígenas aos serviços de média e alta complexidade do município de Araguaína. No que se refere à utilização dos serviços de saúde pelos usuários indígenas no Sistema Único de Saúde, em particular o acesso à média e alta complexidade, esclarecendo algumas características peculiares no acesso aos serviços de saúde por parte das comunidades indígenas nas dimensões sócio- organizacionais (sistema de

referência e contrarreferência, serviço de apoio ao usuário indígena: CASAI de Araguaína, organização dos serviços de saúde); Geográficas (acesso geográfico); Sócio cultural (religiosidade, relações inter e intra étnicas, alimentação).

A pesquisa será desenvolvida na (Distrito Sanitários Especiais Indígenas - DSEI –TO/ CASAI Araguaína) do município de Araguaína, com 15 profissionais de saúde, gestores (Coordenador do DSEI-TO; Diretor das unidades de serviços de média e alta complexidade do município de Araguaína que oferta assistência aos usuários indígenas; Responsável pela regulação do município de Araguaína; chefe e responsável técnico da CASAI) e profissionais enfermeiros dos Polos Bases Indígenas (PBI's) de Tocantinópolis, Santa Fé do Araguaia e Itacajá. Serão realizados (análise documental, serão considerados os documentos referentes ao acesso dos usuários indígenas, tais como as atas do CONDISI (2013-2014). Será feita ainda análise de dados secundários da utilização dos serviços de saúde em Araguaína por meio do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI, bem como relatórios produzidos pela equipe dos Polos que encaminham indígenas para Araguaína, CASAI, DSEI -TO, relatórios da regulação, no período de 2013-2014. O estudo realizará também observação in loco na CASAI de Araguaína, e entrevistas. Todas as entrevistas serão gravadas para posterior análise dos dados e elaboração do relatório final da pesquisa.

Salientamos que as atividades serão conduzidas pela pesquisadora. Sendo que as eventuais mobilizações emocionais previstas aos participantes da pesquisa, terão o suporte dos serviços da rede de atenção do município Araguaína. A utilização dos dados coletados terá fins, exclusivamente científicos e, sua identidade e o que for discutido durante a realização dos encontros serão mantidos em sigilo.

Destacamos que o estudo proposto contempla todos os requisitos éticos previstos na legislação atual (anonimato, confiabilidade, participação voluntária). Ressaltamos que sua participação é voluntária, que não conferirá risco de nenhuma espécie, não implicará em despesas pessoais, retribuição monetária e ou privilegio institucional e

que você é livre para interromper a sua participação a qualquer momento, sem que haja necessidade de justificar sua decisão.

O resultado da pesquisa será apresentado em formato de (artigo, dissertação, etc) e estará disponível no site do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, devendo ser encaminhado por email a todos os sujeitos da pesquisa.

Contatos da pesquisadora responsável: Av. D, QD 33 LT 19, Aurenny IV, CEP 77062-078: email: margoramorim@gmail.com; contatos telefônicos: (63) 85013206

Contatos da orientadora da pesquisa: ISC –UFBA. Email: moniqueesper@yahoo.com.br

Local e data _____ Tocantins, _____ de _____ de 2015.

() Concordo em participar do estudo “Acesso da População Indígena da Região Norte do Tocantins a Rede de Atenção à Saúde de Média e Alta Complexidade” .

() Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como me foi garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

() Não concordo em participar da pesquisa.

Nome do participante da pesquisa _____

Assinatura do participante da pesquisa _____

Email _____ Telefone _____

OBS: Deverá ser assinada duas vias (01 ficará com a pesquisadora e 01 com o (a) participante).



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Concentração em
Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde
Turma Tocantins

DECLARAÇÃO

Eu Iranalizia Ferreira Soletto

Coordenadora do Distrito Sanitários Especiais Indígenas, estou de acordo que a aluna Margareth Santos de Amorim utilize nosso serviço como campo de investigação para sua pesquisa intitulada "Acesso da População Indígena da Região Norte do Tocantins a Rede de Atenção à Saúde de Média e Alta Complexidade", sob a orientação da professora, doutora, Monique Azevedo Esperidião, com o objetivo de Analisar o acesso/acessibilidade dos usuários indígenas aos serviços de média e alta complexidade do município de Araguaína. Trata-se de uma atividade do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Concentração em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva Mestrado da Universidade Federal da Bahia. A participação dessa instituição é voluntária, a identidade dos participantes e o que for discutido durante os encontros serão mantidos em sigilo, de forma a garantir o anonimato do serviço e dos participantes. A utilização dos dados coletados terá fins, exclusivamente científicos e ao final dessa investigação, o resultado da pesquisa será apresentado em formato de artigo e estará disponível no site do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, devendo ser encaminhado por email para essa organização e a todos os sujeitos da pesquisa.

A pesquisa será desenvolvida na (Distrito Sanitários Especiais Indígenas -DSEI –TO/ CASAI Araguaína) do município de Araguaína, com 15 profissionais de saúde, gestores (Coordenador do DSEI TO; Diretor das unidades de serviços de média e alta complexidade do município de Araguaína que oferta assistência aos usuários indígenas; Responsável pela regulação do município de Araguaína; chefe e responsável técnico da CASAI) e profissionais enfermeiros dos Pólos Bases Indígenas (PBI's) de Tocantinópolis, Santa Fé do Araguaia e Itacajá. Serão realizados (análise documental, serão considerados

os documentos referentes à acessibilidade dos usuários indígenas, tais como as atas do CONDISI (2013-2014). Será feita ainda análise de dados secundários da utilização dos serviços de saúde em Araguaína por meio do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI, bem como relatórios produzidos pela equipe dos pólos que encaminham indígenas para Araguaína, CASAI, DSEI -TO, relatórios da regulação, no período de 2013-2014. O estudo realizará também observação in loco na CASAI de Araguaína, e entrevistas. Todas as entrevistas serão gravadas para posterior análise dos dados e elaboração do relatório final da pesquisa.

Destacamos que o estudo proposto contempla todos os requisitos éticos previstos na legislação atual (anonimato, confiabilidade, participação voluntária). Ressaltamos que sua participação é voluntária, que não conferirá risco de nenhuma espécie, não implicará em despesas pessoais, retribuição monetária e ou privilegio institucional e que você é livre para interromper a sua autorização a qualquer momento, sem que haja necessidade de justificar sua decisão.

Diante destes dados, sinto-me suficientemente esclarecida (o) a respeito da pesquisa, e assino essa declaração indicando minha concordância e autorização.

Palmas 11 de novembro de 2015.

Assinatura

carimbo



Ivaneizilia Ferreira Nôleto
Coordenadora Distrital do
DSEI/TO PRT nº 3757/10

APÊNDICE C– DECLARAÇÃO DE ACEITE DA ORGANIZAÇÃO CAMPO DO ESTUDO



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Concentração em
Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde
Turma Tocantins

DECLARAÇÃO

Eu Vizmar da Mata de Brito "Xerente" CPF: 360.828.561-04

Presidente do Conselho Distrital de Saúde indígena do Distrito Sanitário Especial indígena do Tocantins (DSEI – TO), estou de acordo que a aluna Margareth Santos de Amorim utilize nosso serviço como campo de investigação para sua pesquisa intitulada "Acesso da População Indígena da Região Norte do Tocantins a Rede de Atenção à Saúde de Média e Alta Complexidade", sob a orientação da professora, doutora, Monique Azevedo Esperidião., com o objetivo de Analisar o acesso/acessibilidade dos usuários indígenas aos serviços de média e alta complexidade do município de Araguaína. Trata-se de uma atividade do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Concentração em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva Mestrado da Universidade Federal da Bahia. A participação dessa instituição é voluntária, a identidade dos participantes e o que for discutido durante os encontros serão mantidos em sigilo, de forma a garantir o anonimato do serviço e dos participantes. A utilização dos dados coletados terá fins, exclusivamente científicos e ao final dessa investigação, o resultado da pesquisa será apresentado em formato de artigo e estará disponível no site do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, devendo ser encaminhado por email para essa organização e a todos os sujeitos da pesquisa.

A pesquisa será desenvolvida na (Distrito Sanitários Especiais Indígenas -DSEI –TO/ CASAI Araguaína) do município de Araguaína, com 15 profissionais de saúde, gestores (Coordenador do DSEI TO; Diretor das unidades de serviços de média e alta complexidade do município de Araguaína que oferta assistência aos usuários indígenas; Responsável pela regulação do município de Araguaína; chefe e responsável técnico da CASAI) e profissionais enfermeiros dos Pólos Bases Indígenas (PBI's) de Tocantinópolis, Santa Fé do Araguaia e Itacajá. Serão realizados (análise documental, serão considerados

os documentos referentes à acessibilidade dos usuários indígenas, tais como as atas do CONDISI (2013-2014). Será feita ainda análise de dados secundários da utilização dos serviços de saúde em Araguaína por meio do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI, bem como relatórios produzidos pela equipe dos pólos que encaminham indígenas para Araguaína, CASAI, DSEI -TO, relatórios da regulação, no período de 2013-2014. O estudo realizará também observação in loco na CASAI de Araguaína, e entrevistas. Todas as entrevistas serão gravadas para posterior análise dos dados e elaboração do relatório final da pesquisa.

Destacamos que o estudo proposto contempla todos os requisitos éticos previstos na legislação atual (anonimato, confiabilidade, participação voluntária). Ressaltamos que sua participação é voluntária, que não conferirá risco de nenhuma espécie, não implicará em despesas pessoais, retribuição monetária e ou privilegio institucional e que você é livre para interromper a sua autorização a qualquer momento, sem que haja necessidade de justificar sua decisão.

Diante destes dados, sinto-me suficientemente esclarecida (o) a respeito da pesquisa, e assino essa declaração indicando minha concordância e autorização.

Palmas 11 de novembro de 2015.

Assinatura

Carimbo



APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Roteiro de entrevista semiestruturados para os profissionais de saúde dos Polos base da Região de Araguaína.

Data da entrevista: ____/____/____

Município: _____

Entrevistador: _____

Nome do Entrevistado: _____

1. Perfil do profissional de saúde

Idade: _____ sexo: () feminino () masculino

Estado civil: _____ Escolaridade: _____

Titulação profissional: _____ Raça/etnia _____

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 o acesso

2.1 Como os usuários indígenas são encaminhados para a CASAI de Araguaína?

Relate os fluxos utilizados.

2.2 Como você vê a complementaridade das ações em saúde de média/ alta complexidade, pelo município e estado?

2.3 Quais são as dificuldades encontradas para garantir o acesso a média e alta complexidade a população indígena de abrangência do Polo Base que você trabalha?

2.4 Quais são as maiores dificuldades internas enfrentadas para garantir acesso à utilização de serviços de média e alta complexidade no município de Araguaína? E as dificuldades externas?

2.5 Como atua nas questões culturais, para encaminhar um indígena como por exemplo, os rituais religiosos e a restrição alimentar?

2.6 Como são estabelecidas as rotinas, normas e protocolos de trabalho da CASAI?

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 intraétnicos?

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 Araguaína? Qual?

2.12 Os usuários são referenciados nas aldeias de origem para o atendimento em Araguaína? 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 Araguaína? Qual?

2.15 Como é realizado o deslocamento do usuário indígena da aldeia até a CASAI de Araguaína? 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 Araguaína 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 Araguaína?

2.19 Quais são os problemas de saúde que em geral, encontram as maiores dificuldades de acesso à média e alta complexidade? E aqueles que, em geral, tem maior facilidade? Por quê

2.20 Quais têm sido os principais conflitos étnicos?

Fonte: adaptado de Gomes, 2013.

APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Roteiro de entrevista semiestruturados para os profissionais de saúde da CASAI de Araguaína.

Data da entrevista: ____/____/____

Município: _____

Entrevistador: _____

Nome do Entrevistado: _____

1. Perfil do profissional de saúde

Idade: _____ sexo: () feminino () masculino

Estado civil: _____ Escolaridade: _____

Titulação profissional: _____ Raça/etnia _____

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 o acesso

2.1 Como os usuários indígenas são encaminhados a CASAI de Araguaína? Relate os fluxos utilizados pelas EMSI.

2.2 A CASAI de Araguaína 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 de Araguaína?

2.4 Quais são as maiores dificuldades internas enfrentadas para o trabalho da CASAI de Araguaína? 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 intraétnicos?

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 Araguaína? Qual?

2.12 Os usuários são referenciados nos municípios de origem para o atendimento em Araguaína? 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 Araguaína? Qual?

2.15 Como é realizado o deslocamento do usuário indígena a aldeia até a CASAI Araguaína? E da CASAI de Araguaína 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 Araguaína 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 Araguaína?

2.19 Como você vê a complementaridade das ações em saúde de média/ alta complexidade, pelo município e estado?

2.20 Quais são as dificuldades encontradas para garantir o acesso a média e alta complexidade a população indígena de abrangência do DSEI -TO?

2.21 você já participou ou participa de reunião de pactuação de serviços com o município ou o estado? Se sim quais?

2.22 você já participou ou participa de reunião de redes de atenção à saúde, com o município ou estado? Se sim quais?

Fonte: adaptado de Gomes, 2013

APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Roteiro de entrevista semiestruturado para os gestores de saúde do DSEI-TO e da CASAI de Araguaína.

Data da entrevista: ____/____/____

Município: _____

Entrevistador: _____

Nome do Entrevistado: _____

1. Perfil do gestor de saúde

Idade: _____ sexo: () feminino () masculino

Estado civil: _____ Escolaridade: _____

Titulação profissional: _____ Raça/etnia _____

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 o acesso

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, estado e o DSEI-TO?

2.4 Como os usuários indígenas são encaminhados a CASAI de Araguaína? Relate os fluxos utilizados pelas EMSI.

2.5 A CASAI Araguaína 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 de Araguaína?

2.7 Quais são as maiores dificuldades internas enfrentadas para o trabalho da CASAI de Araguaína? 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 de Araguaína? 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 Araguaína? É realizada a contra referência? Quem a realiza?

2.16 Existe algum tipo de acolhimento do usuário indígena na CASAI de Araguaína e nos serviços de saúde de Araguaína? Qual?

2.17 Como é realizado o deslocamento do usuário indígena da aldeia até a CASAI Araguaína? E da CASAI Araguaína 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 Araguaína 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 Araguaína?

2.21 Quais são as dificuldades encontradas para garantir o acesso a média e alta complexidade a população indígena de abrangência do DSEI -TO?

2.22 você já participou ou participa de reunião de pactuação de serviços com o município ou o estado? Se sim quais?

2.23 você já participou ou participa de reunião de redes de atenção à saúde, com o município ou estado? Se sim quais?

Fonte: adaptado de Gomes, 2013.

APÊNDICE G - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Roteiro de entrevista semiestruturados para os gestores de saúde das unidades de gestão estadual do município de Araguaína

Data da entrevista: ____/____/____

Município: _____

Entrevistador: _____

Nome do Entrevistado: _____

1. Perfil do gestor de saúde

Idade: _____ sexo: () feminino () masculino Estado civil:

_____ Raça/etnia _____ 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 indígena? () sim () não Qual: _____ Ano de realização: _____ Qual a razão de ter escolhido trabalhar na área de gestão em saúde?

2. Dados sobre o acesso

2.1 Relate quem é o responsável para garantir o atendimento de média e alta complexidade aos usuários indígenas.

2.2 Quais as maiores dificuldades externas enfrentadas pela gestão para garantir o atendimento aos usuários indígenas? E as maiores dificuldades internas?

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

2.4 Como os usuários indígenas são encaminhados da CASAI de Araguaína? Relate os fluxos utilizados.

- 2.5 A unidade oferece condições apropriadas para a hospedagem dos usuários indígenas? Há servidores em quantidade suficiente? Há materiais, insumos e medicamentos em quantidade suficiente?
- 2.6 Como a equipe é orientada para atuar em questões culturais, como por exemplo, os rituais religiosos e a restrição alimentar?
- 2.7 Se um paciente indígena desejar dormir em rede ou esteira na unidade, 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 Há conflitos inter e intraétnicos na unidade? Pode dar exemplo?
- 2.10 Qual o tempo médio que os usuários indígenas aguardam para marcação de consulta e/ou exame especializado?
- 2.11 Os usuários são referenciados nos municípios de origem para o atendimento em Araguaína? É realizada a contra referência? Quem a realiza?
- 2.12 Existe algum tipo de acolhimento do usuário indígena na unidade? Qual?
- 2.13 Se o usuário indígena não fala a língua portuguesa quem o acompanha aos serviços de saúde?
- 2.14 Acredita que os profissionais de saúde desta unidade, são capacitados para atuar com a população indígena? Por quê?
- 2.15 Em sua opinião quais as maiores barreiras enfrentadas pelos usuários indígenas para atendimento nesta unidade?
- 2.16 Que tipo de necessidades específicas os indígenas costumam apresentar no cuidado à saúde que não se encontra nos brancos, por exemplo?

Fonte: adaptado de Gomes, 2013.

Apêndice I

Tabela 1- Matriz de dimensões adaptada de Gomes, 2013, critérios e graduações para análise das ações de acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade do município de Araguaína

Dimensão	Sub dimensão	Critérios	Categorias de Respostas			Pontuação Máxima
			Satisfatório	Intermediário	Insatisfatório	
Sócio Organizacional	Sistema de Referência e Contra-Referência	Regulação dos pacientes indígenas aos serviços de média e alta Complexidade de Araguaína pelos municípios de origem da aldeia.	Os pacientes indígenas são regulados aos serviços de saúde de média e alta complexidade de Araguaína 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 Araguaína, pelos municípios de origem das aldeias, mas ainda há casos de pacientes encaminhados a CASAI de Araguaína sem a devida regulação (5 pontos).	Os pacientes indígenas não são regulados para os serviços de saúde de média e alta complexidade de Araguaína pelos municípios de origem das aldeias e são encaminhados para a CASAI de Araguaína (0 pontos).	10
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente entre os Polos Bases para encaminhamento de usuários a CASAI Araguaína.	Há fluxo estabelecido Institucionalmente entre os Polos Base para encaminhamento de pacientes a CASAI de Araguaína (10 pontos).	Há fluxo estabelecido, porém não normatizado e/ou não respeitado entre os Polos Base para encaminhamento de pacientes a CASAI de Araguaína (5 pontos)	Não há fluxo estabelecido institucionalmente entre os Polos Base para encaminhamento de pacientes a CASAI e Araguaína (0 pontos).	10
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente pelo DSEI-Tocantins em articulação com os municípios de sua área	Há fluxo estabelecido institucionalmente entre o DSEI-Tocantins e todos os municípios de sua área de abrangência para acesso dos Usuários indígenas	Há fluxo estabelecido institucionalmente entre o DSEI-Tocantins e alguns municípios de sua área de abrangência para	Não há fluxo estabelecido institucionalmente entre o DSEI-Tocantins e os municípios de sua área de abrangência para	10

		de abrangência.	aos diferentes níveis de atenção do SUS (10 pontos).	acesso dos usuários indígenas aos diferentes níveis de atenção do SUS (05 pontos).	acesso dos usuários indígenas aos diferentes níveis de atenção do SUS (0 pontos).	
		Retorno dos pacientes indígenas com a contra referência preenchida em formulário específico pelos profissionais dos serviços de saúde de Araguaína.	Os pacientes indígenas recebem contra referência preenchida em formulário específico pelos profissionais dos serviços de saúde de Araguaína (10 pontos).	A contra referência dos pacientes indígenas é realizada somente pela CASAI de Araguaína em formulário específico do estabelecimento (05 pontos).	Não é realizada nenhuma contra referência, tanto pelos serviços de saúde de Araguaína, quanto pela CASAI de Araguaína, para os pacientes indígenas que foram atendidos nos serviços de saúde de Araguaína (0 ponto).	10
	Serviço de Apoio ao usuário indígena: CASAI Araguaína	Adequação arquitetônica da CASAI para o uso de redes e/ou esteiras para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas.	A CASAI de Araguaína possui instalações adequadas arquitetonicamente para o uso de rede e esteiras (10 pontos).	A CASAI de Araguaína possui adequação arquitetônica, porém as instalações físicas não estão adequadas para a hospedagem de pacientes indígenas (05 pontos).	A CASAI de Araguaína não possui instalações adequadas arquitetonicamente para o uso de rede e esteiras (0 pontos).	10
		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 de Araguaína 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 Araguaína (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 de Araguaína e de seu tratamento nos serviços de	10

					especializados de saúde (0 pontos).	
		Cumprimento de todas as atribuições previstas na Política Nacional de Atenção à 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 de Araguaína (10 pontos).	Algumas atribuições previstas na PNASPI são cumpridas e algumas rotinas e protocolos de trabalho foram instituídos na CASAI de Araguaína (5 pontos).	Não há cumprimento das atribuições previstas na PNASPI e não há instituídas rotinas e protocolos de trabalho na CASAI de Araguaína (0 ponto).	10
		Capacitação dos profissionais da CASAI para atuação em contexto intercultural.	A maioria dos profissionais receberam algum tipo de capacitação para atuação em contexto intercultural (10 pontos)	Apenas as minorias receberam algum tipo de capacitação para atuação em contexto intercultural (5 pontos).	Não há profissionais que receberam algum tipo de capacitação para atuação em contexto intercultural (0 ponto)	10
Organização dos serviços de saúde		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
		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 Araguaína (10 pontos).	Alguns pacientes indígenas aguardam no máximo até 1 hora para início de atendimento nos serviços de saúde de Araguaína (05 pontos).	Nenhum paciente indígena consegue atendimento nos serviços de saúde de Araguaína em menos de 1 hora de espera (0 ponto)	10
TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO						100

Sócio cultural	Religiosidade	Garantia de realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas nos serviços especializados de saúde de Araguaína.	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
	Ambiência	Adequação arquitetônica dos serviços de saúde especializados de Araguaína para o uso de redes para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas hospitalares.	Os serviços de saúde estão adequados arquitetonicamente para o uso de redes para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas hospitalares (10 pontos)	Alguns serviços de saúde estão adequados arquitetonicamente para o uso de redes para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas hospitalares (05 pontos)	Não há serviços de saúde adequados arquitetonicamente para o uso de redes para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas hospitalares (0 ponto)	10
	Relações inter e intraétnicas	Capacitação dos profissionais dos serviços de saúde especializados de Araguaína 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
	Alimentação	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 de Araguaína e nos serviços de saúde especializados (10 pontos)	Há fornecimento de alimentação adequada aos hábitos alimentares e dieta dos usuários indígenas na CASAI de Araguaína, 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 de Araguaína e nem nos serviços de saúde especializados (0 ponto)	10
TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO						40

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

Apêndice J

Tabela 2 -Matriz de dimensões adaptada de Gomes, 2013 e critérios para análise das ações de acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade do município de Araguaína - pontuação obtida, na percepção dos Profissionais dos Polos Bases, 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 Araguaína pelos municípios de origem da aldeia.	10	100	Entrevistas e documentos	Satisfatório
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente entre os Polos Bases para encaminhamento de usuários a CASAI Araguaína.	5	50	Entrevista e documentos	Intermediário
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente pelo DSEI-Tocantins em articulação com os municípios de sua área de abrangência.	0	0	Entrevista e documentos	Insatisfatório
		Retorno dos pacientes indígenas com a contra referência preenchida em formulário específico pelos profissionais dos serviços de saúde de Araguaína.	5	50	Entrevista e documentos	Intermediário
Serviço de Apoio ao usuário indígena: CASAI Araguaína		Adequação arquitetônica da CASAI para o uso de redes e/ou esteiras para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas.	10	100	Entrevista e observação in loco	Satisfatório
		Presença de acompanhantes para os usuários indígenas que não falam a língua portuguesa na CASAI e no acompanhamento aos serviços de saúde.	10	100	Entrevista e observação in loco	Satisfatório
		Cumprimento de todas as atribuições previstas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e institucionalização das rotinas e protocolos de trabalho.	5	50	Entrevista e documentos	Intermediário
		Capacitação dos profissionais da CASAI para atuação	0	0	Entrevista	Insatisfatório

		em contexto intercultural.				
	Organização dos serviços de saúde	Tempo de espera entre a marcação do procedimento e/ou consulta especializada e o atendimento entre 1 semana e 3 meses.	5	50	Entrevistas e documentos	Intermediário
		Tempo de espera para ser atendido na realização do procedimento (consulta e/ou exame) em menos de 1 hora				Não responderam
TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO			50	50	-	Intermediário
Sócio cultural	Religiosidade	Garantia de realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas nos serviços especializados de saúde de Araguaína.	0	0	Entrevistas	Insatisfatório
	Ambiência	Adequação arquitetônica dos serviços de saúde especializados de Araguaína para o uso de redes para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas hospitalares.	0	0	Entrevistas	Insatisfatório
	Relações inter e intraétnicas	Capacitação dos profissionais dos serviços de saúde especializados de Araguaína para atuação em contexto intercultural	0	0	Entrevistas	Insatisfatório
	Alimentação	Alimentação adequada aos hábitos alimentares e dieta dos usuários indígenas	5	50	Entrevistas	Intermediário
TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO			5	12,5	-	Insatisfatório
Geográfica	Acesso Geográfico	Existência de transporte proporcionado pelo DSEI-Tocantins ou o município de origem da aldeia até a CASAI, e transporte proporcionado pelo DSEI-Tocantins entre a CASAI e os serviços de saúde	10	100	Entrevistas e observação loco	Satisfatório
		Tempo de deslocamento da CASAI para os serviços de saúde inferior a 1 hora.	10	100	Entrevistas e observação loco	Satisfatório
TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO			20	100	-	Satisfatório
TOTAL GERAL DE PONTOS			75	46,8	-	Intermediário

Apêndice L

Tabela 3- Matriz de dimensões adaptada de Gomes, 2013 e critérios para análise das ações de acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade do município de Araguaína - pontuação obtida, na percepção dos Profissionais da CASAI de Araguaína, 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 Araguaína pelos municípios de origem da aldeia.	5	50	Entrevistas documentos, observação in loco	Intermediário
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente entre os Polos Bases para encaminhamento de usuários a CASAI Araguaína.	5	50	Entrevistas documentos, observação in loco	Intermediário
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente pelo DSEI-Tocantins em articulação com os municípios de sua área de abrangência.	0	0	Entrevistas documentos, observação in loco	Insatisfatório
		Retorno dos pacientes indígenas com a contra referência preenchida em formulário específico pelos profissionais dos serviços de saúde de Araguaína.	5	50	Entrevistas documentos, observação in loco	Intermediário
	Serviço de Apoio ao usuário indígena: CASAI Araguaína	Adequação arquitetônica da CASAI para o uso de redes e/ou esteiras para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas.	10	100	Entrevistas, observação in loco	Satisfatório
		Presença de acompanhantes para os usuários indígenas que não falam a língua portuguesa na CASAI e no acompanhamento aos serviços de saúde.	10	100	Entrevistas documentos, observação in loco	Satisfatório
		Cumprimento de todas as atribuições previstas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e institucionalização das rotinas e protocolos	5	50	Entrevista documentos e	Intermediário

		de trabalho.				
		Capacitação dos profissionais da CASAI para atuação em contexto intercultural.	0	0	Entrevista	Insatisfatório
	Organização dos serviços de saúde	Tempo de espera entre a marcação do procedimento e/ou consulta especializada e o atendimento entre 1 semana e 3 meses	5	50	Entrevistas e documentos	Intermediário
		Tempo de espera para ser atendido na realização do procedimento (consulta e/ou exame) em menos de 1 hora				Não responderam
TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO			45	45	-	Intermediário
Sócio cultural	Religiosidade	Garantia de realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas nos serviços especializados de saúde de Araguaína.	0	0	Entrevistas	Insatisfatório
	Ambiência	Adequação arquitetônica dos serviços de saúde especializados de Araguaína para o uso de redes para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas hospitalares.	0	0	Entrevistas	Insatisfatório
	Relações inter e intraétnicas	Capacitação dos profissionais dos serviços de saúde especializados de Araguaína para atuação em contexto intercultural	0	0	Entrevistas	Insatisfatório
	Alimentação	Alimentação adequada aos hábitos alimentares e dieta dos usuários indígenas	0	0	Entrevistas	Insatisfatório
TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO			0	0	-	Insatisfatório
Geográfica	Acesso Geográfico	Existência de transporte proporcionado pelo DSEI-Tocantins ou o município de origem da aldeia até a CASAI, e transporte proporcionado pelo DSEI-Tocantins entre a CASAI e os serviços de saúde	10	100	Entrevistas e observação in loco	Satisfatório
		Tempo de deslocamento da CASAI para os serviços de saúde inferior a 1 hora.	10	100	Entrevistas e observação in loco	Satisfatório
TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO			20	100	-	Satisfatório
TOTAL GERAL DE PONTOS			70	43,7	-	Intermediário

Apêndice M

Tabela 4- Matriz de dimensões adaptada de Gomes, 2013 e critérios para análise das ações de acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade do município de Araguaína - pontuação obtida, na percepção dos Gestores do DSEI - TO, classificação final por critério, dimensão e resultado final.

Dimensão	Sub dimensão	Critérios	Pontuação		Fonte Evidência	Classificação Final
			Pontos	%		
Sócio Organizacional	Sistema de Referência e Contra -Referência	Regulação dos pacientes indígenas aos serviços de média e alta Complexidade de Araguaína pelos municípios de origem da aldeia.	10	100	Entrevistas	Satisfatório
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente entre os Polos Bases para encaminhamento de usuários a CASAI Araguaína.	5	50	Entrevista	Intermediário
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente pelo DSEI-Tocantins em articulação com os municípios de sua área de abrangência.	0	0	Entrevista	Insatisfatório
		Retorno dos pacientes indígenas com a contra referência preenchida em formulário específico pelos profissionais dos serviços de saúde de Araguaína.	5	50	Entrevista	Intermediário
	Serviço de Apoio ao usuário indígena: CASAI Araguaína	Adequação arquitetônica da CASAI para o uso de redes e/ou esteiras para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas.	10	100	Entrevista	Satisfatório
		Presença de acompanhantes para os usuários indígenas que não falam a língua portuguesa na CASAI e no	10	100	Entrevista	Satisfatório

		acompanhamento aos serviços de saúde.				
		Cumprimento de todas as atribuições previstas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e institucionalização das rotinas e protocolos de trabalho.	5	50	Entrevista	Intermediário
		Capacitação dos profissionais da CASAI para atuação em contexto intercultural.	0	0	Entrevista	Insatisfatório
	Organização dos serviços de saúde	Tempo de espera entre a marcação do procedimento e/ou consulta especializada e o atendimento entre 1 semana e 3 meses.	5	50	Entrevistas	Intermediário
		Tempo de espera para ser atendido na realização do procedimento (consulta e/ou exame) em menos de 1 hora				Não responderam
TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO			50	50	-	Intermediário
Sócio cultural	Religiosidade	Garantia de realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas nos serviços especializados de saúde de Araguaína.	5	50	Entrevistas	Intermediário
	Ambiência	Adequação arquitetônica dos serviços de saúde especializados de Araguaína para o uso de redes para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas hospitalares.	0	0	Entrevistas	Insatisfatório
	Relações inter e intraétnicas	Capacitação dos profissionais dos serviços de saúde especializados de Araguaína para atuação em contexto intercultural	0	0	Entrevistas	Insatisfatório
	Alimentação	Alimentação adequada aos hábitos alimentares e dieta dos usuários indígenas	10	100	Entrevistas	Satisfatório

TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO			15	37,5	-	Intermediário
Geográfica	Acesso Geográfico	Existência de transporte proporcionado pelo DSEI-Tocantins ou o município de origem da aldeia até a CASAI, e transporte proporcionado pelo DSEI-Tocantins entre a CASAI e os serviços de saúde	10	100	Entrevistas	Satisfatório
		Tempo de deslocamento da CASAI para os serviços de saúde inferior a 1 hora.	10	100	Entrevistas	Satisfatório
TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO			20	100	-	Satisfatório
TOTAL GERAL DE PONTOS			85	53,1	-	Intermediário

Apêndice N

Tabela 5- Matriz de dimensões adaptada de Gomes, 2013 e critérios para análise das ações de acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade do município de Araguaína - pontuação obtida, na percepção dos Profissionais dos Gestores do SUS, 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 Araguaína pelos municípios de origem da aldeia.	10	100	Entrevistas	Satisfatório
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente entre os Polos Bases para encaminhamento de usuários a CASAI Araguaína.	0	0	Entrevista	Insatisfatório
		Existência de fluxo estabelecido institucionalmente pelo DSEI-Tocantins em articulação com os municípios de sua área de abrangência.	0	0	Entrevista	Insatisfatório
		Retorno dos pacientes indígenas com a contra referência preenchida em formulário específico pelos profissionais dos serviços de saúde de Araguaína.	0	0	Entrevista	Insatisfatório
	Serviço de Apoio ao usuário indígena: CASAI Araguaína	Adequação arquitetônica da CASAI para o uso de redes e/ou esteiras para pacientes indígenas que não queiram ficar instalados em camas.	-	-	-	Não responderam (não conhecem)

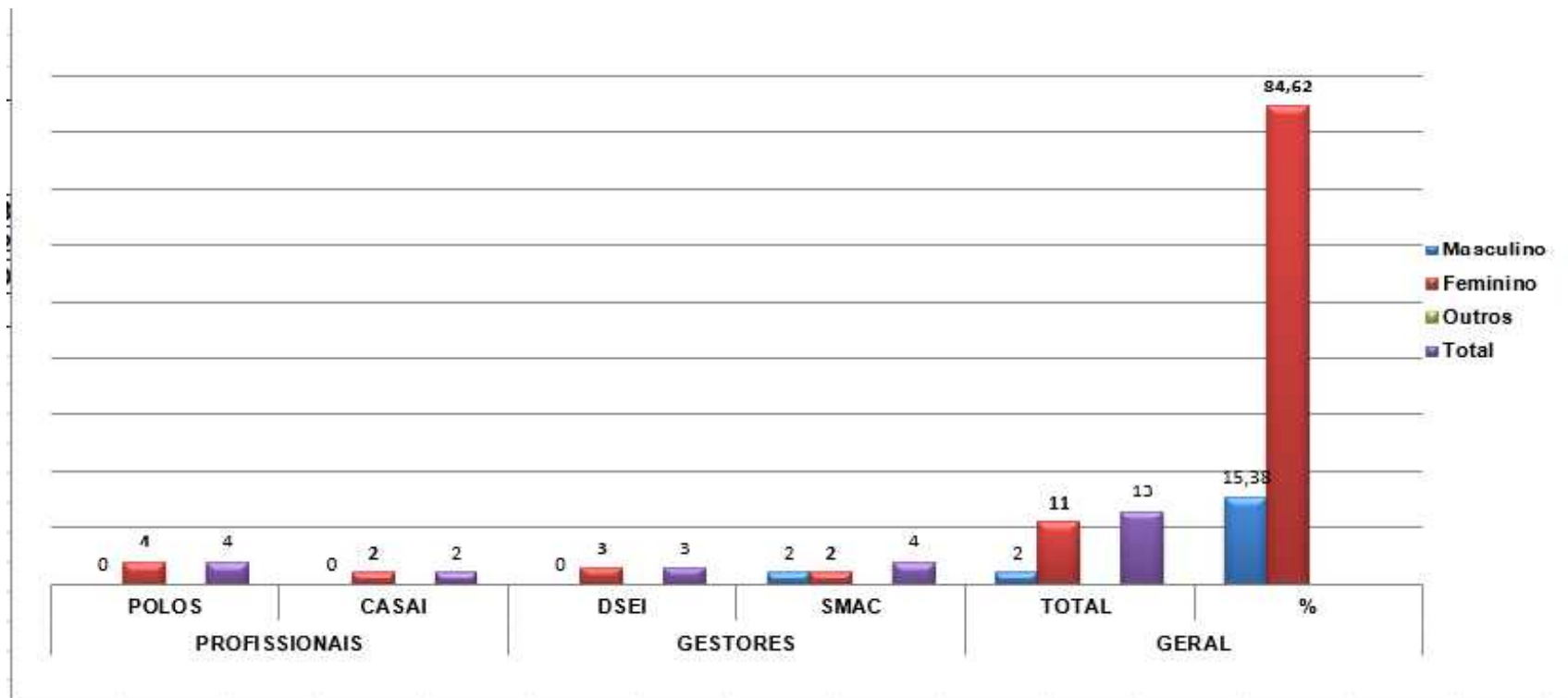
		Presença de acompanhantes para os usuários indígenas que não falam a língua portuguesa na CASAI e no acompanhamento aos serviços de saúde.	10	100	Entrevista	Satisfatório
		Cumprimento de todas as atribuições previstas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e institucionalização das rotinas e protocolos de trabalho.	-	-	-	Não responderam (não conhecem)
		Capacitação dos profissionais da CASAI para atuação em contexto intercultural.	-	-	-	Não responderam (não conhecem)
	Organização dos serviços de saúde	Tempo de espera entre a marcação do procedimento e/ou consulta especializada e o atendimento entre 1 semana e 3 meses.	-	-	-	Não responderam (não conhecem)
		Tempo de espera para ser atendido na realização do procedimento (consulta e/ou exame) em menos de 1 hora	-	-	-	Não responderam (não conhecem)
TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO			20	20	-	Insatisfatório
Sócio cultural	Religiosidade	Garantia de realização de rituais religioso-espirituais dos povos indígenas nos serviços especializados de saúde de Araguaína.	0	0	Entrevistas	Insatisfatório
	Ambiência	Adequação arquitetônica dos serviços de saúde especializados de Araguaína para o uso de redes para pacientes indígenas que não	0	0	Entrevistas	Insatisfatório

		queiram ficar instalados em camas hospitalares.				
	Relações inter e intraétnicas	Capacitação dos profissionais dos serviços de saúde especializados de Araguaína para atuação em contexto intercultural	0	0	Entrevistas	Insatisfatório
	Alimentação	Alimentação adequada aos hábitos alimentares e dieta dos usuários indígenas	0	0	Entrevistas	Insatisfatório
TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO			0	0	-	Insatisfatório
Geográfica	Acesso Geográfico	Existência de transporte proporcionado pelo DSEI-Tocantins ou o município de origem da aldeia até a CASAI, e transporte proporcionado pelo DSEI-Tocantins entre a CASAI e os serviços de saúde	-	-	-	Não responderam (não conhecem)
		Tempo de deslocamento da CASAI para os serviços de saúde inferior a 1 hora.	-	-	-	Não responderam (não conhecem)
TAL DE PONTOS DA DIMENSÃO			-	-	-	-
TAL GERAL DE PONTOS			20	12,5	-	Insatisfatório

ANEXOS

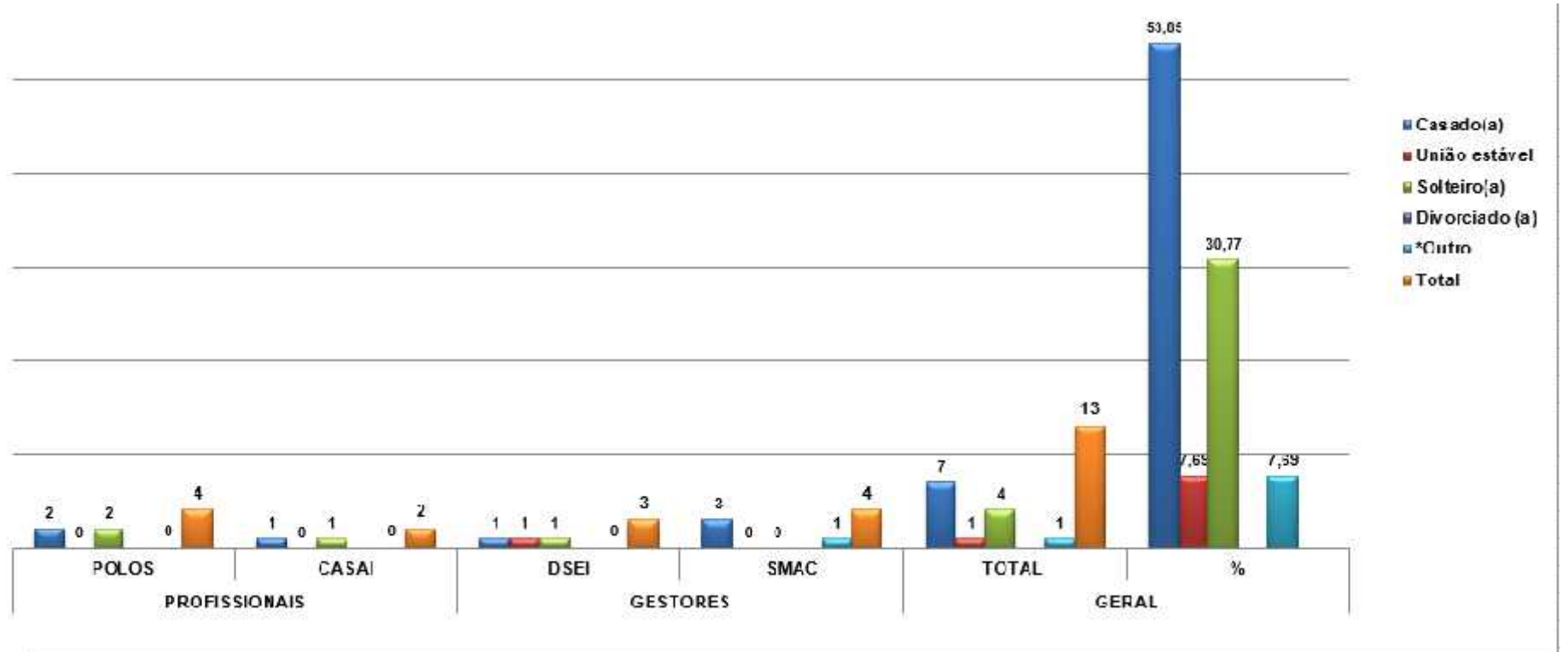
Perfil dos profissionais e gestores entrevistados

Gráfico 1 – Número e percentual de profissionais e gestores segundo o sexo, e local de trabalho Araguaína -TO.



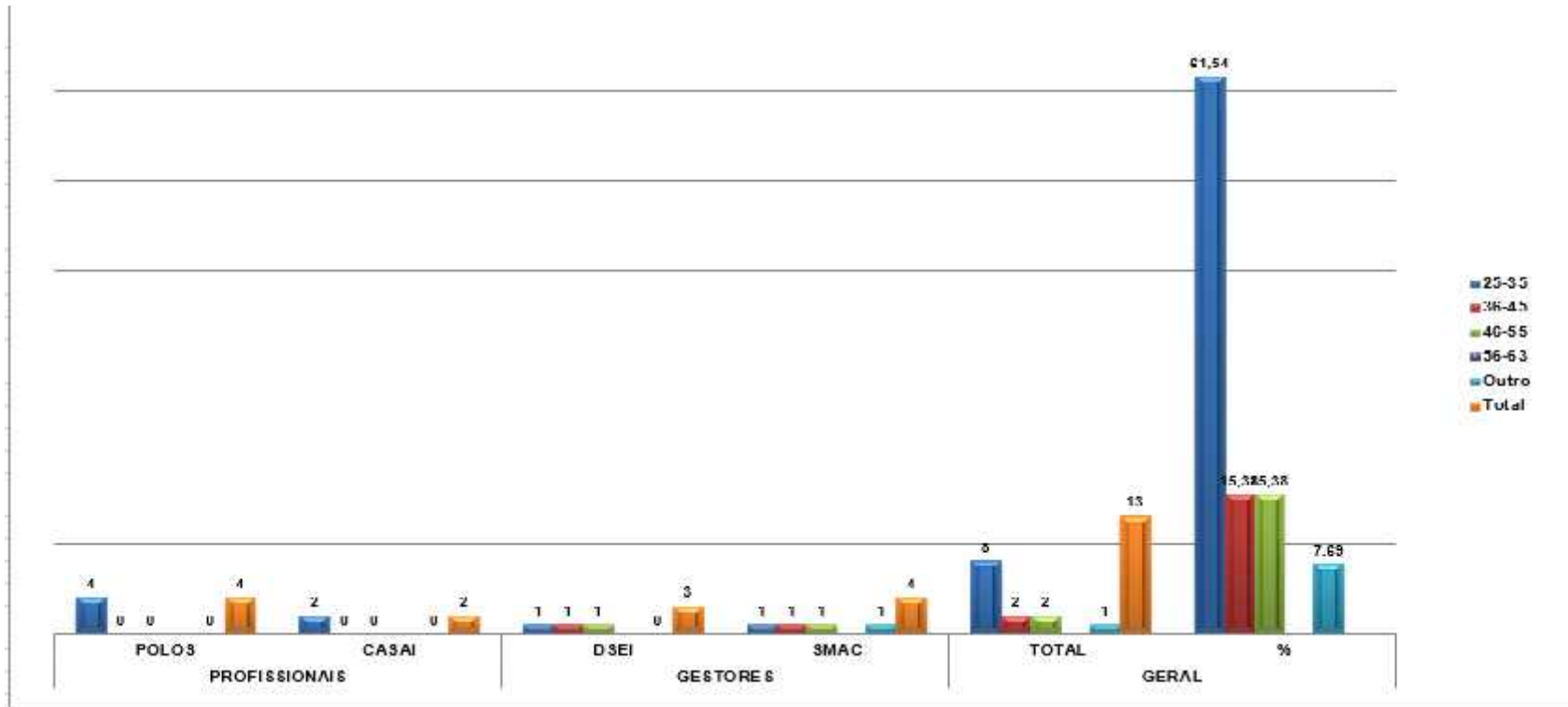
Fonte: Elaboração da autora.

Gráfico 2 – Número e percentual de profissionais e gestores segundo o estado civil, e local de trabalho Araguaína -TO.



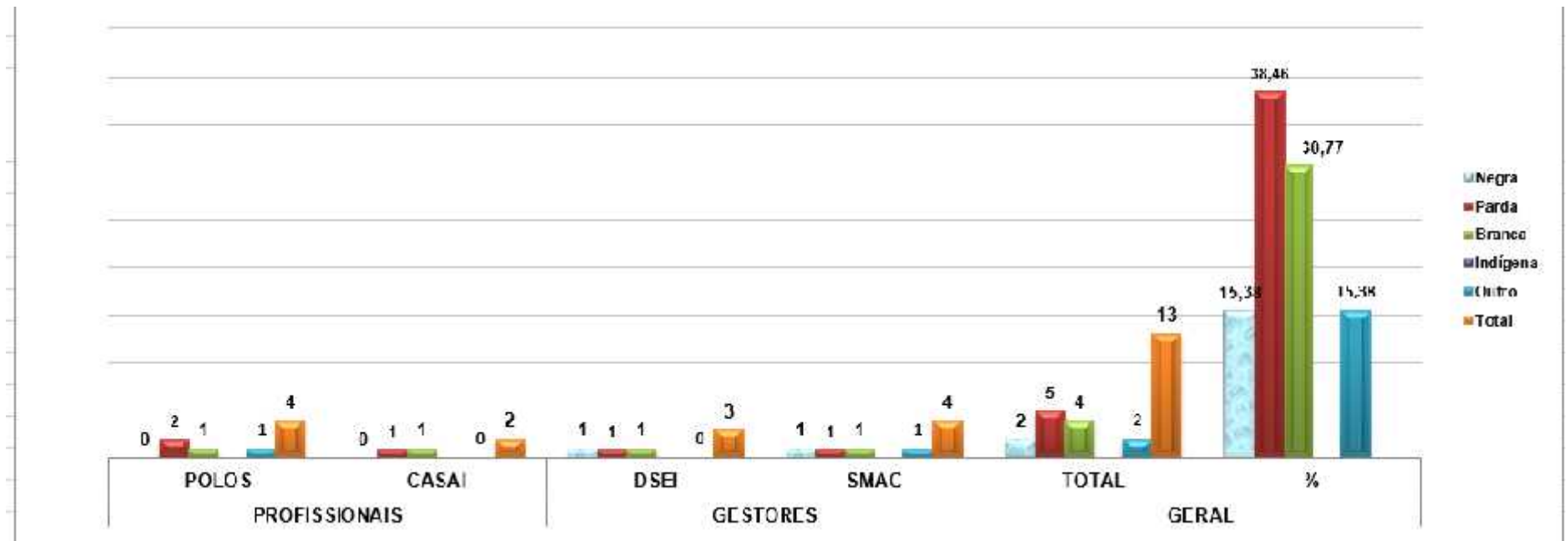
Fonte: Elaboração da autora.

Gráfico 3- Número e percentual de profissionais e gestores segundo a idade, e local de trabalho Araguaína -TO.



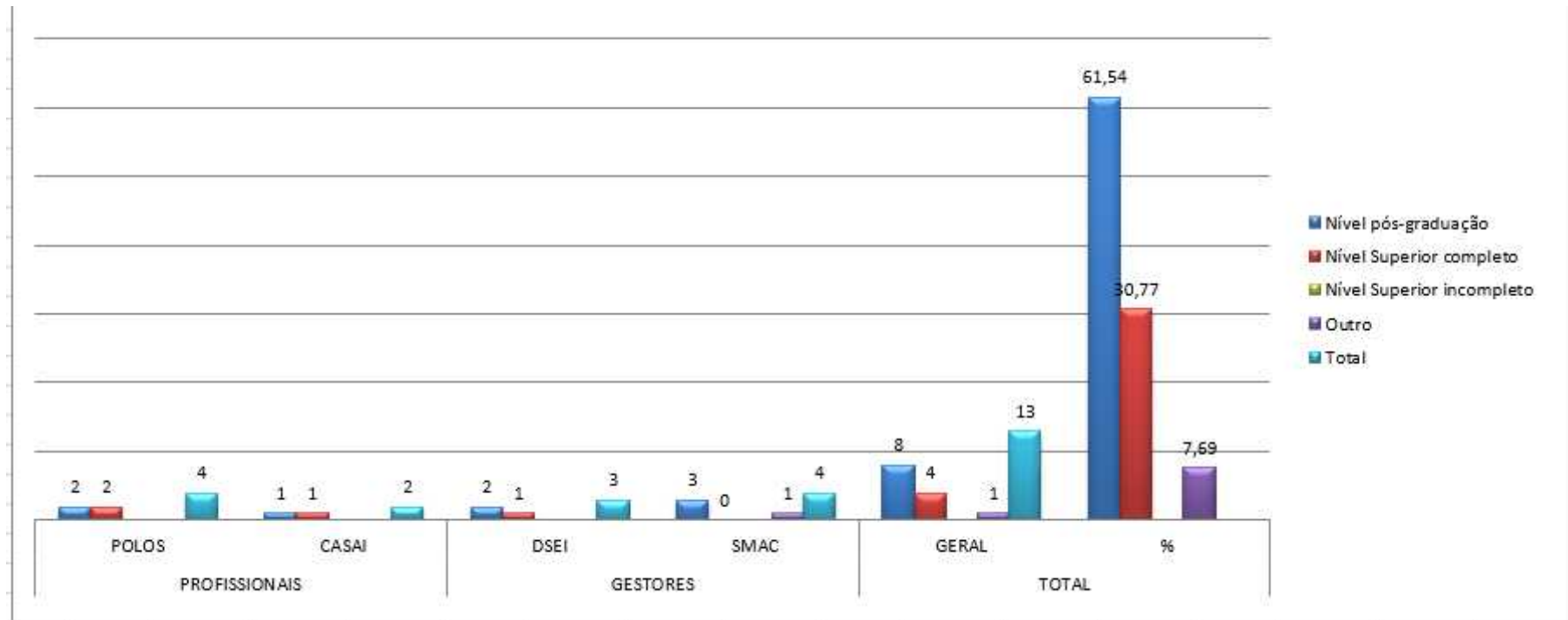
Fonte: Elaboração da autora.

Gráfico 4– Número e percentual de profissionais e gestores segundo raça/etnia, e local de trabalho Araguaína -TO.



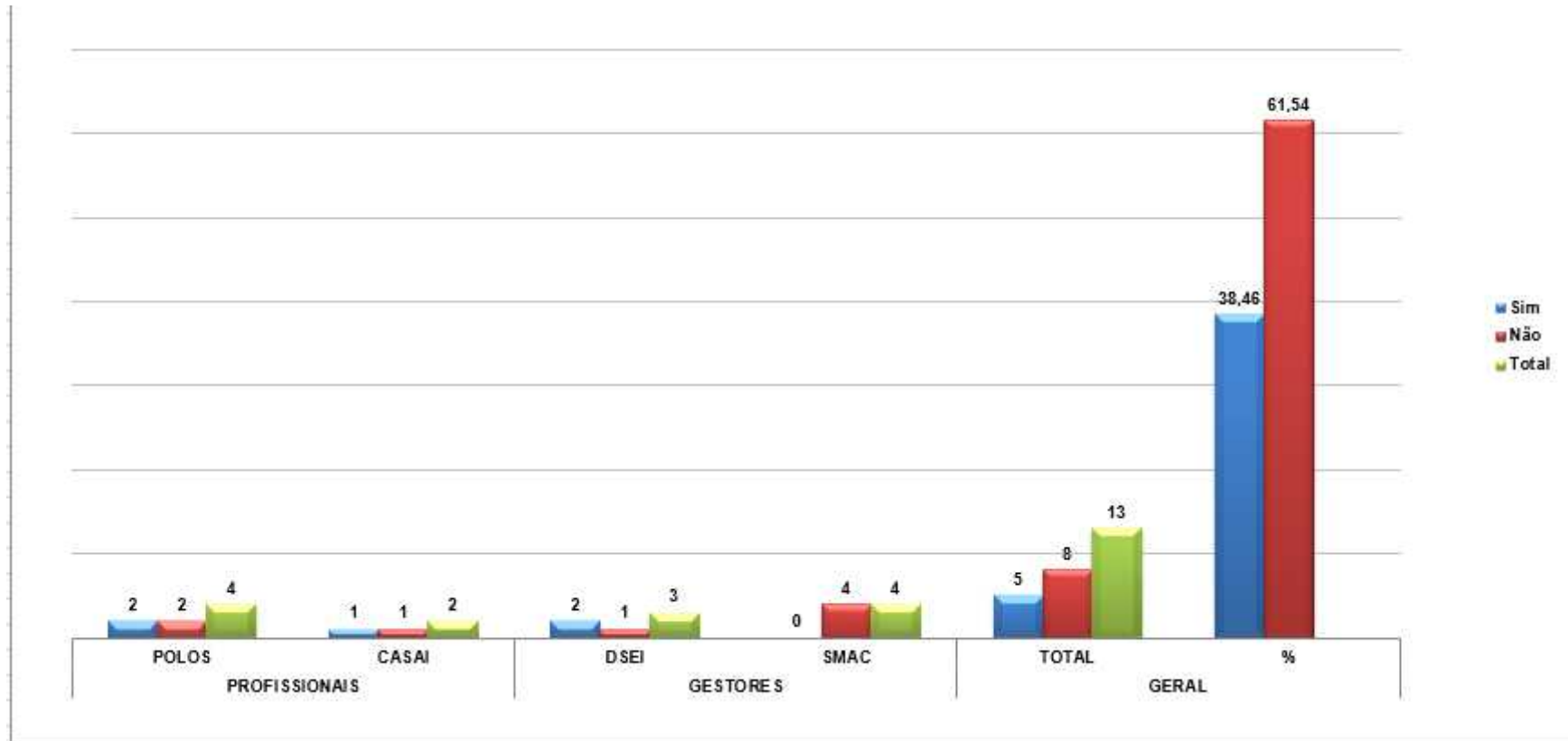
Fonte: Elaboração da autora.

Gráfico 5 – Número e percentual de profissionais e gestores segundo escolaridade, e local de trabalho Araguaína -TO.



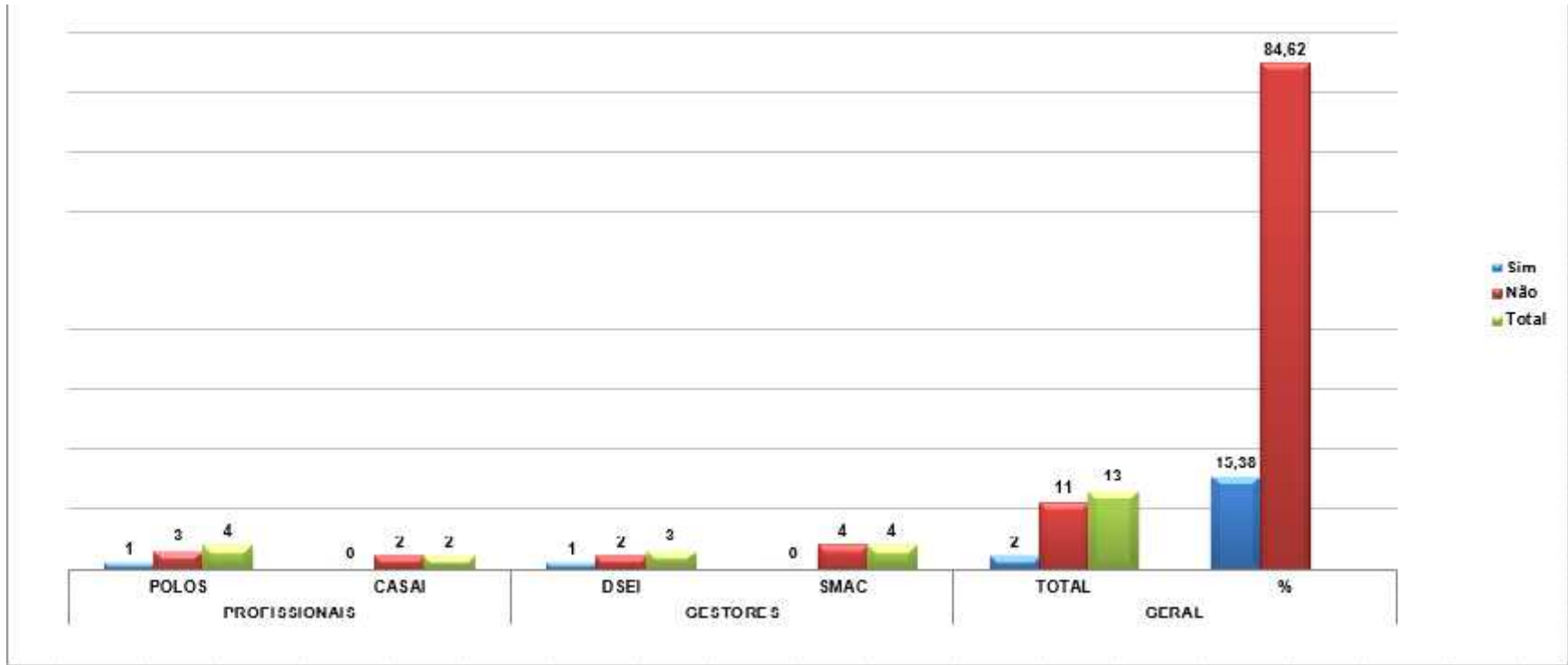
Fonte: Elaboração da autora.

Gráfico 6 – Número e percentual de profissionais e gestores segundo experiência anterior de trabalho na área de saúde indígena/ gestão em saúde



Fonte: Elaboração da autora.

Gráfico 7 – Número e percentual de profissionais e gestores segundo capacitação para atuação em contexto intercultural em saúde com a população indígena.



Fonte: Elaboração da autora.