



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva
Curso de Gestão em Saúde Coletiva

Trabalho de Conclusão de Curso

Perfil epidemiológico e sociocultural dos pacientes atendidos no Ambulatório de Saúde Indígena do HUB (ASI/HUB) no ano de 2015

Aluna: Adriana Valls Quezado–12/0154986

Orientadores:

Professora Ximena Pamela Bermúdez

Professor Edgar Merchan Hamann

Brasília – 2016

Sumário

1. Introdução.....	4
1.1 Ambulatório de Saúde Indígena	4
2. Referencial Teórico	7
2.1 Atenção Integral à Saúde Indígena	7
2.2 Interculturalidade	10
2.3 Vigilância em Saúde Indígena	12
3. Objetivos	14
3.1 Objetivo Geral.....	14
3.2 Objetivos Específicos	14
4. Procedimentos Metodológicos	14
5. Resultados	15
6. Discussão.....	27
7. Considerações Finais.....	29
8. Referências	34

LISTA DE SIGLAS

ABA.....	<i>Associação Brasileira de Antropologia</i>
ASI.....	<i>Ambulatório de Saúde Indígena</i>
CASAI.....	<i>Casa de Apoio à Saúde do Índio</i>
CDC.....	<i>Centers for Disease Control and Prevention (Centro de Controle e Prevenção de Doenças)</i>
DSEI.....	<i>Distrito Sanitário Especial Indígena</i>
EBSERH.....	<i>Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares</i>
HUB.....	<i>Hospital Universitário de Brasília</i>
PIBIC.....	<i>Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica</i>
PNASPI.....	<i>Política Nacional de Saúde Indígena</i>
PVPI.....	<i>Programa Vidas Paralelas Indígena</i>
SESAI.....	<i>Secretaria de Saúde Indígena</i>
SIASI.....	<i>Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena</i>
SUS.....	<i>Sistema Único de Saúde</i>
TCC.....	<i>Trabalho de Conclusão de Curso</i>
UnB.....	<i>Universidade de Brasília</i>
UNIFESP.....	<i>Universidade Federal de São Paulo</i>

1. Introdução

1.1 Ambulatório de Saúde Indígena

O Ambulatório de Saúde Indígena (ASI), localizado no Hospital Universitário de Brasília (HUB), surgiu da necessidade de ofertar uma atenção integral à saúde aos usuários indígenas encaminhados pela Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI) do Distrito Federal, visando brindar um acolhimento e atenção em saúde considerando as especificidades e peculiaridades socioculturais destes diversos grupos populacionais.

A proposta adveio de estudantes universitários indígenas, matriculados em diversos cursos da Universidade de Brasília (UnB), com o apoio do Projeto Vidas Paralelas Indígenas (PVPI), criado em 2010 e de docentes do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde, além de outras instâncias da universidade tais como o Decanato de Assuntos Comunitários (Hoefel et al, 2012).

A Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) teve um papel importante na construção do ambulatório com o apoio político e programático à proposta. Em termos de financiamento ao longo de sua fundação, o ASI tem contado com diversas fontes que contribuem para a sua sustentabilidade, sendo este ainda um dos desafios mais relevantes. Além do financiamento regular do HUB, por meio da lotação de alguns funcionários que cumprem parte de sua carga horária no ambulatório, outros recursos pontuais se agregaram a esta iniciativa. Por exemplo, o Projeto Pró-Saúde, lançado pelo Ministério da Saúde em 2005, cujo papel foi alavancar transformações no modelo de ensino de saúde no Brasil, com o objetivo de aproximar a vocação formadora da universidade com a prática dos serviços em uma perspectiva em que a educação e os serviços de saúde se aproximam à realidade local de vida e prática dos usuários. (Haddad et al, 2012). Recursos advindos de outros editais públicos de pesquisa e extensão assim como o Programa de Iniciação Científica (PIBIC) também contribuíram a desenvolver o ASI. Entretanto, o ambulatório funciona como um projeto voluntário do conjunto de docentes, alunos indígenas e não indígenas e funcionários que acreditam na sua importância e missão.

A iniciativa do ambulatório continua a ser um projeto em permanente construção uma vez que os desafios de criar um espaço de interlocução intercultural e multiétnica requer um processo constante de aprendizado e diálogos, a revisão de experiências, adequação de novas realidades, troca de saberes e renovação. (Langdon, 2007)

Hoefel et al (2015) analisam o ASI como uma proposta de estudantes indígenas que manifestaram preocupação com a situação da política de atenção à saúde prestada aos povos indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo da Rede SUS-DF e, em especial, no HUB. A criação deste espaço exclusivamente para os indígenas foi de grande importância, pois essa atenção diferenciada e culturalmente sensível para os indígenas faz parte dos esforços das políticas de saúde que vêm sendo constituídas no país a partir da criação do SUS e, particularmente, pela implementação de uma adequada política de saúde dos povos indígenas, como se verá mais adiante. (Ferreira, 2013)

O ASI é uma iniciativa com objetivo de promover mudanças no ensino-aprendizagem das profissões de saúde baseado em formas coletivas de produção de conhecimento. O atendimento aos pacientes é norteado pelo acolhimento diferenciado, realizado pelos preceptor/orientador e os estudantes ou estagiários que fazem parte do ambulatório, principalmente porque tem interesse nesta temática e se vinculam semestralmente ao ASI.

Este acolhimento é essencial para que os pacientes indígenas sejam acompanhados em sua aproximação e vivência de saúde no ambiente hospitalar, uma vez que é um espaço diferente do habitual, com procedimentos próprios que precisam ser observados pelos profissionais e usuários.

Nesse sentido, nessa relação de acolhimento surgem atenção à novas práticas interculturais de formação e atenção à saúde, pautadas no arcabouço teórico sustentado pela educação popular, o diálogo de saberes e na gestão compartilhada dos processos, favorecendo a qualificação do acolhimento, atendimento e acompanhamento dos pacientes indígenas encaminhados, bem como a organização de fluxos dentro do HUB e a produção de conhecimentos

científicos que tem como principal foco a noção de interculturalidade. (Hoefel et al, 2015)

Finalmente, a ideia de produzir meu trabalho de fim de curso sobre a problemática do Ambulatório de Saúde Indígena do Hospital Universitário de Brasília, remete à minha experiência com a temática da saúde indígena ao longo do curso. Realizei meu Estágio Obrigatório 2 do Curso de Graduação em Gestão de Saúde Coletiva, dentro do ASI o que me levou a conhecer em detalhe sua dinâmica de funcionamento e me proporcionou um conhecimento específico na perspectiva da gestão.

Uma das minhas preocupações, além de outros pontos, foi olhar para alguns dos processos de vigilância epidemiológica desenvolvidos no ASI. Por exemplo, a caracterização da aplicabilidade das fichas não apenas para a melhoria da qualidade da atenção no âmbito do ASI, mas também pela necessidade de promover novos instrumentos.

Nesse sentido, as reflexões sobre este tema dentro do ASI surgem da necessidade de sistematizar as informações produzidas pelo ambulatório para o acompanhamento de seus usuários e, ao mesmo tempo, a necessidade de acompanhar e revisar os instrumentos de registro dos usuários, dos fluxos e encaminhamentos no âmbito do ASI. Além disso, verificar se esses instrumentos são adequados, se precisam de ajustes ou se seria necessário criar novos instrumentos complementares. Mais do que um estudo investigativo este trabalho de TCC tem um caráter de projeto-ação no serviço, que busca avaliar e monitorar os instrumentos de registro e, futuramente, elaborar propostas de implementação de atividades ou desenhar ferramentas novas de trabalho que melhorem a qualidade da atenção prestada pelos serviços.

Ainda, este trabalho foi sendo compartilhado junto com todos os membros do ASI neste semestre onde se discutem propostas de fortalecimento da gestão deste serviço a partir da análise das experiências na aplicação destes instrumentos básicos de vigilância e gestão em serviços.

A abordagem deste trabalho de conclusão de curso (TCC) se insere na temática da qualidade da informação produzida pelos instrumentos de registro

existentes no Ambulatório de Saúde Indígena para o acompanhamento dos usuários que lá são atendidos. Os instrumentos baseiam-se nas fichas de atendimento de usuários preenchidas no ano de 2015.

2. Referencial Teórico

2.1 Atenção Integral à Saúde Indígena

A preocupação com o tema da saúde indígena em termos de política pública é pensada de forma concreta no sentido de que há diversas perspectivas do conhecimento antropológico sobre este tema. Em 2004, a Associação Brasileira de Antropologia (ABA) publicou a coletânea *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*, considerada um marco para o fortalecimento dos antropólogos nas questões externas da academia, além de proporcionar uma reflexão antropológica sobre a saúde indígena. (Teixeira e da Silva, 2013)

“É preciso reconhecer que as políticas públicas em saúde indígena têm um lugar de destaque na caracterização da produção antropológica recente, pois sua relevância incrementa um eixo reflexivo específico que encontra nas analogias com a natureza seu dispositivo central de produção de verdade (...). Estas formas de naturalização podem ser verificadas não apenas em relação aos processos de saúde e doença, tão estudados pelos antropólogos, mas também nas formulações sobre o ambiente” (Teixeira e da Silva, 2013)

Como se sabe, a política de atenção à saúde indígena só teve seu marco fundamental a partir da criação da Constituição Federal de 1988, simultaneamente à criação do SUS. Em contrapartida, dois anos antes, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que mobilizou a criação da primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Em 1999, foi instituída a Lei 9.836, criando o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) integrado ao Sistema Único de Saúde (Pereira et al, 2014). Dentro desse Subsistema, que ficaria responsável pela atenção primária à saúde indígena, e, além disso, com o objetivo de criar espaços diferenciados de atenção da saúde dos povos indígenas, foi proposta a criação das Casas do Índio.

As Casas de Apoio à Saúde do Índio (CASAI) foram instaladas a partir da readequação das antigas Casas do Índio. São espaços transitórios de atenção que brindam suporte aos pacientes e acompanhantes nas 24 horas do dia e que estão localizadas, geralmente, distantes às aldeias indígenas fazendo conexão com outras unidades de saúde de maior complexidade. Atualmente existem 60 CASAIs distribuídas em todo o território brasileiro. (FUNASA, 2009).

De acordo com a publicação, em 2002, da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, essa proposta adveio com o objetivo de contemplar a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam a população indígena mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura, conforme princípios e diretrizes do SUS. Para tanto, algumas diretrizes orientam a assistência à saúde do índio. São elas:

1. Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local.
2. Capacitação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
3. Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
4. Articulação dos saberes tradicionais com os biomédicos;
5. Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
6. Promoção de ações específicas em situações especiais;
7. Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
8. Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena, além do controle social (BRASIL, 2002).

O processo de referência e contra referência do atendimento à saúde indígena, no âmbito do ASI, segue um fluxograma (figura 1).

Este se inicia com a chegada do paciente indígena ao ASI/HUB, conduzido pelo profissional da CASAI. Habitualmente também são acompanhados por algum parente mais próximo. Eles saem da CASAI já com a consulta marcada com uma especialidade da clínica médica. Os pacientes são recebidos pela equipe do ASI

que realiza o acolhimento inicial com a equipe enquanto aguarda a consulta. Posteriormente à consulta, o paciente pode ser encaminhado para realização de exames clínicos. Às vezes pode ter indicação de internação. Ao finalizar a consulta volta acompanhado pela mesma equipe à CASAI. Durante todo o momento em que o paciente indígena circula pelo hospital ele é acompanhado por um membro do ASI que participa da consulta, ajuda a esclarecer dúvidas e lhe brinda orientação e apoio durante sua circulação no HUB.

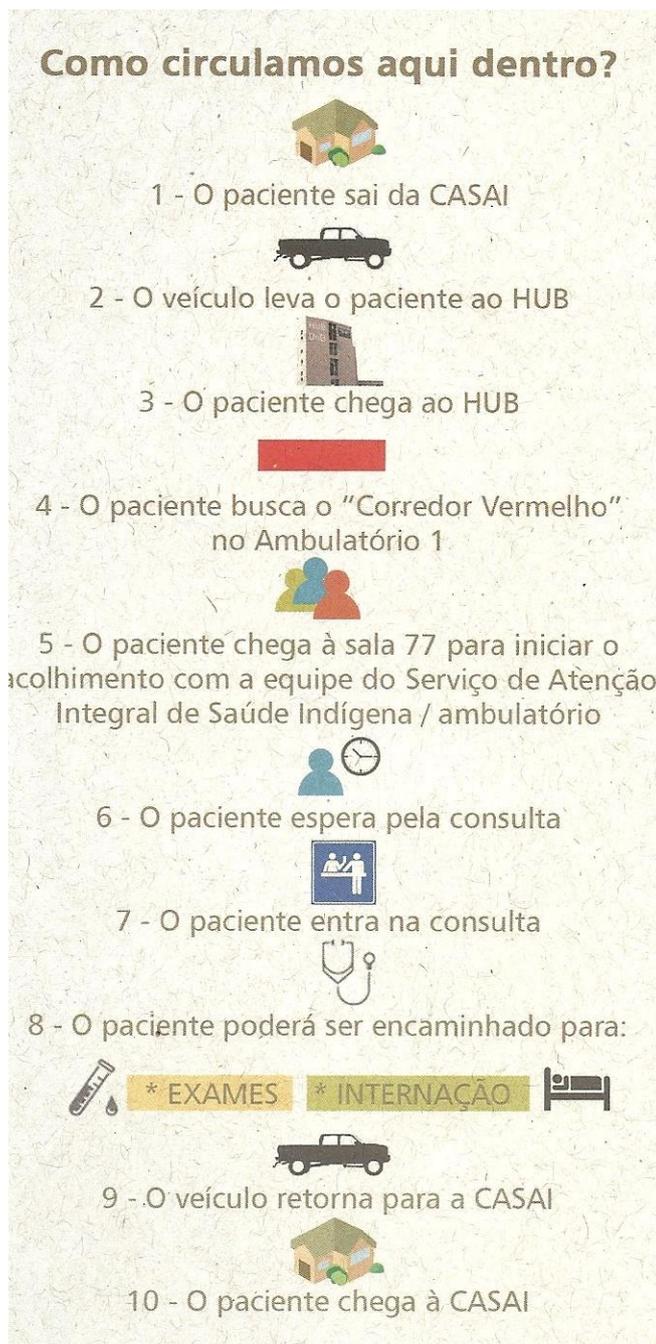


Figura 1. Fluxo de atendimento no Ambulatório de Saúde Indígena retirado de folheto produzido para direcionamento do atendimento no ASI.

2.2 Interculturalidade

É preciso compreender os desafios da interculturalidade, que se destaca por ser um processo contínuo e dificultoso, pois, envolve novas formas de contato e vivências em ambientes distintos aos habituais para os membros da cultura indígena ao passo que estes pacientes também levam especificidades e formas de concepção de mundo que são diferentes daquelas dos profissionais de saúde. e embora a interculturalidade tenha sido reconhecida pelas políticas públicas, ainda prevalecem perspectivas em que as diversas etnias são concebidas da mesma forma, sem olhar para as suas diferenças e especificidades, além de que a exclusão e a subordinação histórica dos povos indígenas estão sempre atreladas aos contextos do contato.

Menéndez (2016), em uma pesquisa realizada no México, questiona a aplicabilidade da interculturalidade, onde ao longo da história, surgiram diferentes propostas de ações interculturais em saúde com objetivo de relacionar a biomedicina com a medicina tradicional, como parte do reconhecimento cultural das formas de vida dos indígenas, concluírem uma perspectiva crítica este autor enfatiza que ações de interculturalidade não obtiveram o sucesso esperado pelo fato de todo o processo reproduzia os conceitos dos polinômios saúde-doença/atenção-prevenção, como pressupostos para tratar da interculturalidade em saúde indígena.

A interculturalidade, além de tudo, é um processo permanente com profundidade histórica que faz parte do cotidiano. Ela sempre irá existir quando sociedades diferentes se contatam. Durante os anos, os interculturalistas tentaram impulsionar a medicina tradicional com conceitos e orientações apenas teóricos e sociológicos, sem levar em conta uma série de processos e atores sociais que limitavam a realização de seus objetivos (Ménendez, 2016).

Pereira et al (2014) em uma experiência no Ambulatório do Índio no Hospital São Paulo da UNIFESP, destacam que o diálogo entre os pacientes indígenas e os profissionais de saúde tende a minimizar o impacto das diferenças culturais. Estas se manifestam, por exemplo, nos diálogos, na dificuldade de

entendimento entre a equipe e o paciente no que tange nos procedimentos a serem adotados, no tratamento prescrito, e nos cuidados após a alta hospitalar. Por outro lado, para os profissionais de saúde também é muito difícil dialogar com o paciente, trazer um pajé dentro do hospital e discutir rotinas e procedimentos com eles, situação em que se confrontam saberes, valores e procedimentos.

A necessidade de trazer experiências de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas vem ao encontro das novas propostas de organização e estruturação da política de saúde indígena no País (...). É fundamental que os profissionais que trabalham na saúde indígena desenvolvam competências culturais para minimizar conflitos no lidar com o diferente (PEREIRA et al, 2014).

Nesse âmbito a interculturalidade transcende a questão médico-hospitalar-paciente e atinge as diversas questões intrínsecas que um atendimento de saúde ao indígena exige.

É um processo que implica a construção de espaços em que as desigualdades sociais, econômicas e políticas, bem como as relações e os conflitos de poder da sociedade não sejam mantidos ocultos e sim reconhecidos, revelados e confrontados (Hoefel et al, 2012). No sentido de romper barreiras e paradigmas, de olhar as experiências que o outro traz, e poder usá-las em sua completude nas ações e serviços de saúde, já padronizados nas universidades.

Pontes et al (2015) em sua experiência na implementação do modelo de atenção da Política Nacional de Saúde Indígena (PNASPI) no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro, constataram que a qualificação dos profissionais para o contexto intercultural e a articulação com os sistemas tradicionais de saúde, no âmbito da assistência à saúde indígena, é um dos princípios determinantes para que o modelo da Política Nacional de Atenção à Saúde do Índio seja aplicado de forma efetiva.

Neste contexto, Pereira et al (2014) corrobora que dentro do processo de acolhimento há uma preocupação dos colaboradores com a questão da escuta qualificada e da interculturalidade, na tentativa de gerar um diálogo entre a

medicina e os saberes tradicionais. Por isso, a educação permanente torna-se um instrumento importante na construção desse diálogo. (Diehl e Pellegrini, 2014)

2.3 Vigilância em Saúde Indígena

Sabe-se que é de fundamental importância conhecer a situação de saúde de determinada população para que o processo de tomada de decisão seja feito com eficácia. Informações são constituídas de dados, sejam eles, demográficos, epidemiológicos ou sociais. São elas que traduzem a real necessidade de saúde de uma população. Em especial, a população indígena, que segundo Coimbra Jr. & Santos (2000), no que se refere às informações sobre a saúde indígena ainda são deficientes com pouca integração com os sistemas de informações do SUS.

Na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada em 1986, foi apontada a necessidade de se contar com um sistema de informação específico para a saúde indígena, uma vez que as informações dessa área são poucas fidedignas, além da necessidade de levar em conta a particularidades socioculturais das centenas de etnias indígenas existentes no país (Sousa, Scatena e Santos, 2007).

Sousa, Scatena e Santos (2007), em sua pesquisa de análise do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) traz os seguintes pontos negativos: o acesso, onde apenas os gestores da saúde indígena e os profissionais que atuam estão autorizados, o que contraria um dos propósitos de sua criação, que é o de facilitar a participação comunitária no acompanhamento das ações de saúde.; a sistematização do uso das fichas de notificação e a investigação decorrente desses instrumentos de notificação; problemas de implantação, subnotificação da morbidade em geral, devido à descontinuidade da assistência nas aldeias, tornando-se praticamente impossível resgatar essa informação nos períodos de ausência das equipes das áreas indígenas.

Os pontos positivos, destacados pela autora se referem os avanços na integralidade, pelo fato de agregar, em um único sistema, uma multiplicidade de informações necessárias para o conhecimento da realidade de saúde dos povos indígenas; as possibilidades de análise, permitindo a desagregação de dados no nível de aldeias e etnias, e até mesmo de unidade familiar e indivíduo, além de ser

um sistema simples e de fácil manuseio para que as informações em saúde sejam tratadas e apoiem na tomada de decisão.

As fichas utilizadas no ASI são: ficha de acolhimento, ficha de acompanhamento, ficha de internação e ficha de resumo das atividades, esta última não será considerada neste estudo, por se tratar de um resumo de todas as fichas já preenchidas.

A Ficha de Acolhimento é composta por campos que abordam os dados de identificação do paciente e a observação e apreciação por parte do monitor, e revela ainda, os aspectos sociais e culturais e os aspectos relacionados à doença/patologias do paciente e o atendimento realizado.

A Ficha de Acompanhamento possui o mesmo campo de identificação do paciente à ficha apresentada anteriormente. Destina-se a uma avaliação pormenorizada e generalizada de aspectos observados durante o acompanhamento do paciente indígena nos procedimentos ambulatoriais quanto à relação do profissional de saúde com o paciente indígena e a percepção desse paciente durante o atendimento ofertado. A ficha também abre espaço para observações gerais de pontos positivos e negativos do atendimento. Por exemplo, relação médico paciente, participação do usuário, perguntas levantadas, forma de explicação é resolução das dúvidas dos usuários, dificuldades apresentadas.

A Ficha de Internação, por sua vez, além do campo de identificação do paciente, possui ainda um campo sobre os dados da internação em geral. Apresenta também a evolução do acompanhamento do paciente indígena internado, onde são descritos os aspectos relacionados com o estado geral de saúde e bem-estar do paciente, alimentação, medicação, exames complementares, estado geral do acompanhante, entre outros. No campo de fechamento da internação há o detalhamento do motivo do término da internação e as suas razões. A ficha também busca fornecer informações do ponto de vista do paciente indígena a cerca da internação.

O ambulatório possui ainda uma Ficha de Resumo das Atividades Diárias que descreve quantos pacientes foram atendidos, qual especialidade médica

foram submetidos, qual procedimento foi realizado e qual(is) fichas foram preenchidas.

Além de um campo onde se descreve o motivo do não atendimento (pacientes ausentes, pacientes que não foram acompanhados, intercorrência, entre outros).

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Analisar a qualidade de informação dos instrumentos de registro produzidos no Ambulatório de Saúde Indígena e sistematizar as ações de acolhimento e acompanhamento no âmbito ambulatorial e na internação no ano de 2015.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Analisar o processo de preenchimento das fichas de acolhimento, acompanhamento e internação quanto utilizadas no Ambulatório de Saúde Indígena;

3.2.2 Quantificar a completude sobre o preenchimento das fichas;

3.2.3 Identificar aspectos relevantes que traduzem a experiência e a importância das práticas de interculturalidade no âmbito do ASI.

4. Procedimentos Metodológicos

Os procedimentos metodológicos adotados neste trabalho envolveram a análise das fichas produzidas no ASI dos pacientes indígenas atendidos no HUB no ano de 2015, observando os elementos relativos ao preenchimento correto das fichas analisadas neste estudo. Foram utilizadas neste estudo todas as fichas produzidas e arquivadas pelo ASI datadas do ano de 2015.

Todas as fichas foram compiladas, uma a uma, e foi construída uma máscara no Epi Info versão7, distribuído gratuitamente pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) situado na cidade de Atlanta, nos estados Unidos, totalizando 260 fichas de 86 pacientes. A máscara divide-se em quatro páginas. A primeira demonstra as características gerais de identificação do paciente (comum em todas as fichas), no qual o nome foi colocado apenas para controle interno no

início do estudo, não sendo divulgado. Na sequência as demais páginas correspondem às fichas de acolhimento, de acompanhamento e de internação, respectivamente.

A construção deste banco de dados permitiu realizar o levantamento a partir da análise de dados clássica feita no próprio programa do Epiinfo7 e, para análise percentual de completude e construção de tabelas e figuras foi utilizado o programa Excel da Microsoft.

Os critérios acordados se concentraram na análise de variáveis de identificação dos pacientes (sexo, idade, etnia, aldeia e DSEI de origem do paciente indígena) para a caracterização epidemiológica da população indígena atendida. A outra parte focalizou na avaliação de completude de preenchimento das fichas e na análise quantitativa de fichas preenchidas corretamente ao longo do ano de 2015.

5. Resultados

A amostra total de fichas foi de 260 que corresponde ao ano de 2015, segundo se observa na Figura 2. Foi possível apontar que nesse ano, em termos de preenchimento adequado, lacunas e sistematização de fluxos que entre os meses de março a junho foi o período de maior produção das fichas. Além disso, os meses de janeiro, fevereiro e outubro a dezembro desse mesmo ano, foram os meses em que o percentual de fichas preenchidas foi pequeno, quando comparado ao restante dos meses. Esse fato pode ser explicado, além de outros fatores, por serem meses em que alunos e profissionais que fazem parte do atendimento do Ambulatório de Saúde Indígena do Hospital Universitário de Brasília, estão em férias universitárias ou do próprio serviço, além de ser um período em que questões burocráticas estão sendo definidas para o início das atividades dos semestres.

Vale ressaltar, que durante o período de férias os alunos indígenas retornam para suas aldeias; e durante esse mesmo período há uma ausência dos alunos estagiários, pois estes cumprem horários no ASI como atividades obrigatórias do estágio durante o período letivo somente. Outro fator que prejudica o seguimento contínuo dos trabalhos se deve ao fato dos preceptores trabalharem

de forma voluntária no ambulatório e encontrarem grandes dificuldades de compatibilidade de agenda com os seus serviços de origem (Ministério da Saúde, UNB, EBSERH).

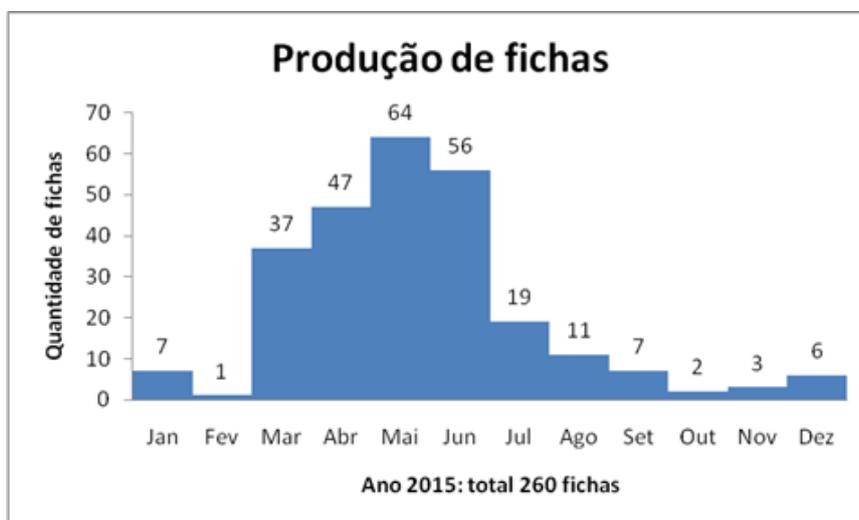


Figura 2: Produção de fichas totais no ano de 2015 do ASI.

A tabela 1 mostra a quantidade de fichas de acordo com o tipo de procedimento, seja de acolhimento, acompanhamento e internação. Pode-se observar que as fichas de acompanhamento foram as mais preenchidas (~63%), seguido das de acolhimento (~22%) e internação (~13%). O fato das fichas de acompanhamento terem sido as mais utilizadas no ano de 2015, se justifica pelo fato de serem fichas constantemente utilizadas durante o acompanhamento de consultas onde o monitor descreve o desenvolvimento da consulta e avalia a interação e as relações de interculturalidade que ocorrem entre o médico/residentes e o paciente indígena e seus familiares que o acompanham. Nessa ficha também são anotados observações relacionados à patologia e quais os encaminhamentos dados para condutas a serem realizadas em seguida.

Tabela 1. Percentual de fichas preenchidas de acordo com o tipo no ano de 2015.

TIPO DE FICHA	Frequência	Percentual
1. Acolhimento	58	22,31%
2. Acompanhamento	166	63,85%
3. Internação	36	13,85%

Total	260	100,00%
--------------	-----	---------

Quanto às especialidades médicas relacionadas ao atendimento dos pacientes indígenas no ambulatório, constatou-se que as mais frequentes foram: dermatologia, endocrinologia, estomatoterapia, neurologia, oncologia, pediatria, reumatologia e outras. De acordo com a figura 3, depois das diversas especialidades totalizando 56% dos atendimentos, aparece a dermatologia com 12% dos atendimentos acompanhados pelo ASI. O restante das especialidades teve diferenças mínimas quanto ao número de atendimentos.

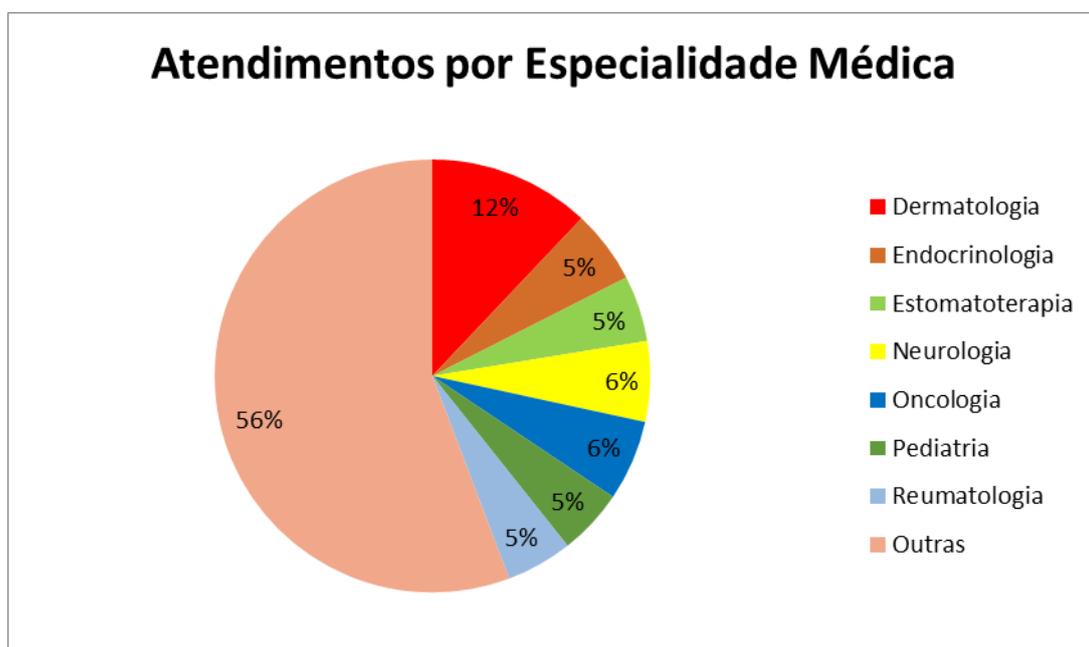


Figura 3. Distribuição de atendimentos por especialidades no ASI no ano de 2015.

A amostra segundo sexo, revela que 58,85% dos pacientes indígenas atendidos no ASI foram do sexo masculino, e em contra partida, 41,15% eram pacientes do sexo feminino.

Em relação à idade dos pacientes indígenas atendidos no ano de 2015; a mínima foi de 3 meses e a máxima foi de 76 anos; a mediana foi de 35,5 anos e a média correspondeu à 34,7 anos.

Quanto à origem dos pacientes indígenas; 65,79% eram do DSEI Xingu, localizado no Parque Nacional do Xingu, nordeste do Estado do Mato Grosso. Em relação às aldeias de origem, se destacaram duas do Mato Grosso: Kalapalo (8,05%) e Kuikuro (8,72%); as demais aldeias apresentaram frequências inferiores

a 5%. Na figura 4 encontram-se os resultados referente à etnia; a de maior frequência foi a Xavante com 25% da amostra, seguida pela Kalapalo (14%), Kuikuro (13%) e Kamayurá (9%).

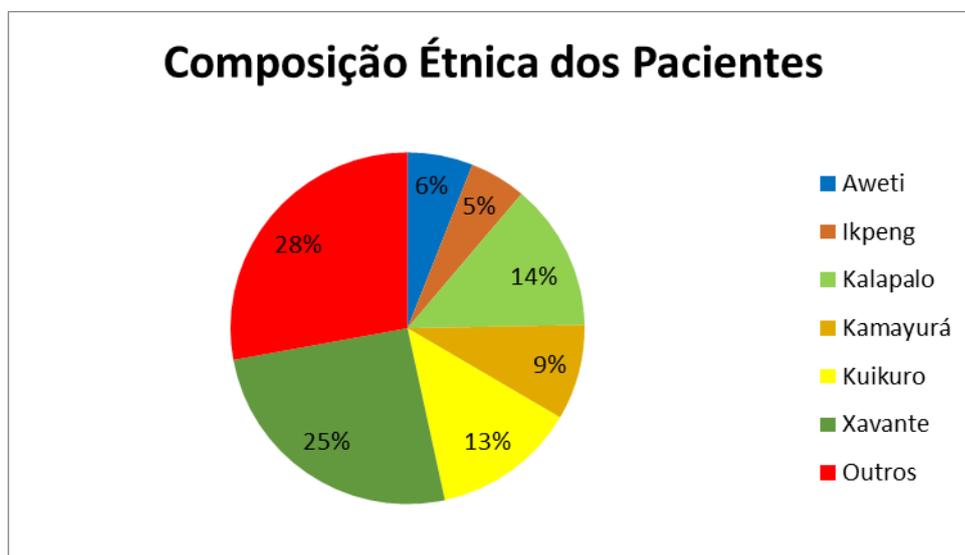


Figura 4. Distribuição da amostra quanto à etnia no ano de 2015.

Ao analisar a questão da completude do preenchimento das fichas produzidas pelo ASI no ano de 2015, foi constatado que a maioria das fichas (88%) foi mal preenchida enquanto apenas 11%, tiveram todos os campos preenchidos com fidedignidade.

Os campos comuns presentes no campo de identificação do paciente em todos os tipos de ficha (acolhimento, acompanhamento e internação) que tiveram 100% de preenchimento correto nas fichas analisadas foram: nome, sexo e data da ficha (critério de inclusão). Quanto aos outros campos de registro foram preenchidos corretamente, aproximadamente: 96,54% etnia; 75,77% data de nascimento; 61,92% especialidade médica consultada; 57,31% aldeia, 43,85% DSEI e 20,77% patologia base. Lembrando que o campo idade não consta para preenchimento nas fichas e que o mesmo foi calculado com base nas datas de nascimento informadas.

Quanto aos campos de registro do número do cartão do SUS, apenas 45% estavam preenchidos; e, com relação ao campo número do prontuário hospitalar do HUB, esse percentual sobe para 52,3% de preenchimento.

Os monitores e preceptores são os responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes indígenas dentro do HUB e, conseqüentemente, pelo preenchimento das fichas. No ano analisado, da totalidade das fichas; aproximadamente 57,3% tinham somente assinatura de monitor e 9,23% de preceptor; 22,31% foram preenchidas por monitor e preceptor e; 11,15% não constavam nenhuma assinatura.

5.1 Ficha de Acolhimento

A ficha de acolhimento possui os seguintes campos de descrição: o de descrição sociocultural do paciente seguido pelo de descrição sobre a patologia propriamente dita e finalizando com o campo outras observações.

No campo destinado sociocultural devem ser anotados os aspectos específicos e relevantes relacionados à origem do paciente, levando em consideração as tradições e costumes particulares do seu povo e de sua etnia.

Na descrição sobre a patologia é possível relatar o histórico e o prognóstico da patologia. Também é possível registrar resultados de exames e condutas terapêuticas e farmacológicas. Nas outras observações devem-se registrar os encaminhamentos e pedidos de exames.

Quanto à completude; foram preenchidos corretamente: 86,2% da descrição sociocultural; 89,65% da descrição relacionada à patologia e apenas 15,52% havia outras observações.

5.2 Ficha de Acompanhamento

O item sobre acompanhamento da CASAI durante a consulta foi preenchido em 90,36% das fichas; sendo que; 68,07% dos pacientes estavam acompanhados por um membro da equipe da CASAI durante as consultas médicas e em 60,24% esse membro da CASAI foi o intermediador da consulta, sendo o interlocutor entre o paciente indígena e o médico, mas em 24,10% um parente do paciente que fala português foi o mediador durante a consulta; a completude relacionada à mediação da consulta foi de 84,34% do total das fichas.

Em 80,12% dos casos os pacientes indígenas chegaram no horário marcado para consulta e em 9,64% das fichas não havia essa informação. Essa informação foi preenchida em 90,36% do total das fichas de acompanhamento.

Em relação ao tempo de espera pela consulta; 16% relatam espera de 15 minutos; 18% esperaram 30 minutos e 29% aguardou por uma hora ou mais. Em 20% das fichas esse campo não foi preenchido e 17% preencheram o campo outro, detalhando nesse campo desde o atendimento imediato até uma espera prolongada de 4 horas (aproximadamente 7% dos casos). A proporção de completude desse item correspondeu a 80,12% de preenchimento.

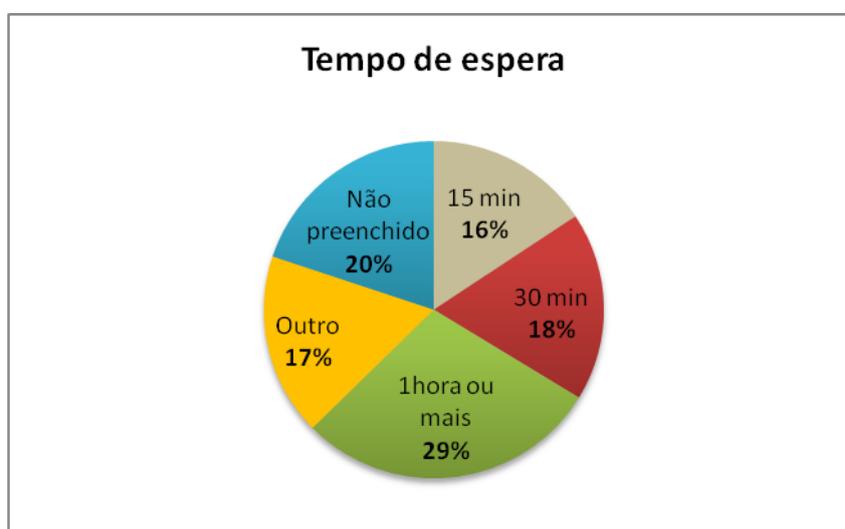


Figura 5 Tempo de espera para paciente indígena ser atendido no HUB no ano de 2015

A relação do profissional de saúde com o paciente indígena durante o atendimento foi qualificada como respeitosa em 36% dos casos, atenciosa em 34% e indiferente em 3%; e está ilustrada na figura abaixo. As opções: desrespeitosa e preconceituosa não alcançaram relevância estatística (<1%). E esse item da ficha teve 100% de preenchimento.

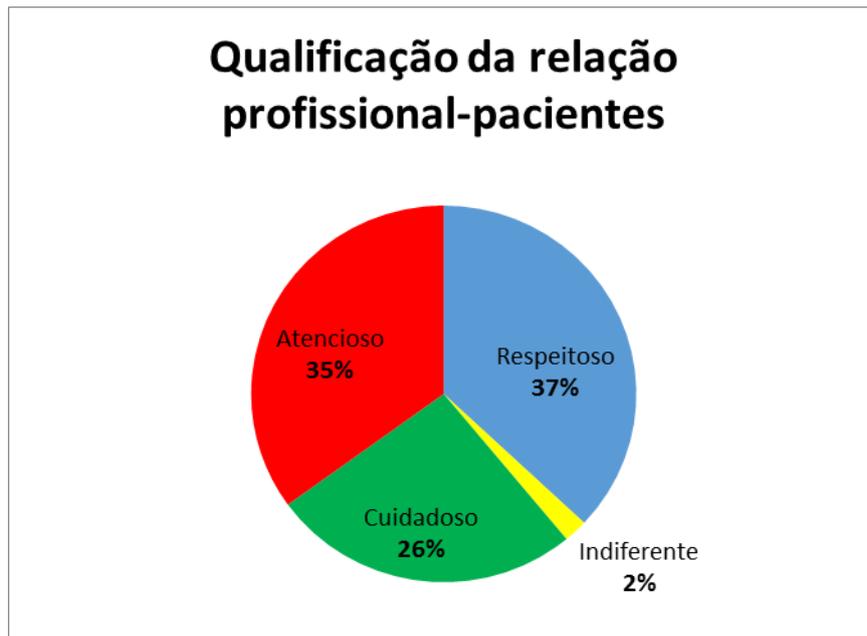


Figura 6 Descrição da relação entre o profissional de saúde e o paciente indígena

Uma escala de avaliação visual analógica que considera 0 (zero) como muito ruim e 10 (dez) como muito bom; foi utilizada no preenchimento de 8 questões da ficha de acompanhamento que tinham como objetivo permitir uma avaliação sobre a percepção dos monitores sobre alguns aspectos envolvendo a interculturalidade no momento da consulta médica. Baseadas nessa escala foram calculadas as notas médias e as medianas dessas avaliações; foi realizada uma avaliação por especialidade médica onde foi considerado um percentual igual ou acima de 40% como significativo considerando 0 como a pior nota e 10 como a melhor. Essa parte da ficha foi preenchida em aproximadamente 77,11%.

No geral, 38,79% dos pacientes foram muito bem recepcionado, atendido e acolhido pelo profissional de saúde e 13,94% descrevem como muito ruim essa recepção. Esse aspecto teve uma nota média de 7,49 e uma nota mediana igual a 9. As especialidades avaliadas negativamente foram: cirurgia geral (50%), clínica médica (100%), leito dia (100%) e raio X (100%). As especialidades avaliadas positivamente foram: anestesiologia (100%), emergência (100%), fisioterapia (100%), fonoaudiologia (100%), genética (100%), ginecologia (50%), hematologia (100%), nefrologia (100%), odontologia (50%), ortopedia (75%), pediatria (80%), e reumatologia (63%).

Em relação à escuta da queixa do paciente indígena pelo profissional de saúde de uma maneira geral, 18,79% foi considerada péssima e 38,18% foi considerada muito boa. A nota média é 7,19 e a nota mediana é 9. As áreas médicas consideradas melhores ouvintes foram: anestesiologia (100%), cardiologia (50%), endocrinologia (50%), genética (100%), ginecologia (50%), hematologia (100%), nefrologia (75%), odontologia (50%), ortopedia (50%), pediatria (60%), pneumologia (50%) e reumatologia (75%). A fisioterapia foi considerada por 50% como muito boa ouvinte e pelos outros 50% como péssima ouvinte. As especialidades consideradas piores ouvintes foram: cirurgia geral (50%), clínica médica (100%), endoscopia (100%), estomatoterapia (44%), fonoaudiologia (100%), laboratório (100%), leito dia (100%) e raio X (100%).

A demonstração de sensibilidade/conhecimento intercultural por parte do profissional de saúde foi considerada em 18,29% de todos os casos como muito ruim e 22,56% como muito boa. Quanto à demonstração de respeito aos saberes e hábitos indígenas por parte do profissional que foi péssima em 21,21% dos casos e ótima em 23,64% dos casos. Nesse quesito, a média foi a nota 6,36 e a mediana corresponde à 8. As especialidades com pior sensibilidade/conhecimento foram: cirurgia geral (50%), clínica médica (100%), estomatoterapia (44%), ginecologia (50%), laboratório (100%), leito dia (100%) e raio X (100%). As especialidades consideradas com maior sensibilidade/conhecimento foram: anestesiologia (100%), fisioterapia (100%), genética (100%), hematologia (100%), nefrologia (50%) e pneumologia (50%).

O profissional de saúde mostrou respeito aos saberes e hábitos do paciente indígena, na totalidade das fichas, 21,21% foi considerada nula e em 23,64% foi considerada excelente. A nota média corresponde a 6,27 e a mediana a 8. As especialidades que foram consideradas as piores em relação ao respeito intercultural foram: cirurgia geral (50%), clínica médica (100%), estomatoterapia (44%), ginecologia (50%), laboratório (100%), leito dia (100%) e raio X (100%). As que foram mais bem avaliadas quanto ao respeito intercultural foram: endocrinologia (100%), fisioterapia (50%), nefrologia (67%), odontologia (50%), ortopedia (50%) e pneumologia (50%).

O médico explicou claramente ao paciente indígena sobre suas condições de saúde; de uma forma geral, em 30,91% das vezes foi considerada ótima e em 27,27% não foi explicado de forma clara. Em relação a esse item, a média foi 6,22 e a mediana igual a 8. Foi observado que os médicos das seguintes áreas não explicaram claramente as condições de saúde para o paciente: cirurgia geral, clínica médica, emergência, endoscopia, fonoaudiologia, ginecologia, laboratório, leito dia, raio X (todos com 100%), estomatoterapia (67%) seguido por oncologia (50%). A pediatria foi descrita com explicando claramente em 60% e nos outros 40% como não sendo clara. Os médicos das seguintes áreas explicaram as condições de saúde do paciente de forma clara: anestesiologia, fisioterapia, genética, hematologia, nefrologia (todos com 100%), reumatologia (63%), endocrinologia (50%).

O paciente indígena se sentiu completamente à vontade para tirar suas dúvidas com o profissional de saúde em 27,88% das vezes e nenhum pouco confortável em 23,03% dos casos. As especialidades em que os pacientes se sentiram mais confortáveis para tirar suas dúvidas foram: anestesiologia, fisioterapia, hematologia (todos com 100%), genética (75%), reumatologia (63%), ginecologia, nefrologia e pneumologia (50%), seguida por endocrinologia e pediatria com 40%. Nessa questão, a nota média foi igual a 6,06 e a mediana igual a 7.

O paciente indígena se mostrou receptivo ao uso de medicação (quando indicado) em 21,82% dos casos e mostrou-se totalmente contrário a ideia em 46,67% dos casos. Na ortopedia essa opinião ficou dividida ao meio, metade foi receptiva e a outra metade não foi. A rejeição ao medicamento halopático foi observada na maioria das especialidades acompanhadas: anestesiologia, cirurgia geral, emergência, endoscopia, imunologia, leito dia, oftalmologia (todas com 100%), genética e otorrinolaringologia com 75%, estomatoterapia (67%) e oncologia e pediatria com 40%. O interessante foi que as áreas da fisioterapia, fonoaudiologia, laboratório e raio X que não prescrevem medicamentos também tiveram anotados rejeições em 100% dos casos. A ortopedia teve metade de rejeição e a outra metade de aceitação ao medicamento prescrito. As que tiveram melhor aceitação da medicação foram: hematologia (100%), nefrologia (75%),

endocrinologia e reumatologia (ambas com 50%). Nesse aspecto, a nota média obtida foi de 4,49, sendo a mais baixa de todos os quesitos, e a mediana foi 5.

O indígena manifestou ter condições totais de atender as recomendações médicas gerais em 24,24% dos casos e nenhum entendimento em 34,55% dos casos. Neste aspecto, a nota média foi 5,45 e a mediana corresponde a nota 7. As especialidades que foram consideradas muito ruins no acolhimento do paciente indígena foram: anestesiologia (100%), cirurgia geral (50%), clínica médica (100%), emergência (100%), estomatoterapia (40%), fonoaudiologia (100%), genética (50%), ginecologia (50%), laboratório (100%), leito dia (100%), oncologia (40%) e raio X (100%). A ortopedia foi avaliada dicotomicamente, ou seja, metade considerou como muito ruim e a outra metade das avaliações foi muito boa. As especialidades que foram consideradas muito boas foram: endocrinologia (40%), gastroenterologia (50%), hematologia (100%), nefrologia (75%), pneumologia (50%) e reumatologia (50%).

Em 63,25% das consultas acompanhadas teve algum encaminhamento. Entre os mais comuns foram: retorno para nova consulta, marcar consulta com outra especialidade médica para maiores esclarecimentos, marcação de exames e prescrição medicamentosa. Em 65,66% das fichas de acompanhamento tiveram alguma observação anotada especificando os encaminhamentos. Em relação aos aspectos registrados, 59,64% tiveram aspectos positivos registrados e 51,2% tiveram aspectos negativos registrados.

5.3 Ficha de Internação

Ao todo, ocorreram 36 internações de pacientes indígenas no HUB no ano de 2015, sendo que os meses em que ocorreu uma maior incidência foram os meses de março e maio, conforme ilustrado no gráfico abaixo. Este item foi preenchido corretamente em 88,88% das fichas de internação.

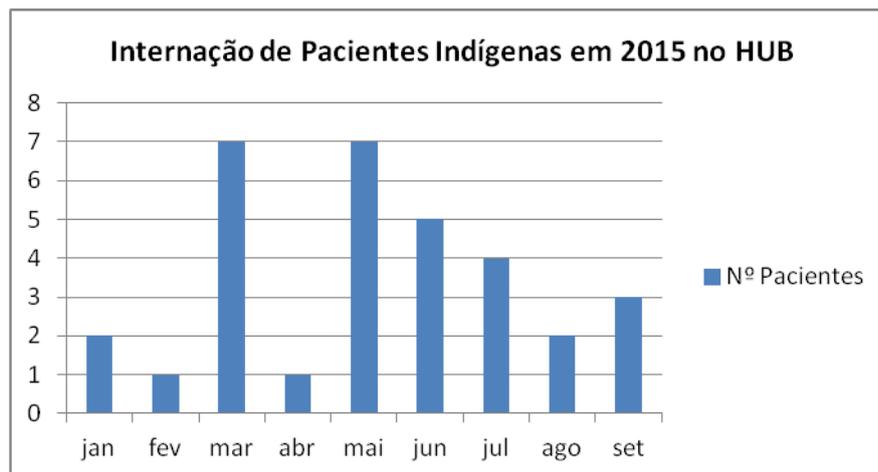


Figura 7. Distribuição do número de pacientes indígenas internados no HUB no ano de 2015

No campo correspondente aos dados da internação, pode-se observar um bom preenchimento; em 91,66% havia informações relativas á qual clínica estava sendo acompanhado o paciente indígena; em 86,11% estavam registrados em qual enfermaria/leito o paciente se encontrava e em 77,77% havia informações quanto ao motivo da internação.

Em relação à clínica que estava acompanhando esses pacientes indígenas no ano de 2015; 28% foram internados pela Clínica Médica, 18% na CPA/Emergência e Clínica Cirúrgica; seguida pela Pediatria com 12%, Maternidade com 9% das internações; e apenas 3% internaram pela Pneumologia, Gastrologia e Enfermaria.

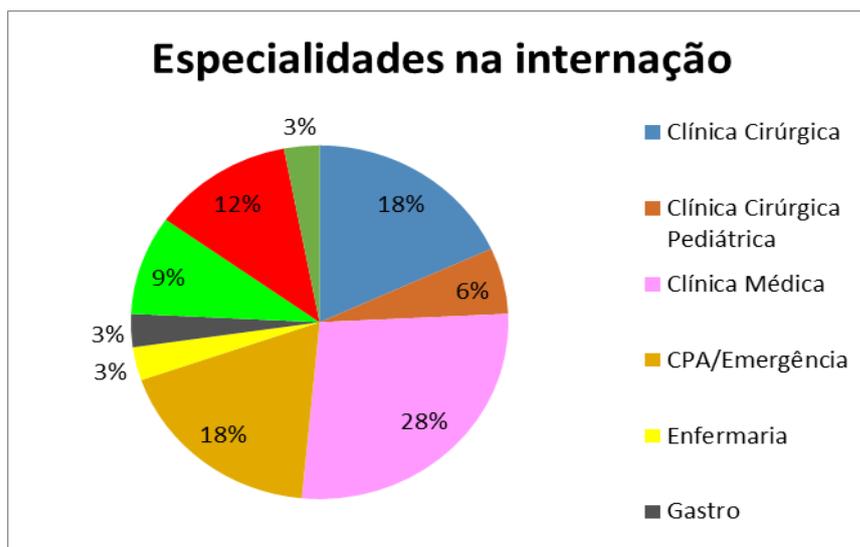


Figura 8 Caracterização da clínica responsável pela internação dos pacientes indígenas no HUB no ano de 2015

No campo sobre o resumo do registro de internação, que deve ser feito com informações obtidas do prontuário do paciente, 91,66% das fichas possuíam tais informações. Em 64,71% os pacientes indígenas sabiam o motivo da internação e em 17,64% essa informação não foi preenchida.

A ficha de internação foi construída para se ter uma noção do olhar do paciente indígena em relação ao hospital e a “medicina do homem branco”. Nesses itens observou-se um baixo índice de preenchimento. No quesito que avaliava a alimentação apenas 50% das fichas foram preenchidas; em 41,66% das fichas de internação continham informações relacionadas à análise do ambiente hospitalar, a percepção do paciente indígena quanto ao atendimento pelos diversos profissionais de saúde que o acompanharam durante o período de internação e a sua visão sobre o tratamento, sobre a sua melhora e opinião pessoal sobre outras possibilidades de tratamento mais resolutivo.

A última folha da ficha de internação corresponde ao fechamento da internação. O preenchimento dessa parte foi extremamente baixo, apenas 19,44% das fichas tinham alguma informação referente a esses dados.

Quanto ao motivo do término da internação, 71,43% correspondeu à alta hospitalar, 14,29% se deram por transferência para outro serviço de saúde e em 14,28% essa informação não foi preenchida. Ao receber a alta todos pacientes indígenas retornaram para CASAI.

Quanto ao tempo de internação observou-se que o tempo mínimo foi de 7 dias, o máximo de 51 dias com um tempo médio de 15,28 dias e uma mediana correspondente a 9 dias de internação.

Em todas as fichas em que o fechamento da internação foi preenchido, houve resolução do motivo da internação e o paciente indígena se sentiu acolhido pelas atividades da equipe do ambulatório de saúde indígena. Em 83,33% o paciente saiu de alta com retorno agendado ou com algum encaminhamento; em 42,85% o paciente saiu com alguma medicação prescrita. Preocupantemente, 80% dos pacientes indígenas não compreenderam as orientações de alta.

6. Discussão

O registro de dados importantes nas fichas como o número do prontuário, número do cartão do SUS, da etnia, aldeia são informações que por vezes, conforme mostram os resultados não são bem preenchidas. Portela et al (2005), em uma pesquisa sobre Pneumonia em crianças e adolescentes indígenas internados no HUB, constatou o mesmo problema que encontramos neste aspecto quando diz que uma das limitações de seu estudo foi justamente o fato da falta de registro de dados nos prontuários médicos e da padronização dos laudos, além da obtenção dos dados ser dificultosa pela relação linguística entre profissionais do hospital e pacientes indígenas, quanto a língua, seus costumes e crenças.

Assim como este estudo, Portela et al (2005) descreveu a etnia a Xavante foi a que mais apareceu. Neste estudo compreendeu 25% dos atendimentos realizados no ASI/HUB, isso pode se dar por ser uma das mais populosas etnias de índios brasileiros, e pela localização de suas aldeias, mais próximas ao Distrito Federal e pelo referenciamento do serviços de média e alta complexidade feito pela SESAI.

Neste estudo não foi calculado o valor preditivo positivo (VPP) que é um dado de extrema relevância e representatividade para a vigilância epidemiológica segundo Barbosa et al (2015).

Abath e colaboradores definem que:

“Completitude é o grau de preenchimento da variável analisada, mensurado pela proporção de notificações com variável preenchida com categoria distinta daquelas indicadoras de ausência do dado. As variáveis em branco ou preenchidas com ‘ignorado’ foram consideradas como incompletas (ABATH et al, 2014)”.

Abath et al (2014) também fez uma análise da completitude do Sinan, em Recife-PE, e revelou que a proporção média de preenchimento das variáveis foi de 70,3%; e uma média de 69,9% para o bloco de variáveis de identificação individual. Caetano et al (2013) ao avaliar a completitude dos instrumentos de investigação das notificações de óbito infantil em Arapiraca/AL, observou,

também, que as fichas não foram preenchidas satisfatoriamente, evidenciando obstáculos no processo de implantação das fichas de investigação.

Em sua revisão sistemática de literatura, Correia et al. (2014), relata que estudos sobre completitude ainda são escassos (média de um/ano); e os indicadores que mensuram a completitude variam de uma simples frequência relativa (a mesma utilizada neste estudo) a índices e indicadores-síntese; conseqüentemente a heterogeneidade de métodos carece de padronização que permitam facilitar as comparações entre os estudos .

Ao analisar o processo histórico de criação do SINAN, Laguardia et al (2004), destaca a importância sobre definição de normas operacionais, bem como, os investimentos em recursos materiais e humanos e, fundamentalmente, a disseminação da informação para o fortalecimento do sistema de informação para a vigilância epidemiológica

Correia et al (2014) ao avaliar a completitude dos dados do cadastro do SisHiperdia verificou que o percentual de incompletitude de campo obrigatório foi mais elevado que o não obrigatório e, embora a maioria das variáveis apresente boas condições de uso, esse fato corrobora ao que foi observado na análise das fichas do ASI. Na revisão integrativa sobre informações obtidas no SIAB, Carreno et al (2015) evidenciou que uma das fragilidades relacionado ao uso do formulário para registro é a dificuldade por parte dos profissionais de saúde no preenchimento das fichas.

Aguiar et al (2014) ao fazer uma avaliação da completitude dos dados registrados na ficha de notificação de tétano acidental concluiu que a busca ativa de informações nos prontuários de pacientes é uma estratégia excelente para captar informações e dados possibilitando a criação de um perfil epidemiológico. Por isso, a importância de se preencher corretamente as fichas de um serviço de saúde, quanto maior for a qualidade das informações, mais fidedigno é o perfil, possibilitando elaborar estratégias de atendimento.

Machado e Kuchenbecker (2007) vislumbrava uma perspectiva futura para os Hospitais Universitários de modo a integrar de modo efetivo os sistemas de saúde de maneira a ampliar os cuidados e a proteção social; e não ser apenas

instituições prestadoras de serviços. Nessa visão o ASI é um ambulatório pioneiro e que unifica a prestação de serviço, cuidado e a proteção social mais ainda há muito a ser feito em relação à interculturalidade.

Baruzzi (2007), ao avaliar os 40 anos de envolvimento da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (Unifesp) com o Projeto Xingu, relata que o modelo contínuo, flexível e inovador proposto pela Unifesp na atenção diferenciada à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil possibilitou o controle de várias doenças endêmicas e negligenciadas, reduziu os índices de mortalidade, melhorou o diagnóstico e tratamento de diversas patologias e possibilitou a capacitação de diversos agentes indígenas de saúde. Essa experiência só mostra a importância que um ambulatório especializado como o ASI tem na formação de profissionais de saúde mais sensíveis quando se deparam com paciente indígena favorecendo uma melhora essencial dos quadros epidemiológicos apresentados por essa população.

Pereira et al (2014) ao relatar a experiência do Ambulatório do Índio mostra que esse cenário deve ser um espaço de reflexão, de troca de saberes, o atendimento diferenciado dessa população deve ser feita baseada nas necessidades específicas indígenas e criar espaços de conversa que facilitem o vínculo desses pacientes com a equipe de saúde. Esse é o mesmo pensamento da equipe do ASI/HUB.

7. Considerações Finais

Esta análise foi de importância singular uma vez que foi abordado um tema ainda não estudado no âmbito do ASI/HUB. Ao analisar as fichas foi perceptível a ocorrência constante de fichas mal preenchidas e descritas; seja nos nomes indígenas, da diferenciação de etnia, tribo e DSEI, explanando a necessidade de estudos frequentes e atualizados sobre conceitos básicos de saúde indígena e interculturalidade. Outra limitação do estudo é o mau preenchimento das fichas quanto às datas, pelo fato de que algumas não possuem datas preenchidas ou mal preenchidas, somente o dia e o mês, sem especificar o ano. Esse ponto retrata que talvez pudessem existir mais fichas no ano de análise do estudo, 2015.

Além disso, as limitações baseiam-se também no não preenchimento do número de prontuário do paciente e do número do cartão do SUS, itens estes, que facilitariam na busca do paciente em seu acompanhamento no âmbito do ASI. Estes dados só são fornecidos se solicitados aos profissionais da CASAI no momento da consulta do paciente indígena.

Em seus diversos aspectos, as fichas não são por si só suscetíveis de viés, mas é perceptível uma necessidade de treinamento das pessoas responsáveis pelo preenchimento para que o ASI produza informações mais fidedignas.

Vale ressaltar que quem preenche as fichas geralmente são estudantes, indígenas ou não, e/ou profissionais de saúde que trabalham no ASI. Cada um descreve segundo a sua subjetividade o que acha daquela consulta, partindo não de uma área técnica, mas do senso comum, do que este indivíduo entende sobre determinado tema, doença e assunto tratado naquela consulta. Parte-se do pressuposto que cada pessoa possui suas peculiaridades com histórias, carga profissional e intelectual, crenças, costumes e entendimentos distintos e por isso cada pessoa terá uma resposta diferente para perguntas e situações iguais e reais. Daí a necessidade da interculturalidade e o viés da subjetividade no preenchimento das fichas produzidas no ASI. É necessário um maior envolvimento dos preceptores e monitores com o processo de produção da informação, com o intuito de gerar fichas mais completas e dados mais fidedignos.

Outro aspecto é a quantidade de papéis produzidos, para impressão e arquivamento das fichas, uma vez que a digitalização das mesmas seria um recurso tecnológico muito interessante de se utilizar para reduzir custos, diminuir volume de papel arquivado e ainda seria mais adequado ecologicamente.

Também tive a oportunidade de elaborar como produto do estágio uma nova ficha (no anexo) em que proponho a unificação das informações contidas nas fichas de acolhimento e acompanhamento, simplificando o preenchimento (reduzindo a repetição de informações durante o mesmo atendimento, como por exemplo, o preenchimento de dois cabeçalhos de identificação) e sintetizando as informações em uma única ficha, reduzindo dessa forma o tempo gasto no preenchimento da ficha e na redução de volume do arquivo.

Diante disso, este estudo alerta para a necessidade de mais estudos e simultaneamente, a aplicação de revisão de fluxos e processos de trabalho, em especial, à utilidade, benefícios, compilação e uso dos dados que são obtidos através das diversas fichas que o Ambulatório de Saúde Indígena produz.

Anexo



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
AMBULATÓRIO DE SAÚDE INDÍGENA

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE CONSULTA

Nome:	
Data nascimento:	Sexo: Feminino () Masculino ()
DSEI:	Aldeia/Estado:
Pólo-Base:	Etnia:
Nº SUS:	Nº Prontuário:
Especialidade:	Telefone:

1. Doença ou Patologia de base:

2. Aspectos culturais relevantes:

3. Paciente foi acompanhado pela CASAI? Sim () Não ()

4. Quem foi mediador da consulta?

(...) Próprio paciente () Parente do paciente () Membro CASAI

5. Paciente chegou no horário da consulta? Sim () Não ()

6. Paciente teve que esperar pela consulta? Sim () Não ()

Se **SIM**, qual foi o tempo de espera?

7. Observando o atendimento feito pelo profissional de saúde, como se deu a interação desse profissional com o paciente indígena nos seguintes fatores? (Marque X)

FATORES	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
Recepção, atendimento e acolhimento					
Escutou a queixa do paciente					
Sensibilidade/conhecimento intercultural					
Respeito aos saberes e hábitos indígenas					
Médico explicou claramente ao paciente sobre suas condições de saúde					
Paciente indígena sentiu-se a vontade para tirar dúvidas com o profissional					
Paciente indígena foi receptivo ao uso de medicação (se for o caso)					
Paciente compreendeu as recomendações médicas gerais					

8. Encaminhamentos

9. Observações relevantes

Responsáveis pelo preenchimento da ficha:

() Monitor () Estagiário () Preceptor

Nomes:

Data:

Referências

ABATH, Marcella de Brito et al . **Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.23, n.1, p. 131-142, mar. 2014.

AGUIAR, Lucilene Rafael et al. **Avaliação da completude dos dados registrados na ficha de notificação de tétano acidental.** Cadernos ESP, Ceará 8(2): 38-49, jul./dez. 2014.

BARBOSA, Jakeline Ribeiro et al . **Avaliação da qualidade dos dados, valor preditivo positivo, oportunidade e representatividade do sistema de vigilância epidemiológica da dengue no Brasil, 2005 a 2009.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.24, n.1, p. 49-58, Mar. 2015.

BARUZZI, Roberto G.. **A universidade na atenção à saúde dos povos indígenas: a experiência do Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina.** Saúde soc., São Paulo, v.16, n.2, p.182-186, Aug.2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** DOU de 06/02/2002 (nº 26, Seção 1, pág. 46)

CAETANO, Simone Fonseca; VANDERLEI, Lygia Carmen de Moraes; DE FRIAS, Paulo Germano. **Avaliação da completude dos Instrumentos de Investigação do Óbito Infantil no município de Arapiraca, Alagoas.** Cad. Saúde Colet., 2013, Rio de Janeiro, 21(3): 309-17.

CARRENO, Ioná et al. **Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.947-956, Mar. 2015.

COIMBRA JR., Carlos Everaldo Alvares; SANTOS, Ricardo Ventura. **Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 125-132, 2000.

CORREIA, Lourani Oliveira dos Santos; PADILHA, Bruna Merten; VASCONCELOS, Sandra Mary Lima. **Compleitude dos dados de cadastro de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus registrados no Sistema Hiperdia em um estado do Nordeste do Brasil.** Ciênc. saúde coletiva; 19(6):1697-1697, 06/2014.

CORREIA, Lourani Oliveira dos Santos; PADILHA, Bruna Merten; VASCONCELOS, Sandra Mary Lima. **Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(11): 4467-4478, 2014.

DIEHL, Eliana Elisabeth; PELLEGRINI, Marcos Antônio. **Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(4):867-874, abr, 2014.

FERREIRA, Luciane Ouriques. **A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan.-mar. 2013, p.203-219.

FUNASA. **Casai, o lar dos índios.** Boletim Informativo Especial FUNASA. Edição n.8; p.9, Abril 2009.

HADDAD, Ana Estela et al . **Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 03-04, Mar. 2012.

HOEFEL, Maria da Graça Luderitz et al. **O Projeto Vidas Paralelas Indígena e a Construção da Interculturalidade na Formação em Saúde: Um Estudo de Caso.** Revista Eletrônica Tempus Actas de Saúde Coletiva. v.06 n.1. Brasília, 2012.

HOEFEL, Maria da Graça Luderitz et al. **PET-Saúde UnB: construindo redes interculturais em saúde.** Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 9(1), 43-63, mar, 2015.

LAGUARDIA, Josué et al. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde.** Epidemiologia e Serviços de Saúde 2004; 13(3): 135–147.

LANGDON, Esther Jean. **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.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. **Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 871-877, Aug. 2007.

MENÉNDEZ, Eduardo Luiz. **Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos.** Ciência & Saúde Coletiva, 21(1):109-118, 2016.

PEREIRA, Érica Ribeiro et al. **A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas.** Saúde soc., São Paulo, v.23, n.3, p. 1077-1090, Sept. 2014.

PONTES, ALM et al. **O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 20(10):3199-3210, 2015.

PORTELA, MFP, SANT'ANNA CC, CAMPOS JÚNIOR D. **Pneumonia em crianças e adolescentes indígenas.** Pulmão RJ 2005; 14(4): 283-288.

SOUSA, Maria da Conceição de; SCATENA, João Henrique G.; SANTOS, Ricardo Ventura. **O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 853-861, Apr. 2007.

TEIXEIRA, Carla Costa; DA SILVA, Cristina Dias. **Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação.** Anuário Antropológico 2013. p.35-57.