

Assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde de Teresina à população indígena do Maranhão, 2011: um estudo descritivo*

doi: 10.5123/S1679-49742016000100013

Healthcare provided to Indigenous people from the Northeast Brazilian state of Maranhão by the Unified Health System in Teresina-PI in 2011: a descriptive study

Marize Melo dos Santos¹

Kyria Javanne Clímaco Cruz¹

Larissa Carvalho Ribeiro de Sá¹

Carulina Cardoso Batista¹

Edna Maria Guedes Aguiar²

Apolonia Maria Tavares Nogueira¹

¹Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências da Saúde, Teresina-PI, Brasil

²Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão, Casa de Atenção à Saúde do Índio, Teresina-PI, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever o acesso aos serviços de saúde pelos índios das etnias Kanela e Guajajara e sua satisfação com a assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). **Métodos:** estudo descritivo sobre amostra não probabilística de indígenas do município de Barra do Corda, estado do Maranhão, assistidos em Teresina, estado do Piauí, Brasil, em 2011; foi utilizado um questionário sobre os serviços de saúde utilizados com frequência, e as formas, facilidades e dificuldades no acesso a esses serviços. **Resultados:** responderam ao formulário 67 chefes de família; destes, 48 utilizaram hospital e 43 referiram satisfação com os serviços; entre aqueles que utilizaram internações hospitalares, 17 consideraram a alimentação oferecida no hospital diferente dos costumes ou ruim, e 28 não dormiram conforme o hábito em suas aldeias. **Conclusão:** o acesso aos serviços do SUS foi facilitado pelos profissionais e a maioria sentiu-se satisfeita com o atendimento recebido.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Avaliação do Acesso e da Qualidade da Assistência à Saúde; Índios Sul-Americanos; Sistema Único de Saúde; Epidemiologia Descritiva.

Abstract

Objective: to describe access to health services by Indians of Kanela and Guajajara ethnic groups and their satisfaction with care provided by the Unified Health System (SUS). **Methods:** a descriptive study of a non-probabilistic sample of Indigenous people living in Barra do Corda, State of Maranhão, receiving SUS healthcare in Teresina, State of Piauí, Brazil, in 2011; a questionnaire was administered on frequently used health services, forms of access and ease or difficulty in accessing them. **Results:** 67 heads of family replied; 48 of them had used hospitals and 43 were satisfied with the services; among those admitted to hospital, 17 considered the meals offered there different to their customs or bad and 28 did not sleep as they traditionally did in their villages. **Conclusion:** access to SUS was facilitated by health professionals and the majority were satisfied with the care received.

Key words: Health Service Accessibility; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Indians, South American; Unified Health System; Epidemiology, Descriptive.

* O estudo contou com o financiamento do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (2010) (PPSUS) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (Fapepi), fruto de parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (Sesapi), Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (CNPq/MCTI).

Endereço para correspondência:

Marize Melo dos Santos – Av. Senador Area Leão, no 2600/202, São Cristóvão, Teresina-PI, Brasil. CEP: 64049-110
E-mail: marizesantos@ufpi.edu.br

Introdução

A população indígena brasileira, composta por 305 povos, equivale a 896 mil indivíduos falando mais de 274 idiomas,¹ distribuídos entre 683 terras indígenas. ‘Terra indígena’, segundo a Legislação brasileira, consiste na terra tradicionalmente ocupada por povo indígena. Os grupos indígenas do estado do Maranhão são os Awá-Guajá, Guajajara, Kanela, Krikati e Timbira, com uma população urbana de 6.911 e rural de 28.361, totalizando 35.272 índios.² Entre os povos indígenas, os Guajaras representam um dos mais numerosos do Brasil, habitando 11 terras indígenas localizadas na faixa oriental da Amazônia, todas no Maranhão.³

São povos com diferentes maneiras de organização e, por conseguinte, distintas representações do processo saúde-doença e das intervenções terapêuticas. Como resultado dessa diversidade, a saúde indígena encontra-se respaldada em concepções dos próprios índios, diferentemente da saúde indigenista, constituída de ações direcionadas aos índios segundo conhecimentos científicos ocidentais.^{4,5}

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) articulados ao SUS, pauta-se nos conceitos de saúde e doença próprios dos povos indígenas.

Outro aspecto importante, relativo a essa diferenciação, diz respeito ao conceito de cura: enquanto a saúde indigenista define cura como ‘ausência de sintomas de doenças’, o significado de cura para os indígenas envolve o ‘restabelecimento do bem-estar’, o qual, nos casos de doenças graves, implica a restauração das relações ameaçadas pela doença, mais além da eliminação da doença em si.⁶

A saúde indigenista adquiriu relevância na Saúde Pública brasileira com a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em 1999, e a instituição da Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999,⁷ medidas cuja finalidade comum é garantir aos povos indígenas o acesso integral à saúde, acorde com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e o atendimento diferenciado de forma a respeitar a diversidade de cada povo.⁴ Na prática, contudo, observam-se

dificuldades técnico-operacionais de adequação dessas medidas às especificidades culturais dos diversos grupos étnicos, a exemplo do atendimento oferecido pela rede de referência e contra-referência do SUS.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) articulados ao SUS, pauta-se nos conceitos de saúde e doença próprios dos povos indígenas, e nos aspectos intersetoriais de seus determinantes. Cada DSEI dispõe de rede de saúde dentro de seu território e funciona de forma integrada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente e vinculados à rede do SUS. Por conseguinte, essa rede prevê a existência de unidades básicas de saúde nas aldeias ou em polos-base, como porta de entrada do sistema de saúde.²

O perfil epidemiológico dos povos indígenas é marcado por taxas elevadas de morbimortalidade – principalmente decorrentes de doenças infecciosas e parasitárias –,⁸ inclusive superiores às da população branca, mesmo quando ambas convivem nas mesmas regiões.⁹ Em suas aldeias, os índios são amparados por equipes de saúde e, nos casos dos atendimentos de média e alta complexidade, podem contar com o serviço de apoio prestado pelas Casas de Atenção à Saúde do Índio (Casai).⁴

As Casai foram instituídas para abrigar pacientes indígenas durante tratamento na rede pública de saúde. Durante sua estadia, os índios recebem acompanhamento de enfermeiros, psicólogos e nutricionistas, entre outros profissionais, além de medicamentos, alimentação e transporte até à unidade de saúde onde é prestado o tratamento. Em 2013, o país contava com 66 Casai.¹⁰

Considerando-se que as condições de saúde dos povos indígenas são pouco conhecidas e que os estudos realizados com esse contingente pouco abordam sobre seu acesso aos serviços de saúde e a forma de assistência prestada, sobretudo no tocante à diversidade sociocultural, propôs-se a realização deste estudo, visando contribuir com o Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS), na perspectiva de subsidiar os órgãos responsáveis pela redefinição de prioridades nas políticas públicas dirigidas à população indígena.

O presente estudo objetivou descrever o acesso aos serviços de saúde pelos índios das etnias Kanela e Guajajara e sua satisfação sobre a assistência prestada pelo SUS.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo, com população constituída por índios Kanela e Guajajara, advindos de Barra do Corda, município do Maranhão, assistidos pela Casa de Atenção à Saúde do Índio – Casai – de Teresina, capital do estado do Piauí, hospedados nessa unidade de saúde durante o período de fevereiro a dezembro de 2011.

A localização das regiões indígenas do Maranhão e o espaço geográfico entre Teresina-PI e Barra do Corda-MA são apresentados, respectivamente, pelas Figuras 1 e 2. A distância média aproximada entre essas cidades é de 300 km.

A Casai de Teresina, enquanto instituição pública que assiste aos indígenas das etnias avaliadas neste estudo, é vinculada ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão (DSEI-MA) e foi instituída como resposta a reivindicações por atendimento médico de índios de Barra do Corda.¹¹

Portanto, cabe observar que a Casai/Piauí atende etnias de outros estados, embora sua cobertura seja bastante maior, proporcionalmente, entre os povos provenientes do Maranhão devido à proximidade entre ambos estados e à preferência dos índios maranhenses pelos serviços de saúde oferecidos no Piauí. A instituição recebe, em média, 35 famílias indígenas das etnias Kanela e Guajajara a cada mês.¹¹

Devido à rotatividade mensal das famílias na Casai/Piauí, optou-se por um desenho amostral que considerasse o número total de famílias hospedadas semanalmente – visando incluir todas as famílias – no ano de 2011. Geralmente, as famílias retornam, em média, duas ou três vezes no semestre, quando necessitam de assistência médica. No período da pesquisa, a Casai recebeu 326 famílias indígenas, com uma média de 33 famílias/mês, das quais 13 são “famílias viajantes”, ou seja, permanecem na Casai por apenas uma ou duas semanas até a finalização do tratamento. No primeiro mês, 33 famílias foram incluídas no estudo, e nos meses subsequentes, 117 novas famílias, resultando em um número total de 150 famílias a serem avaliadas.

Para a coleta de dados, foi elaborado um formulário específico para o estudo. O termo ‘acesso’ foi utilizado neste estudo como sinônimo de ingresso ao sistema de atenção à saúde, considerando-se suas várias dimensões: disponibilidade (tipo de serviço ofertado e sua relação com as necessidades dos índios); ace-

sibilidade (adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e a Casai); acolhimento (forma como os serviços estão organizados para receber a população indígena); capacidade de compra (pagamento ou não pelos serviços prestados); e aceitabilidade (satisfação da população indígena com os serviços oferecidos).¹²

As variáveis do estudo foram relacionadas à assistência à saúde: tipo de serviço de saúde utilizado; frequência das consultas; formas de acessibilidade ao serviço de saúde; facilidade no acesso ao serviço de saúde; tipo de dificuldade e de facilidade de acesso; e condições de internação.

Para avaliação do atendimento e aceitabilidade da hospitalização, foram incluídas questões sobre o tipo de hospital (média e/ou alta complexidade), satisfação com os serviços recebidos (muito bom, bom ou ruim), alimentação e forma de dormir de acordo com os hábitos culturais ou costumes nas aldeias.

O formulário foi estruturado pelos pesquisadores e experimentado em um teste-piloto com índios presentes na Casai/Piauí, por alunos do curso de Nutrição integrantes do Programa de Iniciação Científica Voluntária da Universidade Federal do Piauí, em 2009. Durante o ano de 2010, o mesmo formulário foi ajustado e finalizado para aplicação em 2011.

Durante a pesquisa, o formulário foi aplicado uma vez por semana, junto aos chefes de família que responderam às questões uma única vez, referindo-se à assistência prestada pelo SUS ao próprio chefe ou a qualquer membro de sua família presente no momento da pesquisa. Essa escolha ocorreu em função de o chefe ser o responsável pelo acompanhamento do indígena em tratamento ou, certamente, no caso de ser ele próprio a buscar atendimento médico, além de ter maior habilidade na compreensão da língua portuguesa. As entrevistas, com duração média de 15 minutos, foram realizadas nas instalações da Casai/Piauí, por bolsistas do Programa de Iniciação Científica do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Piauí, previamente treinados e supervisionados pela equipe de pesquisadores e por nutricionista da Casai.

Os dados foram inseridos no programa Microsoft Office Excel 2007®, sendo os formulários conferidos e confrontados por duas equipes encarregadas da alimentação do banco de dados. As informações geradas foram interpretadas e analisadas à luz da literatura científica relativa à saúde indígena, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Antes do início da pesquisa, a coordenadora da Casai/Piauí visitou as comunidades indígenas de Barra do Corda, com a finalidade de expor aos representantes de cada etnia os objetivos da pesquisa e obter sua assinatura no Termo de Anuência. O mesmo procedimento foi realizado antes do início das entrevistas, pela coordenadora da pesquisa e nutricionista da Casai/Piauí, com todos os índios presentes, para obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, aqueles que aceitaram participar da pesquisa foram cadastrados no livro de protocolo.

Entre as estratégias para contornar as limitações do estudo, foram tomadas medidas no sentido de reduzir a proporção de perdas, a exemplo da (i) participação dos profissionais da Casai/Piauí, no sentido de facilitar o diálogo e a compreensão mútua entre a equipe de pesquisadores e os índios, e (ii) a condução mais informal e descontraída possível da entrevista.

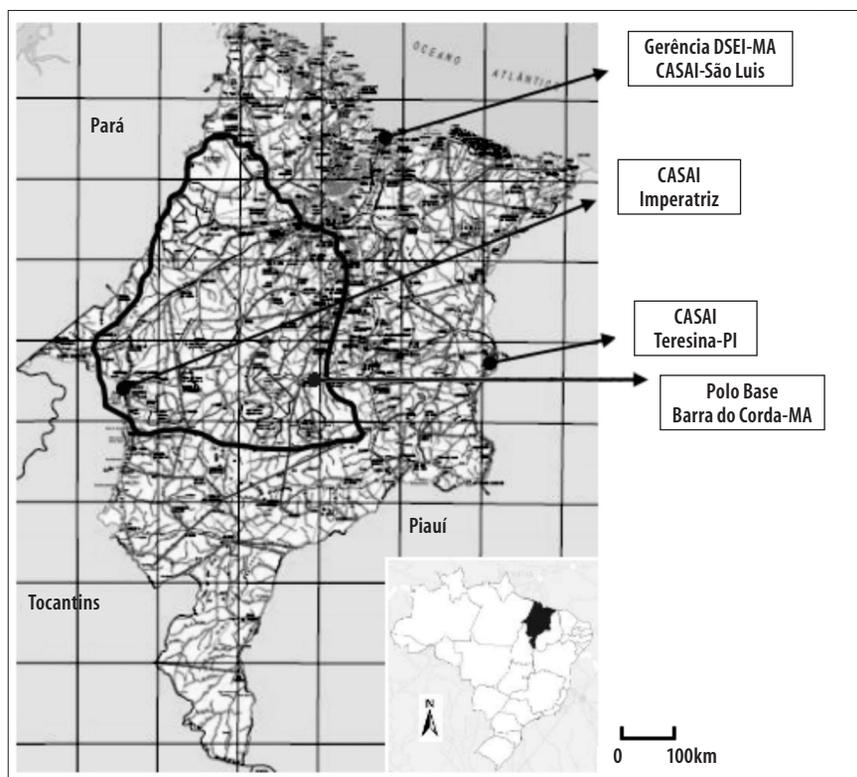
O estudo obteve autorização das instituições envolvidas, Casai/Piauí e Casai/Maranhão, respeitando-se

as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde-Área de Povos Indígenas (Resolução do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde: MS/CNS nº 304, de 9 de agosto de 2000¹³) e as diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução MS/CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012¹⁴). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Piauí e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sob o nº 0048/2010, em 12 de julho de 2010.

Resultados

Foram entrevistados 67 representantes de famílias, correspondendo a 44,7% dos indígenas das etnias Kanela e Guajajara vindos do município de Barra do Corda-MA e assistidos pela Casai em Teresina.

No que se refere à assistência à saúde, 48 chefes indígenas referiram que hospital é a unidade de saúde mais utilizada por eles ou por suas famílias, e 15 famí-



Fonte: Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (<http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/RELATORIO-DE-GESTAO-MA-2007.pdf>).

Figura 1 – Localização do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e organização dos serviços do Sistema Único de Saúde destinados à população indígena no estado do Maranhão, relativamente à Casa de Atenção à Saúde do Índio (Casai) do Piauí, 2011



Fonte: Google Maps

Figura 2 – Mapa da distância a ser percorrida entre o município de Barra do Corda, estado do Maranhão, e o município de Teresina, estado do Piauí, 2011

lias necessitaram de serviços de saúde de regularidade mensal. Ainda sobre a frequência das consultas, é importante mencionar que 28 chefes ou seus familiares foram incluídos na categoria ‘Raramente’, relacionada à situação de urgência e emergência. Neste caso, eram referenciados pelo Polo-Base de Barra do Corda, o qual fazia o contato direto com a Casai/Piauí para garantir o atendimento pela rede de saúde de Teresina.

Em relação aos indígenas internados no período (n=48), 13 deles utilizaram hospitais de média e alta complexidade e quase a totalidade não pagou pelo serviço de internação (n=38). Durante a internação, 43 chefes de família ficaram satisfeitos com o serviço recebido, sendo que 18 consideraram esse serviço bom e 25 muito bom. (Tabela 1).

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, 61 chefes de família indígenas relataram que eles próprios ou seus familiares foram conduzidos por médico ou profissional da Casai/Piauí, sendo este fator declarado por 11 chefes como o principal motivo facilitador do acesso ao hospital. Entretanto, 31 chefes referiram dificuldades para esse acesso, sendo que 12 deles afirmaram ser a distância o principal fator (Tabela 2).

Sobre as condições de hospitalização, 17 entre 48 chefes de família relataram que, durante a internação, eles ou seus familiares consideraram a alimentação oferecida no hospital diferente da de seu costume ou avaliaram-na como ruim. Além disso, 28 deles relataram que não dormiram no hospital conforme

o hábito em suas aldeias; 16 destes referiram dormir em cadeiras ou camas (Tabela 3).

Discussão

Entre os índios das etnias Kanela e Guajajara de Barra do Corda, os serviços hospitalares foram os mais utilizados. O encaminhamento dos chefes indígenas ou seus familiares aos serviços de saúde foi realizado, majoritariamente, por médicos ou profissionais da Casai/Piauí. Predominaram internações em serviços de média e alta complexidade, cuja assistência prestada foi considerada de boa qualidade por esses indígenas. Constatou-se o deslocamento dos índios de seu estado de origem, o Maranhão, em busca de atendimento em saúde mais complexo no estado do Piauí, na capital Teresina.

A condução aos serviços de saúde por profissionais da Casai/Piauí facilitou o atendimento da população indígena pelo SUS, atenuando as dificuldades de acessibilidade dos serviços, decorrentes da distância entre a aldeia, situada no Maranhão, e Teresina. Sobre esse aspecto, ressalta-se, a expressão ‘acesso aos serviços de saúde’ diz respeito à possibilidade de utilização desses serviços conforme a necessidade da população.¹⁵ Resultado semelhante foi encontrado pelo estudo de Ribas e colaboradores,¹⁶ segundo o qual a unidade de saúde mais próxima dos índios situava-se à distância aproximada de 30 km, percorridos sobre estrada sem pavimentação e em transporte coletivo – disponível apenas no período diurno –, para atender

Tabela 1 – Serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) utilizados, periodicidade das consultas, condições de internação e satisfação referida pelos índios das etnias Kanela e Guajajara de Barra do Corda, Maranhão, assistidos pela Casa de Atenção à Saúde do Índio (Casai) do Piauí, 2011

Serviços do SUS utilizados	N
Unidade de saúde utilizada (n=67)	
Unidade básica de saúde	5
Posto de saúde	7
Hospital	48
Outro	4
Não informou	3
Frequência das consultas (n=67)	
Mensal	15
Bimestral	7
Trimestral	10
Semestral	6
Raramente (situação de urgência e emergência)	28
Não informou	1
Tipo de hospital (n=48)	
Não lembra	6
Hospital de baixa complexidade	7
Hospital de média e alta complexidade	13
Não informou	22
Pagamento pelo serviço de internação (n=48)	
Sim	7
Não	38
Não informou	3
Satisfação com os serviços recebidos (n=48)	
Muito bom	25
Bom	18
Ruim	1
Não informou	4

Tabela 2 – Acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) pelos índios das etnias Kanela e Guajajara de Barra do Corda, Maranhão, assistidos pela Casa de Atenção à Saúde do Índio (Casai) do Piauí, 2011

Acesso aos serviços do SUS	N
Forma de acesso ao serviço de saúde (n=67)	
Por médico/profissional da Casai/Piauí	61
Por conta própria	2
Por pessoa conhecida	2
Outro	2
Facilidade de acesso ao serviço de saúde (n=67)	
Sim	33
Não	31
Não informou	3
Dificuldade de acesso ao serviço de saúde (n=31)	
Distância	12
Não conhece a cidade de Teresina	6
Falta de assistência	4
Não informou	9
Condições de acesso ao serviço de saúde (n=33)	
Percurso fácil	3
Já conhece a cidade de Teresina	3
Acompanhado pelo profissional da Casai/Piauí	11
Não informou	16

Tabela 3 – Condições de hospitalização pelo Sistema Único de Saúde (SUS) conforme a cultura dos índios das etnias Kanela e Guajajara de Barra do Corda, Maranhão, assistidos pela Casa de Atenção à Saúde do Índio (Casai) do Piauí, 2011

Condições de hospitalização pelo SUS	N
Alimentação servida (n=48)	
Alimentos diferentes do habitual nas aldeias	11
Sabor ruim	6
Não serviram alimentação	2
Não informou	29
Dormiu conforme o hábito nas aldeias (n=48)	
Sim	13
Não	28
Não informou	7
Acomodação para dormir (n=48)	
Em cadeira	7
Em cama	9
Não informou	32

usuários de três aldeias, situações que dificultaram o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Quando se trata de serviços especializados, a dificuldade de acesso pode ser ainda maior, chegando a representar um entrave à integralidade da atenção à saúde enquanto princípio do próprio SUS.¹⁷ Municípios menores, em geral, não oferecem esse tipo de atendimento, provocando o deslocamento dos usuários residentes nessas localidades até centros de referência com disponibilidade de serviços de maior complexidade. Nesse sentido, os atendimentos de média e alta complexidade utilizados pelos indígenas das etnias Kanela e Guajajara, alvo deste estudo, envolvem procedimentos de alta tecnologia e custo elevado, além de profissionais especializados no apoio diagnóstico e no tratamento dessas populações, conforme dispõe a Casai de Teresina.

A literatura tem revelado o grau de incorporação de hábitos sociais e alimentares urbano-ocidentais pelos indígenas, favorecendo o surgimento entre esses povos de doenças como hipertensão arterial, diabetes e câncer, entre outros. Trata-se de agravos à saúde que requerem cuidado especializado, com o qual poderiam ser reduzidos mediante ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das próprias terras-aldeias indígenas.¹⁸

O estudo concluiu que abordagem sociocultural da saúde foi pouco priorizada no ambiente hospitalar analisado. A alimentação e as condições de pernoite oferecidas aos indígenas divergiam de seus hábitos nas aldeias: por exemplo, alguns chefes indígenas se referiram aos alimentos servidos na Casai/Piauí como diferentes do costume indígena, de 'sabor ruim', quando sua alimentação original consiste, principalmente, de farinha de mandioca, feijão, milho, inhame, carnes de porco e peixes;⁹ também é de sua cultura tradicional dormir em redes ou esteiras, feitas de palha, agrupados em espaços coletivos. Conforme Scopel,¹⁹ a subsistência da comunidade indígena depende essencialmente da caça, pesca e agricultura. Percebe-se, segundo esta pesquisa, que a comunidade indígena mantém sua cultura, modos próprios de dormir e se alimentar, particularmente a etnia Kanela. Essas características, associadas ao despreparo da equipe de saúde do hospital no sentido de prestar o cuidado esperado, respeitando a diversidade cultural e as necessidades dessa população, podem interferir no processo de atenção e, consequentemente, no impacto à saúde do indivíduo atendido.

A atenção específica aos indígenas necessita de ações socioculturalmente adaptadas, seja no que se refere ao modo de vida das aldeias, seja no ambiente hospitalar

e seus diversos níveis de complexidade da assistência à saúde. Os profissionais envolvidos não compreendem, na prática de seu cotidiano de trabalho, o conceito implicado nessa atenção. Outrossim, os hospitais não se apresentam adequados aos hábitos indígenas, impondo dificuldades à operacionalização da atenção específica desejada.^{20,21}

Nesse sentido, vale mencionar alguns impedimentos encontrados na assistência prestada pelos enfermeiros, a exemplo da falta de treinamento para lidar com as particularidades dessa população, dificuldade de comunicação pela diferença de idioma entre os interlocutores, barreiras geográficas, aceitação do serviço profissional por parte dos índios e, particularmente, a identificação de condições de trabalho insatisfatórias.²²

Pôde-se verificar, durante as visitas à Casai/Piauí, a preocupação dos profissionais com os hábitos culturais alimentares e de dormir dos indígenas das etnias Kanela e Guajajara. Em 2005, a Casai/Piauí promoveu oficinas de intercâmbio em saúde e nutrição entre os povos indígenas de Barra do Corda e representantes da rede de saúde de Teresina, na perspectiva de definir ações prioritárias e possíveis parceiros nos diferentes níveis de atuação, de forma a melhor atender as especificidades desses povos, possibilitando o conhecimento da equipe de saúde sobre a realidade indígena *in loco*. Como resultado da iniciativa, os profissionais de saúde passaram a dedicar maior respeito e cuidado com a cultura, hábitos alimentares e modos de vida em geral, dos indígenas atendidos pela Casai/Piauí.⁹

Hayd e cols.,²³ ao avaliarem as condições de saúde dos povos indígenas de Roraima, verificaram, a despeito do progresso nos cuidados prestados pela mesma Casai, a persistência de problemas referentes aos recursos humanos da Saúde: morosidade e baixa qualificação técnica do atendimento pelo SUS, além da inadaptação do sistema no sentido de proporcionar uma assistência diferenciada a esses povos. Os autores sugeriram que a Casai poderia melhorar seu desempenho mediante a qualificação das equipes multidisciplinares e a aquisição de equipamentos, estabelecendo – segundo as exigências de sua população-alvo específica – uma independência bem-vinda da rede SUS.

É importante chamar a atenção para a necessidade de ações específicas e diferenciadas com o objetivo de garantir equidade e humanização no atendimento direcionado aos indígenas,²⁴ na esperança de reduzir as desigualdades existentes entre os indicadores de saúde da população indígena e os da população geral do país.

Algumas dificuldades foram enfrentadas para a consecução deste trabalho, como (i) a compreensão da língua e seus dialetos pelos entrevistadores e (ii) a resistência dos indígenas para participar da entrevista, especialmente entre os índios da etnia Kanela, o que contribuiu para o reduzido número de entrevistados. A proporção de perdas superior a 50% foi a principal limitação encontrada, possivelmente resultando em viés de seleção, não sendo possível afirmar que os resultados obtidos do relato dos participantes sejam extensivos a toda a população-alvo. Contudo, essas dificuldades foram ao menos atenuadas graças ao apoio dos profissionais da Casai/Piauí, auxiliando os indígenas a compreender a importância da pesquisa e obtendo sua aquiescência em responder às perguntas formuladas, além de facilitar a aproximação e o diálogo entre eles e a equipe de pesquisadores.

Conclui-se, a partir dos dados apresentados, que a Casai/Piauí recebeu índios em busca de atendimento de média e alta complexidade em saúde pelo SUS. O acesso a esses serviços foi facilitado pelos profissionais da Casai. Não obstante, a distância dos serviços de saúde disponibilizados pela Casa de Atenção à Saúde do Índio do Piauí foi vista como uma dificuldade para esse acesso, segundo a maioria dos chefes de famílias indígenas. Praticamente todos os entrevistados consideraram a assistência hospitalar prestada pelo SUS de Teresina-PI como boa e muito boa, embora tenham observado diferenças no atendimento prestado pela Casai/Piauí quando comparado aos costumes tradicionais das aldeias, especialmente no que se refere à alimentação e hábitos de dormir de suas aldeias.

Os resultados do presente trabalho apontam para a necessidade da realização de novos estudos, fundados sobre desenhos metodológicos mais rigorosos sobre o atendimento à população indígena, nos diversos âmbitos da assistência do Sistema Único de Saúde. Sobretudo,

recomenda-se investigações focadas na disponibilidade de serviços de atenção primária à saúde – pouco referidos –, à acessibilidade, acolhimento e aceitabilidade. Estudos capazes de contribuir, de forma significativa, para o conhecimento científico da saúde do indígena brasileiro.

Agradecimentos

À FAPEPI/SESAPI/MS/CNPq pelo apoio financeiro à realização da pesquisa.

Aos profissionais da CASAI pela colaboração e facilitação do acesso dos pesquisadores durante a realização da pesquisa.

Aos indígenas que participaram do estudo e prestaram as informações necessárias à compreensão da situação da assistência prestada pelo SUS às suas famílias.

Contribuição das autoras

Santos MM participou da concepção e delineamento do estudo e da revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito.

Cruz KJC participou da análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito.

Aguiar EMG participou da interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito.

Sá LCR e Batista CC participaram da análise e interpretação dos dados e da redação do manuscrito.

Nogueira AMT participou da revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito.

Todas as autoras aprovaram a versão final do manuscrito e declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: resultados preliminares da amostra. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
2. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Cruz KR, Coelho EMB. A saúde indigenista e os desafios da particip(ação) indígena. *Saude Soc.* 2012 mai;21supl.1:185-98.
4. Grupioni LDB, Vidal LB, Fischmann R, organizadores. Povos indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2001.
5. Brasil. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o

- Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, (DF), 1999 set 24; Seção 1:1
6. Escobar AL, Rodrigues AF, Alves CLM, Orellana JDY, Santos RV, Coimbra Junior CEA. Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia: o distrito sanitário especial indígena de Porto Velho (1998-2001). In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 127-47.
 7. Lorenzo CFG. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. Rev Bioet. 2011; 19(2):329-42.
 8. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição- Brasília: Ministério da Saúde. 2002. 40 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf
 9. Aguiar EMG. Etnia Guajajara/Maranhão: a cultura alimentar e a educação nutricional das crianças menores de cinco anos [monografia]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2008.
 10. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Relatório de Gestão do Exercício de 2013, pág. 12. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisi/doc/Relat_Gestao_2013_SESAI.pdf
 11. Instituto Socioambiental. Povos indígenas no Brasil [Internet]. [citado 2013 nov 10]. Disponível em: <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/guajajara/536>.
 12. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saude Publica. 2004; 20 supl. 2:S190-8.
 13. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 304, de 9 de agosto de 2000. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, (DF), 2000 ago 9. Seção 1.
 14. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 13 de junho de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, (DF), 2012 dez 12. Seção 1:59
 15. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Cienc Saude Coletiva. 2006 out-dez; 11(4):975-86.
 16. Ribas DLB, Sganzerla A, Zorzatto JR, Philippi ST. Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. Cad Saude Publica. 2001 mar-abr; 17(2):323-31.
 17. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. Physis (Rio J.). 2010; 20(3):953-72.
 18. Vilares e Silva LF. Coletânea da legislação indigenista brasileira. Brasília: Fundação Nacional do Índio; 2008.
 19. Scopel D. Saúde e doença entre os índios Mura de Autazes (Amazonas): processos socioculturais e a práxis da auto-atenção [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
 20. Sousa V, Moura MB, Mai LD. Saúde indígena urbana: interface entre ações estatais e não estatais. Iniciação Científica CESUMAR. 2012 jan-jun; 14(1):87-98.
 21. Langdon EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. Saude Soc. 2007 mai-ago; 16(2):19-36.
 22. Marinelli NP, Nascimento DF, Costa AIP, Posso MBS, Araújo LP. Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros. Revista Univap. 2012; 18(32):52-65.
 23. Hayd RLN, Olivares AIO, Ferreira MLS, Luitgards-Moura JF. Um olhar sobre a saúde indígena no estado de Roraima. Mens Agitat. 2008; 3(1):89-98.
 24. Guimarães VLB. A qualidade da atenção à saúde indígena no Brasil. [especialização] Recife (PE): Fundação Oswaldo Cruz; 2011.

Recebido em 30/11/2014
Aprovado em 13/09/2015