

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Livia de Souza Pancrácio de Errico

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA
POPULAÇÃO DA ETNIA XAKRIABÁ, NORTE DE MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

2011

Livia de Souza Pancrácio de Errico

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA
POPULAÇÃO DA ETNIA XAKRIABÁ, NORTE DE MINAS GERAIS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível de Doutorado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof. Dra. Andréa Gazzinelli

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2011

E72a Errico, Livia de Souza Pancrácio de.
Acesso e utilização dos serviços de saúde da população da etnia Xakriabá, norte de Minas Gerais [manuscrito]. / Livia de Souza Pancrácio de Errico. - - Belo Horizonte: 2011.
124f.: il.
Orientadora: Andréa Gazzinelli.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Equidade no Acesso. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Atenção Secundária à Saúde. 5. Atenção Terciária à Saúde. 6. Saúde Indígena. 7. Dissertações Acadêmicas. I. Gazzinelli, Andréa. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 300

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Enfermagem
Programa de Pós-graduação

Tese de doutorado intitulada “ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO DA ETNIA XAKRIABÁ, NORTE DE MINAS GERAIS” defendida e aprovada em 05 de maio de 2011 pela banca examinadora constituída pelos professores:

Dra. Andréa Gazzinelli-Orientadora

Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira

Dra. Eliana Elisabeth Diehl

Dr Francisco Carlos Félix Lana

Dra. Marta Inêz Machado Verdi

Dedicatória

Ao tempo que nos permite melhorar sempre.
Ao Povo Xakriabá pelas novas amizades e experiências.
À Terra Xakriabá, que vivendo o contraste da aridez e da pujança ensina a ser rijo.
À minha família, companheira na estrada desta vida.

Agradecimentos

Ao Profa. Dra. Andréa Gazzinelli, 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 em trabalho de campo e no processo de produção e divulgação do conhecimento.

Ao Prof. Helmut Kloss da University of California Medical Center, São Francisco (EUA), pelas estimulantes discussões em torno da temática, por compartilhar sua experiência na Etiópia e por seu apoio e amizade durante a realização desta pesquisa.

Ao Prof. Gustavo Velásquez pela amizade e contribuições para o desenvolvimento da análise dos dados.

A Profa. Ana Gomes pela amizade, por compartilhar seu conhecimento sobre o Povo Xakriabá e pelas discussões sobre os aspectos culturais relacionados à temática.

Aos Professores Paula Bicalho, Eunice Martins, Tânia Chianca e Torcata Amorim pelas contribuições, discussões e reflexões sobre a temática e, principalmente, pelo inestimável apoio e amizade que me sustentaram durante as diversas fases do trabalho.

Ao Luciano de Errico pelo amor, carinho, companheirismo, leitura dedicada do trabalho e empolgação pelos resultados obtidos.

Aos colegas do grupo de pesquisa pelo apoio e incentivo: Ed Wilson, Izabela Dutra, Elivelton da Silva, Kelen Rosa, Humberto Quites, Déborah Assunção, Dener Carlos, Márcia Caetano, Mônica Canhestro e Leonardo Matoso.

Aos bolsistas de iniciação pelo apoio na coleta dos dados: Izabela Tavares, Luíza Valgas, Marcelo Ruas, Guilherme e Bárbara Martins.

Ao Cirilo Xavier Campos Neto, Secretário de Saúde de São João das Missões pela disponibilização dos recursos da Secretaria de Saúde para o desenvolvimento da pesquisa.

À Enfermeira Kátia de Souza, Coordenadora da Atenção Básica no município de São João das Missões, por disponibilizar os profissionais de saúde e os Agentes Indígenas de Saúde para auxiliar na fase da coleta de dados. Pela amizade e disposição em auxiliar sempre.

Aos colegas da FUNASA, Edva Vieira e Ronaldo Veríssimo que apoiaram a introdução da pesquisadora na área Xakriabá e ajudaram na fase da coleta de dados.

Aos colegas professores do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública por assumirem parte dos meus encargos didáticos durante o período de capacitação o que me permitiu maior dedicação ao trabalho.

Aos meus alunos que souberam compreender as minhas limitações de tempo para dedicar a formação deles durante o período da minha capacitação.

Aos Agentes Indígenas de Saúde que nos acompanharam e compartilharam de nossas incertezas durante a coleta de dados na Terra Indígena Xakriabá.

Aos motoristas Luís, Helvécio e, em especial ao André que suportaram as dificuldades da coleta, as alterações de humor e, também, por ter compartilhado comigo as tristezas e alegrias do trabalho de campo.

Aos amigos Célia e Hélio cuja casa foi a Pousada acolhedora e alegre no final do dia de trabalho, pelas conversas e jantares que nos sustentaram durante o trabalho árduo de coleta de dados.

As minhas filhas Clarissa e Beatriz que não aceitaram a minha ausência, mas me acompanharam solidárias nesta trajetória.

Ao povo Xakriabá que me recebeu com muito carinho, dividindo seus conhecimentos e suas histórias, aceitando fazer parte da construção desta pesquisa.

À Terra Xakriabá que nunca me negou passagem.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e Ministério da Saúde pelo apoio financeiro.

"Regozijai-vos sempre."

(Paulo, I Tessalonicenses 5:16)

RESUMO

Estudos têm demonstrado que os determinantes do acesso aos serviços de saúde estão diretamente relacionados com as características das comunidades, seus contextos sociais, culturais e econômicos, bem como, com o espaço territorial que elas ocupam e onde os serviços se localizam. Dessa forma, dada a sua especificidade cultural e de organização do sistema de saúde, as comunidades indígenas agregam novas informações para subsidiar ou redefinir o grupo de determinantes da acessibilidade aos serviços de saúde, o que pode impactar positivamente na remodelação das políticas e da atenção à saúde de grupos etnicamente diferenciados. Neste sentido, o estudo teve como objetivo avaliar o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos indígenas Xakriabá, moradores da Terra Indígena Xakriabá, norte de Minas Gerais, identificando a influência dos fatores demográficos, socioeconômicos e de condições de saúde na sua magnitude. Coletaram-se os dados de uma amostra populacional de 472 indígenas, por meio de questionários sobre características demográficas, socioeconômicas e sobre o acesso e utilização dos serviços de Atenção Básica e de média e alta complexidade. Construíram-se três modelos multivariados usando regressão de Poisson, para os desfechos acesso aos serviços de Atenção Básica, acesso aos serviços de média e alta complexidade e utilização dos serviços de saúde. A força de associação foi medida pela Razão de Prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). O nível de significância estatística estabelecido foi de 5% ($p \leq 0,05$). Os resultados mostraram que a necessidade de saúde autorreferida favoreceu tanto o acesso quanto a utilização dos serviços de saúde. A prevalência do acesso aos serviços de Atenção Básica foi mais elevada para as mulheres. O suporte social e participação comunitária foram outros dois fatores que influenciaram positivamente o acesso à Atenção Básica. Observou-se ainda que os indivíduos que moram a uma distância maior do que cinco quilômetros do Posto de Saúde procuraram menos estes serviços. As pessoas com idade entre 30 a 59 anos apresentaram menor frequência no acesso aos serviços de média e alta complexidade, enquanto o recebimento da Bolsa Família aumentou este acesso em 50%. Adicionalmente, houve uma elevação da prevalência da utilização dos serviços de saúde à medida que a escolaridade aumentou. Os resultados demonstraram que há diferenças no acesso susceptíveis aos efeitos de ações intersetoriais nas áreas educacional e econômica, e que organizem a oferta de serviço público de transporte na Terra Indígena. Em complemento, os serviços devem estar atentos às necessidades de saúde dos homens e na identificação de medidas que ampliem o acesso dos indivíduos mais velhos aos serviços. A provisão de serviços médicos e de enfermagem para os indígenas deve ser pensada considerando o comportamento de saúde destes, o qual resulta da articulação entre o sistema de autoatenção e a medicina oficial.

Palavras chave: acesso aos serviços de saúde, equidade no acesso, atenção primária à saúde, atenção secundária à saúde, atenção terciária à saúde, saúde indígena.

ABSTRACT

Studies have shown that the determinants of access to health services are directly related to the characteristics of the communities, their social, cultural, and economic status as well as their geographic location and the spatial distribution of the services. Thus, given its cultural specificity and the particular organization of the health system, indigenous communities add new information to support or redefine the group of determinants of accessibility to health services. This can positively impact on the remodeling of health policies and health care programs for ethnically differentiated groups. In this sense, the study aimed to evaluate the access and use of health services by indigenous Xakriabá, residents of the Xakriabá Indigenous area, in the northern part of Minas Gerais State in Brazil in relation to the influence of demographic, socioeconomic, and health status factors. Data were collected from a population sample of 472 Xakriabá, by the application of questionnaires about the demographic and socioeconomic aspects, as well as the characteristics of access and utilization of primary care and specialized health services. A multivariate model was created using Poisson regression, for the three different outcomes: primary health care access, specialized health services access, and health services utilization. . The strength of association was measured by Prevalence Ratio (PR) and its 95% confidence intervals (95% CI). The statistical significance level was set at 5% ($p \leq 0.05$). The results showed that the self-assessed health status improved both the access and the health services use. The prevalence of access to primary care was higher for females. Social support and participation in community organizations are two other factors that enhanced the likelihood of accessing primary care. A reduction in access occurred for individuals living further than five kilometers from the health center. Older persons, age group between 30 and 59 years old, were associated to lower prevalence rates of access to specialized health services, while for those receiving financial support from the government, under the Bolsa Família program, had their access increased by 50%. Additionally, as the educational level increased, there was a higher prevalence of the use of health services. The results showed that there are differences in access, susceptible to the effects of intersectoral actions in the educational and economic spheres, and also in the organization of public transport service in the reserve area. In addition, health services should address men's health needs and identify measures to increase services access by older individuals. The provision of medical services and nursing care for indigenous people should be thought considering their health beliefs and attitudes, which results from the interaction between their self-treatment system and the western medical care.

Keywords: health services accessibility, primary health care, ambulatory care, indigenous health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mapa do Brasil com a localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas	27
Figura 2 -	Organização da Atenção à Saúde Indígena – Fluxo Assistencial	28
Figura 3 -	Mapa ilustrativo São João das Missões e municípios de Belo Horizonte, Montes Claros, Manga	33
Figura 4 -	Posto de Saúde Rancharia, localizado na aldeia Rancharia, sede do Pólo de Saúde Rancharia	38
Figura 5 -	Posto de Saúde Brejo, localizado na aldeia Brejo, sede do Pólo de Saúde Brejo	39
Figura 6 -	Posto de Saúde Itapicuru, localizado na aldeia Itapicuru, sede do Pólo de Saúde Itapicuru	40
Figura 7 -	Posto de Saúde Sumaré, localizado na aldeia Sumaré I, sede do Pólo de Saúde Sumaré	41
Figura 8 -	Posto de Saúde Pindaíba, localizado na aldeia Pindaíba, sede do Pólo de Saúde Pindaíba	42
Figura 9 -	Distribuição dos domicílios amostrados na área da Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010	45
Quadro 1	Etnias Indígenas do DSEI Minas Gerais/Espírito Santo por Estado, município e população	32
Quadro 2	Distribuição das aldeias da Terra Indígena Xakriabá segundo os Pólos de Saúde (PS) – 2008	35
Quadro 3	Distribuição proporcional dos domicílios cadastrados, segundo Pólo de Saúde da Terra Indígena Xakriabá, São João das Missões, 2007	43
Quadro 4	Distribuição proporcional da amostra segundo a proporcionalidade dos estratos domiciliares de cada Pólo de Saúde, Terra Indígena Xakriabá, São João das Missões, 2007	44

LISTA DE TABELAS

1 -	Características demográficas e socioeconômicas da população do estudo por Pólo de Saúde, Terra Indígena Xakriabá, 2009 – 2010	55
2 -	Condições de moradia da população do estudo por Pólo de Saúde, Terra Indígena Xakriabá, 2009 – 2010	57
3 -	Condições de saúde e suporte social da população do estudo por Pólo de Saúde, Terra Indígena Xakriabá, 2009 – 2010	58
4 -	Características do acesso aos Postos de Saúde nos últimos 12 meses que antecederam à entrevista, Terra Indígena Xakriabá, 2009 – 2010	59
5 -	Prevalências e razão de prevalências (RP) do acesso aos Postos de Saúde nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%) segundo fatores demográficos, socioeconômicos e suporte social, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010	60
6 -	Prevalências e razão de prevalências (RP) do Acesso aos serviços do Posto de Saúde nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%) segundo condições de saúde, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010	62
7 -	Modelo ajustado da análise multivariada com acesso aos serviços do Posto de Saúde, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010	62
8 -	Distribuição da população do estudo segundo consulta/exames especializados e internações, Terra Indígena Xakriabá, 2009 – 2010	63
9 -	Prevalências e razão de prevalências (RP) do acesso aos serviços de média e alta complexidade nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%) segundo fatores demográficos, socioeconômicos e suporte social, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010	64
10 -	Prevalências e razão de prevalências (RP) do acesso aos serviços de média e alta complexidade nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%) segundo condições de saúde, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010	66
11 -	Modelo ajustado do acesso aos serviços de média e alta complexidade segundo fatores associados, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010	67

12 -	Características da utilização dos serviços de saúde pela população do estudo, Terra Indígena Xakriabá, 2009 – 2010	68
13 -	Prevalências e razão de prevalências (RP) da utilização dos serviços de saúde e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%) segundo fatores demográficos e socioeconômicos, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010	70
14 -	Prevalências e razão de prevalências (RP) da utilização dos serviços de saúde e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%) segundo condições de saúde, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010	71
15 -	Modelo ajustado da utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias segundo fatores associados, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010	71
16 -	Motivos apresentados pela população do estudo para a não utilização dos serviços de saúde, Terra Indígena Xakriabá, 2009 – 2010	72
17 -	Sugestões para melhoria da rede de serviços de saúde apresentadas pela população do estudo, Terra Indígena Xakriabá, 2009 – 2010	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
CASAI	Casa do Índio
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Atenção à Saúde Indígena
ESF	Equipe de Saúde da Família
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização não-Governamental
PDA	Personal Digital Assistant
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios
PPI	Programação Pactuada Integrada
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Terra Indígena
TIX	Terra Indígena Xakriabá

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Acesso e utilização dos serviços	18
1.2	O Povo Indígena Xakriabá	23
1.3	O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena	25
1.4	Distrito Sanitário Especial Indígena Minas Gerais - Espírito Santo	31
2	POPULAÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS	33
2.1	Local do estudo	33
2.1.1	Organização da atenção à saúde Pólo de Saúde Rancharia	37
2.1.2	Organização da atenção à saúde Pólo de Saúde Brejo	38
2.1.3	Organização da atenção à saúde Pólo de Saúde Itapicuru	39
2.1.4	Organização da atenção à saúde Pólo de Saúde Sumaré	40
2.1.5	Organização da atenção à saúde Pólo de Saúde Pindaíba	41
2.2	População do estudo	43
2.3	Coleta dos dados	44
2.3.1	Questionário individual	44
2.3.2	Georeferenciamento	46
2.4	Análise dos dados	46
2.4.1	Variáveis do estudo	47
2.4.1.1	Variáveis dependentes	47
2.4.1.2	Variáveis independentes	49
2.4.2	Análise univariada	51
2.4.3	Análise multivariada	52
2.4.4	Análise espacial	53
2.5	Considerações éticas	53
3	RESULTADOS	54
3.1	Descrição dos sujeitos do estudo	54
3.1.1	Características demográficas e socioeconômicas	54
3.1.2	Condições de saúde	57
3.2	Acesso aos Serviços de Saúde	59
3.2.1	Análise univariada e multivariada dos fatores associados ao acesso à Atenção Básica	59
3.2.2	Características do acesso à Atenção de Média e Alta Complexidade	63
3.2.2.1	Análise univariada e multivariada dos fatores relacionados ao acesso aos serviços de média e alta complexidade nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista	64
3.3	Utilização dos serviços de saúde	67
3.3.1	Características da utilização dos serviços de saúde	67
3.3.1.1	Análise univariada e multivariada dos fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias que antecederam a entrevista	69

3.4	Características da não utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias e sugestões de melhorias	72
4	DISCUSSÃO	74
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
	APÊNDICE A	100
	APÊNDICE B	106
	APÊNDICE C	115
	ANEXO A	120
	ANEXO B	121
	ANEXO C	123

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde se caracterizam pelo conjunto de políticas e ações que buscam a promoção, restauração e a manutenção da saúde dos indivíduos e das coletividades. Ao Estado cabe o compromisso de garantir a disponibilidade, acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde para a sua população (WHO, 2000). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido com a Lei Federal nº 8.080 de 1990, define princípios e diretrizes para orientação do desenvolvimento das ações de saúde, entre estes estão a universalidade do acesso, igualdade da assistência à saúde, descentralização e participação comunitária.

O SUS ao longo dos anos tem sido submetido a uma série de avaliações e reformas que em linhas gerais, buscam o aumento da cobertura e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde (ALMEIDA et al., 2000; VIACAVA et al., 2004). A Estratégia Saúde da Família, cuja implantação foi iniciada em 1994, é uma estratégia de reorientação da Atenção Básica que tem contribuído para ampliar a cobertura dos serviços de saúde. A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Lei nº 9.836 de 1999) e sua consolidação pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria 254/2002) vai ao encontro das necessidades deste grupo populacional que, devido ao contexto histórico-social e ao isolamento geográfico de muitas etnias, apresentam maior vulnerabilidade aos riscos de adoecer e morrer, além de dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Esta regulamentação resultou na paulatina implantação dos atuais 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, aos quais compete a organização da rede de serviços de saúde indígena e a gestão dos recursos financeiros suplementares para o desenvolvimento das ações de saúde, garantindo uma atenção diferenciada por meio do respeito às especificidades culturais de cada etnia e a equidade de acesso (BRASIL, 2002).

Entretanto, apesar dos avanços produzidos tanto pela Estratégia de Saúde da Família quanto pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, ainda existem evidências de desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde da Atenção Básica e da média e alta complexidade. Particularmente, nas análises do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, fica demonstrado que houve um avanço na extensão da cobertura e no financiamento das ações de saúde, mas que ainda existem problemas na gestão, na organização e na oferta dos serviços (ATHIAS; MACHADO, 2001; CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006; GARNELO; BRANDÃO, 2003; GARNELO; SAMPAIO, 2005).

Em geral, os serviços ofertados nas áreas indígenas apresentam variabilidade na qualidade e na efetividade, com fragmentação da assistência associada a dificuldades no sistema de referência e contra-referência para a atenção de média e alta complexidade (GARNELO; BRANDÃO, 2003). Além disso, verifica-se que os serviços de saúde de referência, na maioria das vezes, estão localizados distantes das aldeias. Como consequência dos problemas relacionados à fixação dos profissionais de saúde nas áreas indígenas há uma alta rotatividade dos profissionais de saúde das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) (ATHIAS; MACHADO, 2001; LANGDON; DIEHL, 2007). Ao lado disto, registra-se a provisão insuficiente dos insumos e problemas no registro e disponibilização dos dados epidemiológicos, o que torna a caracterização epidemiológica das necessidades de saúde de cada povo deficiente (LUNARDI; SANTOS; COIMBRA JR., 2007; SOUZA; SCATENA; SANTOS, 2007). Em relação ao modelo assistencial desenvolvido nos Postos de Saúde, na maioria das vezes, observa-se que este não é diferenciado, pois não constrói um diálogo com as especificidades culturais de cada grupo étnico (GIL, 2007; HÖKERBERG; DUCHIADE; BARCELLOS, 2001; LANGDON; DIEHL, 2007). Vale salientar que a ocorrência destes problemas foi observada em grupos étnicos específicos como Kaingáng no Rio Grande do Sul e Santa Catarina (DIEHL, 2001; HÖKERBERG; DUCHIADE; BARCELLOS, 2001), Guarani em Angra dos Reis (CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006), Yawanawa no Acre (GIL, 2007), Xavante no Mato Grosso do Sul (LUNARDI; SANTOS; COIMBRA JR., 2007), Baníwa no Alto Rio Negro (GARNELO; WRIGHT, 2001), e avalia-se que este quadro possa contribuir para configurar o conjunto de barreiras que influenciam a limitação tanto no acesso quanto na utilização dos serviços de saúde pelos indígenas.

Na área Xakriabá a implantação de uma rede de serviços de Atenção Básica foi iniciada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) em 1994, mas a sua consolidação ocorreu a partir de 2004 com a construção de uma efetiva parceria entre a FUNASA e a Prefeitura do município de São João das Missões. A partir desta data observou-se, entre outras coisas, a organização da rede de serviços de atenção primária com a consolidação dos Pólos de Saúde e suas respectivas aldeias adstritas, a recomposição das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) pela contratação de profissionais de saúde e de Agentes Indígenas de Saúde (AIS), a implantação de três Equipes de Saúde da Família (ESF). Ao mesmo tempo ocorreu a consolidação da atuação dos Conselhos Locais de Saúde Indígena para cada Pólo de Saúde e a revisão da representação dos indígenas no Conselho Municipal de

Saúde. A FUNASA implementou o transporte diário das EMSI para os Postos de Saúde da Terra Indígena Xakriabá (TIX) e para a locomoção destas pelas aldeias das respectivas áreas, com a disponibilização pela FUNASA em conjunto com a Prefeitura de veículos para o transporte emergencial e de urgência noturno e nos finais de semana. Em relação à atenção de média e alta complexidade, foi fortalecida a pactuação entre Prefeitura, FUNASA e estes serviços localizados nos municípios de Manga e Montes Claros, com a aquisição de veículos para realizar o transporte entre a Terra Indígena Xakriabá e os municípios de referência para a atenção especializada.

No ano de 2006, em meio a esta organização dos serviços, comecei a trabalhar com os índios Xakriabá como professora dos alunos do internato rural da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Durante os anos que se seguiram observou-se que apesar das mudanças e melhorias na rede de atenção à saúde aos Xakriabá, não se percebia o desenvolvimento de um efetivo trabalho em saúde. Entre outros, pode-se pontuar o fato da demanda nos Postos de Saúde ser majoritariamente para o atendimento dos casos agudos, refletindo a pouca adesão da população aos programas de prevenção. Observou-se, ainda, uma rotatividade frequente dos profissionais de saúde, além de uma fragmentação da assistência, irregularidade na provisão de insumos como medicamentos e demora no acesso aos exames laboratoriais e consultas especializadas.

Se de um lado o serviço parecia se organizar, por outro lado, muitas vezes se percebia a existência de um descompasso entre o que era ofertado e como era ofertado e o atendimento das demandas e necessidades dos Xakriabá. Pressupõe-se que à crescente organização de uma rede de atenção à saúde, como no caso dos Xakriabá, deveria estar associada com uma respectiva ampliação do acesso e da utilização dos serviços.

Vale dizer que o acesso e a utilização dos serviços de saúde contribuem para definir a saúde das populações. As diferenças de acesso e a variabilidade dos padrões de utilização dos serviços devem ser consideradas tanto na análise do funcionamento dos sistemas de saúde quanto nos estudos epidemiológicos, pois podem influenciar os diferenciais na morbidade e no perfil de mortalidade dos grupos populacionais. A garantia da equidade do acesso aos serviços para necessidades iguais tem sido uma meta das políticas públicas em diversos países, porém, a dificuldade de alcançá-la associa-se a fatores que vão desde a estruturação do sistema de saúde até as características individuais e sociais da população.

A identificação dos determinantes do acesso e da utilização dos serviços de saúde tem sido o foco das pesquisas em saúde em diversos locais. O acesso tem sido mensurado de

diferentes formas, como pela existência de serviços de saúde de uso regular (TSAI et al., 2010), pela prevalência de uso dos serviços hospitalares (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005; GARBINATO et al., 2007; SHAH; GUNRAJ; HUX, 2003), por comparações entre sistemas de saúde com e sem cobertura universal (BLENDON et al., 2002; SHOEN; DOTY, 2004; LASSER; HIMMELSTEIN; WOOLHANDLER, 2006) pela análise da satisfação com os serviços ofertados (AL-MANDHARI; HASSAN; HARAN, 2004), pela avaliação da adequação entre necessidades de saúde e oferta de serviços (DIXON-WOODS et al., 2006; GODDARD; SMITH, 2001) e pela disponibilidade dos serviços de acordo com a localização geográfica rural ou urbana (LADITKA; LADITKA; PROBST, 2009; McGRAIL; HUMPHREYS, 2009; PROBST et al., 2004; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007)

Estes estudos identificaram vários fatores associados tanto ao acesso quanto à utilização, os quais podem ser agrupados em fatores individuais como idade, renda, sexo, e fatores relacionados com a oferta de serviços, como disponibilidade e distribuição geográfica dos serviços de saúde. Além disso, alguns estudos analisaram as desigualdades no acesso e utilização relacionadas a situação étnica (BLAIS; MAÏGA, 1999; BARATA et al., 2007; GERRITSEN; DEVILLÉ, 2009; PROBST et al., 2004; SHAH; GUNRAJ; HUX, 2003; SCHEPPERS et al., 2006; SZCZEPURA, 2005). Todavia, vale ainda destacar que são relativamente poucos os trabalhos científicos publicados que analisam o acesso e o perfil de utilização dos serviços de saúde pelos grupos indígenas brasileiros, e estes, em sua maioria, restringem-se a algumas etnias (DIEHL, 2001; ESCOBAR et al., 2003; HÖKERBERG; DUCHIADE; BARCELLOS, 2001).

Assim, o estudo do acesso e da utilização dos serviços pelo Povo Xakriabá é relevante, pois essa é uma das etnias com maior população ocupando uma única área geográfica localizada fora da região Amazônica. Adicionalmente, deve identificar se as características peculiares da organização da rede de atenção à saúde na área Xakriabá, que se aproximam das diretrizes da Política Nacional de Saúde Indígena, contribuem para ampliar o acesso e a utilização dos serviços de saúde e de que forma isto acontece. A análise das interações entre a organização e o funcionamento da rede de atenção à saúde Xakriabá, resultado do compartilhamento de responsabilidades entre FUNASA e Prefeitura Municipal de São João das Missões, em acordo com a regulamentação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, e das características socioeconômicas, demográficas e de saúde do povo desta etnia poderá

contribuir para o esclarecimento de alguns dos mecanismos ligados à melhoria do acesso e da utilização dos serviços nas comunidades indígenas.

Espera-se que os resultados obtidos a partir deste estudo possam contribuir para o delineamento de ações que impactem positivamente no acesso e na utilização dos serviços de saúde pelos indígenas e por outras comunidades rurais ou etnicamente diferenciadas e propiciem subsídios para a avaliação das políticas públicas de saúde visando à consolidação das diretrizes de universalização do acesso, equidade e integralidade propostos pelo SUS.

1.1 Acesso e utilização dos serviços

Acesso é um conceito polissêmico cuja compreensão tem assumido diversos contornos ao longo do tempo. Algumas vezes as discussões centram-se nos aspectos relativos aos indivíduos e em outras enfatizam a estrutura e conformação dos serviços e, ainda, as relações entre os indivíduos e o sistema de saúde. Observa-se que diferentes significados podem ser atribuídos a este constructo quando o sistema de saúde é eminentemente público com cobertura universal, ou no caso deste ser parcialmente privado, sustentado por seguro ou planos de saúde (GODDARD; SMITH, 2001; HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Desta forma, neste estudo, acesso foi compreendido como a capacidade de um indivíduo de determinada comunidade de obter serviços de saúde quando necessário e da forma desejada, ou seja, é a entrada no sistema de saúde no momento oportuno. Esta linha de compreensão do acesso permite identificar as relações entre este e o conjunto das forças definidoras das características dos diversos sistemas de saúde e diverge das análises que o equalizam somente ao consumo de serviços, a uma função de desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta. A acessibilidade é um processo que envolve a entrada do indivíduo no sistema de saúde e os movimentos de adequação funcional realizados pelos serviços de acordo com as necessidades da população (ADAY; ANDERSEN, 1974; GODDARD; SMITH, 2001; PENCHANSKY; THOMAS, 1981; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A análise do acesso aos serviços de saúde mostra que este pode ser determinado por fatores individuais, econômicos e organizacionais (GULLIFORD et al., 2002; SZCZEPURA, 2004; UNGLERT 1990;). No grupo dos determinantes individuais além dos fatores idade, gênero, raça/etnia, educação ocupação e renda (FIELD; BRIGGS, 2001; PHILIBERT et al., 2007; LIU et al., 2007; SCHEPPERS et al., 2006; SCHOEN; DOTY, 2004; WELLSTOOD;

WILSON; EYLES, 2006), destaca-se a cultura formadora das visões relativas ao processo saúde e doença, tanto para os profissionais de saúde quanto para os usuários do serviço (GIL, 2007; PEIRIS; BROWN; CASS, 2008; SZCZEPURA, 2005).

Vale dizer que as diferenças na renda dos indivíduos têm sido associadas freqüentemente com as desigualdades no acesso, principalmente nos países onde os serviços de saúde envolvem custos imediatos para os usuários (BLENDON et al., 2002; SCHOEN; DOTY, 2004). Para os países que possuem serviços de saúde públicos e de cobertura universal, as diferenças econômicas individuais têm sido relacionadas principalmente à magnitude das necessidades de saúde. Na análise dos serviços de Atenção Básica os efeitos das diferenças do nível socioeconômico sobre o acesso e a utilização, não são tão óbvios, mas há evidências de que este influencia no consumo das consultas com especialistas e das internações hospitalares (GONZÁLEZ; URBANOS; ORTEGA, 2004; SØRENSEN; OLSEN; VEDSTED, 2009; SZWARCOWALD; SOUZA-JÚNIOR; DAMACENA, 2010; TRAVASSOS et al., 2000; WELLSTOOD; WILSON; EYLES, 2006). No Brasil, a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) melhorou o acesso aos serviços de Atenção Básica em vários municípios, porém verifica-se a persistência dos diferenciais no acesso para os atendimentos de média e alta complexidade (SCHWARTZ et al., 2010; VAN STRALEN et al., 2008). Observa-se que esta variabilidade no acesso tem relação com as características do desenvolvimento socioeconômico de cada região, o qual influencia a disponibilidade dos serviços de saúde, a alocação de recursos e de equipamentos com maior complexidade tecnológica, por exemplo, os aparelhos de exames diagnósticos (DIAS-DA-COSTA et al., 2008c ; TRAVASSOS et al., 2000; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). Vale dizer que os resultados apresentados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizadas em 1998, 2003 e 2008, também relacionaram o aumento dos rendimentos mensal dos indivíduos ao acesso e utilização dos serviços de atenção secundários e terciários (IBGE, 2005; IBGE, 2010).

As disparidades no acesso também foram descritas para os grupos vulneráveis, como as minorias étnicas, que geralmente estão mais expostas ao risco de adoecer e morrer por viverem na maioria das vezes em regiões isoladas ou áreas insalubres, cujas condições sociais e ambientais são adversas. A diferença cultural entre usuários dos serviços e profissionais de saúde também tem sido apontada como um dos fatores que contribui para o surgimento de barreiras ao acesso. Muitas vezes, observa-se que os conhecimentos, saberes e práticas, construídos e compartilhados por um grupo ou comunidade, se associam ao comportamento

de saúde, à percepção e à capacidade dos membros destes grupos ou destas comunidades em reconhecerem suas necessidades de saúde e desenvolverem uma familiaridade com o sistema de saúde e sua estrutura de prestação de atendimentos (DIAS-COSTA et al., 2008a; GERRITSEN; DEVILLÉ, 2009; SHAH; GUNRAJ; HUX, 2003; SCHEPPERS et al., 2006; SZCZEPURA, 2005).

Com relação ao Sistema de Saúde, verifica-se que uma das barreiras ao acesso é a provisão deficitária de serviços de saúde, que se caracteriza pelo descompasso entre a oferta de atendimentos e as necessidades e demandas apresentadas pelos indivíduos e comunidades (SZCZEPURA, 2005; WELLSTOOD; WILSON; EYLES, 2006). Vale pontuar que a falta de resolutividade, a baixa eficiência e efetividade da assistência à saúde oferecida, com atrasos e demora nos atendimentos, podem ser tratadas como deficiências do acesso (GULLIFORD et al., 2002; RAMOS; LIMA, 2003). Outro fator a ser considerado é a localização dos serviços oferecidos, muitos dos quais estão situados em regiões distantes dos domicílios, em localidades cujo sistema de estradas e ruas é precário e com o transporte público ineficiente (LAW et al., 2005; LUO, 2004; RAMOS; LIMA, 2003).

Neste sentido, diferenças sistemáticas no acesso aos serviços entre as localidades urbanas e rurais têm sido descritas (KUMAR, 2004; LADITKA; LADITKA; PROBST, 2009; WILSON; ROSENBERG, 2004). Em outros países, assim como no Brasil, observou-se que o acesso às consultas médicas é mais elevado nas áreas urbanas do que nas rurais e que as barreiras foram maiores quando consideradas as consultas com médicos especialistas e os atendimentos dos serviços de média e alta complexidade. Na maioria das vezes, esta situação pode ser explicada pelo fato de que, diferentemente da população rural, os grupos urbanos possuem maior poder para reivindicar seu direito à saúde garantindo uma melhor oferta de serviços de saúde (LADITKA; LADITKA; PROBST, 2009; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007; SZWARCOWALD; SOUZA-JUNIOR; DAMACENA, 2010; WILSON; ROSENBERG, 2004).

Oportunamente, pode-se concluir que a disponibilidade de serviços de saúde não garante o acesso em si. O acesso está em estreita relação com a efetiva utilização dos serviços, pois há evidências de que o aumento na disponibilidade dos serviços pode induzir a um proporcional aumento da utilização (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005; VEUGELERS; YIP, 2003). Entretanto, apesar de a utilização ser uma dimensão do acesso, há uma variabilidade de padrões de utilização que resultam da interação de uma multiplicidade de fatores. Dessa forma, neste estudo a utilização dos serviços foi definida como o resultado

da interação entre o comportamento de procura dos indivíduos por cuidados de saúde e o profissional responsável por atendê-lo e conduzi-lo dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; WELLSTOOD; WILSON; EYLES, 2006).

Enquanto processo, a utilização pode ser explicada pelos fatores relacionados aos serviços de saúde, individuais e ambientais (REIS et al., 2010) e, em particular, pelo perfil de necessidades dos indivíduos e seu comportamento diante do processo de saúde e doença (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). A necessidade ou o estado de saúde é o fator mais proximal capaz de moldar a utilização. Entre as características individuais que determinam o estado de saúde estão idade, gênero, raça/cor, condições socioeconômicas, nível educacional e local de moradia (CASTRO, TRAVASSOS, CARVALHO, 2005; GODDARD; SMITH, 2001; MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; REIS et al., 2010).

Na maioria das vezes a necessidade de saúde que determina a busca pelo serviço e sua utilização resulta de complexos mecanismos de autoavaliação do estado de saúde pelos indivíduos. Nestes casos, o uso dos serviços está na dependência direta do conjunto de conhecimentos, saberes e práticas a respeito do processo de saúde e doença adotada pelos indivíduos. Em razão disto, observa-se a existência de descompasso entre a percepção dos indivíduos das suas necessidades de saúde e a avaliação clínica (ANDERSEN, 1995, LANGDON; DIEHL, 2007).

Salienta-se, também, que as diferenças de gênero na utilização são usualmente favoráveis às mulheres. De modo geral, as mulheres reportam piores condições de saúde, são alvos prioritários de grande parte dos programas de atenção à saúde, principalmente durante a idade fértil, se envolvem mais no cuidado dos familiares doentes e, portanto, conhecem melhor o funcionamento dos serviços de saúde (BARROS et al., 2006; CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; DIAS-DA-COSTA et al., 2008b; GERRITSEN; DEVILLÉ, 2009; MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; PINHEIRO et al., 2002).

Assim como no acesso, são observadas disparidades na utilização dos serviços de saúde entre as áreas urbanas e rurais. Em geral, nas áreas urbanas, apesar do volume de serviços oferecidos, estes ainda são insuficientes, o tempo de espera para o atendimento é longo e, muitas vezes, o horário de funcionamento dos serviços não é compatível com a disponibilidade de tempo do usuário. Nas áreas rurais os problemas para utilização são a insuficiência dos serviços, a localização geográfica e a restrição para realizar os deslocamentos até os locais de atendimento devido à insuficiência dos recursos financeiros. Com efeito, não é só a distribuição geográfica dos serviços que influencia a utilização, mas

também a capacidade que os indivíduos possuem para superar os problemas decorrentes da distância e das barreiras geográficas inerentes a cada área (FIELD; BRIGGS, 2001; KUMAR, 2004; LADITKA; LADITKA; PROBST, 2009; LIU, 2007; LUO, 2004; UNGLERT, 1990; VIEIRA, 2010).

De forma geral, as disparidades no padrão de utilização determinadas pela idade e condições socioeconômicas se ampliam para as áreas rurais. Travassos e Viacava (2007) apontaram para a existência de grande desigualdade de acesso no grupo dos idosos moradores das áreas rurais em comparação àqueles das áreas urbanas. A desigualdade também é maior para o acesso às consultas com médicos especialistas devido à restrição imposta pela reduzida disponibilidade financeira para o pagamento das consultas. De fato, esta situação leva a um aumento nas internações como resultado do adiamento da procura pelos serviços de saúde. Os autores concluem que a taxa de utilização dos serviços de saúde pelos idosos fica aquém das necessidades de saúde destes. Contudo, o efeito das diferenças de gênero no padrão de utilização nas áreas rurais não é tão acentuado quanto aquele avaliado para as áreas urbanas (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009; LOUVISON et al., 2008; PINHEIRO et al., 2002; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Na análise da produção científica sobre o tema acesso e utilização dos serviços conclui-se que existe uma relação intrínseca entre um e outro conceito, o que muitas vezes induziu os autores a intercambiarem seus significados. Contudo, a diferenciação pode ser feita se observarmos que o acesso se refere ao sistema de saúde, aos processos de interação entre a organização e o trabalho em saúde com as características dos indivíduos. O lado positivo dessas interações é a utilização que, via de regra, é a concretização do acesso, sendo, portanto, correto afirmar que somente a disponibilidade de serviços não garante o acesso e nem a utilização.

No próximo tópico será feita a descrição do povo Xakriabá e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena com o objetivo de contextualizar a problemática de estudo. A política de saúde indígena é um desafio para os profissionais de saúde e grande esforço tem sido dispensado para a estruturação de um Subsistema de Saúde que seja integrado ao SUS. De fato, este trabalho “(...) implica, na realidade, uma nova concepção da saúde pública baseada no entendimento, no registro e na consideração das dimensões políticas, sociais e culturais ligadas à saúde e à doença.” (BUCHILLET, 2004; p.53)

1.2 O Povo Indígena Xakriabá

O povo da etnia Xakriabá vive no município de São João das Missões, em 35 aldeias e pequenos agrupamentos, distribuídos em duas áreas, a Terra Indígena Xakriabá com 46.415 hectares e Terra Indígena Xakriabá-Rancharia com 6.798 hectares. O povo indígena Xakriabá é filiado ao tronco central da família lingüística Gê, subdivisão da família Akwên e em termos lingüísticos relaciona-os aos povos Xerente e Xavante (ALMEIDA, 2006; PARAISO, 1987; SANTOS, 1994). A presença do Xakriabá é registrada originalmente no final do século XVII, no vale do São Francisco, norte de Minas e interior da Bahia e seus deslocamentos territoriais abrangeram a região entre os rios Urucua e Paracatu durante o século XVIII, do rio Palma em Goiás, entre 1751 e 1756 e do rio Gurgeia, entre Bahia e Piauí, no ano de 1819 (NIMUENDAJU, 2002).

Os deslocamentos do Xakriabá, ao longo de seu território original e áreas adjacentes, foram motivados pela utilização deste como mão-de-obra escrava para a abertura de fazendas e consolidação de áreas de aldeamento e pela sua participação, por meio de alianças, em campanhas militares para dominação de outras etnias. Além disso, à medida que os colonizadores fixaram-se no território do povo Xakriabá, este se deslocou para outras áreas às margens do Rio São Francisco, edificando a aldeia de São João dos Índios. Esta aldeia, mais tarde, veio a ser a cidade de São João das Missões, que preservou o mesmo traçado inicial, uma praça tendo ao fundo a igreja de São João (SANTOS, 1994).

Dessa forma, observa-se que a descrição do processo de contato do povo Xakriabá com os colonizadores registra esta polaridade, isto é, de um lado estão os confrontos que determinaram a sua escravização e a expropriação de suas terras, e de outro identifica-se sua capacidade de formar alianças para o enfrentamento de inimigos comuns – os Kayapó. Essas alianças determinaram o papel estratégico que o povo Xakriabá teve na colonização do vale do São Francisco, colonização esta capitaneada pelos bandeirantes paulistas Matias Cardoso de Almeida e Manoel Francisco Toledo. Posteriormente, esta participação é premiada com a liberdade e a doação da área territorial delimitada pelos rios Itacarambi, Peruaçu e São Francisco, pela Serra Geral e Boa Vista. O território demarcado nesta Carta de Doação de 1728 foi registrado em 1856 em Ouro Preto, então capital da província de Minas Gerais (ALMEIDA, 2006; SANTOS, 1994).

A história recente do povo Xakriabá é marcada por intensos conflitos pela posse da terra. Entretanto, cabe notar que, após a fixação dos Xakriabá na área doada, formando a aldeia de São João dos Índios, a presença de não índios sempre foi uma constante, porém nem

sempre um problema. Neste período logo após a doação, a região, conhecida como “terreno dos caboclos” atraiu muitos imigrantes nordestinos, principalmente negros alforriados ou fugidos e brancos pobres. Assim, estes imigrantes se fixaram na terra por meio dos casamentos interétnicos e alianças, obtendo dessa forma, a permissão para cultivar roças e construir casas. Mais tarde, os descendentes destes imigrantes passaram a reivindicar direito de propriedade, o que determinou as disputas fundiárias que vão caracterizar o período que abrange o início do século XX (SANTOS, 1994).

A partir da década de sessenta e início da década de 70, os confrontos fundiários se tornaram mais críticos. De fato, após a ida de caravanas a Brasília, no ano de 1973, foi instalado na aldeia Brejo Mata Fome o primeiro Posto Indígena Xakriabá. Em 1979 é demarcada a Terra Indígena Xakriabá com 46.415 hectares. Apesar desta demarcação não houve uma conseqüente reintegração da posse da terra aos índios devido a retirada dos grileiros. A demarcação, porém, concorreu para aumentar os confrontos entre índios e não-índios tornando-os mais violentos. As disputas, neste momento caracterizam-se pelo intenso conflito armado, culminando no assassinato dos líderes indígenas Manuel Fiúza da Silva, José Pereira dos Santos e do vice-cacique Rosalino Gomes de Oliveira. A comoção criada por estes fatos levou a homologação da TIX, em 14 de julho de 1987, pelo Decreto Presidencial nº 94.608. À homologação se seguiu a retirada dos grileiros (ALMEIDA, 2006).

A primeira demarcação não incluiu a região de Rancharia, que foi demarcada em 1999 e homologada no ano de 2001. Apesar disto, a pauta de demarcação territorial ainda não está finalizada, considerando que a área atual corresponde somente a um terço da área constante no documento de doação de 1728. Os outros territórios excluídos, e ora reivindicados correspondem às áreas no entorno da cidade de Missões, como a área do Catito, do córrego de Traíras, do Remanso, Dizimeiro e a própria cidade de São João das Missões (ALMEIDA, 2006).

Ao lado das disputas pela posse ou manutenção do direito à terra, os índios Xakriabá conviveram e convivem com a constante necessidade de afirmar a sua identidade. O ser índio está diretamente relacionado ao reconhecimento do território, ao pertencimento a uma terra. Assim, não se pode dissociar o processo de homologação da área indígena da recuperação do sentido de povo e das questões que perpassam a identidade cultural do Xakriabá. Santos (1994) analisou as dificuldades envolvidas na constituição de uma identidade Xakriabá e identificou a estreita relação que este processo apresenta com a noção de pertencimento ao lugar de origem, remetendo a uma ancestralidade indígena. De certa forma, continua a autora

discutindo, os próprios Xakriabá reconhecem as limitações geradas pelo forte processo de miscigenação presente na sua história, o que é explicitado nas expressões “índios apurados” e “não apurados”, utilizadas algumas vezes para distinguir os índios moradores da Terra Indígena.

Esta breve contextualização histórica procurou dar sentido ao momento atual em que se encontram os Xakriabá focalizando, principalmente, na capacidade reivindicatória e de luta deste povo que os levou a serem reconhecidos como remanescentes indígenas. O direito enquanto necessidade emerge em todos os encontros deste povo com a sociedade do entorno e, também, nas relações com as instituições que trabalham ou pretendem desenvolver atividades com eles. A implantação e organização de uma rede de atenção à saúde complexa e cheia de particularidades constituem mais uma etapa deste processo.

1.3 O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Em 27 de Agosto de 1999, é aprovado o Decreto N^o 3.156, que inclui na Lei N^o 8080, de 19 de setembro de 1990, no Título II referente ao Sistema Único de Saúde, o Capítulo V que diz respeito ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. O Decreto dispõe sobre as condições de prestação da assistência à saúde dos povos indígenas, determinando o Ministério da Saúde (MS) como o proponente e coordenador das políticas para a área indígena e define que haja uma articulação entre as ações de saúde organizadas pela União e aquelas realizadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no âmbito do SUS. No período entre 2000 a 2010 a FUNASA foi responsável pela gestão das ações de saúde indígena. Em outubro de 2010, o Decreto 7.336 criou a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) diretamente ligada ao Ministério da Saúde (MS), que assumiu a coordenação e execução da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A incorporação da atenção à saúde do índio ao SUS se inscreve no grupo de ações desenvolvidas a partir da década de 1980 para criar uma política e uma legislação efetiva de atenção à saúde do índio. No âmbito legal houve uma preocupação de garantir o acesso aos serviços de Atenção Básica e de média e alta complexidade ao lado do reconhecimento da necessidade de se respeitar os saberes e práticas conformadores dos sistemas tradicionais, bem como, as especificidades assistenciais de saúde de cada povo. Foram também asseguradas linhas de financiamento próprio e a participação dos índios na avaliação das ações e dos serviços de saúde. Apesar de a centralização da gestão do Subsistema na esfera federal ir de

encontro ao princípio de descentralização do SUS, a Política de Saúde Indígena definiu a denominada Distritalização Diferenciada, ou seja, a descentralização da gestão da saúde indígena sem necessariamente municipalizar. Dessa forma, buscava-se além da racionalização administrativa, que a formulação das diretrizes da atenção à saúde fosse definida como uma resposta às necessidades de saúde e em função das especificidades culturais de cada grupo indígena (BRASIL, 2002; CONFALONIERI, 1989; DIEHL, 2001).

Assim, a estrutura central administrativa do Subsistema são os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Na época do estudo existiam trinta e quatro DSEI (FIG. 1) gerenciados pela FUNASA e distribuídos em todo território nacional, com concentração na região norte e centro-oeste. Os DSEI foram definidos a partir de critérios étnicos, geográficos, observando-se a disponibilidade de serviços de saúde estruturados e a presença de malha viária que garanta o acesso. Assim, na maioria das vezes a delimitação da sua área geográfica vai além dos limites políticos administrativos de um município ou estado. Sua função principal é de organização e gerenciamento dos recursos financeiros e humanos referentes à saúde indígena e dos serviços da Atenção Básica por meio dos Pólos Base e das Casas de Saúde do Índio. Não compete aos DSEI, porém, fornecer serviços de média e alta complexidade, mas é de sua responsabilidade o encaminhamento das demandas respeitando a rede de atendimentos estruturada do SUS, conforme a Programação Pactuada Integrada (PPI) do município (BRASIL, 2002).

Esta estrutura organizacional foi pensada para garantir a autonomia da gestão da saúde indígena diante das diferenças na capacidade política, de dotação orçamentária, de organização da rede de atenção à saúde e de recursos humanos que cada município possui para implementar os serviços de atenção à saúde do índio. De fato, avalia-se que a autonomia do DSEI é relativa uma vez que grande parte da dotação orçamentária para a saúde indígena é transferida do nível federal diretamente aos Fundos Municipais de Saúde. Observa-se que apesar da distritalização, a gestão da saúde indígena é realizada pelo nível central da FUNASA e pelos municípios que detém os recursos financeiros, cabendo ao DSEI o controle da aplicação dos recursos juntamente com o Controle Social Indígena. Vale salientar que este modelo de gestão da saúde indígena não avança na proposição de práticas de atenção à saúde que sejam eficientes ou que modifiquem o quadro geral de morbimortalidade indígena (ATHIAS; MACHADO, 2001; BRASIL, 2007; CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006)

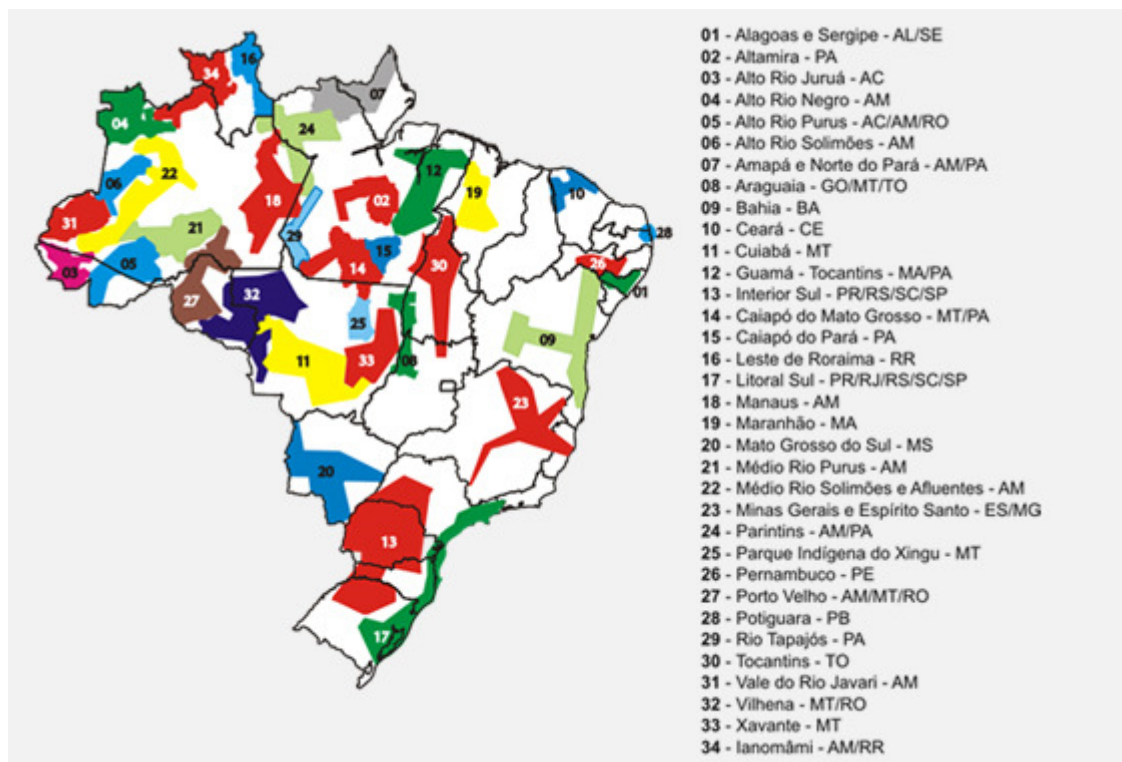


FIGURA 1 – Mapa do Brasil com a localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas
 Fonte: FUNASA/MS, maio de 2011. Atualizado de acordo com a portaria nº1810/GM/MS, de 03/08/2006.

Em sua estrutura administrativa os DSEI estão subdivididos em Pólos Base, que podem ser do Tipo I e do Tipo II. Os Pólos Base do Tipo I localizam-se na TI e nestes estabelecimentos são desenvolvidas ações de atenção básica, assistenciais e epidemiológicas. Por sua vez, os Pólos Base do Tipo II são unidades administrativas que localizadas no município de referência mais próximo da TI. O Pólo Base Tipo I deve possuir uma Equipe Multidisciplinar de Atenção à Saúde Indígena (EMSI), composta por enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, médico, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dental, técnico de higiene dental, agente indígena de saúde (AIS) e agente indígena de saneamento (AISAN) (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011).

O Pólo Base possui uma área de atuação definida que inclui várias aldeias. Existe uma grande similaridade entre a organização das equipes de saúde indígenas e a organização proposta pela Estratégia de Saúde da Família, principalmente considerando as funções dos profissionais e o desenvolvimento do trabalho destes enquanto equipe de saúde.

A Casa de Saúde do Índio (CASAI) parte da estrutura da rede assistencial funciona como ponto de apoio nos municípios de referência para a atenção de média e alta complexidade, facilitando a utilização destes serviços pelos índios. Elas abrigam os indígenas

encaminhados para consulta, exame ou tratamento, bem como seus acompanhantes. Em sua organização está prevista a presença de uma equipe de enfermagem durante 24 horas e provisão de alimentação e transporte para os deslocamentos dos índios entre aldeia, município e serviços de saúde. Assim, suas atribuições vão desde garantir o alojamento dos índios e seus acompanhantes até marcar consultas e exames e providenciar internações.

Nos territórios distritais a assistência é hierarquizada e articulada com a rede SUS (FIG. 2). Os Postos de Saúde localizados nas aldeias ou nas áreas mais próximas iniciam o fluxo de atendimento. Neste fluxo a atuação do Agente Indígena de Saúde (AIS) é central, pois ele faz a mediação entre o serviço e a comunidade residente nas aldeias. Uma vez atendido no Posto de Saúde, em caso de necessidade, o índio é encaminhado para os serviços de média e alta complexidade de referência, em cujos locais estão também a CASAI, cujas funções já foram descritas anteriormente.



FIGURA 2: Organização da Atenção à Saúde Indígena – Fluxo Assistencial
FONTE: FUNASA/2001

O Subsistema para seu funcionamento requer aporte financeiro suplementar que ocorre por duas vias principais, sendo uma o Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas

(IAB-PI) e a segunda o Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI). O fator de incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas é a principal fonte de recursos que é transferida fundo a fundo da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (SPS/MS) para os fundos municipais de saúde que possuem população indígena em seu território; destina-se majoritariamente ao pagamento das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) (BRASIL, 2007).

Várias Organizações Não Governamentais (ONG) estão envolvidas com a questão da saúde indígena por meio dos convênios, o que tem contribuído para garantir a viabilidade da assistência à saúde aos índios, dada a relativa autonomia alcançada para a contratação de profissionais, possibilitando a ampliação da capacidade dos serviços. Essa participação das ONG na prestação de serviços de saúde levanta uma questão a ser discutida referente à relativa pulverização das ações de saúde, dificultando o monitoramento da execução das ações e o acompanhamento e avaliação da aplicação dos recursos financeiros (DIEHL et al., 2003; LANGDON; DIEHL, 2007). Outra questão que emerge diz respeito à competência da população em exercer o controle social sobre a provisão dos serviços de saúde, uma vez que estas ONG apenas captam recursos para prestação de serviços na área da saúde e possuem governabilidade limitada na definição dos parâmetros assistenciais e na implementação das políticas públicas de saúde indígena (GARNELO; SAMPAIO, 2003).

A complexa estrutura ora apresentada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, ainda não consegue solucionar alguns dos problemas crônicos relacionados à provisão e organização dos serviços. De fato, o Subsistema carece de sustentar sua proposição assistencial em base epidemiológica consistente capaz de identificar as condições de saúde dos povos indígenas. Apesar da existência do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), as descrições do quadro epidemiológico são fragmentadas, favorecendo a permanência de um padrão de invisibilidade quando se trata de conhecer as necessidades e demandas de saúde dos indígenas (BUCHILLET, 2004; SANTOS; COIMBRA JR, 2003).

Observa-se que a qualidade dos dados presentes no SIASI também carece de maior confiabilidade, pois, como todo sistema de informação, sofre influência de deficiências relacionadas ao momento da coleta dos dados (SOUZA; SCATENA; SANTOS, 2007). Assim, lista-se a irregularidade na frequência da coleta e no preenchimento correto dos instrumentos de coleta de dados, decorrente da grande diversidade e rotatividade de profissionais envolvidos no processo, falta de treinamento específico sistematizado e da comunicação ineficaz entre o SIASI e os demais sistemas de informação do Ministério da

Saúde. (HÖKERBERG; DUCHIADE; BARCELLOS, 2001; SOUZA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Em relação às Equipes de Saúde Indígena identifica-se a alta rotatividade dos profissionais e a ausência de programas de capacitação sistemática destes sobre aspectos relativos à organização e prestação de assistência à saúde indígena. Vale dizer que o conhecimento fragmentado sobre o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde das populações atendidas dificulta a identificação mais objetiva das competências e habilidades a serem requeridas dos profissionais contratados. Athias e Machado (2001) consideram, também, que os profissionais são inexperientes no trato com a questão indígena, apresentam dificuldades em abordar as necessidades destes do ponto de vista antropológico, e não adotam modelos de assistência à saúde que viabilizem um diálogo entre as concepções de saúde e doença das populações indígenas e a medicina oficial. Constatam, ainda, a insatisfação dos indígenas em relação aos serviços recebidos e aos critérios de contratação dos profissionais. Pontua-se, também, que a excessiva utilização dos serviços de saúde pelos índios por demanda espontânea está associada à permanência do modelo biomédico de atenção à saúde (DIEHL, 2001). Contribuindo para isto o fato dos profissionais de saúde adotarem e dos índios apoiarem a persistência das práticas de atenção baseadas no trabalho fragmentado e pontual e em campanhas preventivas (GARNELO, 2004). O que se nota, ainda, é a persistência do modelo de atuação das antigas Equipes Volantes de Saúde, idealizadas inicialmente por Noel Nutels na década de 50 para o combate à tuberculose nas áreas isoladas e que tiveram suas ações expandidas para o atendimento de outras demandas de saúde. Esse modelo de atenção é limitado e não consegue desenvolver ações efetivas de promoção, prevenção e garantir a continuidade da assistência (CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006; GARNELO, 2004).

Sabe-se que, os profissionais de saúde precisam compreender melhor os processos envolvidos na utilização que os índios fazem dos recursos médicos oferecidos pelo sistema de medicina oficial e que assumam um compromisso de desenvolver uma prática assistencial diferenciada. A atenção à saúde diferenciada não se restringe ao aumento do acesso aos serviços de saúde nas terras indígenas, mas é aquela fundada no conhecimento do modo de vida específico de cada povo, das concepções e valores que estes atribuem ao processo de saúde e doença e no reconhecimento da aplicabilidade e eficácia dos tratamentos tradicionais. Não se trata de propor integração cultural, mas de admitir a permeabilidade das fronteiras

entre os serviços oficiais de saúde e a medicina indígena (GIL, 2007; LANGDON, 2004; LANGDON; DIEHL, 2007; MENÉNDEZ, 2003; PEIRIS; BROWN; CASS, 2008).

Não existe oposição entre o chamado sistema tradicional e a medicina oficial, mas espaços de intermedialidade, onde os índios num processo de apropriação, re-elaboram os significados relativos às práticas da medicina ocidental (LANGDON; DIEHL, 2007). Vale dizer que se deve desconstruir a associação, usualmente feita, entre o comportamento dos indígenas e uma postura de resistência destes às proposições assistenciais dos serviços. De fato, a tomada de decisão relacionada à busca por cuidado de saúde resulta da avaliação e identificação do melhor tratamento que pode ser obtido diante da pluralidade terapêutica gerada pela intensificação dos contatos interétnicos (CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006; GARNELO; WRIGHT, 2001; GIL, 2007; LANGDON; DIEHL, 2007).

1.4 Distrito Sanitário Especial Indígena Minas Gerais - Espírito Santo

O Distrito Sanitário Especial Indígena Minas Gerais – Espírito Santo abrange as populações indígenas localizadas no Estado de Minas Gerais e Espírito Santo, com sede em Minas Gerais, na cidade de Governador Valadares. Ele está organizado em 19 Pólos Base Tipo I distribuídos nos municípios de Araçuaí, Resplendor, Carmésia, Martinho Campo, Caldas, Bertópolis, Santa Helena de Minas, Ladainha, Frei Gaspar, Itapeçerica, São João das Missões e Aracruz, este último no Espírito Santo. Possui também três Pólos-Base, dois localizados em Minas Gerais, São João das Missões e Araçuaí, um terceiro em Aracruz, no Espírito Santo.

O Distrito Sanitário Especial Indígena é responsável por prover atenção à saúde para as oito etnias localizadas em Minas Gerais e uma no Espírito Santo. Os povos indígenas de Minas Gerais estão distribuídos principalmente nas regiões Norte e Nordeste do Estado. Os dados existentes quanto ao tamanho da população de cada etnia no estado varia conforme a instituição consultada, devido às diferentes definições e metodologias adotadas. O IBGE, por exemplo, no Censo 2000, apurou que 48.720 residentes em Minas se autodeclararam indígenas, sendo que destes 37.760 viviam em áreas urbanas e 10.960 nas áreas rurais. Em sua contagem da população indígena a FUNAI considera somente os indígenas que moram nas áreas rurais (QUADRO 1).

QUADRO 1
Etnias Indígenas do DSEI Minas Gerais/Espírito Santo por Estado, município e população

ESTADO	ETNIA	PÓLO-BASE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
Minas Gerais	Xakriabá	São João das Missões	São João das Missões	5.599
	Xucuru-Kariri		Caldas	96
	Kaxixó		Martinho Campos	480
	Krenak		Resplendor	150
	Maxakali	Santa Helena de Minas	Bertópolis, Santa Helena, Ladainha e Topázio	1468
	Pankararu		Coronel Murta	25
	Aranã		Coronel Murta	237
	Pataxó		Carmésia	350
Espírito Santo	Tupiniquim/guarani	Aracruz	Aracruz	1700

Fontes: FUNAI disponível em: www.funai.gov.br acesso em 03/03/2008

FUNASA_Plano Distrital de Saúde Indígena 2008 a 2010 – DSEI Minas Gerais e Espírito Santo

Dessa forma, dada a especificidade cultural e as características de organização do sistema de saúde, as comunidades indígenas agregam novas informações para subsidiar ou redefinir o grupo de determinantes da acessibilidade aos serviços de saúde, o que pode impactar positivamente na remodelação das políticas e da atenção à saúde de grupos etnicamente diferenciados. Vale dizer que o contexto de organização dos serviços de saúde na Terra Indígena Xakriabá que em linhas gerais segue as diretrizes da Política Nacional de Saúde Indígena e cuja gerência resulta da integração entre Secretaria Municipal de Saúde de São João das Missões e FUNASA parece contribuir para o acesso e a utilização dos serviços deste grupo populacional. Além disso, deve-se considerar que esta é uma das etnias com maior população no Estado de Minas Gerais e que poucos estudos têm identificado as características e os fatores associados ao acesso e à utilização dos serviços de saúde pelos indígenas. Assim, este estudo avaliou o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos indígenas Xakriabá, moradores da Terra Indígena Xakriabá, norte de Minas Gerais, identificando a influência dos fatores demográficos, socioeconômicos e de condições de saúde na sua magnitude.

2 POPULAÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido na Terra Indígena Xakriabá, localizada na zona rural do município de São João das Missões, norte de Minas Gerais, na região do alto médio São Francisco (FIG. 3). Possui uma área total de 53.075 hectares, composta pela Terra Indígena Xakriabá e Xakriabá-Rancharia, sendo parte do Distrito Sanitário Especial Indígena Minas Gerais-Espírito Santo. O município de São João das Missões possui em torno de 10.473 habitantes, dos quais 4.211 se autodeclararam Indígenas no Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010). Entretanto, segundo a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), em 2011, a população Xakriabá era de 8380 índios. Os grupamentos populacionais dispersos na área indígena estão organizados em 38 aldeias, número este que pode variar considerando a expansão de algumas comunidades e as necessidades administrativas da FUNASA, FUNAI e a partir de outubro de 2010, da SESAI. Entre as aldeias, destacam-se Rancharia, Brejo Mata Fome, Sumaré, Pindaíba e Itapicuru por funcionarem como Pólos Base de Saúde, de acordo com a organização dos serviços de saúde definida pela FUNASA. A aldeia Brejo Mata Fome é também chamada de Sede - FUNAI, pois nela foi instalado o primeiro Posto da FUNAI na TIX no final de 1973.

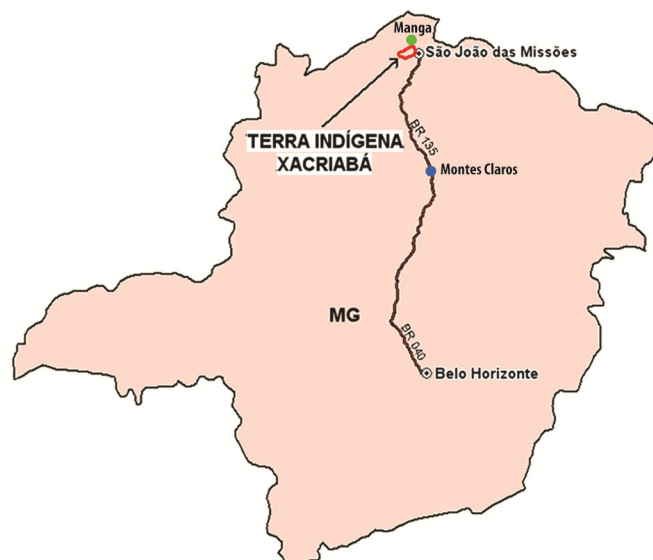


FIGURA 3: Mapa ilustrativo São João das Missões e municípios de Belo Horizonte, Montes Claros, Manga
Fonte: IBGE (2008)

O município de São João das Missões apresenta o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,595, um dos mais baixos do Estado de Minas Gerais. A economia se baseia principalmente na agricultura de subsistência, realizada em pequenos roçados. Ressalta-se que este trabalho é frequentemente realizado em regime de mutirão, isto é, os grupos familiares ou aparentados cooperam entre si para a preparação da terra, plantio e para a colheita das pequenas lavouras produzidas. O trabalho na lavoura, que contribui significativamente para a renda familiar, é aquele realizado fora da Terra Indígena, nas plantações de cana de açúcar e café, nas regiões de destino da migração temporária do Xakriabá, como sul de Minas Gerais, São Paulo, Goiás e Mato Grosso. Durante o período em que não estão no município, em torno de oito meses durante o ano, este grupo pode utilizar os serviços de saúde da região migratória ou até mesmo passar a ser beneficiário de algum plano de saúde de acordo com a organização da empresa em que estão empregados.

A atenção à saúde na área indígena Xakriabá é organizada pelo município para os grupos de não-índios e índios, sendo que para estes últimos o município conta com a ativa parceria da FUNASA. A FUNASA começou a organizar o atendimento à saúde na TIX em 1994, porém sua atuação se consolidou a partir de 2004, quando a gestão do município passou a ser feita por um Prefeito indígena. Em meados de 2007 o município passou a ter 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família contando com quatro Equipes de Saúde da Família, uma atendendo a zona urbana e rural do município de São João das Missões (distritos de Traíras, Porterinha, Coqueiros e São Bernardo) e três na Terra Indígena Xakriabá. Os Postos de Saúde estão localizados nas aldeias Rancharia, Brejo, Sumaré, Pindaíba e Itapicuru. Cada Posto de Saúde possui uma Equipe Multidisciplinar de Atenção Básica à Saúde Indígena, sendo que para Rancharia, Brejo e Sumaré esta equipe é também uma Equipe de Saúde da Família. As equipes da TIX contam com apoio técnico de um nutricionista, um fisioterapeuta e um psicólogo.

A área de abrangência de cada equipe é constituída pelo grupo de aldeias próximas à aldeia onde se localiza o Posto de Saúde, a este conjunto, aldeia sede do Posto e aldeias da área de abrangência, deu-se o nome de Pólo de Saúde. O QUADRO 2 apresenta a composição de cada Pólo de Saúde de acordo com as aldeias pertencentes aos seus territórios. De acordo com os dados de Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) em dezembro de 2007, a população adstrita do Pólo de Saúde Rancharia está em torno de 826 índios, a do Pólo de Saúde Brejo de 2.137

índios, a do Pólo de Saúde Itapicuru é de 1.315 índios, a do Pólo de Saúde Sumaré é de 2.487 índios e, finalmente, a do Pólo de Saúde Pindaíba é de 659 índios.

QUADRO 2

Distribuição das aldeias da Terra Indígena Xakriabá segundo os Pólos de Saúde (PS) – 2008

PS Rancharia	PS Brejo (FUNAI)	PS Sumaré	PS Itapicuru	PS Pindaíba
Rancharia	Brejo	Sumaré I	Itapicuru	Pindaíbas
Tenda	Prata	Sumaré II	Santa Cruz	Riacho dos Buritis
Boqueirão	Pedra Redonda	Sumaré III	Barra do Sumaré	Forges
	Olhos D'Água	Barreiro I	Barra do Sumaré II	Itacarambzinho
	Embaúbas I	Barreiro II	São Domingos	Pedrinhas
	Embaúbas II	Barreiro III	Sapé	Olhos D'água
	Terra Preta	Caatinguinha I	Morro Falhado	
	Riachão	Caatinguinha II		
	Riachinho	Caatinguinha III-Custódio		
	Riacho Comprido	Peruaçu		
	Riacho do Brejo	Vargem		

Fonte: SMS/FUNASA (2007)

Os atendimentos e as ações da Atenção Básica são majoritariamente desenvolvidos nos Postos de Saúde do Pólo, porém, no período estudado, as equipes de saúde organizavam os chamados atendimentos volantes de saúde nas aldeias. Estes atendimentos, que iam desde consultas médicas a campanhas de vacinação de crianças e adultos, ocorriam com frequência pré-determinada, sendo que para algumas localidades era quinzenal e em outras semanal. O deslocamento da equipe de saúde para uma aldeia de acordo com um planejamento prévio tinha como objetivo melhorar o acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo Posto para os grupos de indígenas que moram nas aldeias mais distantes ou de difícil acesso. Os atendimentos eram feitos em um domicílio, normalmente na casa do Agente Indígena de Saúde, que também era responsável por avisar com antecedência e organizar os moradores para receberem os atendimentos. Durante a visita da equipe às aldeias, no Posto de Saúde ficava um técnico de enfermagem para atender à população do entorno e de outras aldeias localizadas em regiões diferentes da área contemplada naquele momento.

O município de São João das Missões não possui hospital e além dos serviços de Atenção Básica, os Postos de Saúde Brejo e de Missões oferecem serviços de laboratório e ultrassom. O Posto de Saúde de Missões funciona também como Unidade de Pronto Atendimento durante o período de 24 horas e nos fins de semana. Em todos os Postos de

Saúde dos Pólos são realizadas coletas de material para exames laboratoriais de rotina como hemograma, parasitológico de fezes (EPF) e de urina. A responsabilidade pela atenção de média e alta complexidade para os indígenas é compartilhada entre Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e FUNASA.

Algumas especialidades, bem como grande parte das internações, são pactuadas pela SMS, para índios e não índios, com o município de Manga, distante 21 quilômetros de Missões. A maioria das consultas e exames de média e alta complexidade é realizada em Montes Claros, distante 250 quilômetros de Missões, e decorre de convênio entre FUNASA e alguns hospitais deste município. Os indígenas quando necessitam de consultas de média e alta complexidade ou precisam ser internados são geralmente transportados para estes municípios por veículos da FUNASA e em algumas situações por veículos da Prefeitura de São João das Missões (principalmente para Manga). Em Montes Claros há uma Casa do Índio (CASAI), que hospeda os indígenas e suas famílias, os quais também recebem o apoio de um técnico de enfermagem durante todo o período de permanência fora da TIX para a realização de consultas ou exames.

O acesso à atenção de média e alta complexidade ocorre por meio dos encaminhamentos realizados pelos médicos dos Postos de Saúde. Depois de feito o encaminhamento, este deve ser entregue pelos profissionais de saúde ao funcionário da FUNASA responsável pela operacionalização dos serviços de saúde na TIX. Este funcionário envia o encaminhamento para Montes Claros, à Coordenação da FUNASA, para que este seja avaliado por um profissional médico que definirá a necessidade e a urgência da consulta ou exame solicitado. Ao final deste processo são marcadas as consultas, cuja data é repassada ao funcionário da FUNASA em Missões. Ele, por sua vez, organiza o transporte e informa a data da consulta ao enfermeiro do Posto de Saúde. O enfermeiro repassa a data do agendamento para o Agente Indígena de Saúde que avisa o usuário na sua aldeia. Vale dizer que o tempo gasto entre o pedido de encaminhamento até a realização da consulta com o especialista varia de dias a anos. As consultas realizadas no município de Manga envolvem, geralmente, um menor tempo de espera, do que aquelas a serem realizadas em Montes Claros. Porém, superada esta primeira fase, muitas vezes o indivíduo só é informado do agendamento no momento em que o carro da FUNASA vai buscá-lo em seu domicílio, sendo que em alguns casos a consulta ou o exame é perdido porque não há tempo para o paciente se organizar para a viagem.

Entretanto, não raro, alguns indígenas vão direto ao funcionário da FUNASA para solicitar maior rapidez no agendamento das consultas ou exames. Os Agentes Indígenas de Saúde também atuam demandando, junto à FUNASA, em Missões ou em Montes Claros, a marcação mais rápida das consultas para seus respectivos usuários. Salienta-se que muitos encaminhamentos são extraviados neste percurso e, não raro, alguns são avaliados como desnecessários ou não urgentes. Outras vezes, a espera pela consulta ou exame é tão longa que quando esta é marcada e o veículo da FUNASA chega ao domicílio para buscar o usuário, descobre-se que este faleceu.

2.1.1 Organização da Atenção à Saúde Pólo de Saúde Rancharia

O Posto de Saúde (FIG. 4) está localizado na aldeia Rancharia que fica a sete quilômetros de distância do centro de Missões. Ele possui uma equipe de saúde indígena composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, um técnico de enfermagem e três agentes indígenas de saúde para uma população de 826 índios. Em sua área de abrangência estão incluídas as aldeias de Tenda e Boqueirão.

Este é o menor dos Postos de Saúde localizados na área Xakriabá, possuindo uma pequena sala para a recepção dos usuários e um único consultório para realização de consultas. Outro cômodo, de tamanho médio, é usado para consulta de enfermagem, armazenamento e entrega de medicamentos. Em outra área, adjacente à sala de espera, é realizado procedimentos como nebulização, aplicação de injeções e realização de curativos.

A região de Rancharia é dividida pela estrada de terra que vai do município de Itacarambi para São João das Missões. Sendo que de um lado está a TIX e do outro moram os não-índios. O Posto de Saúde, situado no lado da área Xakriabá, no período do estudo, atendia a ambas as populações no que se referia às ações da Atenção Básica. Os tratamentos dentários de índios e não índios eram feitos em outro local, no antigo Posto de Saúde da região, localizado do lado direito da estrada (área fora da TI).

A FUNASA e a Secretaria Municipal de Saúde dividiam a responsabilidade dos encaminhamentos para atenção secundária e terciária, sendo que a última atendia às demandas dos índios e não índios e a primeira somente dos indígenas. Apesar disso, muitos não-índios obtêm atendimento com especialistas por meio dos recursos da FUNASA. Dessa forma, o Conselho de Saúde Indígena de Rancharia tem demandado que os atendimentos dos não-índios sejam realizados em outro local. Na falta de profissionais de saúde no Posto, e especificamente, para a realização do exame de prevenção cérvico-uterino, os usuários

buscavam normalmente o Posto de Saúde de Missões e algumas vezes utilizavam os serviços de saúde de Itacarambi. O deslocamento para Missões é feito usualmente a pé.



FIGURA 4: Posto de Saúde Rancharia, localizado na aldeia Rancharia, sede do Pólo de Saúde Rancharia

2.1.2 Organização da Atenção à Saúde Pólo de Saúde Brejo

O Posto do Brejo está localizado na aldeia Brejo, antigamente conhecida como Brejo Mata Fome, a 22 quilômetros de distância do centro de Missões em estrada de terra mal conservada. Este Posto é também chamado de FUNAI ou Sede e é a referência para os atendimentos na TI quando há falta de profissionais de saúde ou de insumos nos demais Postos de Saúde. A sua equipe de saúde é formada por um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista, dois técnicos de enfermagem e quinze Agentes Indígenas de Saúde para uma população de 2.137 índios.

O Posto de Saúde do Brejo é o maior e mais bem equipado Posto de Saúde da Terra Indígena, possuindo uma extensa área para recepção, laboratório, sala para pequenas cirurgias, gabinete dentário, três consultórios, farmácia com área para entrega de medicamentos, sala de vacinas, de curativo, expurgo, sala de esterilização de materiais e sala de observação com dois leitos. Nos fins de semana e à noite funciona em regime de plantão

para o atendimento das urgências e emergências, contando com um técnico de enfermagem e transporte da FUNASA.

As consultas obstétricas, exames de ultrassom (uma vez por semana) e exames laboratoriais para os indígenas também são realizados neste serviço. A população da Terra Indígena, em sua maioria, na ausência do profissional de saúde ou de insumos no Posto de Saúde do seu Pólo, ou principalmente quando se precisa de transporte, procura pelo Posto do Brejo (FIG. 5).



FIGURA 5: Posto de Saúde Brejo, localizado na aldeia Brejo, sede do Pólo de Saúde Brejo

Devido à adjacência das áreas de abrangência do Pólo de Saúde do Brejo e do Pólo de Saúde do Itapicuru, e tendo em vista que anteriormente esta região formava um único Pólo, parte da população das aldeias limítrofes pertencentes à área adscrita do Pólo de Saúde Itapicuru ainda procura atendimentos de saúde no Posto do Brejo. Outra motivação para esta preferência é o fato do Posto do Brejo ser melhor equipado e possuir maiores recursos para o atendimento (recursos humanos e insumos) das demandas da população. Formalmente, somente na ausência de médico ou enfermeiro no Pólo de Saúde do Itapicuru a referência para todos os usuários desta região passa a ser o Brejo e vice-versa.

2.1.3 Organização da Atenção à Saúde Pólo de Saúde Itapicuru

O Posto de Saúde do Itapicuru (FIG. 6) localiza-se na aldeia do Itapicuru, a 30 quilômetros de distância do centro de Missões. A equipe de saúde é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e dez Agentes Indígenas de Saúde para uma população de 1.315 índios. O atendimento dentário desta população é realizado no Posto de Saúde do Brejo. O atendimento volante de saúde é empregado para melhorar o acesso dos moradores das aldeias mais distantes da região.

Este Posto de Saúde foi construído há apenas 6 anos possuindo uma boa área física para a recepção dos usuários, três consultórios, sendo um com banheiro, uma farmácia e uma sala de observação com dois leitos. Os atendimentos para vacinação, curativo e medicação são feitos em salas separadas. Além disso, possui uma área externa coberta para reuniões e, em uma estrutura de alvenaria separada, uma cozinha com copa e uma sala para o gerente da unidade que serve também para a guarda de prontuários.



FIGURA 6: Posto de Saúde Itapicuru, localizado na aldeia Itapicuru, sede do Pólo de Saúde Itapicuru

2.1.4 Organização da Atenção à Saúde Pólo de Saúde Sumaré

O Posto do Sumaré (FIG. 7) localizado na aldeia Sumaré I, que está 36 quilômetros de distância do centro de Missões em estrada de terra mal conservada, que durante o período das chuvas torna-se muitas vezes intransitável. A equipe de saúde é formada por um médico, enfermeiro, um cirurgião dentista, dois técnicos de enfermagem e quinze Agentes Indígenas de Saúde para uma população de 2.487 pessoas.

Este Posto de Saúde é o segundo menor depois do Posto de Rancharia. Possui uma pequena área para recepção dos usuários, dois consultórios, sendo apenas um com banheiro, uma farmácia, uma sala para vacinação e consulta de enfermagem, uma sala pequena com um

leito para curativo e observação, um consultório dentário, uma área para expurgo e esterilização de materiais e uma cozinha com banheiro para uso dos funcionários. Quando a demanda é muito grande, procedimentos como nebulização são realizados no corredor.

Esta equipe de saúde é a que possui o mais organizado atendimento volante nas aldeias, que abrange as regiões de Caatinginha, Barreiro, Peruaçu e Dizimeiro, sendo que as duas últimas localidades são as mais distantes e isoladas da área indígena. A aldeia Sumaré III possui um pequeno Posto de Saúde avançado construído com recursos angariados pela comunidade, onde duas vezes por semana um enfermeiro realiza atendimentos.



FIGURA 7: Posto de Saúde Sumaré, localizado na aldeia Sumaré I, sede do Pólo de Saúde Sumaré

2.1.5 Organização da Atenção à Saúde Pólo de Saúde Pindaíba

Este Posto de Saúde (FIG. 8) foi construído em 2005 e, diferente dos outros Postos de Saúde cujos recursos vieram da FUNASA, este foi financiado com recursos do governo do Estado de Minas Gerais. A aldeia de Pindaíba localiza-se a 60 quilômetros de distância do centro da cidade de Missões, em estrada de terra de difícil conservação. Algumas aldeias dessa área costumam frequentemente ficar isoladas na época das chuvas, sendo impossível a

passagem de veículos, motos ou cavalo. Em alguns locais, grande parte do percurso até o Posto de Saúde só pode ser feito a pé.

O Posto possui boas instalações, amplas e bem arejadas, porém, em dias de chuva fica inundado devido às janelas terem sido colocadas de maneira errada. A luz elétrica foi instalada somente no final do ano de 2009. Sua área física possui uma pequena área para recepção dos usuários, pequena sala para guarda de prontuários, uma farmácia, uma sala para curativo, um expurgo e sala de esterilização, dois consultórios com banheiro, uma sala de reuniões.

A equipe de saúde é composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco Agentes Indígenas de Saúde para uma população de 659 índios. O médico do Itapicuru realiza consultas uma vez por semana para a população desta região. Por ainda não possuírem um consultório dentário montado, os atendimentos são realizados no Posto de Saúde do Sumaré considerado referência para o Pólo de Pindaíba na ausência de um profissional de saúde.



FIGURA 8: Posto de Saúde Pindaíba, localizado na aldeia Pindaíba, sede do Pólo de Saúde Pindaíba

As equipes de saúde organizam a oferta de serviços em resposta à pressão espontânea e desorganizada da demanda excessiva, raramente executando ações programadas. Somente o Posto de Saúde do Brejo trabalha com agendamento de consultas, em sua maioria consultas obstétricas, do pré-natal de alto risco e para exames de ultrassom. Ao lado deste comportamento de busca por serviços dos indígenas, existe uma alta rotatividade de profissionais médicos e enfermeiros, o que pode estar influenciando no caráter pontual e fragmentado da atenção à saúde.

Outra característica importante da organização da atenção à saúde do índio Xakriabá é a atuação dinâmica dos Conselhos Locais de Saúde. Cada Pólo de Saúde possui o seu

Conselho Local, com expressiva participação da comunidade e das suas lideranças, que discutem e decidem os rumos da organização e funcionamento dos serviços de saúde da Terra Indígena. A maioria dos Agentes Indígenas de Saúde atua como elo entre sua comunidade e as equipes de saúde, pois, identificam as necessidades e apresentam as demandas da população, bem como, contribuem para o estabelecimento de um diálogo com os profissionais das equipes de saúde. Como extensão das suas atividades, os agentes indígenas de saúde também atuam e influenciam as decisões dos Conselhos. Vale dizer, que os Agentes de Saúde são indicados pelas lideranças de cada localidade com o respaldo da população da região.

2.2 - População do estudo

Para a amostragem inicialmente levantou-se o número de domicílios cadastrados nas áreas de abrangência das três Equipes de Saúde da Família dos Pólos de Saúde Rancharia, Brejo/Itapicuru e Sumaré/Pindaíba, por meio dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/2007 (QUADRO3).

QUADRO 3
Distribuição proporcional dos domicílios cadastrados, segundo Pólo de Saúde, Terra Indígena Xakriabá, São João das Missões, 2007

Pólos de Saúde	N	%
Rancharia	194	12,5%
Brejo/Itapicuru	687	44,3%
Sumaré/Pindaíba	670	43,2%
Total	1551	100%

Fonte: SIAB/2007

Em seguida, calculou-se a amostra probabilística estratificada proporcional da população cadastrada nos Pólos de Saúde, utilizando-se o critério conservador (probabilidade de utilização dos serviços de saúde = 0,1), com uma margem de erro de um ponto percentual e uma confiança de 99,9%, obtendo um número mínimo de indivíduos em cada estrato ou seja, Pólo de Saúde. A amostra mínima de 465 domicílios foi aumentada em 20% para minimizar o impacto das possíveis perdas e resultou em um total de 558 indígenas. Os domicílios foram selecionados aleatoriamente através dos prontuários das famílias cadastradas dos Postos de Saúde. A última etapa da amostragem foi a seleção do participante do estudo em cada domicílio. Os indígenas entrevistados foram selecionados por sorteio aleatório probabilístico simples entre os moradores do domicílio visitado de acordo com os critérios de inclusão: (a)

ter idade igual ou superior a 18 anos; (b) ter residido na Terra Indígena Xakriabá por pelo menos um ano antes da data da entrevista e (c) não apresentar nenhum problema físico ou mental que o impeça de responder ao questionário.

Foram selecionados inicialmente 485 domicílios/indígenas. Houve perda de um participante por recusa, de um domicílio por serem todos os seus moradores portadores de necessidades especiais que os impediam de responder ao questionário e cinco por não encontrar o participante em casa, apesar de o entrevistador retornar ao mesmo domicílio até duas vezes. Além disso, seis questionários tiveram de ser excluídos por problemas na qualidade da coleta dos dados. Assim a população final do estudo foi de 472 indígenas (QUADRO 4).

QUADRO 4

Distribuição proporcional da amostra segundo a proporcionalidade dos estratos domiciliares de cada Pólo de Saúde, Terra Indígena Xakriabá, São João das Missões, 2007

Pólos de Saúde	Distribuição dos domicílios por Pólos de Saúde (%)	Amostra (IC 99,9%) + 20%	Total de entrevistas realizadas
Rancharia	12,5%	70	67
Brejo/Itapicuru	44%	247	212
Sumaré/Pindaíba	43%	241	192
Total	100%	558	472

A FIG. 9 apresenta os 472 domicílios visitados georeferenciados na área da Terra Indígena Xakriabá.

2.3 Coleta dos dados

2.3.1 Questionário Individual

A coleta de dados foi realizada utilizando-se um questionário demográfico e socioeconômico e outro sobre acesso e utilização dos serviços de saúde, elaborados com base no questionário utilizado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, suplemento – Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, ano 2003 (IBGE, 2005), na literatura e nos grupos focais realizados com moradores de algumas áreas selecionadas da TIX. O pré-teste foi feito

em uma população diferente da amostrada e o questionário ajustado de acordo com as necessidades.

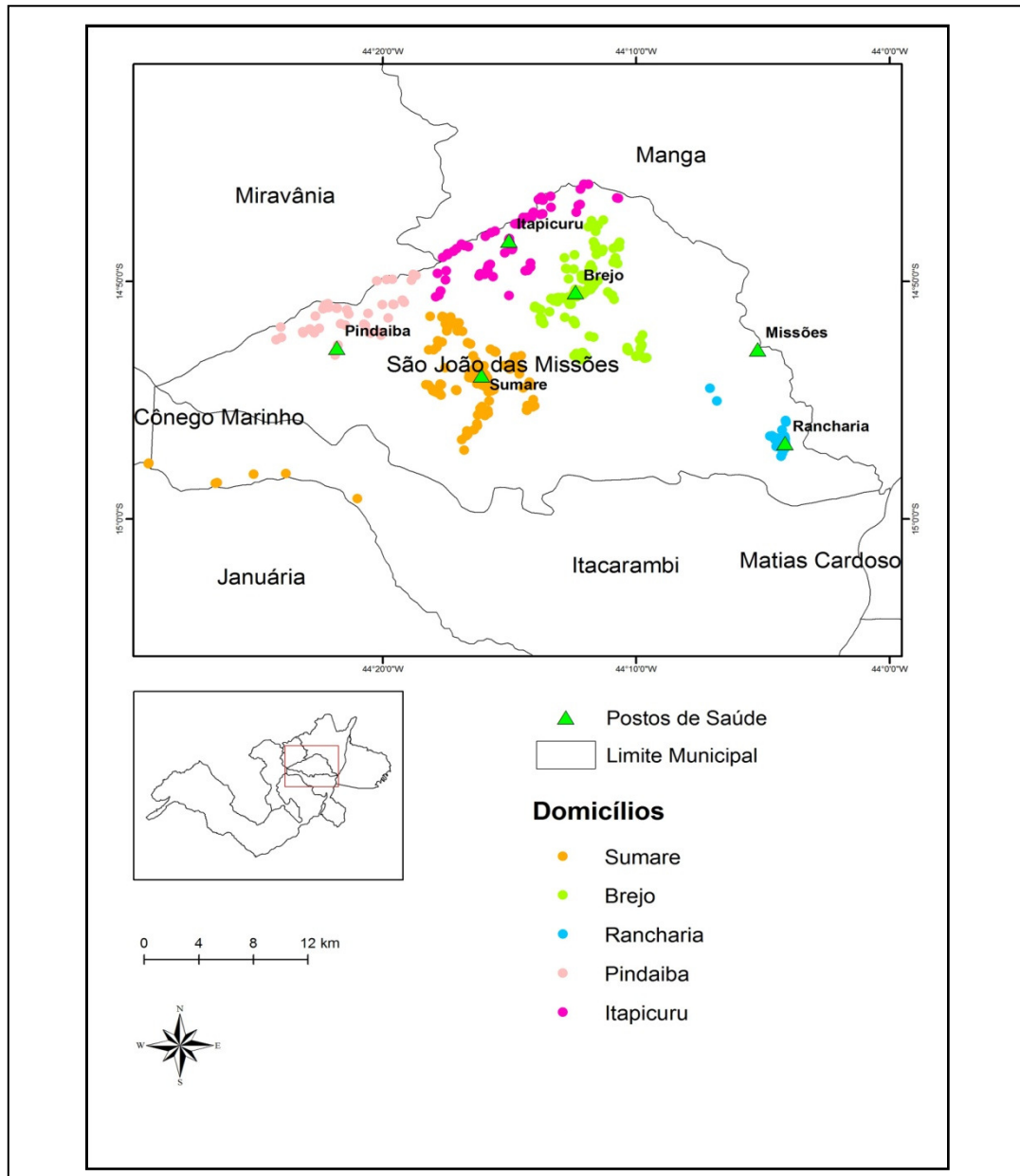


FIGURA 9: Distribuição dos domicílios amostrados na área da Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010

O questionário demográfico e socioeconômico continha questões sobre idade, sexo, escolaridade, do entrevistado e da chefia da família; sobre as características dos domicílios (número de cômodos, material de construção das paredes, telhado e piso), serviços públicos de rede de água e de esgoto, coleta de lixo, posse de bens (eletroeletrônicos e transporte), renda, ocupação, transferência financeira do governo, transferência financeira de familiares,

suporte social e participação comunitária e o questionário de acesso e utilização sobre condições de saúde da população de estudo, acesso e utilização dos serviços de saúde da Atenção Básica, das consultas/exames especializados e das internações hospitalares (APÊNDICE A e B).

Os dados foram coletados em períodos de sete dias consecutivos, durante os anos de 2009 e 2010 por estudantes de graduação e pós-graduação especificamente treinados para a aplicação dos questionários. Em 2009, a coleta ocorreu nos meses de fevereiro, junho, julho, outubro e novembro, e em 2010 no mês de fevereiro. O registro dos dados foi feito utilizando-se equipamentos de Personal Digital Assistant-PDA. Os dados foram transferidos para o computador (programa ACCESS) imediatamente após a coleta para a verificação de erros e presença de dados em branco. Este procedimento auxiliou na redução do número de informações ausentes ou erradas, possibilitando o retorno às casas se houvesse necessidade de nova coleta de dados.

Vale ressaltar que o trabalho de campo foi facilitado pelo apoio da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São João das Missões e pela FUNASA por meio da disponibilização do tempo, dos registros e do conhecimento da área das Equipes de Saúde da Família de todos os Pólos de Saúde. Além disso, o acesso a vários domicílios e regiões foi garantido pelo trabalho e suporte dos Agentes Indígenas de Saúde e Agentes Indígenas de Saneamento que identificaram os domicílios e acompanharam os pesquisadores apresentando-os aos seus moradores.

2.3.2 Georeferenciamento

Todos os domicílios foram mapeados e georeferenciados, assim como os Postos de Saúde da TIX e de Missões utilizando o Sistema de Geoprocessamento Geográfico (GPS) acoplado ao PDA (Modelo Dell-Axim X50). O objetivo foi de visualizar a distribuição dos dados e calcular as distâncias lineares.

2.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados para verificação da qualidade por meio da identificação de não conformidades dos dados seguindo a seguinte método: (a) dois pesquisadores analisaram as respostas de cada questionário utilizando o programa ACCESS da Microsoft; (b) cada pesquisador relacionou as não conformidades encontradas em impresso próprio; (c) comparação das não conformidades encontradas pelos pesquisadores; (d) cada pesquisador

procedia à correção das não conformidades de acordo com a análise anterior e registrava as alterações feitas em formulário próprio; (e) em alguns casos o questionário era invalidado e procedia-se a nova coleta, em outros, havia somente a exclusão do questionário sem nova coleta; (e) transferência dos dados para o programa EXCELL e posteriormente para o programa estatístico de análise. Esta metodologia garantiu a qualidade da base e a inexistência de variáveis com falta de dados.

Para a análise descritiva dos dados foi utilizado os pacotes estatísticos SPSS versão 15.0 e para a análise univariada e multivariada o STATA 9.0.

2.4.1 Variáveis do estudo

2.4.1.1 Variáveis dependentes

Para os dados referentes ao acesso foi considerado o tempo recordatório de 12 meses que antecederam a entrevista.

- Acesso à Atenção Básica - A variável relacionada foi: (a) Nos últimos 12 meses você procurou por algum Posto de Saúde (não/sim).
- Acesso à Média e Alta Complexidade: As variáveis relacionadas foram: (a) Acesso a consulta/exame especializados nos últimos 12 meses (não/sim) e (b) Acesso aos serviços hospitalares nos últimos 12 meses - internação (não/sim).

Foram investigadas as características do acesso por meio das seguintes variáveis: (a) práticas comuns no caso de problemas de saúde (automedicação com remédios, automedicação com medicamentos, benzedor, Agente Indígena de Saúde, solicitar visita domiciliar, Posto de Saúde, Posto de Saúde Missões, Posto de Saúde Manga, Posto de Saúde Montes Claros, Posto de Saúde Itacarambi, Ambulatório Manga, Ambulatório Montes Claros, Itacarambi, farmácias mais próximas, familiares ou parentes, outro); (b) número de vezes que foi ao Posto de Saúde nos últimos 12 meses (nenhuma, uma vez, ≥ 2 vezes); (c) número de vezes que realizou consulta e ou exame especializado nos últimos 12 meses (nenhuma, uma vez, ≥ 2 vezes); (d) número de vezes que foi internado nos últimos 12 meses (nenhuma, uma vez, ≥ 2 vezes); (e) principal atendimento durante a internação (tratamento clínico, parto normal, parto cesáreo, cirurgia, tratamento psiquiátrico, exames/check up); (f) número de consultas médicas nos últimos 12 meses; (g) número de consultas de enfermagem nos últimos

12 meses; (h) aguardando por consulta/exame especializado (não/sim); (i) tempo de espera por consulta ou exame especializado (<1 mês, 1-4 meses, 5-12 meses, 13-60 meses).

- Utilização dos serviços de saúde – para os dados referentes à utilização considerou-se como tempo recordatório o período de 30 dias que antecedeu a entrevista. A variável relacionada foi (a) Utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (não/sim). Esta variável incluiu a utilização dos serviços de Atenção Básica (Postos de Saúde); de consultas/exames especializados; atendimentos em Pronto Atendimento (PA) hospitalares, internações hospitalares e farmácias.

As características da utilização dos serviços de saúde foram identificadas a partir das seguintes variáveis: (a) tipo de serviço procurado (Posto de Saúde SEDE – Postos de Saúde localizados na aldeia sede dos Pólos de Saúde da Terra Indígena, Posto de Saúde Aldeia (atendimentos volantes na aldeia), Posto de Saúde Missões, PA Hospital privado, PA Hospital Manga, PA Hospital Itacarambi, PA Hospital Janaúba, PA Hospital Montes Claros, consultas/exames especializados Montes Claros, consultas/exames especializados Manga, consultas/exames especializados Janaúba, consultas/exames especializados privado, laboratório privado, laboratório Posto de Saúde Brejo (SEDE/FUNAI), laboratório Posto de Missões, laboratório de Manga, laboratório de Itacarambi, laboratório de Montes Claros, farmácia local, farmácia outro município); (b) tipo de serviços de saúde procurado em primeiro lugar (Posto de Saúde SEDE – Postos de Saúde localizados na aldeia sede dos Pólos de Saúde da Terra Indígena, Posto de Saúde Aldeia (atendimentos volantes na aldeia), Posto de Saúde Missões, PA Hospital privado, PA Hospital Manga, PA Hospital Itacarambi, PA Hospital Janaúba, PA Hospital Montes Claros, consultas/exames especializados Montes Claros, consultas/exames especializados Manga, consultas/exames especializados Janaúba, consultas/exames especializados privado, laboratório privado, laboratório Posto de Saúde Brejo (SEDE/FUNAI), laboratório Posto de Missões, laboratório de Manga, laboratório de Itacarambi, laboratório de Montes Claros, farmácia local, farmácia outro município); (c) número de vezes que utilizou os serviços (nenhuma, uma vez, mais de uma vez), (d) motivo de utilização dos serviços de saúde (sintoma/doença, acidente/lesão, retorno, vacinação, controle de doença crônica, preventivo e exame de mamas, grupo educativo, pré-natal, atestado de saúde, parto, medicação, reabilitação, exames e consultas especializados), (e) atendido no primeiro local (não/sim), (f) motivo de não ter sido atendido no primeiro local (não conseguiu vaga/senha, profissional não estava atendendo, não tinha o serviço procurado, serviços ou equipamento não estava funcionando, não podia pagar, filas grandes, esperou

muito e desistiu, falta de medicamento na farmácia, local procurado fechado, equipe não cordial, greve no serviço), (g) atendido no último serviço de saúde que procurou (não/sim), (h) tipo de transporte utilizado para chegar ao serviço (motocicleta, bicicleta, veículo particular, ônibus, táxi, carona/transporte escolar, ambulância, transporte FUNASA, transporte município, a pé, cavalo ou jegue, carro de boi), (i) tempo gasto no deslocamento até o serviço procurado (≤ 30 minutos, 31 – 60 minutos, 1 hora a 1 hora e 59 minutos, 2 horas a 3 horas, > 3 horas), (j) recebeu receita medicamentosa na consulta (não/sim), (k) recebeu o medicamento gratuitamente (não, sim, em parte), (l) comprou medicamento (não, sim, em parte), (m) qualidade do serviço (muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim); (n) motivos apresentados para a não utilização (não houve necessidade, distância geográfica, não tinha transporte, horário de atendimento incompatível, médico demora chegar no Posto de Saúde, profissionais não são cordiais, falta profissionais, serviço fechado, greve no serviço de saúde, filas grandes para consultar, serviço não é compatível com suas necessidades, não tinha companhia, não tinha vaga na Casa do Índio, não tinha vaga para consulta com especialista, não tinha vaga para exames especializados, equipamento quebrado, automedicação caseira, automedicação farmácia, outro).

2.4.1.2 Variáveis independentes

Grupo I: Demográficas e geográficas

Demográficas: Sexo (masculino, feminino), Faixa etária (18 - 29, 30 - 39, 40 - 49, 50 - 59, ≥ 60); escolaridade/anos de estudo (analfabeto, 1 – 4 anos, ≥ 5 anos); Ocupação (agropecuária, serviço público, aposentado/pensionista, do lar, prestação de serviço/operário). Geográficas: Localidade do domicílio (Rancharia, Brejo/Itapicuru, Sumaré/Pindaíba).

Geográficas: Distância linear em quilômetros entre o Posto de Saúde do Pólo de Saúde de referência e o domicílio (≤ 1 km, 1,001-3 km, 3,001-5 km, $\geq 5,001$).

Grupo II: Socioeconômicas

Transferência financeira/Bolsa Família (sim/não); Renda familiar mensal total per capita (0 - 100,00 reais, 100,01 – 464,99 reais, $\geq 465,00$ reais) – esta variável resulta da soma de todas as rendas declaradas: renda familiar mensal, remessas financeiras de familiares, venda de produtos agrícola e da pecuária, transferência financeira do governo. As categorias foram baseadas no salário mínimo na data do início da coleta de dados em fevereiro de 2009.

Índice Socioeconômico Banco Mundial - para essa variável foram utilizados os escores calculados conforme método determinado pelo HNP/*Poverty Thematic Group of the*

World Bank (GWATKIN et al., 2000). O grupo utiliza uma metodologia de cálculo do nível socioeconômico baseado na posse de bens duráveis e no acesso a bens de consumo público (rede de água e esgoto, eletrificação). Assim, o indicador construído permite a mensuração do nível socioeconômico da população sem a necessidade de se utilizar a renda declarada pelos indivíduos. Dessa forma, consegue-se evitar os problemas relacionados à recusa em fornecer esta informação ou declarações de renda com valores super ou subestimados.

Este indicador avalia o nível socioeconômico das famílias a partir de variáveis relacionadas à posse de eletrodoméstico (TV, geladeira etc.), posse de carro e casa, tipo de água usada na casa e tipo de banheiro, tipo de chão, tipo de parede, revestimento do telhado. As respostas para estas variáveis devem ser binárias – sim ou não. Para cada tipo de resposta tem-se um escore definido previamente (GWATKIN et al., 2000). Por exemplo, ter eletricidade o escore para a resposta SIM é de 0,032 e para Não é de -0,389. Estes escores foram gerados por meio da análise dos componentes principais, e estão padronizados em relação a uma distribuição padrão com média 0 e desvio padrão igual a 1. A soma de todos os escores obtidos para cada variável de interesse permite classificar o domicílio em um dos cinco pontos de corte de classificação do nível socioeconômico. Os pontos de corte são: classe um/muitíssimo pobre (< -0,66129), classe dois/muito pobre (-0,66129 a -0,02018), classe três/pobre (0,02018 a 0,51776), classe quatro/média (0,51776 a 1,00965) e classe cinco/rico (>1,00965).

Neste estudo, o indicador foi chamado de Índice Socioeconômico Banco Mundial e para seu cálculo, de acordo com esta metodologia, utilizaram-se as variáveis que descrevem as características do domicílio como: tipo de chão (cerâmica, terra batida, cimento, assoalho); tipo de parede (tijolo, adobe, taipa); tipo de telhado (telha, amianto, palha); principal fonte de água potável (água canalizada (sim/não), torneira (sim/não); rede de esgoto (sim/não); local de eliminação de excretas (esgoto, fossa, mato); banheiro (sim/não); acesso à luz elétrica (sim/não); posse de eletroeletrônicos (radio, televisão, refrigerador); carro (sim/não), empregada doméstica (sim/não); posse de terra (sim/não); número de pessoas por dormitórios. Os escores totais das famílias participantes deste estudo ficaram entre o 1º e o 3º pontos de corte, ou seja, muitíssimo pobre, muito pobre e pobre. Neste estudo, essa classificação foi utilizada no lugar das variáveis descritivas das condições de moradia, acesso aos serviços públicos (água tratada, rede de esgoto e energia elétrica) e posse de bens eletroeletrônicos e carro.

Variáveis relacionadas ao suporte social e participação comunitária: (a) nunca recebeu ajuda para utilizar algum serviço de saúde (não/sim); ajuda na identificação do serviço (não/sim); ajuda pagando pelo tratamento (não/sim); ajuda providenciando transporte (não/sim); ajuda acompanhando a consulta (não/sim); ajuda pagando a hospedagem (não/sim); ajuda hospedando (não/sim); ajuda tomando conta dos filhos (não/sim); outro tipo de ajuda; (b) participa de reuniões comunitárias (não/sim/já participo).

Grupo III – Condições de saúde

Autopercepção do estado de saúde (muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim); medicação diária (não/sim); presença de doença crônica autoreferida (não/sim); uso de medicação diária autoreferida (não/sim); tipo de doença crônica autoreferida: foram selecionadas aquelas doenças crônicas cuja prevalência na população entrevistada foi de 2% - coluna/costas (não/sim); hipertensão (não/sim); chagas (não/sim); depressão (não/sim); gastrite (não/sim); deixou de realizar atividades habituais nos últimos 12 meses por motivo de doença (não/sim), deixou de realizar atividades habituais nos últimos 30 dias por motivo de doença (não/sim); esteve acamado nos últimos 30 dias (não/sim).

2.4.2 Análise univariada

A análise univariada foi feita para identificar as possíveis associações entre as variáveis demográficas, socioeconômicas, condições de saúde, suporte social e participação comunitária com cada uma das seguintes variáveis dependentes (a) acesso aos serviços do Posto de Saúde últimos 12 meses, (b) acesso aos serviços de média e alta complexidade nos últimos 12 meses e (c) utilização dos serviços de saúde últimos 30 dias.

Acesso aos serviços do Posto de Saúde últimos 12 meses: foi utilizada a variável “acesso ao Posto de Saúde no período de 12 meses que antecederam as entrevistas” como próxis para mensurar o acesso aos serviços de saúde da Atenção Básica, uma vez que esta pode expressar a regularidade com que estes serviços foram procurados. O acesso aos serviços de Atenção Básica refere-se ao acesso às consultas e atendimentos oferecidos pelos Postos de Saúde localizados na área indígena.

O acesso aos serviços de média e alta complexidade refere-se tanto ao acesso às consultas e exames especializados quanto ao acesso aos serviços hospitalares (caracterizado pelas internações) para o período recordatório dos 12 meses que antecederam as entrevistas.

Foi gerada uma variável dependente que inclui o acesso à consulta e ou a exames especializados nos últimos 12 meses e acesso aos serviços hospitalares nos últimos 12 meses - internação.

A utilização dos serviços foi analisada para o período recordatório de 30 dias e relaciona-se ao uso dos serviços de saúde da Atenção Básica e de média e alta complexidade. Assumiu-se que um indivíduo utilizou um serviço quando ele procurou pelo serviço e foi atendido. A não utilização relacionou-se aos indivíduos que não procuraram os serviços e, também àqueles que, apesar de terem procurado pelos serviços, não foram atendidos.

A força de associação foi medida pela Razão de Prevalência (RP) e calculada através da técnica de regressão de Poisson com variâncias robustas. As diferenças estatísticas foram avaliadas segundo a razão de verossimilhança. Nesta análise o nível de significância estatística estabelecido foi de 5% ($p \leq 0,05$).

2.4.3 Análise multivariada

As variáveis que apresentaram significância estatística igual ou inferior a 0,20 ($p \leq 0,20$), na análise univariada (HOSMER; LEMESHOW, 1989), foram consideradas candidatas ao modelo ajustado. O ajuste de variáveis potencialmente confundidoras foi realizado com a utilização da técnica de regressão de Poisson com variâncias robustas seguindo recomendações propostas por Barros e Hirakata (2003) e Zou (2004). O nível de significância estatística estabelecido para a análise multivariada foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Com relação à seleção das variáveis para o modelo ajustado foi usada a estratégia passo a passo, com inclusão de todas as variáveis selecionadas durante a análise univariada em ordem decrescente de significância estatística. As variáveis que apresentaram $p \geq 0,05$ foram retiradas uma a uma do modelo. Para estimar as razões de prevalência ajustada foram incluídas nos modelos as variáveis: idade, sexo, Índice Socioeconômico do Banco Mundial, renda per capita familiar mensal, educação, e para o modelo do acesso aos serviços de média e alta complexidade incluiu-se também a variável doença crônica. A avaliação da qualidade do modelo final foi feita pelo cálculo do seu coeficiente de determinação (R^2) e pelas aplicações do teste da bondade (*goodness-of-fit test*).

2.4.4 Análise espacial

Os dados georeferenciados foram analisados na plataforma ArcGIS 9.0/ArcMap 9.3, tendo sido produzido um mapa que permitiu visualizar a distribuição dos dados na área indígena e calculadas as distâncias lineares.

2.5 Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), Parecer N° ETIC 617/07 e pelo Conselho Nacional de Ética na Pesquisa (CONEP), Parecer N° 414/2008. Junto à Fundação Nacional do Índio (FUNAI) foi obtida a autorização para entrada em Terra Indígena Xakriabá N° 75/CGEP/08 (ANEXOS A; B e C).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que antes da assinatura foi dada uma explicação oral, em linguagem apropriada aos indivíduos, sobre os propósitos do projeto e os procedimentos a serem realizados (APÊNDICE C).

Todos os participantes foram identificados por um número (ID) e o banco de dados não contém o nome do entrevistado. Os indivíduos foram informados que a participação deveria ser voluntária, não seria remunerada e que poderiam se retirar do projeto a qualquer momento sem comprometer o atendimento à saúde. Foram entregues cópias do TCLE para a população participante.

A autora assumiu compromisso, junto à comunidade e às suas lideranças, de retornar os resultados dessa pesquisa para apreciação e discussão.

3 RESULTADOS

3.1 Descrição dos sujeitos do estudo

3.1.1 Características demográficas e socioeconômicas

Foram entrevistadas 472 pessoas, distribuídas proporcionalmente entre os Pólos de Saúde de Sumaré, Brejo e Rancharia. A população foi composta por 45% de homens e 55% de mulheres, sendo que 51% tinham idade entre 18 e 39 anos, apenas 19% tinham 60 anos ou mais e a idade média era de 42 anos (DP = $\pm 16,74$). Em relação à educação, 44% eram analfabetos e 35% possuíam até quatro anos de estudo, sendo que mais da metade (60%) informou trabalhar nos roçados de subsistência e 89% declararam que participavam ou, se convidados, participariam das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde (TAB. 1).

A população de estudo do Pólo de Saúde Sumaré possuía o maior percentual de pessoas com 60 anos ou mais de idade (25%), com 5 ou mais anos de estudo (23%), e de assalariados e aposentados ou pensionistas (34%). Ressalta-se que apesar de possuir o maior número de jovens entre 18 e 29 anos, o Pólo de Rancharia apresentou o maior percentual de analfabetos (52%) (TAB. 1).

As casas visitadas possuíam no mínimo um e no máximo 19 moradores, com uma média de cinco indivíduos por domicílio e, na maioria dos casos, uma relação de três a seis pessoas por cômodo. Vale dizer que durante as entrevistas observou-se a presença de mais de uma família em um único domicílio. Em média, cada domicílio tinha cinco cômodos, sendo que os domicílios maiores concentraram-se na região do Pólo de Saúde Brejo e Pólo de Saúde Sumaré. Na sua maioria os participantes do estudo moravam entre 1 a 5 quilômetros de distância dos Postos de Saúde de referência, sendo que para a maior parte dos domicílios de Rancharia (88%) essa distância não foi superior a 1 quilômetro (TAB. 1).

Em geral as famílias eram muitíssimo pobres segundo a classificação do Índice Socioeconômico do Banco Mundial, baseada na posse de bens, tais como eletrodomésticos e motocicletas, e no acesso aos serviços públicos de saneamento e de eletrificação. É importante notar que o rendimento familiar mensal per capita se concentrou nas classes de R\$ 0,00 a R\$ 100,00 e de R\$ 100,01 a R\$ 464,99, com exceção da região do Brejo, onde 59% dos

domicílios foram incluídos na classe de rendimento familiar mensal per capita de 0 a R\$100,00, sendo que a maioria deles (92%) foi classificada como muitíssimo pobre (TAB. 1).

Três famílias declararam não receber nenhum tipo de renda, porém a falta de renda parece ser de alguma forma compensada por mecanismos sociais de ajuda representados por um típico sistema de trocas de produtos e bens e pela prática do mutirão para o trabalho em roçados e construção de moradias. Ressalta-se que o Programa Bolsa Família pode ser considerado uma importante fonte de renda e para muitas das famílias do estudo, a única. No total, 65% dos domicílios recebiam alguma forma de transferência financeira do governo, principalmente a Bolsa Família, com valor médio de oitenta reais por família (TAB. 1).

TABELA 1
Características demográficas e socioeconômicas da população do estudo por Pólo de Saúde,
Terra Indígena Xakribá, 2009 – 2010 (n=472)

(continua)

Variáveis	Pólo Saúde						valor p*
	Sumaré n=193		Brejo n=212		Rancharia n=67		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,859
masculino	85	44	97	46	32	48	
feminino	108	56	115	54	35	52	
Grupos etários							0,109
18 - 29	49	25	61	29	23	34	
30 - 39	38	20	59	28	12	18	
40 - 49	38	20	32	15	15	23	
50 - 59	20	10	26	12	8	12	
≥ 60	48	25	34	16	9	13	
Educação							0,194
analfabeto	78	40	94	44	35	52	
1-4	71	37	80	38	16	24	
≥ 5	44	23	38	18	16	24	
Ocupação							0,009
agropecuária	113	58	133	63	36	54	
serviço público	33	17	23	11	8	12	
aposentado/pensionista	32	17	19	9	7	10	
do lar	13	7	30	14	13	19	
prestação serviços/indústria	2	1	7	3	3	5	
Número pessoas por cômodos							0,004
0,2-1	83	43	131	62	37	55	
1,01-3	101	52	73	34	26	39	
≥ 3,01	9	5	8	4	4	6	
Renda mensal familiar per capita							0,070
0-100,00	93	48	125	59	36	54	
100,01-464,99	90	47	73	34	30	45	
≥ 465,00	10	5	14	7	1	1	

TABELA 1
Características demográficas e socioeconômicas da população do estudo por Pólo de Saúde,
Terra Indígena Xakriabá, 2009 – 2010 (n=472)

(conclusão)

Variáveis	Pólo Saúde						valor p*
	Sumaré n=193		Brejo n=212		Rancharia n=67		
		%		%		%	
Índice socioeconômico Banco Mundial							<0,001
muitíssimo pobre	159	82	194	92	46	69	
muito pobre	27	14	9	4	21	31	
pobre	7	4	9	4	0	0	
Transferência financeira governo/Bolsa Família							0,040
não	81	42	67	32	19	28	
sim	112	58	145	68	48	72	
Motocicleta/carro							<0,001
não	117	61	162	76	60	90	
sim	76	39	50	24	7	10	
Participação reuniões comunitárias							0,060
não	18	9	32	15	4	6	
sim	175	91	180	85	63	94	
Distância Posto de Saúde (quilômetros)							<0,001
≤ 1	37	19	38	18	59	88	
1,001 -3	57	30	77	36	6	9	
3,001 - 5	73	38	58	28	0	0	
≥ 5,001	26	13	39	18	2	3	

Nota: *p≤0,05 (Teste Qui-quadrado de Pearson)

Em geral, as habitações eram de estrutura simples, sendo que no Sumaré e Brejo predominaram as construções de adobe e em Rancharia de tijolo. Ressalta-se que na região do Brejo 62% das casas possuíam chão de terra batida, não possuíam banheiro (65%) e nem chuveiro (66%). Em Rancharia e Sumaré as condições de moradia são um pouco melhores, sendo que a maioria dos domicílios possuía chão de cimento e banheiros, metade destes com chuveiro e geralmente localizados do lado de fora das residências. A água para o consumo doméstico era canalizada de poço artesiano e 18% das famílias residem em casas sem energia elétrica, principalmente aquelas localizadas na região do Brejo. Salienta-se que na área indígena não há rede de esgoto e coleta sistemática do lixo, sendo que a perfuração de poços artesanais, a distribuição e tratamento da água encanada, bem como a construção dos banheiros são de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (TAB. 2).

TABELA 2
Condições de moradia da população do estudo por Pólo de Saúde, Terra Indígena Xakriabá,
2009 – 2010 (n=472)

Variáveis	Pólo de Saúde						valor p*
	Sumaré n=193		Brejo n=212		Rancharia n=67		
Tipo de parede							<0,001
taipa	24	12	50	24	3	4	
adobe	127	66	106	50	20	30	
tijolo	42	22	56	26	44	66	
Tipo de chão							<0,001
terra batida	57	29	131	62	11	16	
cimento	104	54	56	26	50	75	
cerâmica, madeira	32	17	25	12	6	9	
Banheiro							<0,001
não	90	47	138	65	15	22	
sim	103	53	74	35	52	78	
Chuveiro							<0,001
não	95	49	139	66	29	43	
sim	98	51	73	34	38	57	
Torneira							<0,001
não	147	76	191	90	36	54	
sim	46	24	21	10	31	46	
Destino do lixo							0,031
queimado/enterrado/coletado	173	90	171	81	59	88	
mata peridomiciliar	20	10	41	19	8	12	
Iluminação							0,004
elétrica	165	85	162	76	62	93	
óleo, diesel, gás, fogueira, vela	28	15	50	24	5	7	

Nota: *p<0,05

3.1.2 Condições de saúde

Aproximadamente metade da população do estudo declarou que percebia seu estado de saúde como muito bom ou bom. A presença de doença crônica foi relatada em 40% dos casos, dentre elas principalmente hipertensão arterial e lombalgias. Destes que declararam ter doença crônica, 33% consideraram que seu estado saúde era muito bom ou bom e 55% informaram que faziam uso de medicação diária. Além disso, 28% dos entrevistados deixaram de realizar suas atividades diárias por motivo de saúde nos últimos 30 dias, sendo que 12% dos indivíduos estiveram acamados. As condições de saúde relatadas mostram semelhanças nos percentuais para doença crônica entre as regiões, sendo que hipertensão/diabetes são mais comuns no Brejo e Sumaré e as lombalgias em Rancharia (TAB. 3).

No caso de doença, os indígenas em geral utilizam algum tipo de remédio caseiro, como os chás de raízes e cascas de árvores presentes na área indígena, usados principalmente

para o tratamento de resfriados e dores estomacais. Outros 20% relataram automedicação com medicamentos. Em ambos os casos, os indígenas informaram buscar por atendimento médico no Posto de Saúde se nenhuma melhora fosse alcançada com estas medidas. Apenas 24% relataram procurar diretamente pelo Posto de Saúde ou o Agente Indígena de Saúde. Verificase que este comportamento foi mais frequente na área de Rancharia, bem como uma menor dependência de auxílio para utilizar os serviços de saúde (TAB. 3).

TABELA 3
Condições de saúde e suporte social da população do estudo por Pólo de Saúde, Terra Indígena Xakriabá, 2009 – 2010 (n=472)

Variáveis	Pólo Saúde						valor p*
	Sumaré n=193		Brejo n=212		Rancharia n=67		
	n	%	n	%	n	%	
Percepção estado de saúde							0,676
Muito bom/bom	106	55	117	55	33	49	
Regular/ruim	87	45	95	45	34	51	
Doença crônica							0,870
não	114	59	128	60	42	63	
sim	79	41	84	40	25	37	
Medicação diária ⁿ⁼¹⁸⁸							0,565
não	32	41	41	49	11	44	
sim	47	59	43	51	14	56	
Hipertensão arterial/diabetes ⁿ⁼¹⁸⁸							0,050
não	38	48	47	56	19	76	
sim	41	52	37	44	65	24	
Lombalgias ⁿ⁼¹⁸⁸							0,041
não	64	81	60	71	14	56	
sim	15	19	24	29	11	44	
Restrição nas atividades habituais**							0,488
não	144	75	152	72	45	67	
sim	49	25	60	28	22	33	
Acamado**							0,890
não	169	88	188	89	60	90	
sim	24	12	24	11	7	10	
Atitude quando doente (primeira)							<0,001
automedicar remédio caseiro	120	62	120	57	24	36	
automedicar medicamento	43	22	43	20	7	10	
Posto Saúde	30	16	49	23	36	54	
Recebeu ajuda utilizar serviço de saúde							<0,001
não	83	43	100	47	54	81	
sim	110	57	112	53	13	19	
Ajuda providenciando transporte							<0,001
sim	83	43	78	37	9	13	
Ajuda acompanhando à consulta							<0,001
sim	31	16	65	31	7	10	
Ajuda tomando conta dos filhos							0,006
sim	33	17	22	10	2	3	

Nota: *p<0,05; ** Período recordatório 30 dias

No caso dos indígenas do Brejo e do Sumaré, é mais comum o uso de remédios caseiros quando estes apresentam algum sintoma de doença e receber algum tipo de ajuda para utilizar os serviços de saúde, principalmente ajuda com transporte até o local de atendimento (TAB. 3).

3.2 Acesso aos Serviços de Saúde

Em geral, 79% dos participantes procuraram o Posto de Saúde da TIX no último ano, entre 2 a 4 vezes (48%). No mesmo período, 75% dos indivíduos realizaram pelo menos uma consulta médica, não havendo diferenças significativas entre os Pólos. Entre os indígenas que utilizaram o Posto de Saúde no último ano, 56% declararam que costumam se automedicar com remédios caseiros para o tratamento inicial dos sinais e sintomas das doenças, enquanto 20% se automedicaram com medicamentos (TAB. 4).

TABELA 4
Características do acesso aos Postos de Saúde nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010 (n=472)

Variáveis	n	%
Acesso Posto de Saúde		
não	101	21
sim	371	79
Número de vezes procurou Posto Saúde ⁿ⁼³⁷¹		
pelo menos 1 vez	75	20
2 - 4	176	48
≥ 5	120	32
Número consultas médicas		
nenhuma	116	25
1 - 2	180	38
≥ 3	176	37
Primeira atitude quando doente		
automedicação remédios caseiros	264	56
automedicação medicamentos	93	20
Posto de Saúde	115	24

3.2.1 Análise univariada e multivariada dos fatores associados ao acesso à Atenção Básica

As mulheres são as que mais frequentemente procuram pelos Postos de Saúde (RP=1,11;IC95%:1,00–1,22), assim como os indivíduos muito pobres (RP=1,13;IC95%:1,01–1,26) e os moradores da região do Pólo de Saúde de Rancharia (RP=1,14;IC 95%:1,02–1,27). O fato dos indígenas trabalharem nos roçados em sua maioria no horário de funcionamento dos serviços de saúde pode explicar o menor acesso destes quando comparados às mulheres

que se ocupam basicamente das atividades do lar (RP=1,15;IC 95%:1,02-1,30). O aumento da distância do Posto de Saúde também diminuiu a probabilidade do acesso (RP=0,77;IC 95%:0,63-0,93). Um fator associado positivamente ao acesso foi a ajuda recebida para procurar pelos serviços de saúde (RP=1,18;IC 95%:1,07-1,30), principalmente providenciando transporte (RP=1,15;IC 95%:1,05-1,26) ou acompanhando até as consultas (RP=1,15;IC 95%:1,05-1,26). Verificou-se ainda uma maior prevalência no acesso (RP=1,37;IC 95%:1,09-1,72) para os indígenas que costumam participar de grupos comunitários como Conselhos Locais de Saúde, igrejas e escolas (TAB. 5).

TABELA 5

Prevalências e razão de prevalências (RP) do acesso aos Postos de Saúde nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%) segundo fatores demográficos, socioeconômicos e suporte social, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010 (n=472)

Variáveis	Acesso Posto Saúde		RP	IC 95%	valor p*
	Não n=101 (%)	Sim n=371 (%)			
Sexo					
masculino	55 (54)	159 (43)	1,00	-	-
feminino	46 (46)	212 (57)	1,11	1,00 – 1,22	0,042
Idade					
18 - 29	32 (32)	101 (27)	1,00		
30 -39	26 (25)	83 (22)	1,00	0,87 – 1,16	0,970
40 -49	15 (15)	70 (19)	1,08	0,95 – 1,24	0,247
50 -59	11 (11)	43 (12)	1,04	0,89 – 1,24	0,574
≥ 60	17 (17)	74 (20)	1,07	0,93 – 1,23	0,329
Educação					
analfabeto	51 (50)	156 (42)	1,00	-	-
1-4 anos	32 (32)	135 (36)	1,07	0,96 -1,19	0,201
≥ 5 anos	18 (18)	80 (22)	1,08	0,95 – 1,22	0,200
Ocupação					
agropecuária	68 (67)	214 (58)	1,00	-	-
serviço público	12 (12)	52 (14)	1,07	0,94 – 1,23	0,321
aposentado	10 (10)	48 (13)	1,09	0,95 – 1,25	0,201
do lar	7 (7)	49 (13)	1,15	1,02 – 1,30	0,019
prestação de serviços, operário	4 (4)	8 (2)	0,88	0,59 – 1,32	0,532
Índice socioeconômico Banco Mundial					
muitíssimo pobre	89 (88)	310 (84)	1,00	-	-
muito pobre	7 (7)	50 (13)	1,13	1,01 – 1,26	0,031
pobre	5 (5)	11 (3)	0,88	0,63 – 1,24	0,474
Renda familiar mensal per capita					
0 – 100,00	59 (58)	195 (53)	1,00	-	-
100,01 – 464,99	35 (35)	158 (42)	1,07	0,97 – 1,17	0,185
≥ 465,00	7 (7)	18 (5)	0,93	0,73 – 1,21	0,620
Participação comunitária					
não	22 (22)	32 (9)	1,00	-	-
sim	79 (78)	339 (91)	1,37	1,09 – 1,72	0,007

Nota: *p≤0,05

TABELA 5

Prevalências e razão de prevalências (RP) do acesso aos Postos de Saúde nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%) segundo fatores demográficos, socioeconômicos e suporte social, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010 (n=472)

Variáveis	(conclusão)				
	Acesso Posto Saúde		RP	IC 95%	valor p*
	Não n=101 (%)	Sim n=371 (%)			
Recebeu ajuda para utilizar algum serviço de saúde					
não	66 (65)	171 (46)	1,00	-	-
sim	35 (35)	200 (54)	1,18	1,07 – 1,30	0,001
Ajuda providenciando transporte					
não	77 (76)	225 (61)	1,00	-	-
sim	24 (24)	146 (39)	1,15	1,05 – 1,26	0,002
Ajuda acompanhando à consulta					
não	88 (87)	281 (76)	1,00	-	-
sim	13 (13)	90 (24)	1,15	1,05 – 1,26	0,004
Localidade					
Sumaré	41 (41)	152(41)	1,00	-	-
Brejo	53 (52)	159 (43)	0,95	0,85 – 1,06	0,370
Rancharia	7 (7)	60 (16)	1,14	1,02– 1,27	0,022
Distância Posto de Saúde Referência					
≤ 1	22 (22)	112 (30)	1,0	-	-
1,001 -3	28 (28)	112 (30)	0,96	0,86 – 1,07	0,443
3,001 - 5	27 (27)	104 (28)	0,95	0,84 -1,07	0,381
≥ 5,001	24 (24)	43 (12)	0,77	0,63 – 0,93	0,008

Nota: *p≤0,05

Em relação às condições de saúde, observou-se que os indígenas que declararam considerar seu estado de saúde regular ou ruim (RP=1,26;IC 95%:1,15-1,38) procuraram mais os serviços de saúde, bem como aqueles que declararam ter alguma doença crônica (RP=1,18;IC 95%:1,08–1,29). A restrição das atividades habituais nos últimos 12 meses também contribuiu para elevar a prevalência do acesso (RP=1,29;IC 95%:1,18-1,42) (TAB. 6).

No modelo ajustado para doença crônica e idade foi observada a manutenção da associação entre acesso e sexo, sendo que para as mulheres a prevalência do acesso foi, em geral, 12% maior que para os homens. Permaneceram também significativamente associados ao acesso os indivíduos que perceberam seu estado de saúde como regular ou ruim (RP=1,20;IC 95%:1,09–1,32), que tiveram restrições de suas atividades habituais nos últimos 12 meses (RP=1,20;IC 95%:1,10–1,32), bem como aqueles que receberam ajuda para procurar pelos serviços (RP=1,13;IC 95%:1,03–1,25). Em geral os indígenas que participam de algum grupo comunitário (RP=1,43;IC95%:1,16–1,77) acessam o Posto de Saúde com

mais frequência. Por outro lado, os indivíduos que moram a uma distância do Posto de Saúde maior do que cinco quilômetros procuraram menos o serviço (TAB. 7).

TABELA 6

Prevalências e razão de prevalências (RP) do Acesso aos serviços do Posto de Saúde nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%) segundo condições de saúde, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010 (n=472)

Variáveis	Acesso Posto de Saúde		RP	IC 95%	valor p*
	Não n=101 (%)	Sim n=371(%)			
Percepção estado de saúde					
muito bom/bom	76 (75)	180 (49)	1,00	-	-
regular/ruim	25 (25)	191 (51)	1,26	1,15 – 1,38	<0,001
Doença crônica					
não	76 (75)	208 (56)	1,00	-	-
sim	25 (25)	163 (44)	1,18	1,08 – 1,29	<0,001
Depressão ⁿ⁼¹⁸⁸					
não	24 (96)	147 (90)	1,00	-	-
sim	1 (4)	16 (10)	1,09	0,96 – 1,25	0,184
Hipertensão arterial/diabetes ⁿ⁼¹⁸⁸					
não	10 (40)	94 (58)	1,00	-	-
sim	15 (60)	69 (42)	0,91	0,81- 1,02	0,113
Restrição nas atividades habituais últimos 12 meses					
não	81 (80)	187 (50)	1,00	-	-
sim	20 (20)	184 (50)	1,29	1,18 – 1,42	<0,001

Nota:* p≤0,05.

TABELA 7

Modelo ajustado da análise multivariada com acesso aos serviços do Posto de Saúde, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010* (n=472)

Variáveis	RP	IC 95%	valor p**
Sexo			
masculino	1,00		
feminino	1,12	1,02 – 1,23	0,016
Percepção estado de saúde			
muito bom/bom	1,00		
regular/ruim	1,20	1,09– 1,32	< 0,001
Restrição nas atividades habituais nos últimos 12 meses			
não	1,00	-	-
sim	1,20	1,10 – 1,32	< 0,001
Participação Comunitária			
não	1,00	-	-
sim	1,43	1,16 – 1,77	0,001
Recebeu ajuda para utilizar algum serviço de saúde			
não	1,00	-	-
sim	1,13	1,03– 1,25	0,011
Distância em km Posto de Saúde Referência			
≤ 1	1,00	-	-
1,001 -3	0,93	0,83 – 1,04	0,181
3,001 - 5	0,92	0,82 – 1,02	0,124
≥ 5,001	0,74	0,62 – 0,88	0,001

Nota:*Ajustado para idade; doença crônica;**p≤0,05

3.2.2 Características do acesso à Atenção de Média e Alta Complexidade

No último ano, o acesso a consultas/exames especializados ocorreu para 24% dos entrevistados, com média de 2 consulta/exames por indivíduo (DP = $\pm 1,6$). Observou-se ainda que estavam aguardando por uma consulta/exame especializado 20% dos entrevistados, com tempo de espera variando de um a quatro meses (40%). As especialidades mais procuradas foram ortopedia, ginecologia, seguidas pela gastroenterologia e exames de ultrasonografia. A espera pela consulta ou exame especializado foi principalmente relacionada a problemas na organização dos serviços (44%) como, por exemplo, a perda dos encaminhamentos para consulta e exames especializados pelos profissionais encarregados de realizar o agendamento e falta de meio de transporte para chegar ao local de atendimento. Porém, alguns indivíduos não souberam informar o motivo da espera. Outros fatores mencionados foram a falta de vagas (39%) e de médicos especialistas para o atendimento da demanda (14%). Tiveram acesso a internações 10% dos indígenas, sendo que a maior parte destas ocorreu para o tratamento de sintomas ou para realização de partos (TAB. 8).

TABELA 8
Distribuição da população do estudo segundo consulta/exame especializado e internações,
Terra Indígena Xakriabá, 2009 – 2010

(continua)		
Variáveis	n	%
Acesso consultas/exames especializados		
não	361	76
sim	111	24
Número de consultas/exames especializados ⁿ⁼¹¹¹		
pelo menos 1 vez	47	42
≥ 2	64	58
Aguardando consulta/exame especializado ⁿ⁼⁴⁷²		
não	377	80
sim	95	20
Tempo de espera (meses) ⁿ⁼⁹⁵		
< 1	19	20
1 - 4	38	40
5 - 12	26	27
13 - 60	12	13
Motivos apresentados para espera ⁿ⁼⁹⁵		
serviço de saúde desorganizado	42	44
sem vaga	37	39
falta médico especialista	13	14

TABELA 8
Distribuição da população do estudo segundo consulta/exame especializado e internações, Terra Indígena Xakriabá, 2009 – 2010

Variáveis	n	%	(conclusão)
Acesso Serviços Hospitalares (internações)*			
não	424	90	
sim	48	10	
Número de internações ⁿ⁼⁴⁸			
pelo menos 1 vez	34	71	
≥ 2	14	29	
Principal motivo das internações ⁿ⁼⁴⁸			
tratamento clínico	18	38	
parto	18	38	
cirurgia	9	18	
psiquiátrica	3	6	

3.2.2.1 Análise univariada e multivariada dos fatores relacionados ao acesso aos serviços de média e alta complexidade nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista

Em relação aos serviços de média e alta complexidade observou-se que não houve nenhuma associação estatisticamente significativa entre os fatores demográficos e socioeconômicos e o acesso, porém a probabilidade do acesso foi maior para os entrevistados que costumam receber ajuda para procurar pelos serviços (RP=1,39;IC 95%:1,03–1,86) (TAB. 9). Os fatores significantes ao nível de $p \leq 0,20$ entraram no modelo ajustado.

TABELA 9

Prevalências e razão de prevalências (RP) do acesso aos serviços de média e alta complexidade nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%) segundo fatores demográficos, socioeconômicos e suporte social, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010 (n=472)

Variáveis	Acesso média e alta complexidade		RP	IC 95%	valor p*
	não	sim			
	n=339 (%)	n=133 (%)			
(continua)					
Sexo					
masculino	159 (47)	55 (41)	1,00	-	-
feminino	180 (53)	78 (59)	1,18	0,88 – 1,58	0,279
Idade					
18 - 29	89 (26)	44 (33)	1,00	-	-
30 -39	80 (24)	29 (22)	0,80	0,54 – 1,19	0,280
40 -49	65 (19)	20 (15)	0,71	0,45 – 1,12	0,141
50 -59	43 (13)	11 (8)	0,62	0,34 – 1,10	0,102
≥ 60	62 (18)	29 (22)	0,96	0,65 – 1,41	0,849
Educação					
analfabeto	154 (45)	53 (40)	1,00	-	-
1-4 anos	117 (35)	50 (37)	1,17	0,84 – 1,62	0,351
≥ 5 anos	68 (20)	30 (23)	1,20	0,82 – 1,75	0,355

TABELA 9

Prevalências e razão de prevalências (RP) do acesso aos serviços de média e alta complexidade nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%) segundo fatores demográficos, socioeconômicos e suporte social, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010 (n=472)

Variáveis	(conclusão)				
	Acesso média e alta complexidade		RP	IC 95%	valor p*
	não n=339 (%)	sim n=133 (%)			
Ocupação					
agropecuária	205 (60)	77 (58)	1,0	-	-
serviço público	46 (14)	18 (14)	1,03	0,67 – 1,59	0,894
aposentado	44 (13)	14 (10)	0,88	0,54 – 1,45	0,625
do lar	34 (10)	22 (16)	1,44	0,99 – 3,00	0,059
prestação de serviços/operário	10 (3)	2 (2)	0,61	0,17 – 2,20	0,450
Renda familiar mensal per capita					
0 – 100,00	176 (52)	78 (59)	1,00	-	-
100,01 – 464,99	145 (43)	48 (36)	0,81	0,60 – 1,10	0,179
≥ 465,00	18 (5)	7 (5)	0,91	0,47 – 1,76	0,783
Transferência financeira governo/Bolsa Família					
não	127 (37)	40 (30)	1,00	-	-
sim	212 (63)	93 (70)	1,27	0,93 – 1,75	0,138
Recebeu ajuda para utilizar algum serviço de saúde					
não	181 (53)	56 (42)	1,00	-	-
sim	158 (47)	77 (58)	1,39	1,03 – 1,86	0,029
Ajuda providenciando transporte					
não	225 (66)	77 (58)	1,00	-	-
sim	114 (34)	56 (42)	1,29	0,97 – 1,72	0,082
Ajuda tomando conta dos filhos					
não	302 (89)	113 (85)	1,00	-	-
sim	37 (11)	20 (15)	1,29	0,88 – 1,90	0,199

Nota:* p≤0,05

Nota-se que o acesso a consultas/exames especializados e a internações foi maior para os indígenas que consideraram seu estado de saúde como regular ou ruim (RP=1,53;IC 95%:1,15–2,05), que relataram ter doença crônica (RP=1,63;IC 95%:1,22–2,17) e fazer uso de medicação diária ((RP=1,73;IC 95%:1,14–2,62). Salienta-se que ter doença de chagas ou depressão aumentou o acesso em duas vezes, e, para aqueles que tiveram restrições para realizar suas atividades diárias nos últimos 12 meses, a prevalência se elevou para 2,75 vezes. Ao contrário, observou-se uma redução no acesso para os indígenas que relataram ter hipertensão e ou diabetes (RP=0,70;IC 95%:0,47–1,05) (TAB. 10).

TABELA 10
Prevalências e razão de prevalências (RP) do acesso aos serviços de média e alta complexidade nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%) segundo condições de saúde, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010 (n=472)

Variáveis	Acesso média e alta complexidade		RP	IC 95%	valor p*
	Não n=339 (%)	Sim n=133(%)			
Percepção estado de saúde					
muito bom/bom	198 (58)	58 (44)	1,00		
regular/ruim	141 (42)	75 (56)	1,53	1,15 – 2,05	0,004
Doença crônica					
não	220 (65)	64 (48)	1,00	-	-
sim	119 (35)	69 (52)	1,63	1,22 – 2,17	0,001
Medicação diária ⁿ⁼¹⁸⁸					
não	273 62(52)	22 (32)	1,00	-	-
sim	57 (48)	47 (68)	1,73	1,14 – 2,62	0,011
Doença de Chagas ⁿ⁼¹⁸⁸					
não	114 (96)	62 (90)	1,00	-	-
sim	5 (4)	7 (10)	2,13	1,29 – 3,52	0,003
Hipertensão arterial/diabetes ⁿ⁼¹⁸⁸					
não	60 (50)	44 (64)	1,00	-	-
sim	59(50)	25 (36)	0,70	0,47 – 1,05	0,084
Depressão ⁿ⁼¹⁸⁸					
não	114 (69)	54 (83)	1,00	-	-
sim	5 (4)	12 (9)	2,12	1,46 – 3,08	< 0,001
Restrição nas atividades habituais últimos 12 meses					
não	225 (66)	43 (32)	1,00	-	-
sim	114 (34)	90 (68)	2,75	2,01 – 3,77	<0,001

Nota:* p≤0,05

No modelo ajustado para educação e sexo, observou-se que os indivíduos com idades entre 30 a 59 anos acessaram com menor frequência as consultas/exames especializados e internações. Por outro lado, receber Bolsa Família favoreceu o aumento deste acesso em 50%. O aumento do acesso também foi verificado para os indígenas que fazem uso de medicação diária (RP=1,62;IC 95%:1,18–2,21), que têm depressão (RP=1,80;IC 95%:1,19–2,73) e que relataram restrições das suas atividades habituais no último ano (RP=2,60;IC 95%:1,89-3,58) (TAB. 11).

TABELA 11
Modelo ajustado do acesso aos serviços de média e alta complexidade segundo fatores associados, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010* (n=472)

Variáveis	RP	IC 95%	valor p**
Idade			
18 - 29	1,00	-	-
30 -39	0,54	0,36 – 0,80	0,002
40 -49	0,53	0,34 – 0,83	0,006
50 -59	0,47	0,27 – 0,84	0,010
≥ 60	0,86	0,53 – 1,41	0,550
Transferência financeira governo/Bolsa Família			
não	1,00	-	-
sim	1,52	1,06 – 2,19	0,023
Medicação diária			
não	1,00	-	-
sim	1,62	1,19 – 2,21	0,002
Depressão			
não	1,00	-	-
sim	1,80	1,19 – 2,73	0,006
Restrição nas atividades habituais nos últimos 12 meses			
não	1,00	-	-
sim	2,60	1,89 – 3,58	<0,001

Nota: *ajustado para educação e sexo; **p≤0,05

3.3 Utilização dos Serviços de Saúde

3.3.1 Características da utilização dos serviços de saúde

Um terço dos indígenas utilizou os serviços de saúde (158), sendo que a maior parte (75%) procurou os Postos de Saúde dos Pólos de Saúde e o motivo mais assinalado para busca de atendimento foi por estarem apresentando sintomas ou doença (61%). Apenas 8% das pessoas buscaram atendimentos para prevenção e 6% para o controle das doenças crônicas. Ressalta-se que 21% dos moradores não receberam a visita do Agente Indígena de Saúde no último mês (TAB. 12).

Em média os indivíduos gastaram até 30 minutos para chegarem ao local de atendimento, sendo que na maioria das vezes este trajeto foi feito caminhando (45%) ou usando algum veículo (37%), principalmente motocicletas ou transporte da FUNASA. Salienta-se que entre os indígenas que caminharam até o Posto de Saúde, 38% o fizeram por mais de 30 minutos. Para serem atendidas as pessoas, na maioria das vezes, esperaram até 30 minutos e 119 receberam alguma prescrição de medicamento. Destes, mais da metade (82) obteve o medicamento gratuitamente na farmácia do Posto de Saúde, sendo que entre os que

não conseguiram ou conseguiram parcialmente os medicamentos, 26 o compraram na farmácia, enquanto 21 ficaram sem o medicamento necessitado. Para 90% daqueles que utilizaram os serviços, os atendimentos e as consultas recebidos foram avaliados como muito bom ou bom (TAB. 12).

TABELA 12
Características da utilização dos serviços de saúde pela população do estudo, Terra Indígena Xakriabá, 2009 – 2010 (n=472)

Variáveis	n	%
Utilização dos serviços de saúde		
não	314	67
sim	158	33
Visita do Agente Indígena de Saúde		
não	100	21
sim	372	79
Serviços de saúde utilizados ⁿ⁼¹⁵⁸		
Posto Saúde Sede*	118	74,7
Atendimento volante na aldeia **	12	7,6
Posto Saúde Missões	7	4,4
Hospital Manga	6	3,8
Consulta especializada Montes Claros	6	3,8
Outro local	9	5,7
Número vezes procurou-se serviços de saúde ⁿ⁼¹⁵⁸		
uma vez	97	61
mais de uma vez	61	39
Atendidos primeiro local que procuraram ⁿ⁼¹⁵⁸		
não	10	6
sim	148	94
Motivo de procura serviços de saúde ⁿ⁼¹⁵⁸		
sintomas/doença	97	61,4
medicação	13	8,2
controle doença crônica	9	5,7
acidente/lesão	7	4,4
pré-natal	7	4,4
consulta/exame especializado	7	4,4
preventivo/exame de mamas	5	3,2
retorno	5	3,2
outros motivos	8	5,1
Transporte ^{n=152***}		
nenhum	68	45
transporte FUNASA	36	24
motocicleta	20	13
cavalo	14	9
outro veículo	14	9

TABELA 12
Características da utilização dos serviços de saúde pela população do estudo, Terra Xakriabá,
2009 – 2010 (n=472)

Variáveis	n	%
(conclusão)		
Tempo gasto no deslocamento ^{n=152***}		
< = 30 minutos	82	54
31 a 60 minutos	40	26
> 1 hora	30	20
Tempo espera para consulta ^{n=152***}		
< = 30 minutos	71	47
31 a 60 minutos	34	22
> 1 hora	47	31
Receita medicamentosa ⁿ⁼¹⁵⁸		
não	39	25
sim	119	75
Medicamento gratuito ⁿ⁼¹¹⁹		
não	14	12
sim	82	69
em parte	23	19
Medicamento comprado ⁿ⁼³⁷		
não	21	57
sim	16	43
Qualidade do serviço ⁿ⁼¹⁵⁸		
muito bom/bom	142	90
regular	16	10

Nota: *Posto de Saúde localizado na aldeia sede do Pólo de Saúde; **atendimentos e consultas realizadas para a população em um domicílio localizado em uma das aldeias da área do Pólo de Saúde, geralmente o domicílio do Agente Indígena de Saúde; ***houve seis visitas domiciliares.

3.3.1.1 Análise univariada e multivariada dos fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias que antecederam a entrevista

Em geral, os indivíduos classificados como muito pobres (RP=1,48;IC95%;1,08-2,01) utilizaram mais os serviços comparados aos muitíssimo pobres (TAB. 13).

Observou-se que os indivíduos com maiores necessidades de saúde foram os que mais utilizaram os serviços. Essa associação foi evidenciada para o grupo dos indígenas que declararam ter doença crônica (RP=1,85;IC95%;1,44-2,39), principalmente hipertensão arterial, doença de Chagas e depressão, e para aqueles que fazem uso de medicação diária (RP=1,75;IC95%;1,37-2,25). De fato, o estado de saúde regular ou ruim duplicou a prevalência da utilização (RP=1,99;IC95%;1,52-2,60), sendo que este aumento foi ainda maior se o indivíduo declarou ter tido restrição das suas atividades habituais por motivo de

doença (RP=2,47;IC95%;1,94-3,14) ou ter estado acamado (RP=2,57;IC95%;2,06-3,21) (TAB. 14).

TABELA 13

Prevalências e razão de prevalências (RP) da utilização dos serviços de saúde e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%) segundo fatores demográficos e socioeconômicos, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010 (n=472)

Variáveis	Utilização		RP	IC 95%	valor p*
	Não n=314 (%)	Sim n=158(%)			
Índice socioeconômico Banco Mundial					
muitíssimo pobre	271 (86)	128 (81)	1,00	-	-
muito pobre	30 (10)	27 (17)	1,48	1,08 – 2,01	0,013
pobre	13 (4)	3 (2)	0,58	0,21 – 1,64	0,307
Sexo					
masculino	144 (46)	70 (44)	1,00	-	-
feminino	170 (54)	88 (56)	1,04	0,81 – 1,35	0,749
Idade					
18 – 29	94 (30)	39 (25)	1,00	-	-
30 – 39	68 (22)	41 (26)	1,28	0,90 – 1,83	0,173
40 – 49	55 (18)	30 (19)	1,20	0,81 – 1,78	0,353
50 – 59	33 (10)	21 (13)	1,33	0,87 – 2,03	0,194
≥ 60	64 (20)	27 (17)	1,01	0,67 – 1,53	0,955
Educação					
analfabeto	145 (46)	62 (39)	1,00	-	-
1-4 anos	103 (33)	64 (41)	1,28	0,96 – 1,70	0,089
≥ 5 anos	66 (21)	32 (20)	1,09	0,77 – 1,55	0,631

Nota: *p≤0,05

No modelo ajustado para sexo, os indígenas que consideraram seu estado de saúde como regular ou ruim, que relataram doença crônica, restrição de atividades habituais e estiveram acamados foram os que mais utilizaram os serviços de saúde. Vale salientar que após o ajuste, à medida que aumentou o nível educacional, houve uma elevação da prevalência da utilização (TAB. 15).

TABELA 14
Prevalências e razão de prevalências (RP) da utilização dos serviços de saúde e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%) segundo condições de saúde, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010 (n=472)

Variáveis	Utilização		RP	IC 95%	valor p*
	Não n=314 (%)	Sim n=158(%)			
Percepção estado de saúde					
muito bom/bom	197 (63)	59 (37)	1,00	-	-
regular/ruim	117 (37)	99 (63)	1,99	1,52 – 2,60	<0,001
Doença crônica					
não	213 (68)	71 (45)	1,00	-	-
sim	101 (32)	87(55)	1,85	1,44 – 2,39	<0,001
Medicação diária					
não	255 (81)	100 (63)	1,00	-	-
sim	59 (19)	58 (37)	1,75	1,37 – 2,25	<0,001
Lombalgias					
não	286 (91)	136 (86)	1,00	-	-
sim	28 (9)	22 (14)	1,37	0,97 – 1,92	0,075
Hipertensão arterial/diabetes					
não	266 (85)	122 (77)	1,00	-	-
sim	48 (15)	36 (23)	1,36	1,02 – 1,82	0,035
Doença de Chagas					
não	310 (99)	150 (95)	1,00	-	-
sim	4 (1)	8 (5)	2,04	1,34 – 3,12	0,001
Depressão					
não	307 (98)	148 (94)	1,00	-	-
sim	7 (2)	10 (6)	1,81	1,19 – 2,75	0,006
Restrição nas atividades habituais					
não	260 (83)	81 (51)	1,00	-	-
sim	54 (17)	77 (49)	2,47	1,94 - 3,14	<0,001
Acamado					
não	299 (95)	118 (75)	1,00	-	-
sim	15 (5)	40 (25)	2,57	2,06 – 3,21	<0,001

Nota: *p≤0,05

TABELA 15
Modelo ajustado da utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias segundo fatores associados, Terra Indígena Xakriabá, 2009-2010* (n=472)

Variáveis	RP	IC 95%	valor p**
Percepção estado de saúde			
muito bom/bom	1,0		
regular/ruim	1,40	1,16 – 1,97	0,002
Doença crônica			
não	1,00	-	-
sim	1,51	1,16 – 1,92	0,002
Restrição nas atividades habituais			
não	1,00	-	-
sim	1,67	1,20 – 2,32	0,002
Acamado			
não	1,00	-	-
sim	1,44	1,07 – 1,94	0,016
Educação			
analfabeto	1,00	-	-
1-4 anos	1,34	1,04 – 1,74	0,025
≥ 5 anos	1,47	1,04 – 2,08	0,031

Nota: *Ajustado para sexo, **p≤0,05

3.4 Características da não utilização dos Serviços de Saúde nos últimos 30 dias e sugestões de melhorias

Dos 314 indivíduos que não utilizaram os serviços de saúde, 78% disseram que não sentiram necessidade e outros 11% informaram ter se automedicado, na maioria das vezes (8%) com remédios caseiros como chás de raízes e casca árvores. Considerando os problemas relativos ao funcionamento e organização dos serviços, destaca-se a falta de profissionais nos serviços, principalmente médicos, e considerar que os serviços não conseguem resolver as demandas apresentadas, isto é, o descompasso entre a oferta e necessidade de atenção à saúde. Salienta-se que para 3% dos indivíduos a distância entre o domicílio e o local de escolha para o atendimento foi um fator que impediu a utilização. Somam-se a estes, outros 4% que não utilizaram os serviços porque não tinham um meio de transporte (TAB. 16).

TABELA 16

Motivos apresentados pela população do estudo para a não utilização dos serviços de saúde, Terra Indígena Xakriabá, 2009 – 2010 (n=314)

MOTIVOS	n	%
Não houve necessidade	246	78
Automedicação caseira	25	8
Faltam profissionais nos serviços de saúde	13	4
Não tinha transporte para deslocar até o serviço	12	4
Serviços de saúde não atende as demandas	12	4
Serviço distante do domicílio	10	3
Automedicação farmácia	8	3
Outros problemas relacionados com a organização dos serviços	21	7

Na maioria das vezes (24%) as sugestões de melhoria se relacionaram com o aumento do quantitativo de profissionais de saúde, tanto para Postos de Saúde da área indígena quanto para os serviços especializados, e também com a ampliação do acesso às consultas e exames com especialistas (24%). Contudo, solicitou-se ainda o aumento do estoque dos medicamentos e recursos dos Postos de Saúde (17%), como mais exames de rotina e adequação da infra-estrutura física, e a melhoria da organização geral dos serviços de saúde (13%), como por exemplo, aumentar o período de atendimento do Posto de Saúde, redução no

tempo de espera, atender a todos igualmente, aumentar o número de fichas nos Postos, aumentar as visitas domiciliares, entre outros. Apenas 8% dos participantes do estudo não deram sugestões por estarem satisfeitos com os serviços ou não souberam indicar alguma melhoria desejada (TAB. 17).

TABELA 17
Sugestões para melhoria da rede de serviços de saúde apresentadas pela população do estudo,
Terra Indígena Xakriabá, 2009 – 2010 (n=1116)

SUGESTÕES	n	%
Aumentar o quantitativo de profissionais	286	24
Melhorar acesso aos serviços de média e alta complexidade	278	24
Aumentar estoque de medicamentos e outros recursos dos Postos de Saúde	197	17
Organização do serviço	158	13
Melhorar acesso aos serviços de saúde com transporte dentro da área da indígena	70	6
Satisfeito com os serviços de saúde	72	6
Melhorar acesso aos serviços de saúde durante a noite e finais de semana	35	3
Melhorar a atuação do Agente Indígena de Saúde	11	1
Melhorar a qualificação dos profissionais	19	2
Melhorar a participação social na gestão dos serviços	21	2
Não souberam informar	19	2
Total	1166	100

4 DISCUSSÃO

O contexto socioeconômico favorece o maior adoecimento dos indígenas pois, como demonstrado nos resultados, em sua maioria eles vivem em situação de pobreza, em locais de difícil acesso, onde não há saneamento básico e coleta de lixo, com o acesso à rede elétrica limitado. Além disso, apesar do crescimento do número de escolas na TIX e da capacitação dos professores indígenas, ainda não foi possível contabilizar o efeito disto sobre o nível de educação dos Xakriabá. Estudos avaliam que este contexto, característico de várias áreas indígenas, onde predomina a pobreza e também o isolamento geográfico, contribui para uma maior prevalência de morbidades em geral e, portanto, para piores condições de saúde e disparidades no acesso e na utilização dos serviços de saúde (DIEHL, 2001; SANTOS; COIMBRA JR., 2003). Esta associação entre pobreza e piores condições de saúde também é recorrente para várias comunidades étnicas e populações rurais de diversas outras regiões do Brasil e do mundo (GULLIFORD et al., 2004; LADITKA; LADITKA; PROBST, 2009; O'DONNELL, 2007; PROBST et al., 2004; SHAH; GUNRAJ; HUX, 2003; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007; WELLSTOOD; WILSON; EYLES, 2006). Ao lado da situação de vulnerabilidade social e econômica, as diferenças culturais também têm sido apontadas como mais um fator que contribui para o agravamento da situação de saúde, bem como influencia os padrões do acesso e da utilização dos serviços (OLIVER; MOSSIALOS, 2004; SCHEPPERS et al., 2006; SZCZEPURA, 2005). Salienta-se, porém, que estudos com abordagem antropológica apontaram que o contato de alguns povos indígenas com os serviços de saúde permite uma crescente familiaridade destes grupos com os conceitos e as práticas de tratamento propostos pela medicina oficial. Ao mesmo tempo, observou-se o desenvolvimento de um processo de resignificação destes conceitos e práticas alicerçadas no conhecimento científico a partir do contexto social, político, cultural e mítico que orienta os conhecimentos e saberes da cultura de cada povo. De fato, as características e a intensidade deste diálogo interétnico podem influenciar o comportamento de saúde, assim como a percepção e a capacidade dos indivíduos de reconhecerem suas necessidades de saúde (FOLLÉR, 2004; GARNELO; WRIGHT, 2001; HÖKERBERG; DUCHIADE; BARCELLOS, 2001).

Para essas localidades marcadas pela pobreza, tem sido ainda sugerida a priorização de ações intersetoriais que concorram para a melhoria da saúde, atuando sobre as condições de desenvolvimento econômico, de moradia, de educação e do meio ambiente, entre outras. Pontua-se ainda que é importante que se dê visibilidade ao quadro epidemiológico dessas áreas, mapeando as necessidades de saúde as quais subsidiarão o desenvolvimento de novas práticas de atenção à saúde capazes de alterar as condições de saúde e eliminar as possíveis situações de desvantagem no acesso e utilização dos serviços destas populações (PROBST et al. 2004; SANTOS; COIMBRA JR., 2003; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Assim, o desafio na área indígena Xakriabá, e também nas outras áreas indígenas, é a implementação eficaz da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Em linhas gerais esta propõe, por meio da organização dos DSEI, a oferta de serviços de saúde de qualidade, orientada para o desenvolvimento de uma atenção à saúde diferenciada, preocupada com o reconhecimento das especificidades culturais e epidemiológicas de cada etnia, garantindo dessa forma o acesso e utilização dos serviços de saúde com a concomitante mudança nos indicadores de saúde indígena (BRASIL, 2002).

A organização dos serviços nos Pólos de Saúde na área indígena, com a adoção da Estratégia de Saúde da Família, pode ter influenciado positivamente o acesso aos serviços de Atenção Básica com a extensão da cobertura destes serviços, tendo em vista que 79% dos indígenas reportaram ter um serviço de saúde de uso regular em um dos Postos de Saúde localizado na área indígena. Observou-se, ainda, que o percentual de consultas médicas realizadas nos últimos doze meses pelos indígenas (75%) está acima do encontrado para a população brasileira em geral (68%) e para os moradores das áreas rurais (59,5%), segundo os dados da PNAD 2008 (IBGE, 2010). Em relação aos grupos populacionais indígenas, Garnelo e Brandão (2003) encontraram na Coordenação Regional do Amazonas, que inclui sete DSEI (Alto Solimões, Rio Negro, Javari, Parintins, Médio Purús, Médio Solimões e Manaus), percentuais ainda menores de consultas médicas, com uma variação de 0,6% a 54% de cobertura, ao analisar a produção de serviços médicos.

A existência de um serviço de uso regular, que funciona como um local de referência aonde as pessoas vão para resolver as suas necessidades de saúde, figura entre os chamados fatores capacitantes para o acesso, na medida em que, em geral, este serviço torna-se a porta de entrada para o Sistema de Saúde (ANDERSEN, 1995; PINHEIRO et al., 2002). A entrada no Sistema de Saúde pela Atenção Básica é mais adequada, pois estes serviços estão mais próximos dos indivíduos e grande parte das necessidades de saúde pode ser resolvida com

uma atenção efetiva a custos menores e com redução do consumo de procedimentos mais caros e das internações. Por outro lado, uma rede de atenção à saúde eficiente proporciona uma atenção contínua e integral, com os serviços de Atenção Básica se responsabilizando pela coordenação dos fluxos dos usuários para a atenção secundária e terciária, ou de média e alta complexidade (MENDES, 2010; TSAI et al., 2010; VAN STRALEN et al., 2008).

Entretanto, apesar de a maioria reportar ter acesso ao Posto de Saúde, verificou-se que a prevalência das internações na população do estudo foi de 10%, percentual próximo ao encontrado para área rural do Jequitinhonha (11,6%), porém superior aos 7% encontrados para o Brasil, segundo a PNAD 2008 (IBGE, 2010; VIEIRA, 2010). Observou-se ainda que este resultado foi similar à taxa de internação de 10,3 por 100 pessoas encontrada para os Guarani, e inferior à taxa de internação dos Xavante, Mato Grosso (CARDOSO; COIMBRA JR; TAVARES, 2010; LUNARDI; SANTOS; COIMBRA JR, 2007;). Em sua maioria as internações tiveram como motivação o tratamento de sintomas, padrão este que concorda com outros estudos que também identificaram maior prevalência de internações motivadas por necessidades de saúde, isto para os indivíduos mais pobres e que reportaram ter um serviço de saúde de uso regular (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002; CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005; DUTRA, 2009; RIBEIRO et al., 2006; ROOS; MUSTARD, 1997; VEUGELERS; YIP, 2003; VIEIRA, 2010). Entretanto, Roos e Mustard (1997) alegam ainda que os indivíduos mais pobres enfrentam menos barreiras para obter serviços hospitalares no tratamento de quadros agudos ou em situações de emergência, enquanto que para os atendimentos eletivos, como cirurgias, quanto melhor a condição socioeconômica maior a probabilidade do acesso.

Vale dizer que a elevada prevalência de internações entre os indígenas tem sido associada não só com as precárias condições de saúde das populações investigadas, mas também com a insuficiência ou ineficiência dos serviços de Atenção Básica a elas ofertados (CARDOSO; COIMBRA JR; TAVARES, 2010; ESCOBAR et al., 2003; LUNARDI; SANTOS; COIMBRA JR, 2007). De fato, as maiores necessidades de saúde dos grupos populacionais mais pobres explicariam a maior prevalência das internações, porém há evidências de que muitas dessas internações podem ter sido causadas por doenças sensíveis às ações de promoção, prevenção e tratamento propostas na atenção básica (ESCOBAR et al., 2003; GARBINATO et al., 2007). Diante disso, argumenta-se que a magnitude das internações encontradas para os Xakriabá pode ser uma indicação de que algumas destas internações poderiam ser evitadas por ações mais efetivas dos serviços de Atenção Básica.

Corroborar com este argumento a focalização da atenção nos Postos de Saúde da TIX na atenção curativa, tendo em vista o elevado percentual de utilização dos serviços nos últimos 30 dias para o tratamento de sintomas, comparado com a busca por ações preventivas. Salienta-se que apesar de o SUS propor que o modelo de atenção busque efetivar a promoção e a prevenção, as ações de saúde muitas das vezes fixam seu objetivo no atendimento da demanda espontânea por consultas médicas. Isto é preocupante, pois evidências têm demonstrado que mais procedimentos e consultas médicas não estão associados diretamente com a melhoria da qualidade da atenção à saúde e, na maioria das vezes, pode indicar a baixa resolutividade dos atendimentos e consultas realizadas (DIAS-DA COSTA et al., 2008a; GARBINATO et al. 2007; STARFIELD et al., 2009).

Adicionalmente, deve-se pontuar que a cobertura encontrada neste estudo não garante que o acesso aos serviços de saúde na região é equitativo, uma vez que as visitas dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) estão abaixo do nível esperado, pelo menos uma visita mensal a cada domicílio, e encontraram-se diferenças estatisticamente significantes entre os Pólos de Saúde desfavoráveis principalmente para a região de Rancharia. Espera-se que em um serviço de Atenção Básica eficiente haja visitas regulares dos AIS, dado o potencial destas para servir como elo de comunicação e educação entre famílias e o restante da equipe de saúde. Vale salientar que, no caso das comunidades indígenas, o trabalho dos AIS é ainda mais abrangente, pois eles podem se constituir em agentes de transformação para a melhoria das condições de saúde pela construção de canais de intermediação entre as sociedades indígenas e o sistema de saúde (LANGDON et al., 2006; LANGDON; DIEHL, 2007).

Neste sentido, argumenta-se que a Estratégia de Saúde da Família, assim como o modelo de atenção à saúde baseado nas Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI), precisam avançar em sua organização e nas práticas sanitárias para alcançar a solução de outros problemas existentes nos serviços ofertados aos indígenas. Observa-se na área Xakriabá, como já foi descrito para outras áreas indígenas, uma alta rotatividade dos profissionais de saúde, inadequação do trabalho desenvolvido pelos Agentes Indígenas de Saúde e a precariedade do funcionamento do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), o que reduz a capacidade de realizar o planejamento e programação em saúde, considerando a dificuldade para se construir o perfil epidemiológico desta etnia (GARNELO; SAMPAIO, 2003; LANGDON; DIEHL, 2007; SOUZA; SCATENA; SANTOS, 2007). Destaca-se ainda que entre os motivos apresentados para não utilização dos serviços, os indígenas apontaram a ausência do profissional médico, além do

descompasso entre a oferta de atendimentos e as necessidades e demandas apresentadas pelos indivíduos e comunidades, problemas estes que foram também estudados em outras populações (SZCZEPURA, 2005; WELLSTOOD; WILSON; EYLES, 2006).

A necessidade de saúde foi o principal fator associado ao acesso e à utilização dos serviços de saúde. Os indígenas cujas necessidades de saúde foram associadas com a maior prevalência no acesso e na utilização dos serviços foram aqueles que relataram que deixaram de realizar as suas atividades cotidianas por motivo de saúde ou estiveram acamados, auto-avaliaram o estado de saúde como regular ou ruim, informaram ter doença crônica ou fazer uso de medicação diária. Estes achados concordam com outros estudos descritos na literatura, que também identificaram a necessidade de saúde como um fator explicativo para o consumo de serviços de saúde (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005; DUNLOP; COYTE; MCISSAC, 2000; FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009; FINKELSTEIN, 2001; MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; WELLSTOOD; WILSON; EYLES, 2006).

Este resultado pode favorecer a impressão de que aqueles que mais necessitam dos serviços são os que mais procuram e conseguem o atendimento das suas demandas. Entretanto, deve-se ter cautela nesta conclusão, pois há evidências de diferenças sistemáticas na capacidade ou predisposição dos diferentes grupos populacionais em reportarem suas necessidades de saúde (GODDARD; SMITH, 2001). Alguns autores alertam para a associação entre disponibilidade de serviços e indução da demanda por serviços de saúde (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005; STARFIELD et al., 2009; SZWARCOWALD; SOUZA-JUNIOR; DAMACENA, 2010), enquanto outros discutem a focalização da procura pelos serviços de saúde nos momentos de crise, na fase aguda da doença com pouca ênfase nas ações de promoção e prevenção (DIEHL, 2001; DIXON-WOODS et al., 2006). Adicionalmente, há estudos associando este comportamento aos grupos populacionais com piores condições socioeconômicas (DIXON-WOODS et al., 2006, SAWARCOWALD; SOUZA-JUNIOR; DAMACENA, 2010).

Deve-se ainda considerar que a autopercepção de saúde deve ser entendida como um fenômeno social, que vai além de sua fundamentação biológica, pois pode ser explicada pela estrutura social e cultural ou pelos conhecimentos relativos ao processo de saúde e doença de cada indivíduo. Assim, há diferenças entre a percepção de estado de saúde, referida pelas pessoas, e a avaliação das necessidades de saúde a eles atribuídas pelos profissionais de saúde (ANDERSEN, 1995). Particularmente no caso dos indígenas, incorporam-se à discussão as questões relativas ao contexto interétnico, isto é, as influências das relações que ocorrem entre

os índios, a sociedade do entorno e as características do contexto social regional onde se localizam as aldeias. A isto se somam os efeitos do processo de apropriação dos elementos socioculturais, inerentes ao corpo de conhecimento da medicina oficial, com seus respectivos sistemas de significação para os quadros de morbidades (GIL, 2007; LANGDON; DIEHL, 2007). Este complexo conjunto de interações está na base da definição dos comportamentos relacionados às práticas associadas à saúde, à percepção da doença, da sua gravidade e das formas de tratamento. Analogamente, o mesmo processo ocorre com os profissionais de saúde, uma vez que estes também não estão isentos da influência dos seus próprios conhecimentos e crenças sobre o processo de saúde e doença (ANDERSEN, 1995; SCHEPPERS et al., 2006).

Vale dizer que reconhecer-se doente e buscar por tratamento fazem parte de um mesmo processo no qual, na sua complexidade, envolve mecanismos coletivos e individuais de articulações entre as diferentes formas de atenção à saúde a eles disponíveis. Menendez (2003) afirma que as práticas de autoatenção resultam da análise, feita pelo indivíduo, da pluralidade de sistemas terapêuticos a ele disponível. Não só para as etnias indígenas, mas para outras comunidades, observa-se uma negociação que as pessoas fazem considerando os sistemas locais de tratamento das doenças, também ditos tradicionais e o sistema de atenção à saúde hegemônico ou oficial. Isto favorece o surgimento de medicinas híbridas, que refletem a apropriação e reinterpretação dos elementos e práticas da medicina oficial (LANGDON, 2004).

Assim, os resultados mostraram que os Xakriabá utilizam os serviços de saúde e seu sistema de autoatenção, na maioria das vezes se automedicando com remédios caseiros. Paradoxalmente este também foi o principal motivo apresentado para não utilização dos serviços. Explica-se este paradoxo, por um lado, admitindo a eficiência do sistema tradicional de autoatenção. Por outro, pode também ser um sinal das dificuldades de se construir fronteiras permeáveis entre o sistema oficial e as práticas de autoatenção. Cabe esclarecer que, em geral, do ponto de vista dos grupos étnicos, as fronteiras entre os sistemas tradicionais de autoatenção e a medicina oficial são fluídas, isto é, não há uma resistência, mas sim uma predisposição de incorporação dos elementos desta última. Isto pode ser exemplificado pelo fato de que entre as práticas de autoatenção dos Xakriabá está a automedicação com medicamentos farmacêuticos, revelando a apropriação por eles de um dos recursos mais difundidos da medicina oficial, sua tecnologia farmacêutica. Diehl e Rech (2004) discutem o pluralismo farmacêutico presente nas comunidades indígenas que delimita novos significados

para os medicamentos, atribuindo-lhes aspectos culturais que vão além das suas configurações bioquímicas e farmacológicas. A dinâmica do contato interétnico permite os paralelismos entre as duas formas de atenção à saúde, sendo que muitas vezes o consumo de produtos de atenção à saúde fornecidos pelo sistema oficial é uma consequência das condições atuais de vida de muitos grupos indígenas (LANGDON; DIEHL, 2007; GIL, 2007; SCHEPPERS et al., 2006).

Garnelo e Wright (2001) observaram que o uso de remédios industrializados pelos Baniwa, na Amazônia, é uma resposta pragmática aos tratamentos prolongados e restritivos das terapêuticas tradicionais, o que, entretanto, não levou ao abandono das bases míticas que sustentam as representações da doença e as práticas de cura. Diehl (2001) identificou a mesma tendência entre os Kaingang, em Santa Catarina, que aliam o diagnóstico médico e os recursos das práticas de autoatenção para o tratamento das doenças. Esta convivência dos sistemas tradicional e oficial caracteriza o pluralismo terapêutico, que é um aspecto da intermedialidade, onde há uma sobreposição dos conhecimentos médicos de tradições diversas. Porém, com a manutenção dos limites e das diferenças entre estes saberes, tendo em vista que a diversidade da origem de cada conhecimento (FÓLLER, 2004).

Contudo, observa-se que muitas vezes os profissionais de saúde têm dificuldade de identificar o processo de intermedialidade e, frequentemente, o associam ao abandono progressivo dos saberes e práticas tradicionais relacionadas à saúde. De fato, há uma percepção que o contato interétnico leva a uma inevitável perda cultural, uma vez que não há pluralismo terapêutico, mas sim uma oposição entre o chamado sistema tradicional e o oficial. Isso muitas vezes tem acarretado uma dificuldade de relacionamento entre profissionais de saúde e indígenas, levando o afastamento destes últimos dos serviços (FOLLÉR, 2004; HÖKERBERG; DUCHIADE; BARCELLOS, 2001; SZCZEPURA, 2005). Esta visão é percebida no discurso hegemônico da medicina oficial, expresso, por exemplo, na contra-indicação das práticas de autoatenção e na desvalorização dos aspectos espirituais associados às doenças (ERTHAL, 2003; GIL, 2007; SCHEPPERS et al., 2006). Além disso, revela um comportamento que pode constituir-se em uma barreira para se alcançar o princípio da atenção diferenciada presente na Política Nacional de Saúde Indígena, isto é, a valorização dos costumes e das crenças adotados pelos indígenas no cuidado à saúde e a desejável relação de complementaridade entre estes e a medicina oficial (BRASIL, 2002).

Corroborar esta discussão a associação encontrada entre a utilização dos serviços de saúde e a escolaridade, pois de certa maneira os indivíduos mais escolarizados tendem a se

relacionar com mais frequência com ambientes culturalmente distintos, apreendendo os sentidos que são atribuídos aos diversos mecanismos de organização dos serviços oferecidos, facilitando a utilização dos recursos do sistema de saúde. De fato, os indivíduos mais escolarizados conseguem elaborar melhor suas demandas, pois são mais capazes de relatar suas necessidades de saúde ao sistema oficial, não se deixando intimidar facilmente pela estrutura de atendimento deste sistema, sendo mais articulados e conseguindo compreender melhor as informações sobre o funcionamento dos serviços e os tratamentos indicados (DIXON-WOODS et al., 2006; ENSOR; COOPER, 2004).

Em geral, a diferença no acesso e utilização dos serviços associada à renda é compreendida como um indicador da desigualdade social e de seus efeitos sobre a organização e funcionamento dos sistemas de saúde. Estudos têm demonstrado que para as classes sociais menos afluentes há uma maior tendência de existirem barreiras ao acesso aos serviços de saúde, tendo em vista os custos diretos relacionados (DIAS-COSTA, 2008c; GODDARD; SMITH, 2001; MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; TRAVASSOS et al., 2000; WELLSTOOD; WILSON; EYLES, 2006). No presente trabalho, foi observado que o recebimento da Bolsa Família aumentou o acesso aos serviços de média e alta complexidade. Considerando que o SUS prevê cobertura universal, esta associação pode ser explicada em parte pelo custo indireto envolvido no acesso aos serviços, por exemplo, custo com transporte. Wellstood, Wilson e Eyles (2006), avaliam que a supressão dos custos diretos relacionados ao acesso aos serviços, que ocorre nos sistemas de saúde inteiramente públicos, não eliminam as barreiras ao acesso que decorrem dos possíveis custos indiretos, como por exemplo, despesas com deslocamento. De fato, observou-se que para a realização de consultas/exames especializados e a procura por serviços hospitalares é necessário o deslocamento dos indígenas para outros municípios, o que gera despesas, principalmente com alimentação. Contudo, outra justificativa para este resultado pode basear-se no fato de que a melhoria do nível de renda proporcionado pela Bolsa Família, mesmo que moderadas, implicam em um maior contato dos indígenas com os sistemas forâneos, pela maior mobilidade para entrar e sair da área indígena, pela posse de bens, como televisão, e, portanto, possivelmente uma maior tendência para a adoção de práticas de atendimento e cuidado propostas pela medicina oficial.

Focando ainda no acesso aos serviços de Atenção Básica, verificou-se que as mulheres foram as que mais obtiveram acesso em comparação aos homens, o que se assemelha aos resultados descritos em outros estudos (BARROS et al., 2006; CAPILHEIRA; SANTOS,

2006; DIAS-DA-COSTA et al., 2008b; GERRITSEN; DEVILLÉ, 2009; MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; PINHEIRO et al., 2002). Por um lado, este diferencial pode ser explicado pelo perfil de necessidades de saúde das mulheres que, em geral, são alvo dos programas de atenção à saúde em função das demandas associadas ao período reprodutivo. Por outro, as mulheres apresentam maior morbidade referida em relação aos homens, dada a sua maior capacidade em perceber mais rapidamente a presença dos sintomas e sinais das doenças. Além disso, sabe-se que as mulheres, inclusive as indígenas, de acordo com seu papel de gênero, são as principais responsáveis pelo acompanhamento dos familiares ao médico e pelo tratamento das doenças. Como consequência, elas desenvolvem maior familiaridade com o funcionamento do sistema de saúde, explicando a maior prevalência no acesso encontrada para elas (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; DIEHL, 2001; GERRITSEN E DEVILLÉ 2009; PINHEIRO et al., 2002). Ressalta-se que, ao contrário dos achados destes estudos, para alguns grupos étnicos o acesso aos serviços de saúde é restrito por causa de costumes que impedem as mulheres de saírem dos domicílios para agendar consultas e atendimentos de saúde, principalmente quando o profissional de saúde é do sexo masculino (ENSOR; COOPER, 2004). Adicionalmente, em outras situações as barreiras ao acesso foram associadas às responsabilidades familiares atribuídas às mulheres, tais como cuidado com os filhos, cozinhar (WELLSTOOD; WILSON; EYLES, 2006). Vale dizer que o maior acesso aos serviços pelas mulheres deve ser explorado, buscando explicitar as diferenças de gênero, pois não se mensurou em que medida o menor acesso aos serviços pelos homens reflete melhores condições de saúde ou deficiência dos serviços em focalizar a atenção à saúde para as necessidades deles (GÓMEZ, 2002).

Apesar de 24% da população do estudo ter tido acesso aos serviços de média e alta complexidade, a maior proporção de sugestões para a melhoria dos serviços relacionou-se ao aumento do acesso a estes serviços que, na maioria das vezes, é limitado nas áreas rurais como identificado por outros autores, podendo resultar no desnecessário agravamento das condições de saúde dos indivíduos (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007; VEUGELERS; YIP, 2003). Além da restrita disponibilidade de consultas e exames especializados, outra dificuldade identificada relacionou-se com a localização destes serviços em Manga e Montes Claros, o que cria uma dependência do Xakriabá pelo transporte geralmente disponibilizado pela FUNASA. Muitas vezes, eles não conseguiam ir às consultas, pois o transporte ofertado era insuficiente para o tamanho da demanda. Entretanto, os resultados também mostraram que 13% da população de estudo estava aguardando por uma consulta ou exame especializado há

mais de um ano, sendo que este resultado talvez represente o efeito positivo decorrente da reestruturação do fluxo de encaminhamentos para os serviços de média e alta complexidade que ocorreu na área indígena durante os meses da coleta de dados. A reavaliação dos encaminhamentos com revisão dos diagnósticos médicos e estabelecimento de critérios para priorizar necessidades, propiciou uma relativa redução do número de encaminhamentos e reduziu o tempo de espera para alguns tratamentos, como ortopedia. Estas foram medidas tomadas pela FUNASA junto com os profissionais de saúde, que reduziram alguns dos problemas relacionados ao acesso a média e alta complexidade, o que sugere a importância das avaliações periódicas da organização dos serviços com a implementação de ações que reorganize o funcionamento destes.

Na análise dos fatores que se associaram tanto ao acesso aos serviços de consultas e exames especializados quanto às internações, observou-se que além da necessidade de saúde discutida anteriormente, a idade influenciou na magnitude do acesso. O fato do acesso a esses serviços ter reduzido proporcionalmente com o aumento da idade, evidencia não só o efeito das limitações impostas pela distância dos serviços, uma vez que quanto mais idoso maior são as dificuldades de deslocamento do indivíduo, mas também sugere a existência de desigualdades, tendo em vista que associado ao envelhecimento, muitas vezes, está a maior prevalência das doenças crônico-degenerativas (BARROS et al., 2006). Resultados semelhantes aos do presente estudo foi encontrado por Travassos e Viacava (2007) para grupos de idosos moradores de áreas rurais, sendo que neste caso, além das barreiras impostas pelas necessidades de deslocamento até os serviços, a pior situação econômica destes idosos também contribuiu para a redução do acesso.

Avalia-se que neste contexto de pobreza e, muitas vezes, de isolamento geográfico, o suporte social é um fator importante para a superação das barreiras ao acesso quanto para utilização dos serviços. De fato, o acesso aos serviços de Atenção Básica foi associado positivamente à presença do suporte social, normalmente descrito como a ajuda recebida para conseguir alguma forma de transporte e a companhia durante as consultas. Salienta-se que a própria organização das aldeias, grupos familiares morando próximos um dos outros, o ativo sistema de troca de mercadorias e bens entre os indivíduos, os mutirões para o trabalho no roçado e construção de moradias, refletem esta característica da organização social do Povo Xakriabá. Além do apoio mútuo, o suporte social pode auxiliar na redução dos efeitos negativos ligados à baixa escolaridade dos Xakriabá, pois estimula o desenvolvimento da autoconfiança que empodera os indivíduos diante dos serviços de saúde e permite a superação

das relações de poder desiguais usualmente presentes entre usuários e profissionais de saúde, facilitando as negociações necessárias para a obtenção do atendimento desejado (ANDRADE; VAITSMAN, 2002; LEE; AROZULLAH; SHO, 2004). Ao lado do suporte social, observou-se também o efeito da participação em grupos comunitários no acesso aos serviços de Atenção Básica. Destaca-se que além dos grupos comunitários como reuniões de igreja e escolas, os Xakriabá envolvem-se com frequência nas atividades dos Conselhos Locais de Saúde, espaço mais efetivo para monitoramento dos serviços de saúde e para obter melhorias na atenção à saúde. Para os indígenas esta participação permite entender melhor o funcionamento do sistema de saúde, pois os gestores do município e da FUNASA, bem como os profissionais de saúde, são muitas vezes convidados a participar das reuniões do Conselho para esclarecer questões como disponibilidade de transporte para os atendimentos na TIX ou fora desta, problemas na organização dos serviços, falta de profissionais de saúde e problemas no acesso a consultas especializadas, entre outros. Ressalta-se que nos Conselhos os mais velhos retêm o poder de decisão, mas geralmente os mais novos, com maior escolaridade e melhor habilidade de comunicação, encaminham as discussões e realizam as articulações com os gestores.

Grande parte das discussões do Conselho envolve problemas relacionados ao transporte dos usuários dentro e fora da TIX para os atendimentos de saúde, uma vez que não há serviços regulares de transporte público na área indígena fazendo com que os Xakriabá dependam da disponibilidade dos veículos da FUNASA para ir e vir dos atendimentos de saúde. Dessa forma, não surpreende que para o acesso à Atenção Básica a distância foi uma barreira e que entre as justificativas para não utilização dos serviços figurassem não só a distância, mas também a falta de transporte para chegar ao serviço desejado. Salienta-se que a questão da acessibilidade geográfica é um problema relevante para os Xakriabá, pois mesmo possuindo transporte, em alguns locais só se chega caminhando enquanto que outros ficam completamente isolados na época das chuvas. Estes resultados confirmam os achados de outros estudos que identificaram a limitação na acessibilidade geográfica como importante fator que influencia negativamente tanto o acesso quanto a utilização dos serviços (FIELD; BRIGGS, 2001; KUMAR, 2004; LUO, 2004).

Observou-se ainda que as características da utilização foram intrinsecamente ligadas ao acesso, uma vez que aquela é uma dimensão deste. Considera-se que o acesso aos serviços de saúde somente é real se os indivíduos os utilizam efetivamente. O fato do serviço mais utilizado ter sido o Posto de Saúde reforça que a Atenção Básica é a porta de entrada no

sistema de saúde para o Xakriabá. Porém, os atendimentos se concentram no tratamento de sintomas e, em menor proporção, para a busca de medicamentos. Como descrito anteriormente, nos grupos populacionais mais pobres observa-se uma tendência a buscar os serviços somente nas situações agudas, aquelas situações cujo tratamento não pode ser adiado (ROOS; MUSTARD, 1997).

A resolutividade dos serviços pode ser medida indiretamente não só pelo número de consultas realizadas, mas também pelo acesso ao tratamento medicamentoso. O suprimento e a disponibilidade dos medicamentos representam o resultado de um conjunto de ações que também se associa com uma prática assistencial que privilegia as ações curativas, o que, pode-se dizer, não contradiz a realidade da assistência à saúde oferecida a outros grupos populacionais em diferentes contextos sociais (DIEHL, 2001). Destaca-se que 75% dos indígenas saíram com uma prescrição medicamentosa dos consultórios e destes 88% obtiveram gratuitamente ou parcialmente gratuito o medicamento prescrito. O fornecimento de medicamentos parece não representar um problema para os Xakriabá, mas salienta-se que entre as sugestões de melhoria apareceu a solicitação para a ampliação dos estoques de medicamentos. A alta demanda por parte dos indígenas por medicamentos industrializados é descrita na literatura, pois os índios tendem a valorizar o medicamento enquanto um objeto mítico e o seu consumo traz ainda várias dimensões simbólicas. Observa-se inclusive a ligação entre o manejo dos medicamentos pelos AIS e o aumento do prestígio deste na comunidade (DIEHL; RECH, 2004; GARNELO; WRIGHT, 2001).

No quadro geral, os resultados propiciaram a identificação da influência de alguns dos já conhecidos fatores demográficos e socioeconômicos sobre o acesso e a utilização dos serviços. Todavia, destacam-se neste estudo as possíveis relações entre o acesso e a utilização com os aspectos essencialmente culturais que subsidiam o quadro geral da percepção do estado de saúde e também da capacidade de avaliação das necessidades de saúde. Vale dizer que este estudo configura o início de uma discussão, sendo necessários mais dados que deem suporte ou aprofundem as questões aqui desenvolvidas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo alcançou seu objetivo de avaliar o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos índios da etnia Xakriabá e identificar os fatores associados. A pesquisa mostra que o Xakriabá tem um bom nível de acesso aos serviços de saúde, assim como utiliza os mesmos com regularidade. Obteve-se também uma descrição geral de como os diversos fatores relacionados com a atenção à saúde se articulam para que os indígenas tenham acesso e utilizem os serviços de saúde. Os resultados mostraram que as variações no nível do acesso e no perfil da utilização decorrem principalmente das necessidades de saúde dos indígenas entrevistados. Observou-se que a distância entre Posto de Saúde e domicílios contribuiu para a redução do acesso e da utilização, tendo em vista as características da dispersão da população no espaço geográfico e às dificuldades desta para obtenção de transporte para os deslocamentos dentro e fora da área indígena. Além disso, surgiram também dificuldades relacionadas com o acesso e a utilização determinadas pelas diferenças de gênero, a idade e a renda.

No geral, a Estratégia de Saúde da Família, implantada na TIX, contribuiu para a ampliação do acesso a consultas e provavelmente facilitou a consolidação do Posto de Saúde como porta de entrada para o Sistema. Todavia, a predominância da utilização dos serviços para o tratamento de sintomas sugere que a atenção à saúde na área Xakriabá reproduz do modelo assistencial centrado nas ações curativas com menor ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos. Porém, os dados do estudo não permitem identificar se esse padrão de utilização dos serviços reflete a baixa adesão do Xakriabá às atividades de promoção e prevenção ou a oferta deficiente dessas ações pela rede de Atenção Básica da TIX.

A organização de um sistema de transporte TIX é importante, dado o efeito desfavorável do aumento da distância entre os domicílios e os Postos de Saúde sobre o acesso. A maioria dos deslocamentos com veículos entre domicílios e local de atendimento foi realizada pela FUNASA, evidenciando um aspecto da relação de dependência entre os Xakriabá e esta instituição. Esta situação traz alguns problemas, pois dado o número reduzido de veículos da FUNASA, os indígenas veem restrita sua capacidade de se deslocar para utilizar os serviços de saúde dentro e fora da área indígena e, conseqüentemente, têm também

reduzida sua capacidade de escolha do serviço de saúde que melhor atenda às suas necessidades.

Foi também demonstrada evidências do processo de intermedicalidade que ocorre na área indígena Xakriabá, caracterizado pela concomitante utilização do sistema tradicional de saberes e práticas de cura e o sistema médico oficial para o tratamento das doenças com a incorporação de alguns recursos tecnológicos, como medicamentos. A importância deste achado está no fato de que o acesso resulta das interações entre o sistema de saúde, com seus serviços, e os usuários e, se o usuário não consegue compreender o funcionamento deste sistema ou o sistema não entende as necessidades do mesmo, a acessibilidade será reduzida. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas propõe que a saúde indígena seja construída em bases diferenciadas e para isto é necessário o reconhecimento da existência das diferenças culturais na compreensão do processo de saúde e doença, como o aprofundamento da discussão sobre os efeitos entre estas diferenças e o acesso e a utilização dos serviços, com a concomitante educação dos profissionais e gestores para adequação da atenção à saúde prestada na perspectiva da intermedicalidade.

As dificuldades na execução desta pesquisa foram o extenso trabalho de campo que envolveu diversas viagens para a coleta de dados e a superação das barreiras geográficas para o acesso aos domicílios, como estradas de terra em precárias condições de conservação, principalmente na época das chuvas, ou locais acessíveis somente a pé. Além disso, a grande dispersão dos domicílios no território determinou muitos deslocamentos pelas estradas e caminhos, visitando-se poucos domicílios por dia. Um facilitador foi a experiência do grupo de pesquisa com trabalho de campo em área rural. Outro foi o auxílio da Secretaria de Saúde de São João das Missões, que orientou os profissionais de saúde sobre a importância da pesquisa, e a adesão dos profissionais ao projeto, evidenciada pela liberação e instrução dos AIS para auxiliar no estudo. Os Agentes Indígenas de Saneamento também contribuíram, acompanhando a pesquisadora até os domicílios e a apresentando-a aos chefes de família.

Uma importante restrição metodológica do estudo foi avaliar o acesso por meio da variável próxi “utilização dos serviços de saúde nos últimos 12 meses”, uma vez que dados relacionados à organização dos serviços não puderam ser computados de forma sistemática, bem como deve-se avaliar com precaução os resultados que envolveram as variáveis relacionadas às condições de saúde, todas autoreferidas.

A acessibilidade é um processo que envolve a entrada do indivíduo no sistema de saúde e os movimentos de adequação funcional realizados pelos serviços de acordo com as

necessidades da população. Dessa forma, pode-se ainda ampliar o acesso e da utilização dos serviços de saúde na TIX por meio do trabalho junto às equipes de saúde para a compreensão e identificação das características do processo de intermedicalidade o que favorecerá a formação do vínculo. Os serviços também devem estar atentos às necessidades de saúde de grupos específicos como os homens e identificar medidas focais para ampliar o acesso para os indivíduos mais velhos e a utilização por indígenas analfabetos. Adicionalmente recomenda-se o desenvolvimento de propostas de promoção e prevenção baseadas no perfil de morbimortalidade e cultural dos Xakriabá. Para isto, será necessário que se organize as bases de dados epidemiológicas relativas a esta população. Os resultados revelaram a complexidade do estudo do acesso e da utilização dos serviços pelos indígenas e induziram também a reflexões sobre a provisão de assistência médica e de enfermagem para grupos étnicos específicos, a qual deve ser pensada considerando que o comportamento de saúde é um fenômeno híbrido construído em função de um quadro social e cultural específico, o qual deve ser compreendido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, Chicago, v. 9, p. 208-220, 1974.

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, v. 36, p. 1-10, March 1995.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

AL-MANDHARI, A. S.; HASSAN, A. A.; HARAH, D. Association between perceived health status and satisfaction with quality of care: evidence from users of primary health care in Oman. *Family Practice*, v. 21, p. 519-527, 2004.

ALMEIDA, C. et al. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *Int J Health Serv*, v. 30, n. 1, p. 129-62, 2000.

ALMEIDA, R. H. Xakriabá – cultura, história, demandas e planos. *Revistas de Estudos e Pesquisas*, FUNAI, Brasília, v. 3, n. 1/2, p. 9-39, jul./dez. 2006.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, sup. 2, p. 425-431, mar./abr. 2001.

BARATA, R. B. et al. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, sup. 2, p. 305-313, 2007.

BARROS, A. J. D.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*, London, v. 3, p. 1-13, 2003. Disponível em: <www.biomedcentral.com/1471-2288/3/21>. Acesso em: 26/03/2009.

BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 911-926, 2006.

BLAIS, R.; MAÏGA, A., Do ethnic groups use health services like the majority of the population? A study from Quebec, Canada. *Social Science and Medicine*, v. 48, p. 1237-1245, 1999.

BLENDON, R. J. et al. Inequities in health care: a five-country survey. *Health Affairs*, v. 21, n. 1, p. 182-191, May/June 2002.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde em áreas indígenas*. Brasília, DF, 2000. 16 p.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2. ed. Brasília, DF, 2002. 40 p.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Atenção Básica e especializada aos povos indígenas: regulamentação dos incentivos*. Brasília, DF, 2007. 39 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 475 de 1 de setembro de 2008. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 02 set. 2008, n. 139, p.3. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.gov.br>. Acesso em: 28 maio 2011.

BUCHILLET, D. Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (org.) *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro, Contracapa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p. 53-67.

CONFALONIERI, U. E. C. O sistema único de saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 441-450, out./dez. 1989.

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 436-443, 2006.

CARDOSO, A. M.; COIMBRA JR., C. E. A.; TAVARES, F. G. Hospital morbidity among guarani indians in southeastern and southern Brazil. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 1-13, 2010.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 795-811, 2002.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 277-284, 2005.

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

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 2, p. 353-363, fev. 2008a.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Utilização dos serviços ambulatoriais de saúde por mulheres: estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 12, p. 2843-2851, dez. 2008b.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 51-59, dez. 2008c.

DIEHL, E. E. Agravos na saúde Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, sup. 2, p. 439-445, 2001.

DIEHL, E. E. et al. Financiamento e atenção à saúde no distrito sanitário especial indígena interior sul. In: COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (org.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2003, p. 217-234.

DIEHL, E.; RECH, N. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (org.) *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro, Contracapa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p. 149-169.

DIXON-WOODS, M. et al. Conducting a critical interpretative synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, London, v. 6, p. 1-13, 2006. Disponível em: <www.biomedcentral.com/1471-2288/6/35>. Acesso em: 26/03/2009.

DUNLOP, S.; COYTE, P.; MCISSAC, W. Socio-economic status and the utilization of physician services: results from the Canadian national population health survey. *Social Science and Medicine*, v. 51, p. 123-133, 2000.

DUTRA, I. R. *Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária pela população urbana no município de Jequitinhonha, Minas Gerais*. 2009. 122f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

ENSOR, T.; COOPER, S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 19, n. 2, p. 69-79, March 2004.

ERTHAL, R. M. C. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (org.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2003, p. 197-215.

ESCOBAR, A. L. et al. Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia. O Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho (1998-2001). In: COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (org.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2003, p. 127-147.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FIELD, K.S.; BRIGGS, D.J. Socio-economic and locational determinants of accessibility and utilization of primary health-care. *Health and Social Care in the Community*, Oxford, v. 9, n. 5, p. 294-308, 2001.

FINKELSTEIN, M. Do factors other than need determine utilization of physician services in Ontario? *Canadian Medical Association Journal*, v. 165, n. 5, p. 565-570, 2001.

FOLLÉR, M. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (org.) *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro, Contracapa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p. 129-147.

GARBINATO, L. R. et al. Prevalência de internação hospitalar e fatores associados: um estudo de base populacional em um centro urbano no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, sup. 1, p. 217-224, jan. 2007.

GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, sup. 2, p. 273-284, 2001.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 1, p. 311-317, 2003.

GARNELO, L.; BRANDÃO, L. C. Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no estado do Amazonas. In: COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (org.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2003, p. 235-257.

GARNELO, L. *Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise situacional do período de 1990 a 2004*. Documento de trabalho, nº 9, Universidade Federal de Rondônia, Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia, Porto Velho, 2004, 28 p.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, sup. 4, p. 1217-1223, 2005.

GERRITSEN, A. A. M.; DEVILLÉ, W. L. Gender differences in health and health care utilization in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, London, v. 9, p. 1-7, 2009. Disponível em: <[www.biomedcentral.com /1471-2458/9/109](http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/109)>. Acesso em: 12/12/2010.

GIL, L. P. Políticas de Saúde, Pluralidade Terapêutica e Identidade na Amazônia. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 48-60, 2007.

GODDARD, M.; SMITH, P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, v. 53, n. 9, p. 1149-1162, Nov. 2001.

GÓMEZ, E. G. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 11, n. 5-6, p. 1-12, maio/jun. 2002.

GONZÁLEZ, B.; URBANOS, R. M.; ORTEGA, P. Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 18, supl. 1, p. 82-89, 2004.

GULLIFORD, M. C. et al. What does access to health care mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, London, v. 7, n. 3, p. 186-188, 2002.

GULLIFORD, M. C. et al. Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England. *BMC Health Services Research*, London, v. 4, p. 1-8, 2004. Disponível em: <www.biomedcentral.com/1472-6963/4/12>. Acesso em: 26/03/2009.

GWATKIN, D. R. et al. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population in Brazil*. Country reports on HNP (health, nutrition, and population) and poverty, The World Bank, Washington, May 2000, 27 p.

HÖKERBERG, Y. H. M.; DUCHIADE, M. P.; BARCELLOS, C. Organização e qualidade da assistência à saúde dos índios Kaingáng do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, sup. 2, p. 261-272, 2001.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-239, 2000.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. *Applied Logistic Regression*. Wiley, New York, 1989.

IBGE. *Acesso e utilização de serviços de saúde – 2003*. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2005. 169 p.

IBGE. *Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde – 2008*. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2010. 250 p.

KUMAR, N. Changing geographic access to and locational efficiency of health services in two Indian districts between 1981 and 1996. *Social Science & Medicine*, v. 58, n. 10, p. 2045-2067, May 2004.

LADITKA, J. N.; LADITKA, S. B.; PROBST, J. C. Health care access in rural areas: evidence that hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions in the United States may increase with the level of rurality. *Health & Place*, v. 15, n. 3, p. 731-740, 2009. Disponível em: <www.elsevier.com/locate/healthplace>. Acesso em: 31/03/2009.

LANGDON, E. J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (org.) *Saúde dos*

Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro, Contracapa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p. 33-51.

LANGDON, E. J. et al. Participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, dez, 2006.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007.

LASSER, K. E.; HIMMELSTEIN, D. U.; WOOLHANDLER, S. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 96, n. 7, p. 1300-1307, July 2006.

LAW, M. et al. Meeting health need, accessing health care: the role of neighbourhood. *Health & Place*, v. 11, n. 4, p. 367-377, Dec. 2005.

LEE, S. D.; AROZULLAH, A. M.; CHO, Y.I. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine*, v. 58, n. 7, p. 1309-1321, Apr. 2004.

LIU, M. et al. Rural and urban disparity in health services utilization in China. *Medical Care*, v. 45, n. 8, p. 767-773, August 2007.

LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008.

LUNARDI, R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 441-452, 2007.

LUO, W. Using a GIS-based floating catchment method to assess areas with shortage of physicians. *Health & Place*, v. 10, n. 1, p. 1-11, March 2004.

MCGRAIL, M. R.; HUMPHREYS, J. S. The index of rural access: an innovative integrated approach for measuring primary care access. *BMC Health Services Research*, London, v. 9, p. 1-12, 2009. Disponível em: <www.biomedcentral.com/1472-6963/9/124>. Acesso em: 12/12/2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 12/12/2010.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U.; BARROS, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 372-378, June 2003. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 31/03/2009.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

O'DONNELL, O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, sup. 12, p. 2820-2834, dez. 2007.

NIMUENDAJU, C. *Mapa etno-histórico de Curt Nimuendaju*. Ed. fac-similar. Rio de Janeiro, IBGE, 2002. 97 p.

OLIVER, A.; MOSSIALOS, E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal Epidemiology Community Health*, v. 58, p. 655-658, 2004. Disponível em: <jech.bmj.com/cgi/content/full/58/8/655>. Acesso em; 16/07/2008.

PARAISO, M. H. B. *Laudo Antropológico. Identidade Étnica dos Xakriabá*. Ms, 1987.

PEIRIS, D.; BROWN, A.; CASS, A. Addressing inequities in access to quality health care for indigenous people. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, v. 179, n. 10, p. 985-986, Nov. 2008.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, v. 19, n. 2, p. 127-140, Feb. 1981.

PHILIBERT, M. D. et al. Material and social deprivation and health and social services utilization in Québec: a local scale evaluation system. *Social Science & Medicine*, v. 64, n. 8, p. 1651-1664, Apr. 2007.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PROBST, J. C. Et al. Person and place: the compounding effects of race/ethnicity and rurality on health. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 94, n. 10, p. 1695-1701, Oct. 2004.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 1, p. 27-34, 2003.

REIS, D. C. et al. Accessibility to and utilisation of schistosomiasis-related health services in a rural area of state of Minas Gerais, Brazil. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, v. 105, n. 4, p. 587-597, July 2010.

RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

ROOS, N. P.; MUSTARD, C. A. Variation in health and health care use by socioeconomic status in Winnipeg, Canada: does the system work well? Yes and no. *The Milbank Quarterly*, v. 75, n. 1, p. 89-111, 1997.

SANTOS, A. F. M. *Xakriabá: identidade e história – Relatório de Pesquisa*. Série Antropológica, 167, Universidade de Brasília, Brasília, 1994, 31 p.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas do Brasil. In: COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (org.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2003, p. 13-47.

SCHEPPERS, E. et al. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, v. 23, p. 325-348, July 2006.

SCHOEN, C.; DOTY, M. M. Inequities in access to medical care in five countries: findings from 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. *Health Policy*, v. 67, n. 3, p. 309-322, 2004.

SCHWARTZ, T. D. et al. Desigualdades Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

SHAH, B. R.; GUNRAJ, N.; HUX, J. E. Markers of access to and quality of primary care for aboriginal people in Ontario, Canada. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 93, n. 5, p. 798-802, May 2003.

SØRENSEN, T. H.; OLSEN, K. R.; VEDSTED, P. Association between general practice referral rates and patients' socioeconomic status and access to specialised health care: a population-based nationwide study. *Health Policy*, v. 92, p. 180-186, 2009.

SOUZA, M. C. SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, Abr. 2007.

STARFIELD, B. et al. Ambulatory specialist use by nonhospitalized patients in US health plans: correlates and consequences. *J Ambul Care Manage*, v. 32, n. 3, p. 216-225, 2009.

SZCZEPURA, A. Access to health care for ethnic minority populations. *Postgraduate Medical Journal*, v. 81, p. 141-147, 2005. Disponível em: <pmj.bmj.com/content/81/953/141.full>. Acesso em: 18/03/2008.

SZWARCWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; DAMACENA, G. N. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. *BMC Health Services Research*, London, v. 10, p. 1-7, 2010. Disponível em: <www.biomedcentral.com/1472-6963/10/217>. Acesso em: 12/12/2010.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, sup. 2, p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, sup. 10, p. 2490-2502, 2007.

TSAI, J.; SHI, L.; YU, W.; LEBRUN, L. A. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a taiwanese community. *Medical Care*, v. 48, n. 7, p. 628-634, July 2010.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre Atenção Básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. 5148-5158, 2008.

VEUGELERS, P. J.; YIP, A. M. Socioeconomic disparities in health care use: does universal coverage reduce inequalities in health? *Journal Epidemiology Community Health*, v. 57, p. 424-428, 2003. Disponível em: <jech.bmj.com/cgi/content/full/57/6/424>. Acesso em; 16/04/2009.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, jul./set. 2004.

VIEIRA, E. W. R. *Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais*. 2010. 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

WELLSTOOD, K.; WILSON, K.; EYLES, J. Reasonable access to primary care: assessing the role of individual and system characteristics. *Health & Place*, v. 12, n. 2, p. 121-130, June 2006.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2000. *The World Health Report: Health system: improving Performance*. Genebra, 2000. 206p.

WILSON, K.; ROSENBERG, M. W. Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities. *Health Policy*, v. 67, n. 2, p.137-148, 2004. Disponível em: <www.sciencedirect.com>. Acesso em: 26/03/2008.

ZOU, G. A modified Poisson Regression approach to prospective studies with binary data. *American Journal of Epidemiology*, v. 159, n. 7, p. 702-706, 2004.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO ACESSO E UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - POVO

XAKRIABÁ

PARTE I – DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO

IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE
Data da entrevista: ____/____/____
Nome entrevistador: _____
Nº da casa: ____ Aldeia: _____ Pólo: _____
Nome entrevistado: _____ Id FUNAI: _____
Nome da pessoa que a (principal) responsável (chefe) por este domicílio? _____
CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DOMICILIAR
<p>1. Espécie de domicílio?</p> <p>9999 () _____</p> <p>1 () Próprio</p> <p>2 (....) Alugada</p> <p>3 (....) Emprestada</p>
<p>2. Número de Cômodos?</p> <p style="font-size: 2em; margin-left: 20px;">11</p>
<p>3. Qual o material que predomina na construção das paredes externas deste domicílio?</p> <p>9999 () _____</p> <p>1 (....) Taipa revestida</p> <p>2 (....) Taipa não revestida</p> <p>3 (....) Tijolo</p> <p>4 (....) Adobe</p>
<p>4. Qual é o material que predomina no telhado deste domicílio?</p> <p>9999 () _____</p> <p>1 () Telha</p> <p>2 () Amianto</p> <p>3 (....) Palha</p>
<p>5. Tipo de chão?</p> <p>9999 () _____</p> <p>1 () Terra batida</p> <p>2 (....) Cimento</p> <p>3 (....) Madeira</p> <p>4 () Cerâmica</p>

6. A água utilizada neste domicílio é proveniente de:

1. () Canalizada (rio/córrego)
2. () Poço artesiano
3. () Cisterna
4. (...) Chuva
5. (...) Canalizada (nascente/barragem)
6. () Rio
7. () Córrego
8. () Canalizada (poço/artesiano)
9. () Outra (especifique)

7. Dentro deste domicílio há alguma torneira?

0. () Não
1. () Sim

8. Este domicílio possui caixa d'água?

- 9999 () ____
- 0 () Não
 - 1 () Aberta
 - 2 () Fechada

9. Possui banheiro?

- 9999 () _____
- 0 () Não
 - 1 () Dentro
 - 2 () Fora

10. Eliminação de excretas?

- 1 () Mato
- 2 () Fossa
- 3 () Vaso sanitário
- 4 (...) Banheiro coletivo

11. O lixo deste domicílio é:

- 9999 () _____
- 1 () Coletado
 - 2 (...) Queimado enterrado propriedade
 - 3 () Jogado mata peridomicílio
 - 4 (...) Jogado rio, lago
 - 5 (...) Outro destino (Especifique)

12. Qual é a forma de iluminação deste domicílio?

- 9999 () _____
- 1 () Elétrica
 - 2 (...) Óleo, querosene ou gás botijão
 - 3 (...) Outra forma (Especifique) _____

13. Este domicílio possui:

- () Telefone celular
- (...) Telefone fixo

- Rádio
 Televisão
 Geladeira
 MP 3
 Vídeo_VCR
 Som
 DVD
 Liquidificador

14. Este domicílio possui fogão?

9999 _____

- 1 Lenha
2 (...) Gás
3 (...) Ambos

15. Usa qual fogão?

- 1 (...) Lenha
2 (...) Gás

16. Possui filtro d'água?

- 0 Não
1 (...) Sim

17. Possui chuveiro?

9999 _____

- 0 (...) Não
1 Frio
2 (...) Quente

18. Este domicílio possui tanque?

- 0 (...) Não
1 Sim

19. Qual meio de transporte que este domicílio possui?

- Carro
 Bicicleta
 Motocicleta
 Cavalo
 Carro de boi

CARACTERÍSTICAS DOS MORADORES

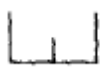
20. Número de moradores no domicílio?

U

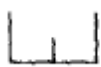
21. Número de pessoas acima de 18 anos?

U

22. Sexo dos moradores acima de 18 anos:



Feminino



Masculino

IDENTIFICAÇÃO GERAL DO ENTREVISTADO

23. Há quanto tempo você reside na Terra Indígena?

9999 () _____

1 () 1 a 6 meses

2 (...) 7 a 12 meses

3 (...) 13 a 24 meses

4 (...) > 24 meses

24. Qual a renda mensal familiar?(sem transferências financeiras)

R\$ _____

25. Vende produtos agrícolas, gado, porco, galinha?

0 (...) Não

1 () Sim

26. Qual o valor arrecadado por ano com a venda de produtos agrícolas, gado, porco, galinha?

R\$ _____

27. Algum parente manda dinheiro?

0 (...) Não

1 () Sim

28. Qual o valor enviado por ano?

R\$ _____

29. Recebe algum auxílio do governo?

0 (...) Não

1 () Sim

30. Qual é o tipo de auxílio?

() Bolsa Escola

() Bolsa Família

() Vale gás

() PET

() Fome zero

() Outro transferência(Especifique)

() Não se aplica

31. Qual o valor do auxílio do governo?

R\$: _____

32. Recebe cesta básica?

0 (...) Não

1 () Sim

CARACTERÍSTICAS GERAIS DE SAÚDE DO ENTREVISTADO

33. De um modo geral, como você considera a sua saúde?

9999 () _____

1 (...) Muito bom

2 (...) Bom

3 (...) Regular

4 (...) Ruim

5 (...) Muito Ruim

34. Você toma algum remédio receitado por médico continuamente?

0 (...) Não

1 () Sim

35. Algum médico ou profissional de saúde já disse que você tem alguma doença crônica? –

0 (...) Não

1 () Sim

36. Algum médico ou profissional de saúde já disse que você tem:

(...) Câncer

(...) Coluna ou costas

(...) Hipertensão Arterial

(...) Insuficiência renal crônica

() Chagas

(...) Tuberculose

(...) Cirrose

(...) Depressão

(...) Diabetes Mellitus

(...) Artrite ou reumatismo

(...) Bronquite ou asma

(...) Doença do coração

() Deficiência física

() Seqüela AVC

(...) Outra doença crônica

() Não se aplica

37. Nos últimos 12 meses quantas vezes você consultou o médico?

Médico

38. Nos últimos 12 meses quantas vezes você consultou o enfermeiro?

Enfermeira

39. Nos últimos 12 meses, VOCÊ DEIXOU de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde?

0 (...) Não

1 () Sim

40. Nos últimos 30 dias VOCÊ DEIXOU de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde?

0 (...) Não

1 () Sim

41. Se sim, QUANTOS DIAS você deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde?

11

42. Qual foi o principal motivo de saúde que impediu você de realizar suas atividades habituais nos últimos 30 dias?

43. Nos últimos 30 dias você esteve acamado?

0 (...) Não

1 () Sim

44-. Se sim, quantos dias você esteve acamado?

11

OBSERVAÇÕES

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO ACESSO E UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE - POVO

XAKRIABÁ

PARTE II – ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE
Data da entrevista: ____/____/____ Nome entrevistador: _____ Nº da casa: ____ Aldeia _____ Pólo: _____ _____ Nome entrevistado: _____ Id _____ FUNAI: _____ Nome da pessoa que a (principal) responsável (chefe) por este domicílio? _____
CARACTERÍSTICAS DO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELO ENTREVISTADO
1. Quando você está doente o que costuma fazer/procurar em primeiro lugar 0 () 9999 1 (....) Automedicar remédio caseiro 2 (....) Automedicar remédio farmácia 3 () Benzedor 4 (....) Agente Saúde Indígena 5 () Solicitar visita domiciliar 6 (....) Posto de Saúde 7 () Posto de Saúde Missões 8 (....) Posto de Saúde Manga 9 (....) Posto de Saúde Itacarambi 10 (....) Ambulatório Manga 11 (....) Ambulatório Montes Claros 12 (....) Ambulatório Itacarambi 13 (....) Farmácia mais próxima 14 (....) Familiares ou parentes 15 (....) Outra coisa (Especificar) _____
2. Você já recebeu ajuda de parentes, vizinho e/ou conhecido que facilitou o acesso e/ou a utilização dos serviços de saúde? (....) Nunca recebeu ajuda (....) Ajuda identificação serviço (....) Ajuda pagando tratamento (....) Ajuda arrumando transporte (....) Ajuda com acompanhante () Ajuda pagando hospedagem (....) Ajuda hospedando) (....) Ajuda tomando conta dos filhos (....) Outro tipo de ajuda (Especificar) _____
3. Nos últimos doze meses você utilizou a algum Posto de Saúde da Terra Indígena para fazer

algum exame ou realizar tratamento de saúde?

0 () Não

1 () Sim

4. Nos últimos doze meses, quantas vezes você teve acesso ao algum Posto de Saúde da Terra Indígena?

0 () 9999

1 (....) Nenhuma vez

2 (....) 2 - 4

3 () 5 - 8

4 (....) 9 - 12

5 () > 12

5. Você fez alguma consulta com especialista ou exame especializado último ano (pelo menos 1 dos dois)?

0 () Não

1 () Sim

6. Quantos exames ou consultas especializadas você fez no último ano (pelo menos um dos dois)?

□□

7. Você esteve internado nos últimos doze meses (pelo menos 1 noite de hospitalização)?

0 () Não

1 () Sim

8. Nos últimos doze meses, quantas vezes você esteve internado?

□□

9. Qual o principal atendimento de saúde que recebeu quando você esteve internado pela última vez nos últimos 12 meses?

9999 () _____

1 () Tratamento clínico

2 () Parto normal

3 () Parto cesáreo

4 () Cirurgia

5 () Tratamento psiquiátrico

6 () Exames ou check up

99 () Não se aplica

10. Nos últimos 30 dias, você procurou algum atendimento de saúde:

0 () Não

1 () Sim

11. Para este atendimento, quais serviços de saúde você procurou?

(...) Posto de Saúde SEDE

(...) Posto de Saúde ALDEIA (atendimento volante)

(...) Posto de Saúde Missões

(...) Pronto Atendimento - Hospital Privado

(...) Pronto Atendimento - Hospital Manga

- (...) Pronto Atendimento - Hospital Itacarambi
- (...) Pronto Atendimento - Hospital Janaúba
- (...) Pronto Atendimento - Hospital MOC
- (...) Consulta especialista MOC
- (...) Consulta especialista Manga
- (...) Consulta especialista Janaúba
- () Consulta especialista privado
- (...) Laboratório Privado
- (...) Laboratório Sede
- (...) Laboratório Missões
- (...) Laboratório Manga
- (...) Laboratório Itacarambi
- (...) Laboratório MOC
- (...) Farmácia local para compra de medicamentos
- (...) Farmácia outro município para compra de medicamentos
- () Não se aplica
- () Outro local (Especifique) _____

12. Quais os motivos de procura por serviços de saúde nos últimos 30 dias?

- (...) Sintoma/doença
- (...) Acidente/lesão
- (...) Retorno
- (...) Vacinação
- (...) Controle doença crônica
- (...) Preventivo e exame mamas
- (...) Grupo educativo
- (...) Pré-natal
- (...) Atestado de saúde
- (...) Parto
- (...) Medicação
- (...) Reabilitação
- (...) Exames e consultas especializados
- (...) Não se aplica
- (...) Outro motivo (Especifique)

13. Qual foi o principal motivo pelo qual você procurou o serviço de saúde nos últimos trinta dias?

9999 () _____

- 1 (...) Sintoma/doença
- 2 (...) Acidente/lesão
- 3 () Retorno
- 4 (...) Vacinação
- 5 () Controle doença crônica
- 6 (...) Preventivo e exame de mamas
- 7 () Grupo educativo
- 8 (...) Pré-natal
- 9 (...) Atestado de saúde
- 10 (...) Parto
- 11 (...) Medicação
- 12 (...) Reabilitação

13 (...) Exames e consultas especializadas

99 () Não se aplica

(...) Outro motivo (Especifique)

14. Nos últimos trinta dias, quantas vezes você procurou o serviço de saúde por este mesmo motivo?

3

15. Onde procurou o PRIMEIRO atendimento por este mesmo motivo nos últimos 30 dias?

9999 () _____

1. (...) Posto de Saúde SEDE

2. (...) Posto de Saúde ALDEIA (atendimento volante)

3. (...) Posto de Saúde Missões

4. (...) Pronto Atendimento - Hospital Privado

5. (...) Pronto Atendimento - Hospital Manga

6. (...) Pronto Atendimento - Hospital Itacarambi

7. (...) Pronto Atendimento - Hospital Janaúba

8. (...) Pronto Atendimento - Hospital MOC

9. (...) Consulta especialista MOC

10. (...) Consulta especialista Manga

11. (...) Consulta especialista Janaúba

12 () Consulta especialista privado

13. (...) Laboratório Privado

14. (...) Laboratório Sede

15. (...) Laboratório Missões

16. (...) Laboratório Manga

17. (...) Laboratório Itacarambi

18. (...) Laboratório MOC

19. (...) Farmácia local para comprar medicamentos

20. (...) Farmácia outro município para comprar medicamentos

99 () Não se aplica

16. Nessa primeira vez que procurou o serviço de saúde nos últimos trinta dias você foi atendido?

0 (...) Não

1 () Sim

99 () Não se aplica

17. Se NÃO foi atendido, por qual motivo isso aconteceu?

9999() _____

1 () Não conseguiu vaga/senha

2 () Profissional não estava atendendo

3 () Não tinha o serviço procurado

4 () Serviço ou equipamento não estava funcionando

5 () Não podia pagar

6 () Filas grandes

7 () Esperou muito e desistiu

8 () Falta de medicamento na farmácia

9 () Local procurado fechado

10 () Equipe não cordial

11 () Greve no serviço

99 () Não se aplica

18. Onde você procurou o último atendimento de saúde por este mesmo motivo nos últimos trinta dias?

9999 () _____

1. (...) Posto de Saúde SEDE

2. (...) Posto de Saúde ALDEIA (atendimento volante)

3. (...) Posto de Saúde Missões

4. (...) Pronto Atendimento - Hospital Privado

5. (...) Pronto Atendimento - Hospital Manga

6. (...) Pronto Atendimento - Hospital Itacarambi

7. (...) Pronto Atendimento - Hospital Janaúba

8. (...) Pronto Atendimento - Hospital MOC

9. (...) Consulta especialista MOC

10. (...) Consulta especialista Manga

11. (...) Consulta especialista Janaúba

12 () Consulta especialista privado

13. (...) Laboratório Privado

14. (...) Laboratório Sede

15. (...) Laboratório Missões

16. (...) Laboratório Manga

17. (...) Laboratório Itacarambi

18. (...) Laboratório MOC

19. (...) Farmácia local para comprar medicamentos

20. (...) Farmácia outro município para comprar medicamentos

99 () Não se aplica

19. Nessa última vez que procurou o serviço de saúde nos últimos trinta dias você foi atendido?

0 () Não

1 () Sim

99 () Não se aplica

20. Se NÃO foi atendido, por qual motivo isso aconteceu?

9999 () _____

1 () Não conseguiu vaga/senha

2 () Profissional não estava atendendo

3 () Não tinha o serviço procurado

4 () Serviço ou equipamento não estava funcionando

5 () Não podia pagar

6 () Filas grandes

7 () Esperou muito e desistiu

8 () Falta de medicamento na farmácia

9 () Local procurado fechado

10 () Equipe não cordial

11 () Greve no serviço

99 () Não se aplica

21. Quanto tempo você aguardou para ser atendido?

9999 () _____

- 1 () Menos de 30 minutos
- 2 () De 31 minutos a 60 minutos
- 3 () De 1 hora a 1 hora e 59 minutos
- 4 () De 2 horas a 3 horas
- 5 () Mais de 3 horas
- 99 () Não se aplica

22. Por que escolheu esse serviço de saúde?

- 1. (...) Indicação
- 2. (...) Decisão própria
- 3. (...) Conhecidos no serviço
- 4. (...) Proximidade de casa
- 5. (...) Rapidez no atendimento
- 6. (...) Cadastrado no serviço
- 7. (...) Encaminhamento médico/enfermeiro Posto de Saúde
- 99 () Não se aplica

23. Pagou pelo atendimento?

- 0 (...) Não
- 1 () Sim
- 99 () Não se aplica

24. Qual o valor pago pelo atendimento?

R\$: _____

25. Nesse atendimento foi receitado algum medicamento?

- 0 (...) Não
- 1 () Sim
- 99 () Não se aplica

26. Se SIM, recebeu o (s) medicamento (s) gratuitamente, exceto amostra grátis?

- 0 (...) Não
- 1 () Sim
- 2 (...) Em parte
- 99 () Não se aplica

27. Se NÃO, OU EM PARTE, você comprou o (s) medicamento (s)?

- 0 (...) Não
- 1 () Sim
- 99 () Não se aplica

28. Quanto pagou pelo medicamento comprado?

R\$: _____

29. Nessa ultima vez que procurou o serviço de saúde nos últimos trinta dias, qual a forma de transporte utilizado para se deslocar até o serviço?

- 9999 () _____
- 1 () Motocicleta
- 2 () Bicicleta
- 3 () Veículo particular

- 4 () Ônibus
- 5 () Táxi
- 6 () Carona / transporte escolar
- 7 () Ambulância
- 8 () Transporte FUNASA
- 9 () Transporte Município
- 10 () A pé
- 11 () Cavalo ou Jegue
- 12 () Carro de boi
- 99 () Não se aplica

30. Quanto tempo você demorou para chegar ao local de atendimento?

- 9999 () _____
- 1 () Menos de 30 minutos
 - 2 () De 31 minutos a 60 minutos
 - 3 () De 1 hora a 1 hora e 59 minutos
 - 4 () De 2 horas a 3 horas
 - 5 () Mais de 3 horas
 - 99 () Não se aplica

31. Você teve algum tipo de gasto com esse deslocamento?

- 0 (...) Não
- 1 () Sim
- 99 () Não se aplica

32. Se SIM, qual o valor do gasto com esse deslocamento?

R\$: _____

33. Considera que o atendimento recebido no serviço de saúde foi?

- 9999 () _____
- 1 () Muito bom
 - 2 () Bom
 - 3 () Regular
 - 4 () Ruim
 - 5 () Muito ruim
 - 99 () Não se aplica

34. Nos últimos 30 dias, por qual motivo NÃO procurou o serviço de saúde?

- () Não houve necessidade
- () Distância geográfica
- () Não tinha transporte
- () Horário incompatível
- () Médico demora a chegar no local
- () Atendimento demorado
- () Profissionais não cordiais
- () Falta de profissionais
- () Serviço fechado
- () Greve no serviço de saúde
- () Filas grandes
- () Serviço não compatível com suas necessidades

- Não tinha companhia
- Não tinha vaga na Casa do Índio
- Não tinha vaga para consulta com especialista
- Não tinha vaga para exames especializados
- Equipamento quebrado
- Auto medicação
- Medicação caseira
- Não se aplica
- Outros (Especificar)

35. Nos últimos 30 dias, você recebeu visita domiciliar do Agente de Saúde Indígena ou de outro profissional?

0 (...) Não

1 Sim

36. Você está aguardando por consulta com especialista ou exame especializado?

0 (...) Não

1 Sim

37. Qual o motivo do encaminhamento para a realização de consulta com especialista ou exame especializado? _____

38. Há quanto tempo está aguardando por esta consulta com especialista ou exame especializado? _____

39. Por que você acha que esta consulta com especialista ou exame especializado está demorando? _____

40. Quais os pontos importantes que os gestores municipais poderiam considerar para melhorar o serviço público de saúde?

Ter mais médicos no Posto de Saúde

Ter mais médicos no hospital

Ter mais enfermeiros no Posto de Saúde

Ter mais enfermeiros no Hospital

Ter mais AIS

Ter laboratório no Posto de Saúde aldeia

(...) Prefeitura oferecer transporte para realização de consultas especializadas e exame de alto custo

FUNASA oferecer transporte para realização de consultas especializadas e exame de alto custo

Médico morar na Terra Indígena

Tempo de atendimento do Posto de Saúde ser ampliado

Diminuir tempo de espera para atendimento no Posto de Saúde

Diminuir tempo de espera para exames de alto custo e consultas com especialistas

Ampliar fornecimento de medicamentos

Ampliar a cota de exames laboratoriais

Ampliar vagas na Casa do Índio

Profissionais de saúde serem mais cordiais

Postos de saúde estarem mais próximos de casa

Aumentar as visitas domiciliares

- Melhorias na infra-estrutura do Posto de Saúde ou hospital
- Melhorias na distribuição de recursos da saúde
- Satisfeito com o serviço de saúde, não há melhora a ser feita
- Não sabe
- (...) Outro (Especifique) _____

41. Se você fosse convidado para participar de reuniões comunitárias para acompanhar melhorias nos serviços de saúde, você gostaria de participar?

- 0 (...) Não
- 1 Sim
- 2 Já participo

OBSERVAÇÕES

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia
CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Tel.: 3248-9860 FAX.: 3248-9859 E-mail: *demi@enf.ufmg.br*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISADORA COORDENADORA: Dra. Andréa Gazzinelli Correa de Oliveira

PESQUISADORA: Livia de Souza Pancrácio de Errico

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal de Minas Gerais

TÍTULO DA PESQUISA: Avaliação do Acesso a Serviços de Saúde pela População da Etnia Xakriabá, Norte de Minas Gerais

APRESENTAÇÃO

Sou pesquisadora da Universidade Federal de Minas Gerais e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa em colaboração com outros pesquisadores da minha Instituição sobre o Acesso aos Serviços de Saúde nesta comunidade. Os serviços de saúde devem oferecer assistência à saúde dos indivíduos de acordo com as necessidades destes. Entretanto vários problemas interferem negativamente na acessibilidade das pessoas aos serviços de saúde, dificultando a marcação de consultas, exames e recebimento de remédios, por exemplo. Estamos convidando as pessoas desta comunidade a participar deste projeto nos informando ou esclarecendo sobre quais são as facilidades e/ou os problemas enfrentados por elas para conseguir acesso ao Centro de Saúde. Se necessário, antes de decidir sobre a participação da sua comunidade, nós poderemos aguardar até que você consulte as lideranças, membros dos Conselhos de Saúde da Terra Indígena ou outras pessoas que achar necessário.

POR QUE ESTE ESTUDO ESTA SENDO FEITO?

Este estudo foi elaborado como resposta ao **Edital MS/FUNASA - MS/SCTIE/Decit – OPAS**, de setembro de 2007. Este Edital tem como objetivo apoiar atividades de pesquisa mediante o aporte de recursos financeiros a projetos que visem avaliar o Subsistema de Saúde Indígena, com ênfase nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, assim como, a articulação com a rede de referência do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de prevenir, minimizar ou sanar agravos à saúde, contribuindo para a melhoria das condições de saúde e vida das populações indígenas. Assim, este estudo pretende avaliar o acesso, a qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde oferecidos a esta comunidade, isto é, à Terra Indígena Xakriabá. Ele é importante, pois com o resultado da avaliação do serviço poderá gerar informações capazes de ajudar os gestores do município e da FUNASA a melhorar os serviços, contribuindo para a revisão das políticas atuais de saúde Indígena, bem como, para a formulação de novas. Este estudo será desenvolvido no período de dois anos, a contar da data da liberação de recursos.

COMO ESTE ESTUDO SERÁ FEITO?

O estudo terá duas etapas. Na primeira etapa exploratória convidaremos algumas pessoas da comunidade para participar de uma atividade de grupo chamada “GRUPO FOCAL” onde elas serão estimuladas a conversar sobre a percepção delas da organização dos serviços de saúde que são oferecidos aos índios moradores da Terra Indígena. Estas informações serão importantes para subsidiar as questões do questionário que será aplicado na segunda etapa da pesquisa. Na segunda etapa selecionaremos um novo grupo de pessoas moradoras das diferentes aldeias que compõem a Terra Indígena (amostra), estas pessoas serão cadastradas na pesquisa, recebendo um número identificador. Nós iremos fazer visitas domiciliares onde, uma pessoa da família, com idade acima de 18 (dezoito anos), responderá um questionário sobre como é o acesso ao Centro de Saúde, para que ou quando usa o Centro de Saúde, quais são as facilidades e dificuldades para este acesso, como é o atendimento quando precisa fazer exames fora da Terra Indígena, quanto tempo tem que esperar por ele. Estaremos perguntando também sobre a sua idade, estado civil, educação, trabalho, renda, número de filhos, doenças anteriores, uso de medicação. Ela poderá ser convidada a dar as mesmas informações sobre os demais membros da família. Nos Centros de Saúde e nas visitas as aldeias dos profissionais

de saúde, faremos observação da organização dos atendimentos e consultas, não observaremos as consultas individuais. Obteremos outras informações sobre a organização da atenção à saúde pela consulta e estudo de documentos, legislação, bases de dados de financiamento, entrevista com os gestores do Município, DSEI-Minas Gerais/Espírito Santo.

QUAIS SÃO OS DIREITOS DOS PARTICIPANTES DESTE ESTUDO?

A participação nesta pesquisa é voluntária, isto é, participa os que desejarem. Independente da escolha de participar ou não, os serviços oferecidos pelo Centro de Saúde continuarão sem alterações. Durante o desenvolvimento da pesquisa, as pessoas que mudarem sua opinião com relação ao envolvimento na pesquisa, poderão interromper a participação quando desejarem.

COMO SERÁ GARANTIDO O ANONIMATO DOS PARTICIPANTES?

Todas as informações obtidas são confidenciais e só serão fornecidas em casos exigidos por lei. Cada pessoa que participar da pesquisa terá um número de identificação ao invés do nome. As informações serão mantidas guardadas e serão usadas somente pelos pesquisadores. A FUNAI e os membros do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG poderão verificar, sempre que conveniente, os dados provenientes das entrevistas para assegurar que o trabalho esta sendo desenvolvido com qualidade.

QUAIS SERÃO OS GASTOS COM ESTA PESQUISA?

Todos os participantes da pesquisa não pagarão ou receberão por sua participação.

EM CASO DE DÚVIDA A QUEM PROCURAR?

Se a qualquer momento precisar de outras informações ou tiver dúvidas sobre as informações oferecidas entre em contato com a Dra. Andréa Gazzinelli ou com Livia de Souza Pancrácio de Errico na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, em Belo Horizonte, pelos telefones (xx)(31) 3409-9863, 9870, 9860. Nesta comunidade os contatos podem ser feitos na Secretaria Municipal de Saúde. Caso seja necessário você pode solicitar a cópia do Projeto de Pesquisa.

CERTIFICAÇÃO DO CONSENTIMENTO

A Nação Xakriabá foi convidada a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DO ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO DA ETNIA XAKRIABÁ, NORTE DE MINAS GERAIS”. Nós compreendemos que a pesquisa envolverá várias formas de coleta de dados. Fomos informados sobre os objetivos da pesquisa, de que não há risco em participar dela, que não receberemos nenhum dinheiro pela nossa participação, que a participação é voluntária (se quiser), que poderemos sair da pesquisa quando desejar, que nossas informações serão segredo e serão usadas somente para esta pesquisa, que não seremos identificados, que nossa participação não acarretará nenhuma consequência ao acesso que temos atualmente aos serviços de saúde. Finalmente, entendemos que este termo de consentimento não torna desnecessário o termo de consentimento individual.

Se você concorda que a Nação Xakriabá pode participar desta pesquisa, por favor assine abaixo

ASSINATURA

DATA

Eu confirmo que testemunhei a leitura deste termo de consentimento para este possível participante, e confirmo que ele teve oportunidade de esclarecer suas dúvidas sobre o estudo. Eu confirmo que esta pessoa deu seu consentimento livremente.

NOME DA TESTEMUNHA: _____

ASSINATURA: _____ Data: _____

Eu confirmo que testemunhei a leitura deste termo de consentimento para este possível participante, e confirmo que ele teve oportunidade de esclarecer suas dúvidas sobre o estudo. Eu confirmo que esta pessoa deu seu consentimento livremente.

NOME DA TESTEMUNHA: _____

ASSINATURA: _____ Data: _____

Endereço de contato da pesquisadora: Avenida Alfredo Balena 190; Santa Efigênia CEP: 30130-100 Belo Horizonte – MG Tel(31)3409-9860 **Endereço de contato do Comitê de Ética em Pesquisa na Universidade Federal de Minas (COEP-UFMG):** Av. Presidente Antônio Carlos 6627 Prédio da Unidade Administrativa II – 2º andar Campus Pampulha CEP: 31270-901 Belo Horizonte –MG Tel: (031) 3409-4592.

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 617/07

Interessado(a): Profa. Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira
Depto. Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 24 de março de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação do acesso aos serviços de saúde pela população da etnia Xacriabá, norte de Minas Gerais**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O projeto será encaminhado, com o devido parecer, à CONEP, para avaliação final. O pesquisador deverá aguardar esta aprovação final para iniciar a pesquisa.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Cont: Parecer CONEP 414/2008

utilizados métodos quantitativos e qualitativos para análise e sistematização dos dados coletados. Todos os procedimentos encontram-se descritos em detalhes.

Local de realização da pesquisa:

A pesquisa será realizada na reserva indígena Xekriaba, localizada na área rural do município de São João das Missões, norte de Minas Gerais, na região do alto médio São Francisco, Distrito Sanitário Indígena Minas Gerais/Espírito Santo. O município possui em torno de 10.473 habitantes, sendo que 4.211 se auto-declararam indígenas no Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2000.

Apresentação do protocolo:

O projeto encontra-se bem estruturado e fundamentado. Tem relevância social, à medida que busca contribuir na melhoria do acesso e qualidade dos serviços de saúde e na resolutividade dos mesmos.

A Folha de Rosto está preenchida e assinada devidamente.

O cronograma da pesquisa prevê uma duração de dois anos de atividades, com início previsto após recebida a aprovação CONEP e FUNAI.

O orçamento estima uma despesa no valor de R\$ 49.980,00 (quarenta e nove mil, novecentos e oitenta reais) financiado pelo Edital MS/FUNASA - MS/SCTIE/Deceit - OPAS/2007.

Encontram-se anexados ao projeto: currículo da pesquisadora; o parecer final de aprovação do CEP; o documento de respostas das diligências do parecer inicial do CEP; cópia da declaração expedida pelo Secretário Municipal de Saúde de São João das Missões - MG, onde consta sua anuência para a participação dos servidores (profissionais de saúde) na pesquisa.

O projeto prevê a aplicação de três Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos - TCLEs, um destinado aos sujeitos de pesquisa que participarão do IP, outro para os participantes dos grupos focais e um terceiro será obtido dos profissionais que deverão ter o desempenho de suas atividades observadas. Todos estão escritos em linguagem simples e clara na forma de questão e resposta que contemplam as informações essenciais sobre a pesquisa e estão de acordo com exigências éticas previstas nas Resoluções CNS 196/1996 e 304/2000.

Os riscos do estudo podem ser considerados mínimos, pois o projeto não prevê atividades de intervenção física, social ou ambiental, estando explicitamente assegurado respeito às especificidades culturais da população envolvida.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta - se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Projeto aprovado

Brasília, 24 de junho de 2008.


Gysélie Saggi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS

ANEXO C

Autorização para ingresso em Terra Indígena



Fundação Nacional do Índio
Coordenação-Geral de Estudos e Pesquisas
SEPS 702/902, bloco A, sala 102, Brasília – DF CEP70390-025
TELEFAX (61) 3321-0613/ 3313-3606 E-mail: cgep@funai.gov.br

Ofício nº *183* /CGEP/08


Brasília, *02* de julho de 2008.



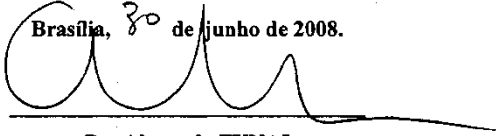
À Senhora
Profa. Lívya de Souza Pancrácio de Errico
UFMG – Escola de Enfermagem
Depto. de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Av. Alfredo Balena, 190
30130-100 Belo Horizonte - MG

Assunto: ingresso em terra indígena (Proc. nº.0741/08)

1. Cumprimentando-a, estamos encaminhando o original da Autorização para Ingresso em Terra Indígena nº. *75* /CGEP/08 (em anexo), concedida à Vossa Senhoria, para ingressar na TI Xakriabá, com o objetivo de desenvolver o projeto de doutorado intitulado “Avaliação do Acesso a Serviços de Saúde pela População da Etnia Xakriabá, Norte de Minas Gerais”, sob a orientação da Profa. Dra. Andréa Gazzinelli Correa de Oliveira.

Atenciosamente,


Cláudio dos Santo Romero
Coordenador-Geral de Estudos e Pesquisas

 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO		
AUTORIZAÇÃO PARA INGRESSO EM TERRA INDÍGENA		Nº: 75 /CGEP/08
IDENTIFICAÇÃO		
Nome: Lívia de Souza Pancrácio de Errico		Processo: n°.0741/08
Nacionalidade: brasileira	Identidade: RG n°.4345964 SSP MG	
Instituição/Entidade: UFMG – Escola de Enfermagem		
Patrocinador: Edital MS/FUNASA-MS/SCTIE/Decit - OPAS/2007		
OBJETIVO DO INGRESSO		
Desenvolver o seu projeto de doutorado intitulado “Avaliação do Acesso a Serviços de Saúde pela População da Etnia Xakriabá, Norte de Minas Gerais”, sob a orientação da Profa. Andréa Gazzinelli Correa de Oliveira.		
EQUIPE DE TRABALHO		
Nome	Nacionalidade	Identidade
Andréa Gazzinelli Correa de Oliveira*****brasileira*****RG n°.M693266 SSP MG ***** *****		
Terra Indígena: Xakriabá		Etnia: Xakriabá
Administração Regional: Governador Valadares		Posto Indígena: Xakriabá
VIGÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO		
Início: 01 de julho de 2008		Término: 01 de julho de 2010
OBSERVAÇÕES		
* Remeter à Funai/CGEP duas cópias da monografia, relatórios, artigos, gravações, fotos e outras produções oriundas do trabalho realizado. * Esta autorização não inclui cessão de uso de imagem e som de voz dos índios, nem acesso a conhecimentos tradicionais associados a biodiversidade.		
Autorizo: <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  Presidente da FUNAI Márcio Augusto Freitas de Moura <small>Presidente da Funai</small> </div>		