

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

**Morbidade Hospitalar de Indígenas Xavante no Distrito Sanitário
Especial Indígena Xavante, Mato Grosso (1998 a 2002)**

Rosaline Lunardi

Rio de Janeiro, agosto de 2004

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

**Morbidade Hospitalar de Indígenas Xavante no Distrito Sanitário
Especial Indígena Xavante, Mato Grosso (1998 a 2002)**

Rosaline Lunardi

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Ventura Santos

Dissertação apresentada com vistas à
obtenção do título de Mestre em
Ciências na Área de Saúde Pública.

Rio de Janeiro, agosto de 2004

DEDICATÓRIA

Aos meus pais,

Aclides Lunardi e Heloisa Lunardi

Aos meus irmãos,

Antônio

João

Rafael

Débora

Ana Miriam

Daniel, sempre em pensamento

E a uma pessoa muito especial,

Paulo Nina

AGRADECIMENTOS

À Débora Elisa Rocha Lunardi,

Sem a sua ajuda os arquivos teriam sido maiores,
as caixas, mais pesadas,
as escadas, mais altas,
e a estrada, mais longa.
Obrigada pelos dias e noites empoeirados,
pelo cansaço suportado,
e pela companhia.

Ao Ricardo Ventura Santos,

Antes de tudo por sua paciência,
Também por suas sugestões e orientação,
E por três frases de estímulo que fizeram a diferença.

Ao Paulo Nina,

Pelo apoio incondicional.

À Aucely C.F. Chagas

Por milhares de favores e pela compreensão das minhas faltas.

À Missão Salesiana de Sangradouro, especialmente ao Pe. Kian

Por seu apoio, pelas oportunidades e pela hospitalidade

Aos Xavante, especialmente aos meus alunos de Sangradouro

Pela convivência e aprendizado.

Ao pessoal da Secretaria do Departamento de Endemias Samuel Pessoa,

Por sua presteza, sempre.

Resumo:

Este estudo teve como objetivo investigar as causas de internação hospitalar dos indígenas Xavante, localizados em Mato Grosso, visando uma melhor compreensão de suas condições de saúde. As causas de hospitalização no período de 1998 a 2002 foram pesquisadas nos prontuários dos hospitais públicos e privados que atendem às populações residentes em quatro terras indígenas Xavante: Areões, Pimentel Barbosa, Sangradouro e São Marcos. Foram localizados 2240 prontuários de pacientes Xavante nos arquivos de oito hospitais. Destes prontuários, 542 referiam-se a hospitalizações ocorridas em 1998 e 1999, portanto no período anterior à implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (final de 1999). Foram analisados 1698 prontuários referentes às hospitalizações ocorridas no período de 2000 a 2002. As idades variaram de 0 a 94 anos, sendo que a maioria das hospitalizações foi de crianças com idades inferiores a cinco anos (65,8%). As principais causas de hospitalização, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), foram: doenças do aparelho respiratório (41,5%); doenças infecciosas e parasitárias (17,4%), representadas principalmente pelas diarreias; gravidez, parto e puerpério (12,7%); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (9,7%); e lesões, envenenamentos e conseqüências de causas externas (4,3%). O perfil da morbidade hospitalar dos Xavante condiz com as condições de insalubridade ambiental, sanitária e nutricional descritas em outros estudos. A população Xavante apresentou uma proporção maior de hospitalizações causadas por doenças do aparelho respiratório, infecciosas e parasitárias e endócrinas, nutricionais e metabólicas que a população não-indígena de Mato Grosso. Os resultados da investigação apontam para a necessidade de avaliação continuada do Sub-Sistema de Atenção à Saúde Indígena na região dos Xavante com vistas ao melhor planejamento das ações e melhoria das condições de saúde.

Palavras-chave: hospitalização; índios sul-americanos; morbidade; cuidados primários de saúde

Abstract:

This study aimed at investigating the causes of hospitalization in the Xavante Indians from Mato Grosso, Central Brazil, in order to better understand their health conditions. The causes of hospitalization were investigated in the period 1998-2002, drawing from records of private and public hospitals attended by patients from the following reservations: Areões, Pimentel Barbosa, Sangradouro and São Marcos. A total of 2240 records of Xavante patients were retrieved from the eight hospitals investigated. Of these, 542 refer to hospitalizations that took place in 1998-1999, thus prior to the implementation of the new Indian health care system (in late 1999). The study also investigated 1698 records related to the time period 2000-2002. The age of the patients varied from 0 to 94 years, with a predominance of children below age 5 (65.8%). The main causes of hospitalization, following the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – 10th Edition, were: diseases of the respiratory system (41.5%); certain infectious and parasitic diseases (17.4%), mainly diarrheas; pregnancy, childbirth and puerperium (12.7%); endocrine, nutritional and metabolic diseases (9.7%); and injury, poisoning and certain other consequences of external causes (4.3%). This profile of hospitalization causes is in accordance with the poor health conditions which have been described in other studies about the Xavante. The Xavante showed a higher proportion of hospitalization due to respiratory diseases, infectious diseases and undernutrition compared to non-Indians living in Mato Grosso State. The findings of this investigation point to the need of a systematic assessment of the Indian health care system under operation in the Xavante regions, aiming at better planning of health initiatives and at improving overall health conditions.

Word-key: hospitalization; South American Indians; morbidity; primary health care

Lista de Figuras	
Lista de Tabelas	
Lista de Siglas	

CAPÍTULO I

Introdução	10
A Política de Saúde Indígena no Brasil	12
O Distrito Sanitário Especial Indígena	13
A Estratégia de Atenção à Saúde Indígena – A Atenção Primária à Saúde	15
Hospitalizações por Condições Sensíveis a Atenção Primária à Saúde	16

CAPÍTULO II **OS XAVANTE**

Os Xavante	20
Os Xavante na literatura antropológica e biomédica	23

CAPÍTULO III

A MORBIDADE HOSPITALAR DE INDÍGENAS XAVANTE NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA XAVANTE, MATO GROSSO (1998 a 2002)

Introdução	27
População e Métodos	29
Resultados	33
Discussão	57
Considerações Finais	69
Referências Bibliográficas	72

I - Lista de Figuras

Figura 2.1	Localização das Terras Indígenas Xavante – Mato Grosso, Brasil.	20
Figura 2.2	Terras Indígenas Xavante – Mato Grosso, Brasil.	21
Figura 3.1	Proporção dos grupos diagnósticos nas hospitalizações de Indígenas Xavante, no período pré-districtalização (1998 e 1999) e no período pós-districtalização (2001 e 2002).	55

II - Lista de Tabelas

Tabela 2.1.	Área total (ha), população e densidade demográfica, por terra indígena, do DSEI Xavante, 2002.	22
Tabela 3.1.	Distribuição dos Pólos Base por terra indígena, município e população, 2002.	30
Tabela 3.2	Hospitais de referência para as terras indígenas Xavante.	31
Tabela 3.3	Número de prontuários localizados nos arquivos hospitalares, referentes aos períodos pré-distritalização e pós-distritalização, de 1998 a 2002.	34
Tabela 3.4	Freqüência de hospitalização absoluta e relativa e número de hospitalizações por cem habitantes, por terra indígena, no período de 2000 a 2002.	34
Tabela 3.5	Distribuição das hospitalizações de indígenas Xavante, por sexo, incluindo e excluindo o capítulo XV da CID-10, no período de 2000 a 2002.	35
Tabela 3.6	Distribuição das hospitalizações de indígenas Xavante, por faixa etária, incluindo e excluindo o capítulo XV da CID-10, no período de 2000 a 2002.	35
Tabela 3.7	Número de hospitalizações por indígena Xavante, por faixa etária, no período de 2000 a 2002.	37
Tabela 3.8	Intervalo entre as hospitalizações recorrentes, por idade, no período de 2000 a 2002.	38
Tabela 3.9	Distribuição das causas de hospitalização de indígenas Xavante, no período de 2000 a 2002.	39
Tabela 3.10	Proporção dos diagnósticos de maior convergência dentro de cada Capítulo da CID-10.	40

II - Lista de Tabelas (cont.)

Tabela 3.11	Distribuição das causas de hospitalização de indígenas Xavante, por faixa etária, no período de 2000 a 2002.	42
Tabela 3.12	Causas de hospitalização por terra indígena, no período de 2000 a 2002.	45
Tabela 3.13	Duração média da hospitalização em dias, por hospital, no período de 2000 a 2002.	47
Tabela 3.14	Duração média da hospitalização, por terra indígena, no período de 2000 a 2002.	48
Tabela 3.15	Motivo de alta da hospitalização, por terra indígena, no período de 2000 a 2002.	49
Tabela 3.16	Motivo de alta da hospitalização, por hospital, no período de 2000 a 2002.	50
Tabela 3.17	Xavante, por ano de idade, por número de hospitalizações, no período de 2000 a 2002.	51
Tabela 3.18	Xavante com idade inferior a cinco anos, por número de hospitalizações, por terra indígena, no período de 2000 a 2002.	52
Tabela 3.19	Distribuição das principais causas de hospitalização de indígenas Xavante, nos cinco primeiros anos de vida, no período de 2000 a 2002.	53
Tabela 3.20	Distribuição das principais causas de hospitalização em crianças xavante e da população geral de Mato Grosso, com idade inferior a cinco anos, segundo capítulos da CID-10, no período de 2000 a 2002.	54
Tabela 3.21	Proporção dos grupos diagnósticos nas hospitalizações de indígenas Xavante, no período pré-districtalização (1998 e 1999) e no período pós-districtalização (2001 e 2002).	56

IV - Lista de Siglas

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Agentes Indígenas de Saúde
CASAI	Casas de Saúde do Índio
CID-10	Classificação Internacional de Doenças 10 ^a Revisão
CISMA	Hospital Regional de Água Boa
CHGA	Complexo Hospitalar Garças – Araguaia (CHGA)
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEIX	Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SIH	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SPI	Serviço de Proteção aos Índios
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Terra indígena

INTRODUÇÃO

O complexo quadro da saúde indígena no Brasil está diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão de frentes demográficas e econômicas nas diversas regiões do país ao longo do tempo. O contato com as frentes de expansão alterou o perfil de morbimortalidade indígena, através da introdução de patógenos exógenos e decorrentes epidemias; da redução nos territórios com conseqüentes mudanças nos meios de produção e subsistência; e, ainda, agressões e morte de indivíduos e coletividades (Santos & Coimbra Jr., 2003).

O perfil de saúde/doença dos povos indígenas no Brasil vem passando por acelerado processo de transformação, mas continua pouco conhecido (Escobar et al, 2003; Coimbra Jr. & Santos, 2000), o que decorre da exigüidade de investigações, da ausência de censos e de outros inquéritos regulares e da precariedade dos sistemas de registro de informações sobre morbidade, mortalidade e cobertura vacinal, dentre outros fatores (Santos & Coimbra Jr., 2003).

Estatísticas vitais, tais como coeficiente de mortalidade infantil, esperança de vida ao nascer e taxas brutas de natalidade e mortalidade, essenciais para monitorar o perfil de saúde/doença e planejar ações de saúde e educação, não são disponíveis para a ampla maioria dos grupos (Santos & Coimbra Jr., 2003). Estes mesmos autores já haviam chamado a atenção para as implicações do que denominam uma “danosa invisibilidade demográfica e epidemiológica” (Coimbra Jr. & Santos, 2000).

As condições de saúde dos Xavante são ainda pouco conhecidas, apesar de terem sido objetos de vários estudos demográficos e epidemiológicos nas últimas décadas. As pesquisas foram realizadas em momentos diferentes, em várias áreas indígenas e com a coleta de dados distintos, o que permite uma aproximação da

realidade, com uma comparabilidade limitada e uma historicidade epidemiodemográfica imperfeita (ver Coimbra Jr. et al. 2002).

A deficiência dos sistemas de informações em saúde, que não contempla, entre outros dados, a identificação étnica e o domicílio do paciente indígena, dificulta a construção do perfil epidemiológico e cria dificuldades para a sistematização de ações voltadas para a atenção à saúde das populações indígenas (Santos & Coimbra Jr., 2003; Garnelo et al., 2003).

A assistência à saúde dos povos indígenas do Brasil está sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) desde 1999, quando foi implementada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (disponível em http://www.FUNASA.gov.br/siteFUNASA/pub/pdf/politica_saude_indigena.pdf). Esta política é parte integrante da Política Nacional de Saúde, determinando que o Sistema Único de Saúde (SUS), que assiste a todos os cidadãos brasileiros, também seja responsável pela assistência à saúde dos povos indígenas, porém sob a coordenação do subsistema de saúde específico para estas populações.

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), por estar ainda em fase de implantação, não permite a obtenção de dados relativos à morbimortalidade dos povos indígenas de forma ampla. Este sistema de informação permitirá o acompanhamento da assistência à saúde nos níveis primários e secundários, porém quando se estiver buscando informações a respeito da assistência terciária, o SIASI não será adequado, já que há um sistema de informação próprio para a assistência hospitalar - o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). As informações sobre hospitalizações dos indígenas em unidades hospitalares conveniadas ao SUS não podem ser discriminadas das hospitalizações de pessoas não-indígenas, pois o SIH não produz informação sobre a filiação étnica.

Segundo a FUNASA (2002a:10), “não existem dados globais fidedignos sobre a situação de saúde da população indígena, mas sim dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde aos povos indígenas. Embora escassos, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. O alto número de óbitos sem

registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis”.

A literatura existente sobre o estado da saúde indígena aponta para altas incidências de pneumonias e gastroenterocolites infecciosas, tuberculose, desnutrição, parasitoses intestinais e doenças da pele (Grunna et al. 2003; Escobar et al. 2003; Coimbra Jr. & Santos, 1991; Leite, 1998; Alvarez et al. 1991; entre outros). A disponibilidade e a acessibilidade aos serviços de saúde podem influenciar na utilização hospitalar, assim como fatores sociais relacionados à cultura e à situação sócio-econômica. Em conseqüência, os dados obtidos de registros hospitalares não descrevem diretamente as necessidades ou o perfil de saúde/doença de uma população. As taxas de hospitalização podem significar que o estado de saúde está deteriorando, que o acesso ao hospital está melhorando, que a identificação do indígena está aumentando, ou ainda, uma combinação destes (AIHW, 2002).

A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil

Os primeiros cuidados à saúde prestados às populações indígenas no Brasil partiram de missões religiosas, nos séculos XVIII e XIX. Somente na primeira década do século XX foi instituído um sistema de assistência à saúde indígena governamental, vinculado ao Serviço de Proteção aos Índios (SPI), que atendia basicamente às situações emergenciais de saúde, surgidas com a perda do isolamento ou inseridas no processo de pacificação (FUNASA, 2002a).

Na Reunião de Trabalho sobre Povos Indígenas e Saúde (PAHO, 1993), definiu-se que o desenvolvimento de projetos e programas de saúde em comunidades indígenas se basearia na utilização máxima e apropriada de recursos locais e na participação sistemática e ativa da população no processo de planejamento, execução e avaliação dos mesmos. Assim, o sistema de saúde deve ser específico, com diferentes níveis de intervenção e seleção de prioridades com a participação da comunidade, determinando um modelo de assistência à saúde que seja determinado pelas necessidades, solicitações e aceitação do grupo (Weiss, 1998; Garnelo et al. 2003; Coimbra Jr. et al. 2002).

A Constituição da República de 1988 institucionalizou uma série de mudanças nas políticas de saúde do Brasil, reivindicadas desde a década de 70 pelo Movimento da Reforma Sanitária, e que resultaram na criação do SUS. Apesar da universalização do SUS, a sistematização e implantação da assistência à saúde indígena ocorreram somente em fins dos anos 90, com a Lei nº 9836, posteriormente denominada Lei Arouca, que criou o subsistema de atenção à saúde indígena dentro do SUS e formalizou o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Esta lei adotou uma concepção de saúde integral e diferenciada, instituiu a representação indígena nos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde e criou a complementaridade de atendimento (parcerias) entre estados, municípios e organizações não-governamentais (Magalhães, 2001).

No ano de 2000, com a PNASPI integrada à Política Nacional de Saúde, houve o ajuste das determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, reconhecendo aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais (FUNASA, 2002a). Esta política certamente trouxe muitos avanços para o setor saúde dos povos indígenas, principalmente em relação aos recursos investidos na organização do sistema e na contratação de profissionais de saúde com intuito de melhorar a cobertura dos serviços e dar conta da demanda específica de cada região, de acordo com o perfil epidemiológico local.

O Distrito Sanitário Especial Indígena

O serviço de atenção à saúde dos povos indígenas é organizado sob a forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), onde situam-se a atenção primária e os serviços de referência. Cada distrito institui a sua rede de serviços de atenção primária à saúde dentro das áreas indígenas e as integra e organiza hierarquicamente, articulando com a rede do Sistema Único de Saúde.

A FUNASA conceitua um DSEI como um “modelo de organização de serviços orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que tem como definição territorial as seguintes características: população, área geográfica e perfil epidemiológico; disponibilidade de serviços, recursos e infra-estrutura; vias de acesso aos serviços instalados em nível local

e à rede regional do SUS; distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios” (FUNASA, 2002a: 13-14).

Segundo a PNASPI, o sistema local de saúde indígena deve garantir o acesso à atenção integral a saúde, de acordo com as diretrizes e princípios do SUS (FUNASA, 2002a). Para atingir este propósito, os serviços de saúde foram arranjados em três níveis: a atenção nas próprias aldeias em postos de saúde, o encaminhamento ao pólo-base e, por fim, à rede de serviços do SUS.

Nas aldeias é realizada a atenção básica à saúde, por intermédio de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e, periodicamente, pelas equipes multidisciplinares. Algumas aldeias mais populosas ou de difícil acesso podem ter outros profissionais, principalmente técnicos e auxiliares de enfermagem, além dos AIS, prestando assistência de forma permanente.

Os Pólos-base são a primeira referência dos AIS e demais funcionários dos Postos de Saúde nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência, possuem maiores recursos tecnológicos, mas, caso não tenham o grau de resolutividade suficiente para atender a demanda, referenciam os usuários para a rede de serviços do SUS, que geralmente coincide com a localização da Sede Administrativa do Distrito (FUNASA, 2002a).

Fazem também parte do sistema de saúde indígena, as Casas de Saúde do Índio (CASAI). Estas em sua maioria eram antigos postos da FUNAI que agora, segundo a FUNASA (2001), devem desempenhar a função de dar suporte aos indígenas encaminhados para atendimento na rede do SUS, fornecendo alojamento, alimentação, e assistência de enfermagem permanente. Devem ainda marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar e providenciar o retorno às comunidades de origem, com as informações sobre os procedimentos e tratamentos recebidos. Estas unidades devem ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os pacientes e seus acompanhantes.

Na realidade o sistema de saúde indígena nem sempre é aplicado conforme o seu modelo teórico. O fluxo entre os três níveis de atenção pode não seguir a direção prescrita. Em alguns locais a primeira referência para os agentes indígenas de saúde não é o pólo-base, mas outro posto de aldeia ou outro serviço de saúde da rede

SUS. Em outra instância, divergindo do preconizado, a direção do itinerário do serviço pode se dar pela acessibilidade e/ou aceitabilidade do atendimento por parte dos indígenas ou dos próprios servidores, ou ainda pela empatia entre os profissionais de saúde conveniados com a FUNASA e os profissionais dos serviços de referência. A demanda que deveria ser recebida no pólo-base, às vezes, é distribuída ou direcionada para outro serviço que não faz parte do subsistema de atenção à saúde indígena e que - nem em teoria - está apto a prestar um atendimento intercultural. Isto pode comprometer a qualidade da atenção dispensada e gerar insatisfação dos usuários e dos servidores, além de prejudicar o fluxo de informações que alimentam o subsistema.

Em relação às CASAI, que deveriam servir como instituição de apoio ao serviço de saúde, muitas vezes acabam exercendo a função dos postos de saúde, como referência primária e secundária, além de porta de entrada ao subsistema. Uma limitação das CASAI, em alguns casos, reside em não fornecer informações de contra-referência às aldeias e pólos-base - o que pode prejudicar a qualidade da atenção primária - e outra, as suas funções em educação em saúde e atividades lúdicas praticamente inexistem.

A avaliação do percentual de unidades do subsistema de saúde indígena que efetivamente cumprem as suas atribuições, bem como a qualidade e a resolutividade dos serviços prestados por parte de cada nível de assistência nos DSEI, ainda permanecem desconhecidos (Garnelo et al. 2003).

A Estratégia de Atenção à Saúde Indígena - A Atenção Primária à Saúde

A assistência à saúde indígena brasileira está alicerçada na atenção primária, principalmente em seu nível primário e secundário, através dos Agentes Indígenas de Saúde e das equipes de saúde. A estratégia da atenção primária à saúde é a acessibilidade a um sistema de saúde integrado, coordenado e compreensivo; que execute funções curativas, paliativas, preventivas e de promoção à saúde e, ainda, que controle racionalmente as tecnologias da atenção secundária e o custo-efetividade dos recursos, com assegurada equitabilidade na distribuição destes (WHO, 1994; BMJ, 1996).

Helman (1996) relata que a atenção primária à saúde compreensiva foi moldada em uma atenção a problemas de saúde específicos, com estratégia enfocada principalmente nas crianças. Esta estratégia se resume em monitoramento do crescimento, reidratação oral, amamentação, imunização, planejamento familiar, suplemento alimentar e alfabetização das mulheres.

A atenção primária à saúde deve ser enfocada na saúde dos indivíduos constelados com outros determinantes da saúde, isto é, no ambiente social e físico no qual atuam. Por estar mais próxima do ambiente das pessoas, as quais serve, este nível de atenção está em uma melhor posição para apreciar o papel desempenhado pelos diversos determinantes e suas interações com a saúde e a doença (Starfield, 1998). O estudo conduzido por Starfield & Shi (2002) comparou sistemas de saúde e achou melhores resultados e menores custos em países com forte sistema de atenção primária à saúde, particularmente para crianças.

O quadro sanitário pode ser considerado um espelho da atenção primária prestada e, desta forma, todos os óbitos, agravos à saúde ou hospitalizações por condições que poderiam ser evitadas através deste serviço apontam a sua baixa resolutividade.

Hospitalizações por Condições Sensíveis a Atenção Primária à Saúde

Caminal *et al.* (2001) conceituam as condições sensíveis à atenção primária como um conjunto de diagnósticos designados para medir as hospitalizações evitáveis. Casanova & Starfield (1995) definem as hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária como aquelas relacionadas às características socioeconômicas (*i.e.*: alfabetização, emprego e renda), além das características da atenção primária. Ainda, segundo Caminal *et al.* (2001), a atenção primária à saúde pode evitar as hospitalizações por condições sensíveis a ela, através de intervenções preventivas de primeiro, segundo e terceiro nível e de reabilitação, ou seja, o funcionamento da atenção primária previne e controla a utilização de serviços hospitalares por demandas que devem ser resolvidas em outros níveis de atenção. Avaliar as hospitalizações evitáveis por atenção primária é um indicador da equidade, da eficiência e do acesso aos serviços de saúde (Pappas *et al.*, 1997; Niti & Ng, 2003).

Pappas et al. (1997), nos Estados Unidos, encontraram que 12% das hospitalizações eram por condições evitáveis pela atenção primária à saúde. Neste mesmo país, Begley et al. (1994) concluíram em seus estudos que pessoas com baixa renda sofriam de falhas ao acesso a atenção primária à saúde, conduzindo a taxas mais elevadas de hospitalização por condições sensíveis à atenção primária. O estudo de Caminal et al. (2001), na Espanha, demonstrou que 13% de todas as hospitalizações deviam-se a condições sensíveis à atenção primária à saúde e, também, por 16% dos gastos com diárias hospitalares. Também na Espanha, Morales et al. (2001) encontraram que 18% das hospitalizações poderiam ter sido evitadas se houvesse uma atenção primária resolutiva. Na Austrália, uma pesquisa sobre condições sensíveis à atenção primária à saúde indicou que havia uma probabilidade significativa de redução em hospitalizações preveníveis através do incremento nas intervenções em condições sensíveis a atenção ambulatorial (Department of Human Services, 2002).

Holman et al. (2001) avaliaram o impacto de doenças infecciosas na população, examinando hospitalizações causadas por estas doenças entre indígenas americanos e nativos do Alasca. Os autores concluíram que deveriam haver medidas de prevenção na atenção básica focalizadas nas doenças encontradas, para que o impacto destas na comunidade sejam decrescidos. Jackson & Tobias (2001) trabalharam com habitantes da Nova Zelândia e observaram que um terço das hospitalizações eram evitáveis e, dois terços destas, por meio de serviços de atenção primária mais efetiva. Falhas no processo assistencial também foram encontradas por Pithan et al. (1991), entre os Yanomami, onde predominam como causas de óbito as doenças infecciosas e parasitárias agudas.

Young (1981) avaliou o serviço de atenção primária à saúde prestado aos indígenas isolados no noroeste de Ontário e inferiu que não havia diferenças no padrão de saúde das comunidades servidas somente por cuidadores de saúde indígenas e aquelas com assistência de enfermeiros ou serviços médicos, sendo pequeno o impacto do tipo de atenção médica no padrão de saúde da população. As causas dominantes de morbimortalidade nestas comunidades requerem atenção de outros serviços, além dos biomédicos, tais como, desenvolvimento socioeconômico e melhora das condições ambientais, ou seja, ações de promoção de saúde associadas à atenção primária.

Dentre as doenças consideradas como causas de hospitalização sensíveis a cuidados ambulatoriais e/ou causas evitáveis de hospitalização, figuram a diarreia, a

pneumonia bacteriana, convulsões por epilepsia, asma e desnutrição (Cohen & Macwilliam, 1995). Há dois trabalhos realizados entre populações indígenas que corroboram a alta prevalência de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária à saúde: Grunna et al. (2003) levantaram dados sobre hospitalizações no Distrito Sanitário Especial Indígena de Vilhena, concluindo que *“as doenças respiratórias e infecto-parasitárias predominam na ocorrência de internações (85,3%), mostrando que a atenção básica apresenta deficiências significativas. Ainda que estejam sendo feitos investimentos na formação de agentes indígenas de saúde e na atenção básica, principalmente a partir de 1999, o quadro permanece preocupante”*. Escobar et al.(2003), realizaram um trabalho semelhante no Distrito Sanitário Especial Indígena de Porto Velho e seus resultados indicaram que as doenças infecciosas continuam a ter impacto significativo sobre as demandas aos serviços, ao mesmo tempo em que doenças crônicas não-transmissíveis, lesões e causas externas emergem como causas de internação.

O estudo das hospitalizações potencialmente evitáveis fornece uma ferramenta útil para a análise das necessidades de saúde da população e para o desenvolvimento de políticas de saúde (Jackson & Tobias, 2001). Segundo Perrin (1994), a taxa de hospitalização por determinadas causas é um indicador indireto da resolutividade ambulatorial, pois a atenção ambulatorial de boa cobertura e qualidade é capaz de reduzir a taxa de hospitalização.

Refletindo sobre o quadro de saúde delineado em inúmeros artigos e livros que tratam da saúde dos indígenas Xavante, pode-se prever que parcela expressiva das hospitalizações estão associadas a problemas evitáveis. No entanto, através da literatura, não há como estimar o seu impacto no perfil da morbidade hospitalar Xavante.

Este trabalho tem como objetivo aprofundar os estudos sobre as condições de saúde dos Xavante que vêm sendo realizados nos últimos anos, abordando especificamente aspectos associados à hospitalização dessa população. O interesse é não somente de apresentar um panorama amplo, englobando várias áreas Xavante, como prover informações que possam ser úteis na avaliação e melhoria do sistema de atenção à saúde que serve esta população.

Essa dissertação está estruturada em um texto no formato de artigo científico. É precedido de uma revisão sobre os temas concernentes às questões

principais do estudo, quais sejam, a localidade das Terras Indígenas Xavante e as suas populações, e uma revisão das publicações que tratam de aspectos antropológicos e biomédicos sobre os Xavante.

OS XAVANTE

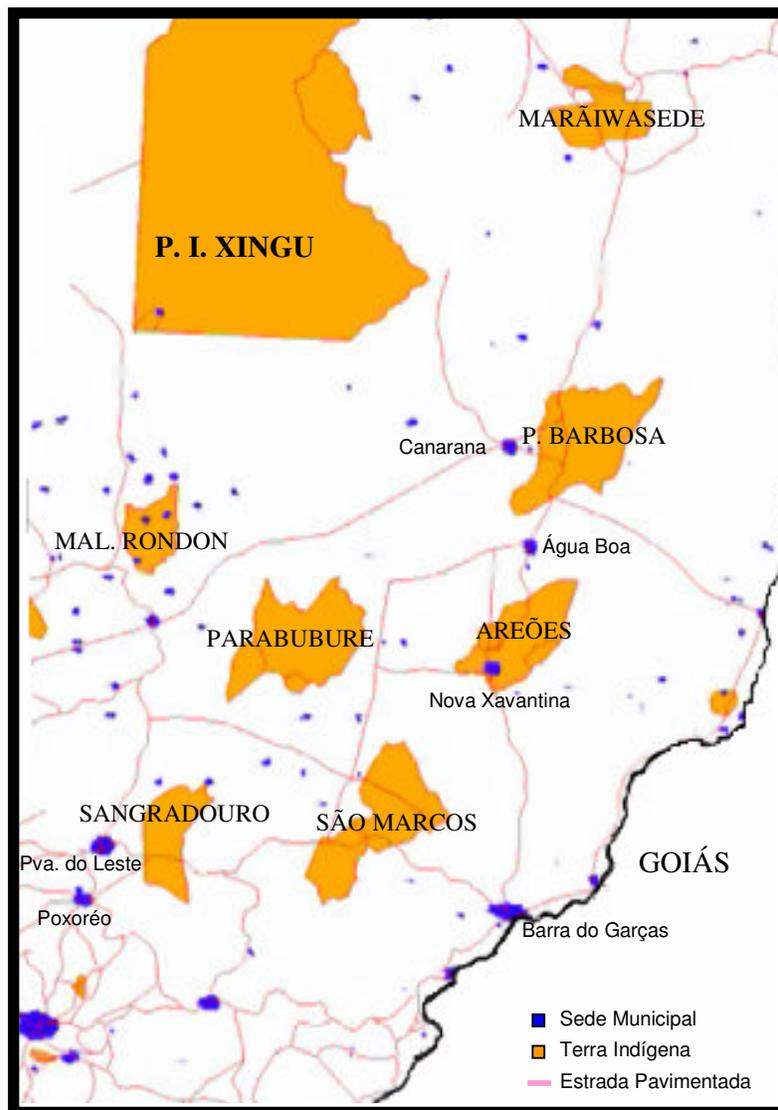
Originalmente os Xavante ocupavam extensas áreas no que é hoje o estado de Goiás e leste do Mato Grosso. A expansão das fronteiras agrícolas e da colonização do oeste do Brasil, intensificada a partir da primeira metade do século passado, conduziu os Xavante cada vez mais ao sudoeste da sua terra de origem. A exploração continuada, do Brasil central e do centro-oeste, determinou a confinação dos indígenas em territórios muitas vezes menores do que as áreas que ocupavam inicialmente, interferindo de modo contundente em seus meios de subsistência e de vida.

Figura 2.1 - Localização das Terras Indígenas Xavante – Mato Grosso, Brasil.



Atualmente os Xavante estão distribuídos em sete terras indígenas (TI)(Figura 2.2): Areões, Parabubure, Pimentel Barbosa, Marechal Rondon, Sangradouro -Volta Grande, São Marcos e Marãiwasede, com uma população de aproximadamente 10.400 indígenas (FUNASA, 2002b).

Figura 2.2 - Terras Indígenas Xavante – Mato Grosso, Brasil.



Fonte: montagem a partir de imagens do IBAMA, disponíveis em www.ibama.gov.br

As Terras Indígenas são cortadas por estradas pavimentadas, ou estão a curtas distâncias dessas. O deslocamento dos Xavante para as cidades é feito por via terrestre, comumente sobre a carroceria dos caminhões ou de veículos utilitários menores, sem observação das condições mínimas de segurança no trânsito.

Segundo Souza et al. (2004), a dinâmica populacional dos Xavante é caracterizada por elevados níveis de natalidade e de mortalidade nos primeiros anos de vida, resultando em uma estrutura etária composta por 55% dos indivíduos com idades abaixo dos 15 anos. As crianças com idade inferior a cinco anos constituem 26,1% da população e as mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) compõem 24,3%. Estes autores chamam a atenção para o relativamente pequeno contingente entre 40 e 64 anos de idade, fato possivelmente associado a uma mortalidade acentuada para os Xavante nas décadas de 1930 a 1960. Descrevem, ainda, a amplitude do grupo etário de 65 anos e mais, que pode estar associada a superestimação na idade por parte dos adultos.

As populações residentes e o tamanho das terras Xavante são distintos, havendo também substancial diferença na densidade demográfica (Tabela 2.1).

Tabela 2.1 – Área total (ha), População e Densidade Demográfica, por Terra Indígena, do DSEI Xavante, 2002.

Terra Indígena	População	Área Total (ha)	Densidade Demográfica
Areões	1.014	218.515	0,0046
Pimentel Barbosa	1.482	328.966	0,0045
Parabubu	4.229	224.447	0,0188
Marechal Rondon	480	98.500	0,0049
Sangradouro	1.021	100.280	0,0102
São Marcos	2.251	188.478	0,0119
Marãiwasede	Em processo de Desocupação	168.000	-
Total	10.477	1.327.186	0,0090

Fonte: Souza et al. (2004)

Os Xavante na Literatura Antropológica e Biomédica

As relações sociais, a cultura, a língua e as atividades de vida diária foram descritas por muitos autores, entre eles, Maybury-Lewis (1967), Giaccaria (2000), Giaccaria & Heide (1984), Silva (1992), Coimbra et al. (2002). Estudos demográficos foram realizados por Souza & Santos (2001), Flowers (1994) e Coimbra et al. (2002). A ecologia humana Xavante aparece nos trabalhos de Gross et al. (1979), Gugelmin (1995), Gugelmin & Santos (2001) e Santos et al. (1997).

Os aspectos relativos à saúde e à doença já surgiram no início da década de 1940, quando Souza (1952) observou pela primeira vez os Xavante de São Domingos, admirando-se da forma física dos indígenas, a descrevendo como atlética, vigorosa e forte. A mesma opinião foi compartilhada por Freitas-Filho & Oliveira (1955), que sugeriram que o padrão físico dos Xavante deveria ser o padrão brasileiro e observaram ainda, o bom estado dos dentes daquela população. Anos mais tarde, outros pesquisadores reiteraram a boa forma muscular Xavante (Nell et al. 1964).

Souza & Santos (2001) revelaram uma taxa de mortalidade infantil entre os Xavante da área de Sangradouro de 87,1 por mil habitantes, que se apresentou muito mais elevada que a cifra para o Brasil (37,5 por mil em 1996). Os autores argumentaram que as precárias condições sanitárias nas aldeias são um dos principais responsáveis pelos elevados níveis de mortalidade observados. Outro estudo sobre demografia, incluindo mortalidade infantil, foi realizado por Flowers (1994) na área de Pimentel Barbosa, tendo como resultado uma taxa de mortalidade infantil de 70,8 por mil no período de 1972-1990. Esta taxa de mortalidade infantil está abaixo daquela encontrada para os Xavante de Sangradouro, mas ainda assim supera em muito a taxa nacional.

Em 1962, James Neel e Francisco Salzano, juntamente com uma equipe multidisciplinar, foram pioneiros na pesquisa sobre a saúde dos Xavante, publicando vários artigos sobre genética, antropometria, demografia, bioquímica sanguínea e de urina e parasitologia. Weinstein et al. (1967) também realizaram um inquérito clínico e laboratorial, porém em uma área indígena diferente (ver revisão em Coimbra Jr. et al. 2002).

O estado nutricional dos Xavante foi levantado por Freitas-Filho em 1955 e por Vieira-Filho em 1981. Este analisou problemas de saúde relacionados com as mudanças alimentares devidas às alterações sócio-culturais e ambientais. Ainda, este mesmo autor com seus colaboradores esquadriharam a hemoglobina glicosilada dos Xavante (Vieira-Filho *et al.*, 1983) e anos depois escreveu sobre o surgimento do diabetes entre aquela população (Vieira-Filho, 2000), constatação também feita por Ianelli (1997) ao encontrar vários casos de diabetes não insulino-dependente na Casa do Índio em Barra do Garças. Leite (1998) observou o aumento nos índices de massa corporal, constatando grande incidência de sobrepeso em adultos (70% destes) e desnutrição energético-proteica em crianças; a anemia era generalizada, principalmente em menores de dez anos e mulheres em idade reprodutiva. Gugelmin (1995) e Gugelmin & Santos (2001) também referem alta incidência de sobrepeso em adultos e a baixa estatura e o baixo peso para idade em crianças menores de 10 anos. Tanto Leite quanto Gugelmin, compararam várias áreas Xavante e concluíram que estas não compõem um bloco homogêneo, havendo diferenças nos perfis ecológicos e humanos entre as regiões (ver também Leite *et al.* 2003).

As dermatoses foram estudadas por Alvarez *et al.* (1991), na área de Pimentel Barbosa, onde encontraram altas prevalências de escabiose, pediculose e piодermites. Friedman *et al.* (1992) trabalharam nesta mesma área, além de Parabubure e Areões, observando casos de pêñfigo foliáceo endêmico.

Ianelli (1997) levantou os diagnósticos dos indígenas atendidos na Casa do Índio de Nova Xavantina entre 1994 e 1995, despontando as doenças respiratórias, seguidas das infecções e parasitoses. Ávila-Desser (Ávila-Desser, 1993 *apud* Coimbra *et al.*, 2002) revelou que as doenças infectoparasitárias na aldeia Etéñitépa eram responsáveis por 85% do total de morbidade entre 1989 e 1990. Foi encontrada por Leite (1998) alta prevalência de parasitoses por helmintos e protozoários na aldeia de São José (ver também Leite *et al.* 2003).

A saúde bucal foi inicialmente analisada por Niswander (1967) e depois, foi avaliada por Pose (1993), que observou que houve clara deterioração na saúde bucal, com o aumento de dentes cariados, obturados e perdidos. Arantes *et al.* (2001) realizaram um inquérito epidemiológico e bioantropológico em saúde bucal e analisou comparativamente seus dados com os encontrados por Niswander e por Pose, tendo concluído que houve um agravamento das condições de saúde bucal.

As terras indígenas de Pimentel Barbosa e Areões talvez possam ser consideradas as mais tradicionais, por terem tido pouco contato com missões religiosas e por ocupar basicamente o mesmo território (Ianelli, 1997). Quando se observam vários grupos Xavante, cada qual com uma diferente história de contato e interação com a sociedade nacional, pode-se ver uma polarização epidemiológica. Há uma diferença explícita entre os Xavante de Etéñitépa e aqueles que vivem em Sangradouro e São Marcos, onde há muito mais casos de diabetes e obesidade (Coimbra Jr. et al. 2002). As peculiaridades geográficas, históricas e sócio-políticas, de cada uma das sete áreas indígenas Xavante, podem influenciar nas atividades de vida diária, nos serviços de saúde e, desta forma, nos perfis epidemiológicos.

pitalização e consultas dos Xavante foram pesquisadas por Coimbra Jr. et al. (2002) no Pronto-Socorro de Nova Xavantina, tendo concluído que as causas mais frequentes eram as doenças infecto-parasitárias, principalmente gastroenterites e pneumonias. Além deste trabalho, pouco se sabe a respeito do perfil de morbidade hospitalar entre os Xavante.

Vários estudos compararam características demográficas, antropométricas e epidemiológicas das terras Xavante, havendo diferenças importantes entre essas. É evidente que as alterações nas atividades de vida diária, nos meios de subsistência, nas condições ambientais e na dieta interferem no estado de saúde ou doença destas populações. Tais divergências podem determinar perfis de mortalidade e de morbidade também desiguais.

ARTIGO

**A Morbidade Hospitalar de Indígenas Xavante no Distrito Sanitário Especial
Indígena Xavante de Mato Grosso (1998 a 2002)**

INTRODUÇÃO

Os Xavante somam hoje uma população próxima a 10.400 pessoas, distribuídas em seis Terras Indígenas, situadas ao leste do estado de Mato Grosso (Funasa, 2002b). Outrora este povo ocupava extensas áreas, mais orientais à localização atual, onde é agora o estado de Goiás. Foram conduzidos para o Mato Grosso pelas entradas de frentes colonialistas e de exploração nos seus territórios, o que os obrigou a ocupar áreas cada vez mais a oeste, instalando-se, finalmente, nas terras entre os rios Araguaia e das Mortes (Silva, 1992).

No século XVIII já se ouviam relatos da existência do povo Xavante no Brasil Central, porém seguiram praticamente sem contato com a sociedade nacional até o século XX. Houve várias tentativas de “pacificação”, até que nos idos dos anos 40, os Xavante cederam ao contato com os colonizadores de forma permanente. A emigração de seus territórios e o contato tiveram um grande custo para os Xavante, foram acometidos por epidemias através da introdução de novos agentes infecciosos, e por uma violenta necessidade de alterar seu modo de vida e de subsistência. Houve o intenso decréscimo populacional associado ao surgimento de doenças e agravos de saúde (Maybury-Lewis, 1967; Silva, 1992).

No processo histórico do povo Xavante, a assistência à saúde foi prestada inicialmente por missionários religiosos e depois também pelas equipes de saúde governamentais, porém de forma esporádica e não sistematizada. Mesmo tendo um órgão governamental responsável somente pelos assuntos indígenas, a FUNAI, a assistência à saúde era ainda inconstante. Em meados do ano de 1999, este quadro começou a mudar, com a implantação de um sistema de atenção à saúde específico para os povos indígenas, também a cargo de um órgão estatal, porém ligado a saúde, a Fundação Nacional de Saúde. O subsistema de atenção à saúde indígena faz parte do SUS, o fornecedor da assistência a saúde da população brasileira. Há uma rede assistencial organizada no nível local, com atendimento ambulatorial nas aldeias, estendendo-se para as referências secundárias e terciárias, geralmente em unidade de saúde do SUS existentes nos municípios mais próximos às aldeias.

Apesar do subsistema de atenção à saúde indígena já ter sido implantado, ainda não se tem um agrupamento de dados sistemático e seguro acerca das

condições de saúde destes povos. Há um sistema governamental de informação sendo implantado, o SIASI, mas ainda está com operacionalização restrita. Este sistema gera informações apenas para os próprios serviços de atenção à saúde indígena, pois pode ser acessado, somente, por funcionários do subsistema. O conhecimento do estado de saúde dos indígenas provém de inúmeras pesquisas autônomas, de alguns dados institucionais e de organizações governamentais, de ensino e pesquisa e da sociedade civil (Santos & Coimbra Jr., 2003). Há muitos estudos tratando da morbimortalidade indígena, porém são exíguas as informações sobre a assistência hospitalar prestada a estas populações, sobretudo em relação as suas características de uso e de morbidade.

Os dados sobre a assistência hospitalar no Brasil podem ser consultados por meio eletrônico disponibilizado na *internet* pelo Ministério da Saúde (<http://www.datasus.gov.br>). Pode-se identificar o numero de hospitalizações e sua duração, os prestadores dos serviços hospitalares; o local de origem, a faixa etária, o sexo do paciente e ainda, os diagnósticos, os procedimentos e os custos das hospitalizações. Esta base de dados possibilita uma ampla gama de estudos de morbimortalidade hospitalar da população brasileira, mas torna-se ineficiente quando é necessário identificar a filiação étnica dos indivíduos hospitalizados.

Laurenti et al. (1987) criticaram o uso de estatísticas hospitalares como fonte de informação para se estimar a morbidade global de uma comunidade, por serem estes registros seletivos e parciais. Porém, associando-se os dados hospitalares com informações de outros serviços do sistema de saúde, é possível analisar aspectos específicos das condições de vida e de saúde da população e da assistência que lhe é prestada (Laurenti & Buchalla, 1985).

A separação das hospitalizações segundo a etnia do paciente é possível somente se os dados forem buscados diretamente nos prontuários. Assim sendo, desenhou-se este estudo, que tem por objetivos: analisar as causas de hospitalização dos indígenas Xavante assistidos nos hospitais do Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante, no período de 1998 a 2002, e descrever as causas de hospitalização, identificando as diferenças nos perfis de hospitalização, segundo as diversas áreas Xavante e entre os Xavante e a população geral do estado do Mato Grosso.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

A assistência à saúde dos Xavante é prestada pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante (DSEIX), sediado em Barra do Garças, no Mato Grosso. O DSEIX abrange sete municípios do estado: Água Boa, Barra do Garças, Campinápolis, Canarana, General Carneiro, Paranatinga e Poxoréu. A área do DSEIX abarca sete Terras Indígenas (TIs)¹, com 140 aldeias habitadas por 10.400 indígenas (7,9% da população total dos municípios) (Tabela 3.1).

A operacionalização da assistência a saúde ocorre através dos quatro pólos-base do distrito, que atendem áreas que nem sempre coincidem com os limites municipais. Há duas Casas de Saúde do Índio, uma em Nova Xavantina - MT e outra em Aragarças, Goiás. Em 2000 existiam apenas 17 postos de saúde nas aldeias, com uma previsão de que em 2002 todas as aldeias tivessem seus postos de saúde, porém ainda não há confirmação deste dado. As referências de média e alta complexidade estão nos municípios de Água Boa, Nova Xavantina, Barra do Garças, Paranatinga e Primavera do Leste. Os casos de maior complexidade são encaminhados para Goiânia ou Brasília.

Foram selecionadas as hospitalizações das populações originadas de quatro Terras Indígenas Xavante: Pimentel Barbosa, Areões, São Marcos e Sangradouro. Esta seleção decorreu do fato de que estas áreas foram analisadas com mais afinco em vários estudos anteriores (ver Coimbra et al. 2002), o que permite a comparação de informações, bem como a análise de fatores históricos e/ou sócio-ambientais que possam estar relacionados com a morbidade hospitalar.

1. Terras Indígenas Xavante: Areões, Marechal Rondon, Maraiwasede, Parabubure, Pimentel Barbosa, Sangradouro, São Marcos,

Tabela 3.1 –Distribuição dos Pólos Base por Terra Indígena, Município e População, 2002.

PÓLO BASE	TERRA INDÍGENA	POPULAÇÃO	N ° DE ALDEIAS	MUNICÍPIOS
Água Boa	Areões	1.014	13	Água Boa, Nazaré
	Pimentel Barbosa	1.482	05	Canarana Ribeirão Cascalheira
Campinápolis	Parabubure	4.229	70	Água Boa, Campinápolis e Santo Antonio do Leste
Paranatinga	Marechal Rondon	480	08	Paranatinga
	Sangradouro	1.021	20	General Carneiro, Poxoréo e Novo São Joaquim
São Marcos	São Marcos	2.251	24	Barra do Garças
Total	6	10.477	140	12

Fonte: reprodução de Souza et al.(2004).

O levantamento dos dados iniciou somente após o projeto de pesquisa ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública. Todas as instituições hospitalares selecionadas concordaram com a execução da pesquisa e, em todos os casos, foi assinado o Termo de Autorização de Pesquisa, pelo Diretor Clínico ou representante legal do Hospital. Os hospitais foram visitados nos meses de junho a agosto de 2003 e janeiro de 2004.

O período considerado para o levantamento de dados contempla cinco anos, de 1998 a 2002, abrangendo um período antecedente à implantação do subsistema de atenção à saúde indígena (em meados de 1999) e um período após a distritalização, o que pode permitir o delineamento da influência da acessibilidade ao serviço de saúde nas hospitalizações.

As causas de hospitalização foram pesquisadas nos prontuários médicos em todos os hospitais de referência para a população Xavante das terras indígenas selecionadas, que prestaram assistência no período de 1998 a 2002 (Tabela 3.2).

Os arquivos de prontuários hospitalares nos oito hospitais pesquisados separavam as internações pagas pelo SUS daquelas pagas pelo usuário ou por convênios particulares de saúde. Foram consideradas somente as hospitalizações relacionadas com o SUS (autorizadas e não autorizadas), ao qual é subordinado o subsistema de atenção a saúde indígena.

Tabela 3.2 – Hospitais de Referência* para as Terras Indígenas Xavante.

HOSPITAL	TERRA INDÍGENA	MUNICÍPIO	NATUREZA
Complexo Hospitalar Garças – Araguaia (CHGA)	Todas	Barra do Garças	Administração direta da Saúde (MS,SES e SMS)
Hospital e Maternidade São João Batista	Sangradouro	Poxoréo	Empresa Privada
Hospital Regional de Água Boa (Cisma)	Pimentel Barbosa Areões	Água Boa	Economia mista
Hospital Modelo**	São Marcos Sangradouro	Barra do Garças	Empresa Privada
Hospital e Maternidade São Lucas	Sangradouro	Primavera do Leste	Empresa Privada
Hospital Dom Bosco	São Marcos	Barra do Garças	Empresa Privada
Medbarra Hospital e Maternidade	São Marcos	Barra do Garças	Empresa Privada
Hospital Nova Brasília	Parabubure Marechal Rondon	Nova Xavantina	Empresa Privada

* eventualmente ocorrem hospitalizações de pessoas oriundas de outras terras indígenas.

** este hospital deixou de prestar atendimentos pelo Sistema Único de Saúde em outubro de 2002.

Em sete hospitais os prontuários eram organizados e arquivados por mês de apresentação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e, em um deles, eram depositados em caixas, sem observação de qualquer ordem. Este tipo de arquivamento de prontuário, por mês de apresentação, é adequado ao controle administrativo, porém, por não formar um prontuário único por paciente, dificulta o levantamento da sua história, à medida que as várias hospitalizações de um mesmo paciente são armazenadas em locais diferentes.

A identificação do paciente nos prontuários estava incompleta, na maioria dos hospitais, sendo freqüentemente substituídos os sobrenomes pelo termo “Xavante”. Para a identificação dos prontuários dos Xavante, consideraram-se o sobrenome, quando existiu, por ser de uma grafia particular, e a presença do termo “Xavante” em vez do sobrenome. O nome das aldeias, constando como endereço, também serviu para a confirmação da origem.

É possível que alguns prontuários de Xavante não tenham sido contemplados, por inexistência da anotação do sobrenome Xavante, ou o termo Xavante em lugar do sobrenome ou ainda a aldeia de origem. Também escaparam deste levantamento as hospitalizações que ocorreram em outras localidades, além das referências terciárias do próprio DSEIX, tais como, o Distrito Federal, Goiânia e São Paulo.

As informações obtidas a partir dos prontuários foram: nome do paciente; idade ou data de nascimento; sexo; aldeia de origem; data da admissão hospitalar; data da alta hospitalar; diagnósticos dados no momento de internação e durante a hospitalização e resultados de exames diagnósticos.

Os dados foram armazenados em um banco do *software* MS - Access 2000, e analisados com o auxílio de planilhas eletrônicas do *software* MS – Excel 2000. Os diagnósticos dados nas hospitalizações foram distribuídos segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10^a Revisão (CID-10), nas Listas de Categorias de Três e Quatro Caracteres para a codificação e ainda, agrupados segundo os 21 capítulos da CID 10. A classificação dos diagnósticos foi feita pela própria pesquisadora. Para a validação da classificação diagnóstica, um médico credenciado ao SUS, classificou uma amostra sistemática de 20% dos diagnósticos e, posteriormente foi analisada a concordância entre as classificações, cujo resultado foi a concordância em 99,8% dos registros.

Nos casos que apresentavam mais de um diagnóstico durante a hospitalização (um total de 403 casos em 1.698, ou 23,7%), para fins de análise, foi priorizado apenas um diagnóstico, baseando-se na relevância dada a este nos procedimentos terapêuticos e diagnósticos, na anamnese e no exame físico. Desta forma, foram priorizadas as desnutrições ou as pneumopatias em relação às diarreias e gastroenterites.

A comparação entre as hospitalizações dos Xavante e da população geral do Mato Grosso, relevou apenas os anos após a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, de 2000 a 2002, pois, desta forma, diminui-se a interferência da acessibilidade nas hospitalizações.

Estabeleceu-se a frequência de cada grupo diagnóstico e a sua distribuição entre todas as hospitalizações, compararam-se as hospitalizações dos Xavante com a população do estado de Mato Grosso e, ainda, as diferenças na morbidade hospitalar entre as TIs xavante. Nas análises de dados agrupados, utilizou-se a população média, dada pela média aritmética da população dos anos de 2000 a 2002 fornecidas pela Funasa (2002b).

RESULTADOS

Foram localizados 2.240 prontuários de indígenas Xavante nos arquivos dos hospitais estudados, referentes aos anos de 1998 a 2002. Foi possível identificar a causa de internação em 2.218 registros (98,2%) e a faixa etária de somente 12 pacientes (0,5%) não pode ser acurada.

No período, estiveram hospitalizados 1.817 indígenas, havendo 423 readmissões hospitalares. Os prontuários referentes ao período pós-distritalização, (anos de 2000 a 2002), totalizaram 1.698 unidades, pertencentes a 1.357 indivíduos, com 341 readmissões (Tabela 3.3).

A maior frequência absoluta de hospitalizações foi dos Xavante procedentes da TI São Marcos, seguida pelos originados das TI Areões, Sangradouro e Pimentel Barbosa. Apenas 41 hospitalizações (2,4%) não puderam ser relacionadas com a TI de origem, por não haver indicação da aldeia no prontuário.

O Tabela 3.4 apresenta o número de hospitalizações por cem habitantes ao ano. Vê-se que, quando comparadas as médias das TIs, aparece uma diferença importante, onde as TI Areões e Sangradouro tem frequências 2 a 3 vezes maiores que Pimentel Barbosa e São Marcos.

Tabela 3.3 – Número de prontuários localizados nos arquivos hospitalares, referentes aos períodos pré-districtalização e pós-districtalização, de 1998 a 2002.

Prontuários	Período Pré-Districtalização	Período Pós-Districtalização	Total
	1998 e 1999	2000 a 2002	
Prontuários referentes à primeira hospitalização			
n	460	1357	1817
%	25,3	74,7	100
% Total	20,5	60,6	81,1
Prontuários referentes às hospitalizações posteriores			
n	82	341	423
%	19,4	80,6	100
% Total	3,7	15,2	18,9
TOTAL			
n	542	1698	2240
%	24,2	75,8	100
% Total	24,2	75,8	100

Tabela 3.4 – Frequência de hospitalização absoluta e relativa e número de hospitalizações por cem habitantes, por terra indígena, no período de 2000 a 2002.

	Terra Indígena					Total
	Areões	P. Barbosa	Sangradouro	São Marcos	Ignorada	
Nº de hospitalizações	451	221	477	508	41	1698
%	26,6	13,0	28,1	29,9	2,4	100
Pop Média	987	1506	1103	2358	-	5955
%	16,6	25,3	18,5	39,6	-	100
Hosp. / cem hab. / ano	15,2	4,9	14,4	7,2	-	9,5

O sexo feminino apresentou uma proporção maior de hospitalizações, com 53,6%. Contudo, quando excluídas as causas relacionadas com a gravidez, o parto e puerpério (capítulo XV da CID-10), o sexo feminino passa a apresentar uma frequência de 46,8 % das hospitalizações (Tabela 3.5).

Tabela 3.5 – Distribuição das hospitalizações de indígenas Xavante, por sexo, incluindo e excluindo o Capítulo XV da CID-10, no período de 2000 a 2002.

	Masculino	Feminino	Total
Incluído Cap XV			
n	788	910	1698
%	46,4	53,6	100
Excluído Cap XV			
n	788	694	1482
%	53,2	46,8	100

Tabela 3.6 – Distribuição das hospitalizações de indígenas xavante, por faixa etária, incluindo e excluindo o Capítulo XV da CID-10, no período de 2000 a 2002.

Faixa Etária (anos)	Incluindo CID XV	Excluindo CID XV	População Xavante ^{1,2}
0 5			
n	1118	1118	1440
%	65,8	75,4	21,4
5 10			
n	61	61	1124
%	3,6	4,1	16,7
10 20			
n	146	79	1733
%	8,6	5,3	25,8
20 50			
n	280	133	1877
%	16,5	9,0	27,9
50 e mais			
n	93	91	546
%	5,5	6,1	8,1
Total			
n	1698	1482	6720
%	100	100	100

1. Fonte: Funasa (2002b).

2. Os dados de população por faixa etária disponíveis são agregados por Pólo-base. Desta forma, a população aqui considerada é referente aos Pólos-base de Água Boa, São Marcos e Paranatinga. Este último assiste as populações da TI Sangradouro, mas também Marechal Rondon, que não foi incluída nesta pesquisa.

A idade dos pacientes variou entre um dia e 93 anos, estando mais da metade destes no primeiro quinquênio de vida (65,8%). As idades entre 20 e 50 anos representaram o segundo maior grupo etário, com 16,5% das hospitalizações. Mesmo quando excluído o conjunto de hospitalizações referentes à gravidez, ao parto e ao puerpério, estes dois grupos etários continuam no mesmo posto, porém com proporções diferentes: as crianças com até cinco anos (exclusive) participam com 75,4% e os adultos de 20 a 50 anos (exclusive) passam a significar 9,0% de todas as hospitalizações (Tabela 3.6). Ainda na Tabela 3.6 pode-se verificar que as crianças com idades inferiores a cinco anos foram responsáveis por mais da metade das hospitalizações (65,8%), mas constituem somente 21,4% da população.

Nos três anos considerados, ocorreram 1.698 hospitalizações de 1.357 pacientes. Dentre estes, 239 indivíduos foram responsáveis por 580 hospitalizações recorrentes³. A maioria dos Xavante (82,4%) sofreram uma única hospitalização que, somadas, representam 65,8% do total. Já aqueles hospitalizados mais de uma vez (17,6%), determinaram 34,2% das hospitalizações (Tabela 3.7).

As crianças menores de cinco anos de idade apresentaram o maior número de hospitalizações recorrentes, com 174 (20,2%) indivíduos com mais de um episódio, totalizando 432 (38,6%) hospitalizações. O grupo de idade entre 20 e 50 anos (exclusive) aparece com a segunda maior proporção de hospitalizações recorrentes, com 36 (15,6%) indígenas e 84 (36,4%) hospitalizações. Dos Xavante com idades acima dos 50 anos (inclusive), 13 (16,5%) foram responsáveis por 28 (29,8%) hospitalizações (Tabela 3.7).

As principais causas das hospitalizações recorrentes foram as doenças respiratórias (44,0%), as doenças infecciosas e parasitárias (17,7%), as doenças nutricionais (14,4%) e a assistência obstétrica (9,1%). As demais causas somaram 14,8%. Esta proporção de causas repete-se quando são consideradas todas as hospitalizações.

Muitas hospitalizações recorrentes incidem no mesmo mês do evento anterior (12,0%), mas, o intervalo mais freqüente é de um mês (16,8%). Nos quatro meses que seguem a hospitalização inicial, acontece a metade das hospitalizações subsequentes (49,3%). Há uma concentração das hospitalizações recorrentes nos primeiros anos de vida e nos intervalos de até três meses.

3. Denominaram-se hospitalizações recorrentes todas as hospitalizações de um mesmo indivíduo, seja a primeira hospitalização ou as subsequentes.

Tabela 3.7 – Número de hospitalizações por indígena Xavante, por faixa etária, no período de 2000 a 2002.

Faixa Etária (anos)	Número de Hospitalizações						Total
	1	2	3	4	5	6	
0 5							
n	686	120	35	12	4	3	860
% faixa etária	79,8	14,0	4,1	1,4	0,5	0,3	100
% total	50,6	8,8	2,6	0,9	0,3	0,2	63,4
Hospitalizações	686	240	105	48	20	19	1118
% total	40,4	14,1	6,2	2,8	1,2	1,1	65,8
5 10							
n	48	5	1	-	-	-	54
% faixa etária	88,9	9,3	1,9	-	-	-	100
% total	3,5	0,4	0,1	-	-	-	4,0
Hospitalizações	48	10	3	-	-	-	61
% total	2,8	0,6	0,2	-	-	-	3,6
10 20							
n	123	7	3	-	-	-	133
% faixa etária	92,5	5,3	2,3	-	-	-	100
% total	9,1	0,5	0,2	-	-	-	9,8
Hospitalizações	123	14	9	-	-	-	146
% total	7,2	0,8	0,5	-	-	-	8,6
20 50							
n	195	29	5	1	-	1	231
% faixa etária	84,4	12,6	2,2	0,4	-	0,4	100
% total	14,4	2,1	0,4	0,1	-	0,1	17,0
Hospitalizações	195	58	15	4	-	7	279
% total	11,5	3,4	0,9	0,2	-	0,4	16,4
50 e mais							
n	66	12	-	1	-	-	79
% faixa etária	83,5	15,2	-	1,3	-	-	100
% total	4,9	0,9	-	0,1	-	-	5,8
Hospitalizações	66	24	-	4	-	-	94
% total	3,9	1,4	-	0,2	-	-	5,5
Total							
n	1118	173	44	14	4	4	1357
% faixa etária	82,4	12,7	3,2	1,0	0,3	0,3	100
% total	82,4	12,7	3,2	1,0	0,3	0,3	100
Hospitalizações	1118	346	132	56	20	26	1698
% total	65,8	20,4	7,8	3,3	1,2	1,5	100

Tabela 3.8 – Intervalo entre as hospitalizações recorrentes, por idade, no período de 2000 a 2002.

Idade (em anos)	Intervalo (em meses)									Total
	<1	1	2	3	4	5	6	7 a 12	13 e mais	
0 5	52	73	47	50	26	21	21	72	66	428
%	12,1	17,1	11,0	11,7	6,1	4,9	4,9	16,8	15,4	100
% total	9,5	13,3	8,6	9,1	4,7	3,8	3,8	13,1	12,0	78,1
5 10	2	2	1	-	1	1	-	-	1	8
%	25,0	25,0	12,5	-	12,5	12,5	-	-	12,5	100
% total	0,4	0,4	0,2	-	0,2	0,2	-	-	0,2	1,5
10 20	3	3	2	-	-	-	-	2	11	21
%	14,3	14,3	9,5	-	-	-	-	9,6	52,4	100
% total	0,5	0,5	0,4	-	-	-	-	0,4	2,0	3,8
20 50	7	10	7	3	3	1	-	9	29	69
%	10,1	14,5	10,1	4,3	4,3	1,4	-	13,0	42,0	100
% total	1,3	1,8	1,3	0,5	0,5	0,2	-	1,8	5,3	12,6
50 e mais	2	4	1	1	1	2	2	5	4	22
%	9,1	18,2	4,5	4,5	4,5	9,1	9,1	22,5	18,2	100
% total	0,4	0,7	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4	1,0	0,7	4,0
Total	66	92	58	54	31	25	23	88	111	548
%	12,0	16,8	10,6	9,9	5,7	4,6	4,2	16,1	20,3	100
% total	12,0	16,8	10,6	9,9	5,7	4,6	4,2	16,1	20,3	100

As cinco causas de hospitalização mais frequentes somaram 85,2%, a saber: doenças do aparelho respiratório (41,5%); doenças infecciosas e parasitárias (17,4%); gravidez, parto e puerpério (12,7%); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (9,7%) e lesões, envenenamentos e conseqüências de causas externas (3,7%) (Tabela 3.9).

Tabela 3.9 – Distribuição das causas de hospitalização de indígenas Xavante no período de 2000 a 2002.

Causas de Internação	n	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	295	17,4
II. Neoplasias (tumores)	2	0,1
III. Doenças sangue e órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	20	1,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	165	9,7
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	0,1
VI. Doenças do sistema nervoso	8	0,5
VIII . Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	16	0,9
X. Doenças do aparelho respiratório	705	41,5
XI. Doenças do aparelho digestivo	55	3,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	30	1,8
XIII. Doenças sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	23	1,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	30	1,8
XV. Gravidez parto e puerpério	216	12,7
XVI. Afecções originadas no período perinatal	26	1,5
XVII. Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	0,1
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames	7	0,4
XIX. Lesões, envenenamento e algumas causas externas	63	3,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3	0,2
Ignorada	31	1,8
Total	1698	100

Os diagnósticos verificados convergiram para poucos capítulos da CID-10 com maiores frequências. Na tabela 3.10 estão descritas as proporções dos diagnósticos mais frequentes, classificadas em três capítulos da CID-10, que juntos, compõem 41,5% das causas de hospitalização.

Tabela 3.10 – Proporção dos diagnósticos de maior convergência dentro de cada Capítulo da CID-10.

Capítulo	n	% Cap	% Total*
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias			
Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	223	75,6	13,1
Outras septicemias	34	11,5	2,0
Outros	38	12,9	2,2
Total	295	100	17,4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas			
Desnutrição	150	90,9	8,8
Depleção de volume	6	3,6	0,4
Diabetes mellitus não especificado	9	5,5	0,5
Total	165	100	9,7
X. Doenças do aparelho respiratório			
Pneumonia	649	92,1	38,2
Asma e bronquite não especificada	27	3,8	1,6
Outros	29	4,1	1,7
Total	705	100	41,5

* Percentual total referente às 1.698 hospitalizações avaliadas.

O grupo das doenças infecciosas (Capítulo I) foi composto principalmente pelas diarréias e gastroenterites (75,6%), seguido das septicemias (11,5%). Os diagnósticos referentes às doenças respiratórias (Capítulo X) foram, em sua maioria, pneumonias (92,1%), seguidas pelas asma e bronquites (3,8%) (Tabela 3.10). As doenças endócrinas e metabólicas (Capítulo IV) estão representadas pelas desnutrições, sendo bem menor a participação do diabetes mellitus neste grupo(5,5%).

Os diagnósticos classificados como lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (Capítulo XIX) aparecem em 63 hospitalizações (3,7% do total), e mostraram-se mais freqüentes em idades entre 2 e 41 anos (Tabela 3.11). É importante ressaltar que 9,5% destas hospitalizações decorreram de traumatismos provocados por acidentes de trânsito.

As doenças do aparelho digestivo (Capítulo XI) foram mais comuns nos pacientes com mais de 20 anos, sendo a colecistite a causa mais assídua (30,2%), seguida pela colelitíase (20,9%) e apendicite aguda (20,9%). A maioria dos casos de colelitíase e de apendicite findaram em procedimentos cirúrgicos (77,8 e 88,9%, respectivamente).

Excluídas as internações relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério (14,4%), predominam as doenças respiratórias em todas as faixas etárias (47,7%), seguidas pelas doenças infecciosas e parasitárias (19,9%). As crianças com idade inferior a cinco anos seguem esta mesma hierarquia de causas, tendo como a terceira mais freqüente, o agrupamento das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Tabela 3.11).

Tabela 3.11 – Distribuição das causas de hospitalização de indígenas xavante, por faixa etária, no período de 2000 a 2002.

Causa de Hospitalização	0 5	5 10	10 20	20 50	50 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	238	7	11	23	16	295
% da faixa etária	21,3	11,5	7,5	8,2	17,2	
% do total	14,0	0,4	0,6	1,4	0,9	17,4
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	2	-	2
% da faixa etária	-	-	-	0,7	-	
% do total	-	-	-	0,1	-	0,1
III. Doenças sangue e órgãos hematopoiéticos	15	1	3	1	-	20
% da faixa etária	1,3	1,6	2,1	0,4	-	
% do total	0,9	0,1	0,2	0,1	-	1,2
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	151	1	-	9	4	165
% da faixa etária	13,5	1,6	-	3,2	4,3	
% do total	8,9	0,1	-	0,5	0,2	9,7
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	1	-	1
% da faixa etária	-	-	-	0,4	-	
% do total	-	-	-	0,1	-	0,1
VI. Doenças do sistema nervoso	3	-	1	3	1	8
% da faixa etária	0,3	-	0,7	1,1	1,1	
% do total	0,2	-	0,1	0,2	0,1	0,5
IX. Doenças do aparelho circulatório	4	-	-	5	7	16
% da faixa etária	0,4	-	-	1,8	7,5	
% do total	0,2	-	-	0,3	0,4	0,9
X. Doenças do aparelho respiratório	616	23	24	23	19	705
% da faixa etária	55,1	37,7	16,4	8,2	20,4	
% do total	36,3	1,4	1,4	1,4	1,1	41,5
XI. Doenças do aparelho digestivo	4	1	6	26	18	55
% da faixa etária	0,4	1,6	4,1	9,3	19,4	
% do total	0,2	0,1	0,4	1,5	1,1	3,2

Tabela 3.11 – (continuação)

Causa de Hospitalização	0-5	5-10	10-20	20-50	50 e mais	Total
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	8	4	7	6	5	30
% da faixa etária	0,7	6,6	4,8	2,1	5,4	
% do total	0,5	0,2	0,4	0,4	0,3	1,8
XIII. Doenças sistema osteomuscular e conjuntivo	6	4	3	7	3	23
% da faixa etária	0,5	6,6	2,1	2,5	3,2	
% do total	0,4	0,2	0,2	0,4	0,2	1,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	9	4	5	5	7	30
% da faixa etária	0,8	6,6	3,4	1,8	7,5	
% do total	0,5	0,2	0,3	0,3	0,4	1,8
XV. Gravidez, parto e puerpério	-	-	67	147	2	219
% da faixa etária	-	-	45,9	52,5	2,2	
% do total	-	-	3,9	8,7	0,1	12,7
XVI. Algumas afecções do período perinatal	25	-	1	-	-	26
% da faixa etária	2,0	-	0,7	-	-	
% do total	1,5	-	0,1	-	-	1,5
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais	-	-	2	3	2	7
% da faixa etária	-	-	1,4	1,1	2,2	
% do total	-	-	0,1	0,2	0,1	0,4
XIX. Lesões, envenenamentos e causas externas	18	14	10	16	5	63
% da faixa etária	1,6	23,0	6,8	5,7	5,4	
% do total	1,1	0,8	0,6	0,9	0,3	3,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	2	1	-	3
% da faixa etária	-	-	1,4	0,4	-	
% do total	-	-	0,1	0,1	-	0,2
Ignorada	21	2	4	2	4	33
% da faixa etária	1,9	3,3	2,7	0,7	4,3	
% do total	1,2	0,1	0,2	0,1	0,2	1,9
Total	1118	61	146	280	93	1698
% da faixa etária	100	100	100	100	100	
% do total	65,8	3,6	8,6	16,5	5,5	100

Agregando-se as causas de hospitalização por TI de origem do paciente (Tabela 3.12), sobrevêm algumas variações importantes na frequência dos principais grupos de causas, quais sejam, as doenças infecciosas, respiratórias e nutricionais e endócrinas. Nos demais grupos também há diferenças, porém a frequência absoluta destas causas é diminuta, não sendo relevados nesta primeira análise.

Os pacientes originados das TIs Pimentel Barbosa, Areões e São Marcos tiveram uma frequência de doenças respiratórias maior em 20 a 30% daquela relativa à TI Sangradouro. Já para as doenças infecciosas e parasitárias, Sangradouro obteve uma frequência maior que Pimentel Barbosa, Areões e São Marcos.

As doenças nutricionais e endócrinas surgiram com maior intensidade nas hospitalizações de pacientes da TI Pimentel Barbosa (14,9%), superando em cerca de duas vezes a frequência encontrada para os pacientes vindos de Sangradouro e São Marcos (7,8 e 8,5%). A TI Areões participou com 10,6% dos casos, frequência próxima a média das hospitalizações causadas por este agravo, (10,4%).

As hospitalizações relacionadas à gravidez, parto e puerpério foram muito mais comuns na TI São Marcos (20,7%), superando a ocorrência na TI Sangradouro (15,7%). Pode-se verificar que a frequência destas causas é menor nas TI Areões e Pimentel Barbosa (4,7 e 4,1%, respectivamente) (Tabela 3.12). Esta mesma ordem de importância da causa por TI é vista naquelas afecções próprias do período perinatal, as quais são muito mais frequentes em São Marcos e Sangradouro do que em Areões e Pimentel Barbosa. É esperado, obviamente, que em locais com maior assistência obstétrica também haja um maior reconhecimento de problemas perinatais.

Tabela 3.12 – Causas de hospitalização por terra indígena, no período de 2000 a 2002.

Causas de Hospitalização	Areões	Pimentel Barbosa	Sangra- douro	São Marcos	Ignorada	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	85	36	106	63	5	295
% grupo de causas	28,8	12,2	35,9	21,4	1,7	100
% total de hospitalizações	5,0	2,1	6,2	3,7	0,3	17,4
% total da TI	18,8	16,3	22,2	12,4	12,2	
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	2	-	2
% grupo de causas	-	-	-	100	-	100
% total de hospitalizações	-	-	-	0,1	-	0,1
% total da TI	-	-	-	0,4	-	
III. Doenças sangue e órgãos hematopoiéticos	12	2	4	2	-	20
% grupo de causas	60,0	10,0	20,0	10,0	-	100
% total de hospitalizações	0,7	0,1	0,2	0,1	-	1,2
% total da TI	2,7	0,9	0,8	0,4	-	
IV. Doenças endócrinas, nutricionais	48	33	37	43	4	165
% grupo de causas	29,1	20,0	22,4	26,1	2,4	100
% total de hospitalizações	2,8	1,9	2,2	2,5	0,2	9,7
% total da TI	10,6	14,9	7,8	8,5	9,8	
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	1	-	-	1
% grupo de causas	-	-	100	-	-	100
% total de hospitalizações	-	-	0,1	-	-	0,1
% total da TI	-	-	0,2	-	-	
VI. Doenças do sistema nervoso	-	2	5	1	-	8
% grupo de causas	-	25,0	62,5	12,5	-	100
% total de hospitalizações	-	0,1	0,3	0,1	-	0,5
% total da TI	-	0,9	1,0	0,2	-	
IX. Doenças do aparelho circulatório	5	4	6	1	-	16
% grupo de causas	31,3	25,0	37,5	6,3	-	100
% total de hospitalizações	0,3	0,2	0,4	0,1	-	0,9
% total da TI	1,1	1,8	1,3	0,2	-	
X. Doenças do aparelho respiratório	212	98	163	219	13	705
% grupo de causas	30,1	13,9	23,1	31,1	1,8	100
% total de hospitalizações	12,5	5,8	9,6	12,9	0,8	41,5
% total da TI	47,0	44,3	34,2	43,1	31,7	
XI. Doenças do aparelho digestivo	4	5	18	24	4	55
% grupo de causas	7,3	9,1	32,7	43,6	7,3	100
% total de hospitalizações	0,2	0,3	1,1	1,4	0,2	3,2
% total da TI	0,9	2,3	3,8	4,7	9,8	

Tabela 3.12 – (continuação)

Causas de Hospitalização	Areões	Pimentel Barbosa	Sangra- douro	São Marcos	Ignorada	Total
XII.Doenças da pele e do tecido subcutâneo	16	7	5	2	-	30
% grupo de causas	53,3	23,3	16,7	6,7	-	100
% total de hospitalizações	0,9	0,4	0,3	0,1	-	1,8
% total da TI	3,5	3,2	1,0	0,4	-	
XIII.Doenças sistema osteomuscular e conjuntivo	8	5	8	2	-	23
% grupo de causas	34,8	21,7	34,8	8,7	-	100
% total de hospitalizações	0,5	0,3	0,5	0,1	-	1,4
% total da TI	1,8	2,3	1,7	0,4	-	
XIV.Doenças do aparelho geniturinário	6	6	11	5	2	30
% grupo de causas	20,0	20,0	36,7	16,7	6,7	100
% total de hospitalizações	0,4	0,4	0,6	0,3	0,1	1,8
% total da TI	1,3	2,7	2,3	1,0	4,9	
XV.Gravidez, parto e puerpério	21	9	75	105	6	216
% grupo de causas	9,7	4,2	34,7	48,6	2,8	100
% total de hospitalizações	1,2	0,5	4,4	6,2	0,4	12,7
% total da TI	4,7	4,1	15,7	20,7	14,6	
XVI.Algumas afecções do período perinatal	2	1	10	12	1	26
% grupo de causas	7,7	3,8	38,5	46,2	3,8	100
% total de hospitalizações	0,1	0,1	0,6	0,7	0,1	1,5
% total da TI	0,4	0,5	2,1	2,4	2,4	
XVIII.Sintomas, sinais e achados anormais	1	1	2	1	2	7
% grupo de causas	14,3	14,3	28,6	14,3	28,6	100
% total de hospitalizações	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4
% total da TI	0,2	0,5	0,4	0,2	4,9	0,5
XIX.Lesões, envenenamentos e causas externas	19	7	18	17	2	63
% grupo de causas	30,2	11,1	28,6	27,0	3,2	100
% total de hospitalizações	1,1	0,4	1,1	0,6	0,1	3,7
% total da TI	4,2	3,2	3,8	3,3	4,9	
XX.Causas externas de morbidade e mortalidade	1	-	2	-	-	3
% grupo de causas	33,3	-	66,7	-	-	100
% total de hospitalizações	0,1	-	0,1	-	-	0,2
% total da TI	0,2	-	0,4	-	-	
Ignorada	12	5	4	10	2	33
% grupo de causas	38,7	16,1	12,9	32,3	6,5	100
% total de hospitalizações	0,7	0,3	0,2	0,6	0,1	1,9
% total da TI	2,7	2,3	0,8	2,0	4,9	
Total	451	221	477	508	41	1698
% grupo de causas	26,6	13,0	28,1	29,9	2,4	100
% total de hospitalizações	26,6	13,0	28,1	29,9	2,4	100
% total da TI	100	100	100	100	100	100

A duração média das hospitalizações foi de 4,5 dias, variando entre o mínimo de 3,2 dias, no hospital Medbarra, e o máximo de 5,6 dias, no Hospital São João Batista. Considerando a quantidade de prontuários sem descrição de alta, há que se admitir a ocorrência de erros nesta informação, pois os mesmos foram desconsiderados neste cálculo (Tabela 3.13).

Tabela 3.13 - Duração média da hospitalização em dias, por hospital, no período de 2000 a 2002.

Duração Média (em dias)	CHGA	São João	Cisma	Modelo	São Lucas	Dom Bosco	Medbarra	N. Brasília	Total
Incluindo os partos	4,4	5,6	4,4	3,8	4,5	4,5	3,2	4,3	4,5
n	304	207	548	96	211	113	114	105	1698
Excluindo os partos	4,4	6,0	4,5	4,7	4,8	5,1	3,4	4,4	4,6
n	303	173	522	53	175	78	72	103	1479
Prontuários sem alta									
n	2	-	14	1	1	35	2	6	61
%	0,7	-	2,6	1,0	0,5	31,0	1,8	5,7	3,6
Hospitalização Obstétrica									
n	1	34	26	43	36	35	42	2	219
%	0,3	16,4	4,7	44,8	17,1	31,0	36,8	1,9	12,9

É de apenas dois dias o tempo de permanência hospitalar para parto preconizado pelo SUS. Desse modo, os hospitais com maior número de partos podem apresentar uma média de permanência menor. Segregadas as hospitalizações relacionadas ao parto, a duração média das hospitalizações sofre um aumento de 4,5 para 4,6 dias, determinado, principalmente, pelos hospitais maternidade (São Lucas, São João Batista, Medbarra, Modelo e Dom Bosco).

Quando a duração da hospitalização é avaliada segundo TI, Sangradouro mostra uma média de 5,0 dias, contra 3,7 a 4,6 nas outras TIs (Tabela 3.14). Desprezadas as hospitalizações para parto, a média de permanência dos Xavante de Sangradouro mostra-se ainda maior em relação às outras TIs, aumentando para 5,3 dias.

Tabela 3.14 - Duração média da hospitalização, por terra indígena, no período de 2000 a 2002.

Duração Média (em dias)	Areões	P. Barbosa	Sangradouro	São Marcos	Ignorada	Total
Incluindo os partos	4,3	4,6	5,0	4,1	3,7	4,5
n	451	221	477	508	41	1698
Excluindo os partos	4,4	4,7	5,3	4,3	3,8	4,6
n	430	212	402	400	35	1479
Prontuários sem alta						
n	18	5	3	23	2	51
%	4,2	2,4	0,7	5,8	5,7	3,4
Hospitalização Obstétrica						
n	21	9	75	108	6	219
%	4,7	4,1	15,7	21,3	14,6	12,9

A proporção de altas hospitalares motivadas por melhora dos pacientes originados das TIs Areões e Sangradouro é maior do que a observada nos pacientes vindos da TI São Marcos e Pimentel Barbosa. Os óbitos foram mais frequentes entre os pacientes originados de Pimentel Barbosa (2,4%), quando comparados com Areões (1,6%), Sangradouro (1,3%) e São Marcos (1,3%) (Tabela 3.15).

Os Xavante da TI São Marcos tiveram a mais elevada frequência de hospitalizações finalizadas em transferência (14,1%), seguido por Pimentel Barbosa, Sangradouro e Areões. A ausência de descrição de alta foi mais comum nos prontuários de indígenas das TIs São Marcos e Areões (6,7% e 4,4%), seguidas por Pimentel Barbosa (4,1%), e mais rara para a TI Sangradouro (0,6%) (Tabela 3.15).

Na segregação dos motivos de alta por hospital, encontrou-se a maior proporção de altas hospitalares por melhora nos Hospitais São Lucas e São João Batista (96,2 e 95,7 %). O Hospital CHGA teve a menor frequência de altas por melhora, com apenas 59,6% dos casos, e neste mesmo hospital ocorreu a maior frequência de altas por transferência e a pedido (Tabela 3.16).

Tabela 3.15 – Motivo de alta da hospitalização, por terra indígena, no período de 2000 a 2002. *

	Melhora	Óbito	Transferência	Pedido	Abandono	Total
Areões	390	7	23	10	1	431
%	90,5	1,6	5,3	2,3	0,2	100
%total	24,5	0,4	1,4	0,6	0,1	27,1
Pimentel Barbosa	179	5	16	12	-	212
%	84,4	2,4	7,5	5,7	-	100
%total	11,3	0,3	1,0	0,8	-	13,3
Sangradouro	434	6	26	8	-	474
%	91,6	1,3	5,5	1,7	-	100
%total	27,3	0,4	1,6	0,5	-	29,8
São Marcos	349	6	67	47	5	474
%	73,6	1,3	14,1	9,9	1,1	100
%total	21,9	0,4	4,2	3,0	0,3	29,8
Total	1352	24	132	77	6	1591
%	85,0	1,5	8,3	4,8	0,4	100
%total	85,0	1,5	8,3	4,8	0,4	100

* Foram excluídos 107 prontuários sem descrição de alta ou identificação da aldeia de origem do paciente (6,3% dos 1698 prontuários)

As altas hospitalares por abandono foram raras em todos os hospitais, resumidas ao máximo de 0,4 % de todas as internações. Foram encontrados prontuários sem descrição de alta em todos os hospitais, porém com muito mais assiduidade no Hospital Dom Bosco (31,0%), cuja frequência é, no mínimo, oito vezes maior do que aquela encontrada nos outros hospitais (ver Tabela 3.16). Os óbitos ocorreram com muito mais frequência nos hospitais Medbarra (2,7%) e no CHGA (2,3%), um excesso quando comparado com os demais hospitais, cujas frequências variaram entre 0,5 e 2,0%.

O óbito foi motivo de alta em 25 hospitalizações, representando cerca de 5% dos óbitos ocorridos na população Xavante no período de 2000 a 2002. Ocorreram 25 óbitos hospitalares num total de 274 óbitos registrados pela Funasa (2002b). Porém, esta informação deve ser lida com cautela, devido ao número de prontuários sem determinação do motivo de alta (69 prontuários - 4,1%). As causas das hospitalizações

findadas em óbito foram, notadamente as doenças nutricionais (29,2%), as doenças infecciosas e respiratórias (ambas com 20,8%) e a infecções perinatais (8,3%).

Tabela 3.16 – Motivo de alta da hospitalização, por hospital, no período de 2000 a 2002.

Hospital	Melhora	Óbito	Transferência	Pedido	Abandono	Total
CHGA	180	7	63	49	3	302
%	59,6	2,3	20,9	16,2	1,0	100
%total	11,0	0,4	3,9	3,0	0,2	18,5
SÃO JOAO BATISTA	198	1	5	3	-	207
%	95,7	0,5	2,4	1,4	-	100
%total	12,2	0,1	0,3	0,2	-	12,7
CISMA	467	9	32	19	-	527
%	88,6	1,7	6,1	3,6	-	100
%total	28,7	0,6	2,0	1,2	-	32,4
MODELO	87	-	7	1	-	95
%	91,6	-	7,4	1,1	-	100
%total	5,3	-	0,4	0,1	-	5,8
SÃO LUCAS	201	2	6	-	-	209
%	96,2	1,0	2,9	-	-	100
%total	12,3	0,1	0,4	-	-	12,8
DOM BOSCO	69	1	4	3	1	78
%	88,5	1,3	5,1	3,8	1,3	100
%total	4,2	0,1	0,2	0,2	0,1	4,8
MEDBARRA	89	3	18	1	1	112
%	79,5	2,7	16,1	0,9	0,9	100
%total	5,5	0,2	1,1	0,1	0,1	6,9
NOVA BRASILIA	91	2	4	1	1	99
%	91,9	2,0	4,0	1,0	1,0	100
%total	5,6	0,1	0,2	0,1	0,1	6,1
Total	1382	25	139	77	6	1629
%	84,8	1,5	8,5	4,7	0,4	100
%total	84,8	1,5	8,5	4,7	0,4	100

* Foram excluídos 69 prontuários sem descrição de alta (4,1% dos 1698 prontuários).

Dado o peso das hospitalizações de crianças com idades inferiores a cinco anos (65,8% das hospitalizações) e a convergência das causas de internação para apenas três grupos diagnósticos, procede uma análise mais meticulosa dos casos que envolvem estes grupos de idade e diagnósticos. Com esta finalidade, nas tabelas 3.17 a 3.20 estão detalhados os dados referentes às hospitalizações dos Xavante nesta faixa etária.

Tabela 3.17 – Xavante, por ano de idade, por número de hospitalizações, no período de 2000 a 2002.

Idade (em anos)	Número de Hospitalizações							Total
	1	2	3	4	5	6	7	
< Um	180	40	7	2	1	2	1	233
%	77,3	17,2	3,0	0,9	0,4	0,9	0,4	100
% total	20,9	4,7	0,8	0,2	0,1	0,2	0,1	27,1
Um	301	57	25	10	3	-	-	396
%	76,0	14,4	6,3	2,5	0,8	-	-	100
% total	35,0	6,6	2,9	1,2	0,3	-	-	46,0
Dois	114	17	3	-	-	-	-	134
%	85,1	12,7	2,2	-	-	-	-	100
% total	13,3	2,0	0,3	-	-	-	-	15,6
Três	50	2	-	-	-	-	-	52
%	96,2	3,8	-	-	-	-	-	100
% total	5,8	0,2	-	-	-	-	-	6,0
Quatro	41	4	-	-	-	-	-	45
%	91,1	8,9	-	-	-	-	-	100
% total	4,8	0,5	-	-	-	-	-	5,2
Total	686	120	35	12	4	2	1	860
%	79,8	14,0	4,1	1,4	0,5	0,2	0,1	100
% total	79,8	14,0	4,1	1,4	0,5	0,2	0,1	100

A maioria das crianças (79,8%) com idades inferiores a cinco anos foi hospitalizada apenas uma vez. Porém, quando são separadas em subgrupos de idade, observa-se que esta proporção é determinada pelos Xavante com menos de dois anos de idade. Para aqueles com dois anos ou mais, a proporção de hospitalizações únicas aumenta sensivelmente. As hospitalizações recorrentes foram mais frequentes entre as

crianças com um ano de idade (24,0%), seguidas por aquelas com menos de um ano de idade (22,8%). Deve-se observar, ainda, que nestas duas faixas etárias, há poucos indivíduos concentrando várias hospitalizações (sete indivíduos foram responsáveis por 39 hospitalizações) (Tabela 3.17).

O número de hospitalizações recorrentes descrito na Tabela 3.17 refere-se aquelas que incidiram, no máximo, ao longo de um ano, pois a partir disto, as hospitalizações passam a ser classificadas em outra idade. Visto que o período considerado é de três anos, as várias hospitalizações de um mesmo indivíduo podem estar separadas em diferentes idades. Desta forma, os dados expostos servem mais para identificar a frequência de exposição de cada idade à hospitalização, do que para avaliar o número de eventos a que são submetidos. Diferentemente, na Tabela 3.18, pode-se identificar exatamente o número de hospitalizações dos Xavante, ao longo dos três anos.

Tabela 3.18 – Xavante com idade inferior a cinco anos, por número de hospitalizações, por terra indígena, no período de 2000 a 2002.

TI	Número de Hospitalizações							Total
	1	2	3	4	5	6	7	
Areões	111	37	19	8	3	4	1	183
%	60,7	20,2	10,4	4,4	1,6	2,2	0,5	100
% total	15,2	5,1	2,6	1,1	0,4	0,5	0,1	25,0
Pimentel Barbosa	102	16	5	3	-	-	-	126
%	81,0	12,7	4,0	2,4	-	-	-	100
% total	14,0	2,2	0,7	0,4	-	-	-	17,2
Sangradouro	113	49	16	7	3	-	-	188
%	60,1	26,1	8,5	3,7	1,6	-	-	100
% total	15,5	6,7	2,2	1,0	0,4	-	-	25,7
São Marcos	180	37	10	5	1	1	-	234
%	76,9	15,8	4,3	2,1	0,4	0,4	-	100
% total	24,6	5,1	1,4	0,7	0,1	0,1	-	32,0
Total	506	139	50	23	7	5	1	731
%	69,2	19,0	6,8	3,1	1,0	0,7	0,1	100
% total	69,2	19,0	6,8	3,1	1,0	0,7	0,1	100

As crianças de São Marcos apresentaram a maior frequência de hospitalização, mas, deve-se atentar que as hospitalizações recorrentes não foram tão frequentes, somando 23,1%. Areões e Sangradouro tiveram frequências de hospitalização menores, porém com uma maior recorrência de hospitalização (39%).

Na Tabela 3.19 registram-se os grupos diagnósticos mais frequentes das hospitalizações nas faixas etárias menores que cinco anos, totalizando 1118 casos. As crianças com um ano de idade foram responsáveis por aproximadamente metade de todas essas hospitalizações (48,7%). Quando observado de acordo com as causas de hospitalização, este grupo apresenta as maiores frequências absolutas e relativas de doenças infecciosas (i.e, diarreia), nutricionais e respiratórias.

Tabela 3.19 – Distribuição das principais causas de hospitalização de indígenas Xavante, nos cinco primeiros anos de vida, no período de 2000 a 2002.

Causa de Hospitalização	Idade (anos)					Total
	< 1	1	2	3	4	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias						
n	63	125	37	4	9	238
%	26,5	52,5	15,5	1,7	3,8	100
% total	5,6	11,2	3,3	0,4	0,8	21,3
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metaból..						
N	26	90	24	9	2	151
%	17,2	59,6	15,9	6,0	1,3	100
% total	2,3	8,1	2,1	0,8	0,2	13,5
X. Doenças do aparelho respiratório						
N	180	305	84	27	20	616
%	29,2	49,5	13,6	4,4	3,2	100
% total	16,1	27,3	7,5	2,4	1,8	55,1
Outras causas						
N	44	25	13	14	17	113
%	38,9	22,1	11,5	12,4	15,0	100
% total	3,9	2,2	1,2	1,3	1,5	10,1
TOTAL						
n	313	545	158	54	48	1118
%	28,0	48,7	14,1	4,8	4,3	100
% total	28,0	48,7	14,1	4,8	4,3	100

Na Tabela 3.20 compara-se a morbidade hospitalar pelos principais grupos diagnósticos de indígenas Xavante e da população geral do estado de Mato Grosso, na faixa etária de inferior a cinco anos. Pode-se observar que os grupos diagnósticos que foram responsáveis por 89,9% das hospitalizações dos Xavante, determinaram apenas 68,6% das hospitalizações verificadas na população geral do Mato

Grosso. As doenças respiratórias surgiram com freqüências próximas em ambas as populações, sendo maior entre os Xavante (55,1 / 50,4). As hospitalizações causadas por doenças infecciosas e nutricionais, endócrinas e metabólicas e manifestaram-se muito mais freqüentemente entre os Xavante do que entre mato-grossenses (1,3 e 7,8 vezes, respectivamente).

Tabela 3.20 - Distribuição das principais causas de hospitalização em crianças Xavante e da população geral de Mato Grosso, com idade inferior a cinco anos, segundo capítulos da CID-10, no período de 2000 a 2002.

Causa de Hospitalização	População de Mato Grosso (< 5 anos)		Xavante (< 5 anos)		Razão (Xavante / MT)
	n	%	n	%	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	15200	16,5	238	21,3	1,3
IV. Doenças endócrinas, nutric. e metabólicas	1584	1,7	151	13,5	7,9
X. Doenças do aparelho respiratório	46314	50,4	616	55,1	1,1
Outros grupos diagnósticos	28434	31,0	113	10,1	0,3
Total	91854	100	1118	100	1

Na distribuição cronológica das freqüências de hospitalizações causadas pelos principais grupos diagnósticos em todas as faixas etárias, evidenciam-se algumas variações importantes, principalmente ao atentar-se para o período pós-districtalização (Figura 3.1). A freqüência das hospitalizações causadas por doenças infecciosas diminuiu no período pós-districtalização (de 24,0 para 15,5%). As hospitalizações causadas por doenças respiratórias sofreram uma pequena variação de freqüência, mas se mantiveram sempre como o grupo mais importante, tanto antes quanto após a districtalização. As doenças nutricionais participaram com uma freqüência maior no período pós-districtalização, chegando a atingir mais de um décimo de todas as hospitalizações (Tabela 3.21).

Ao longo dos anos houve um crescimento da participação dos diagnósticos menos comuns, designados por “outras causas”. Estes foram, principalmente, as doenças do aparelho digestivo, da pele e tecido subcutâneo e do sistema osteomuscular. Antes da districtalização, estes diagnósticos compunham 10,9 %

das hospitalizações e, ao segundo ano de distritalização, causaram 15% das hospitalizações.

As hospitalizações relacionadas à gravidez, ao parto e puerpério permaneceram com proporções similares nos dois períodos, com uma média de 12,8% das hospitalizações. Já a proporção de hospitalizações relacionadas às causas externas diminuiu de 4,1 para 3,6%, embora o número de ocorrências tenha dobrado, de 22 para 45 casos.

Figura 3.1 - Proporção dos grupos diagnósticos nas hospitalizações de Indígenas Xavante, no período pré-distritalização (1998 e 1999) e no período pós-distritalização (2001 e 2002).

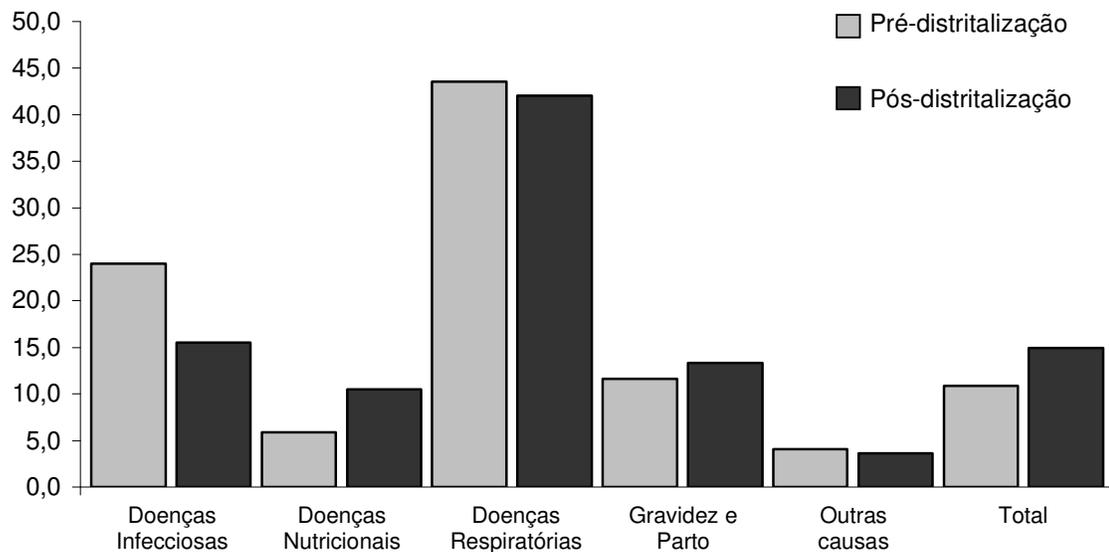


Tabela 3.21 - Proporção dos grupos diagnósticos nas hospitalizações de indígenas Xavante, no período pré-districtalização (1998 e 1999) e no período pós-districtalização (2001 e 2002).

Grupo de Causa	Pré-districtalização	Pós-districtalização	Total
Doenças Infecciosas			
%	24,0	15,5	18,1
n	130	192	322
Doenças Nutricionais			
%	5,9	10,5	9,1
n	32	130	162
Doenças Respiratórias			
%	43,5	42,0	42,5
n	236	520	756
Gravidez e Parto			
%	11,6	13,3	12,8
n	63	165	228
Causas externas			
%	4,1	3,6	3,8
n	22	45	67
Outras causas			
%	10,9	15,0	13,7
n	59	185	244
Total			
%	100	100	100
n	542	1237	1779

DISCUSSÃO

Os dados sobre a morbidade indígena disponibilizados pelos serviços de assistência à saúde indígena são provenientes do atendimento ambulatorial nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Desses, estão excluídos os casos que geraram internação hospitalar, restringindo as notificações apenas aos casos de menor gravidade resolvidos na própria rede distrital. Os dados das hospitalizações de indígenas deixam de integrar o Sistema de Informações de Saúde Indígena e passam a ser considerados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

A caracterização do perfil da morbidade hospitalar de uma população indígena demanda estratégias diferentes daquelas que poderiam ser utilizadas para os estudos com a população brasileira. O SIH-SUS fornece inúmeras informações das hospitalizações pagas pelo SUS, mas não permite a diferenciação de sub-grupos populacionais segundo etnia. Assim, o levantamento da morbidade hospitalar de indígenas somente pode ser realizado através da verificação direta nos prontuários dos pacientes. A incapacidade do SIH-SUS em permitir a desagregação dos dados por etnia dificulta a construção de indicadores de saúde indígena baseados nas informações hospitalares (Coimbra Jr. & Santos, 2000).

Ainda que para os Xavante, a identificação da origem étnica no prontuário não apresenta obstáculos, para outros grupos, cujos nomes não tem grafias tão particulares quanto a dos Xavante, a separação de prontuários com base em nome ou sobrenome pode ser extremamente intrincada. Numa situação onde o indígena hospitalizado é oriundo de uma área urbana, com um endereço que não pode ser relacionado com uma aldeia, e que não tenha um nome que permita associá-lo a um determinado grupo, é impossível fazer a identificação étnica do paciente. Por fim, salvo se algum profissional de saúde tenha relatado em prontuário a etnia do paciente, os dados relacionados com a hospitalização do indígena não serão diferenciáveis daqueles da população geral. A necessidade de melhorar a qualidade dos dados de identificação do paciente indígena também é sentida na Austrália, onde há a mesma dificuldade de separação dos dados hospitalares da população aborígine (ABS, 2003). A despreocupação com a identificação destes indivíduos, quando hospitalizados, pode

estar refletindo o estado excludente ou de desigualdade em que se encontram estas populações. À medida que se impõe a um indivíduo um sobrenome coletivo e o mesmo endereço a centenas de pessoas, não mais existe a hospitalização de indivíduo especificamente mas, apenas, mais uma hospitalização daquele grupo. Também as ações de vigilância epidemiológica baseadas nas informações geográficas ficam prejudicadas nos casos onde o endereço não está satisfatoriamente descrito no prontuário.

A frequência de hospitalização dos Xavante das TIs Sangradouro e Areões surgiu cerca de duas vezes maior daqueles vindos das TIs Pimentel Barbosa e São Marcos. A compreensão dos determinantes destas variações precisa relevar todos os fatores inerentes às populações de cada TI, suas diferenças sociais, históricas, econômicas, ambientais e de acessibilidade aos serviços de saúde. Uma proporção maior de hospitalizações dos indivíduos originados de uma certa área pode significar que seus habitantes têm maiores facilidades de acesso ao serviço hospitalar ou que têm assistência ambulatorial menos resolutiva, e por isto, seus agravos finalizam mais vezes em hospitalização; ou ainda, que possuem um quadro de debilidade na saúde mais acentuado. Dilip (2002) encontrou diferenças artificiais na morbidade hospitalar entre diferentes grupos, causadas apenas pela facilidade de acesso ao serviço.

A possibilidade de serem identificadas as várias hospitalizações de um mesmo indígena imbuí-se de importância à medida que estas recorrências compõem 32,3% das hospitalizações e atingem segmentos específicos da população. A quantidade de hospitalizações repetidas de um mesmo indivíduo pode mostrar o quanto suas condições de saúde são precárias, ou ainda, exibir a baixa resolutividade dos serviços prestados a este, pois o hospitaliza e o devolve ao seu meio, porém não evita que seja exposto novamente aos determinantes de hospitalização.

As crianças com idades inferiores a cinco anos foram responsáveis por 78,1% das hospitalizações recorrentes, concordando com os dados de morbidade e mortalidade, que indicam que estas são mais afetadas por agravos à saúde (Funasa, 2002b; Souza et al., 2004). A exclusão dos casos recorrentes faz com que as crianças de idades entre um e dois anos participem com 57% das hospitalizações de menores de cinco anos; quando incluídas as hospitalizações recorrentes, a proporção aumenta para 63%. É perceptível que estas crianças são submetidas a agravos que implicam em hospitalização com uma frequência maior daquela dos indígenas das demais faixas etárias.

As hospitalizações recorrentes incidem com maior frequência nos quatro meses subseqüentes ao primeiro evento, e é importante observar que 12,0% delas ocorrem ainda no mesmo mês da anterior. Esta reinternação prematura indica que pode haver alguma falha assistencial, tanto na própria assistência hospitalar, ao permitir a egressão do hospitalizado antes da resolução de seus agravos, quanto na assistência pós-hospitalar nos níveis primários e secundários da atenção a saúde. Ressalte-se que uma das funções da CASAI é o apoio ao indígena após a alta do serviço hospitalar, dando o seguimento à assistência terciária, quando houver necessidade de cuidados especiais.

O grupo das doenças respiratórias é uma das principais causas de óbito e o maior representante de morbidade ambulatorial no DSEIX (Funasa, 2002b), sendo refletida sua relevância na morbidade hospitalar. Estende-se esta análise para o grupo das doenças infecciosas e parasitárias, também de importância na morbimortalidade Xavante, tanto em dados ambulatoriais quanto hospitalares. Este perfil de hospitalizações por doenças respiratórias, infecciosas e parasitárias repete-se em outras etnias indígenas amazônicas, como pode ser observado no trabalho de Escobar et al. (2003) e de Grunna et al. (2003). As proporções das causas de hospitalização diferem entre os dados destes pesquisadores e os aqui apresentados, mas as doenças respiratórias e as infecciosas e parasitárias permanecem como as causas mais frequentes.

As gastroenterites determinaram com grande frequência, também as hospitalizações de indígenas australianos, e associavam-se com a higiene inadequada do domicílio, com a falta de disposição apropriada do lixo e com a contaminação ambiental (Lee et al. 2003). O quadro sanitário da população aborígine estudada por Lee et al. (2003) aproxima-se daquele descrito das aldeias Xavante (Coimbra Jr. et al. 2002; Souza & Santos, 2001; Leite et al. 2003), cujos habitantes sofrem incisivamente pelas gastroenterites. Vanderlei et al. (2003) também encontraram uma forte associação entre a internação por doenças diarréicas e a precariedade das habitações e, além desta, a associação à paridade materna e à densidade populacional no domicílio. Estes fatores de risco coexistem com os Xavante permanentemente, de forma que também poderiam influenciar na elevada ocorrência de doenças diarréicas, ainda mais por ser comum a concomitância com desnutrições. Ribeiro & Moreira (1999) relataram a associação das sepse às diarréias, às queixas respiratórias e, principalmente, à desnutrição. Esta associação também surge na pesquisa de Alves et al. (1998), que acompanhou 316 crianças desnutridas hospitalizadas devido à diarréia e à infecção respiratória. Estende-

se a possibilidade desta associação à população Xavante, já que está exposta a esta tríade.

Aproximadamente um quarto dos prontuários com diagnósticos de pneumopatias relatavam também a ocorrência de diarreias. Dada a maior inspiração de cuidados causada pelo aspecto dos quadros dispnéicos em relação aos diarreicos, é possível que este diagnóstico seja preterido em favor das pneumopatias. A existência de co-morbidades pode influenciar na escolha do diagnóstico responsável pela internação, bem como na frequência das hospitalizações. Independentemente da opção diagnóstica, são perceptíveis o impacto das doenças respiratórias e diarreicas na população, e a simultaneidade destes agravos durante a hospitalização.

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas são a causa de óbito mais frequente (34,2% dos óbitos de Xavante) e o quarto maior grupo de morbidade ambulatorial, atingindo principalmente pessoas com idades inferiores a cinco anos, (83,2% dos casos) (Funasa, 2002b). Na morbidade hospitalar estas doenças são apenas o terceiro grupo mais frequente (excluído o grupo da gravidez, parto e puerpério), e estão representadas principalmente pelas desnutrições. Ressalte-se que muitos casos de diabetes encontram-se em tratamento ambulatorial, porém com uma assistência de caráter hospitalar (internação), nas Casas de Saúde do Índio em Barra do Garças e em Nova Xavantina.

As hospitalizações obstétricas incidem com proporção importante no total de casos entre os Xavante, sendo a terceira classe predominante (12,7%). Na população do Mato Grosso, a assistência obstétrica é a segunda mais frequente causa de hospitalização (20,5%), o que significa que a população geral é assistida com uma frequência maior do que a população Xavante. Deve-se ressaltar que a assistência obstétrica ocorre de forma desigual nas TIs e assim, surgem diferenças ainda maiores ao se comparar as proporções de cada uma das TI com a população geral. Enquanto que, para São Marcos e Sangradouro a proporção de partos hospitalares foi de aproximadamente 20,5%, para Areões e Pimentel Barbosa foi de 2,7% do total de partos.

As informações sobre a proporção de partos hospitalares dos Xavante são extremamente frágeis, devido a inconsistência dos dados de natalidade disponíveis. Deve-se observar que os nascimentos ocorridos nas aldeias podem estar sub-notificados por falhas no registro de eventos incididos além do sistema de saúde. Desta forma pode

haver um discrepância ainda maior da assistência obstétrica prestada aos Xavante e a população geral e entre as próprias TIs.

A proporção de partos hospitalares contribui com a análise da acessibilidade e da qualidade da atenção básica a saúde (Ripsa, 2002), que é o alicerce do subsistema de atenção a saúde indígena. Vê-se uma grande disparidade entre a proporção de partos hospitalares da população do Mato Grosso e a população xavante. Enquanto este índice aparece próximo a totalidade dos partos dos matogrossenses (98,7%), os partos hospitalares de Xavante compõem apenas 13,5% do total de partos.

Assinala-se aqui, que usar o número de partos hospitalares para avaliar a assistência obstétrica prestada aos Xavante é questionável. Trata-se de uma população culturalmente diferenciada e, portanto, esta informação pode não ser indicador de cobertura ou da qualidade do serviço. As informações sobre a assistência pré-natal e sobre o rastreamento e o tratamento de gestações de risco indicariam com maior apuro os fatores inerentes à assistência obstétrica do que a análise direta da assistência hospitalar ao parto.

A freqüência de causas classificadas como sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, restringiu-se a 0,4% das hospitalizações, valor muito menor do que ao encontrado em outra pesquisa similar, realizada por Escobar et al. (2003), onde estas causas surgem com uma freqüência de 8,2%.

As doenças respiratórias e as gastroenterites foram as causas de hospitalização mais freqüentes, no conjunto de todas as terras indígenas. Coimbra et al. (2002), também encontraram estas mesmas causas como as mais importantes em estudo feito no Pronto Socorro de Nova Xavantina. Este hospital atende os Xavante vindos principalmente da TI Parabubure e, assim, pode-se observar que é o quadro geral da população Xavante, visto que somente a TI de Marechal Rondon não foi avaliada sob o foco das hospitalizações.

Os Xavante da TI Sangradouro foram mais hospitalizados devido a doenças infecciosas, quando comparados com as outras terras, apresentando uma proporção próxima a da TI de Areões, porém bem maior que a das TIs São Marcos e Pimentel Barbosa. Quando avaliados por aldeias, vê-se que a maioria dos casos de doenças infecciosa provém das aldeias mais populosas, provavelmente com piores condições sanitárias e com uma contaminação ambiental mais acentuada. Há que se

considerar ainda outros fatores que podem interferir nestas proporções como, por exemplo, o que ocorre com Sangradouro. Aproximadamente 32% da população da TI Sangradouro vive na aldeia principal, São José, e desta originaram 72 % das hospitalizações. Este dado pode indicar que o estado de saúde é mais precário nesta aldeia, ou que a acessibilidade ao serviço hospitalar é facilitada, ou ainda, que há confusão no momento da identificação do local de origem, sem a diferenciação da aldeia São José, que também é chamada de Sangradouro, e da TI Sangradouro. Faz-se necessária uma análise mais cautelosa, a fim de avaliar se somente a facilidade de acesso influencia no uso hospitalar ou se há mais fatores relacionados. De qualquer forma, a hospitalização por doenças infecciosas, aqui representadas pelas doenças diarreicas, pode ser evitada com ações de atenção primária à saúde, porém não o é, demonstrando a ineficácia do serviço de saúde prestado e a inadequação de suas estratégias.

O estado nutricional é um determinante da propensão ou resistência a agravos de saúde, principalmente de doenças infecciosas e parasitárias, além de ser um importante marcador qualitativo da saúde de uma determinada comunidade (Fagundes et al., 2002). Assim sendo, as áreas com maior deficiência nutricional provavelmente apresentam maiores incidências de doenças infecciosas e parasitárias. Mesmo havendo a seletividade dos dados hospitalares, o que pode ser visto através da morbidade hospitalar dos Xavante originados de Sangradouro, comparados aos das outras localidades, é uma frequência maior das doenças infecciosas, tanto no total de hospitalizações de xavantes desta TI, quanto no total geral das hospitalizações.

Sabe-se que os Xavante de Sangradouro sofreram maiores mudanças na subsistência, na dieta e no padrão de atividade física e os efeitos em seu estado nutricional são mais pronunciados, quando comparados aos de outros locais (Gugelmin, 1995; Leite, 1998; Leite, 2003; Vieira-Filho, 1981, 1983 e 2000). Também em Sangradouro foi encontrada a maior frequência de crianças com baixo peso para estatura, descrito como o quadro de maior gravidade por Gugelmin (1995) e Leite (1998).

As desnutrições, que apareceram assiduamente na assistência ambulatorial na TI Sangradouro, surgiram com a menor frequência na assistência hospitalar. Considerando que, como afirmam Ferreira & França (2002), a demanda hospitalar relativa aos casos de desnutrição está diretamente relacionada à sua

prevalência na população, há algum fator determinando a baixa proporção de hospitalizações por desnutrição na população de Sangradouro.

Esta escassez de hospitalizações por desnutrição pode estar relacionada à omissão deste diagnóstico em prol de co-morbidades, e não à gravidade dos casos ou à acessibilidade. Ferreira & França (2002) avaliaram o estado nutricional de crianças hospitalizadas e, no momento da admissão, a prevalência de desnutrição foi de 71,2%, sendo que apenas 15,4% tiveram este diagnóstico registrado no prontuário. Estendendo esta possibilidade aos Xavante de Sangradouro, é preciso que haja uma busca mais específica dos determinantes da baixa frequência de hospitalizações.

Os efeitos desfavoráveis da desnutrição sobre o prognóstico dos pacientes hospitalizados e a propensão de desenvolver sérios problemas que os colocam sob o risco de morrer (Falbo & Alves, 2002), ressaltam a urgência em projetar protocolos de triagem e atendimento ao desnutrido hospitalizado, além da avaliação, reforço ou reformulação das ações de atenção primária à saúde direcionadas à nutrição.

A duração média das hospitalizações foi maior naqueles Xavante originados de Sangradouro e, ao delinear o quadro de saúde desta TI através dos dados de morbidade ambulatorial e os dados hospitalares aqui assumidos, suscita-se que o estado de saúde precário desta população associa-se a maior duração de suas hospitalizações. Porém, é possível que esteja acontecendo o viés de Berkson (Perrin, 1984), onde os médicos tendem a internar mais as pessoas que não dispõem de meios para adquirir os remédios ou conhecimentos e condições necessárias para o tratamento em domicílio. Este mesmo pensamento pode influenciar na duração da internação, pois se prolongaria a hospitalização até que o paciente precisasse do mínimo de cuidados no domicílio. Outro fator que pode interferir na duração da hospitalização é o fato de que os Hospitais São Lucas e São João Batista são responsáveis pela maioria dos atendimentos dos Xavante de Sangradouro (87,8%) e, estes mesmos hospitais, atendem somente esta TI. Desta forma, é possível que as características da população de Sangradouro ditem a duração da hospitalização, bem como esta pode estar relacionada às rotinas e às preferências técnicas dos profissionais daqueles hospitais. Esta associação pode ser vista comparando-se os Quadros 3.4 e 3.5, na seção anterior, nos quais observa-se que a permanência hospitalar média foi alta nos hospitais São João Batista e São Lucas e na TI Sangradouro. Ocorre uma situação semelhante entre os

Hospitais Dom Bosco e Medbarra, que atendem principalmente os indígenas vindos de São Marcos.

A comparação entre as frequências dos motivos de alta é limitada, já que há dois hospitais atendendo a população de uma única TI, e as características do serviço hospitalar e da população podem interferir da mesma forma na finalização da hospitalização. Ainda assim, salienta-se que a população de Sangradouro, que teve o maior número de hospitalizações recorrentes com pequenos intervalos, teve também o maior número de altas por melhora e a maior média de duração da internação. É plausível que a reinternação seja resultado das péssimas condições de saúde e saneamento desta população, mas não se pode excluir as hipóteses de que a assistência hospitalar, que apesar de ser prolongada, não esteja sendo resolutiva, ou ainda, que a atenção pós-hospitalar prestada nas aldeias e pólos-base não é capaz de dar continuidade ao tratamento ou a proteção à saúde.

É relevante o grande número de altas solicitadas no hospital CHGA (49 -16,2%), o que pode indicar o descontentamento dos Xavante com o serviço prestado, ou a falta de orientação dos usuários quanto à necessidade do tratamento, ou ainda, o descompromisso com os registros hospitalares. Faz-se necessária uma análise mais intensa para a identificação dos determinantes destas altas. Este mesmo hospital teve também a maior frequência de altas por transferência (20,9%), fato que pode estar associado ao tipo de serviço prestado pela instituição, que é a referência regional para o atendimento de urgências e emergências, sendo comum a transferência de pacientes com situações clínicas estáveis para outras unidades hospitalares. As causas destas hospitalizações findadas em transferência foram, sobretudo, as doenças respiratórias (39,7%), as doenças nutricionais (30,2%). Em nenhum prontuário estava descrito o destino do paciente transferido.

A taxa de mortalidade hospitalar dos Xavante foi 15,3 /1000, valor inferior ao encontrado nas hospitalizações de indígenas de Rondônia, uma cifra de 56,1/1000 (ver Escobar et al. 2003). Observe-se que para o país esta taxa foi de 26,7/1000. A taxa de mortalidade hospitalar dos Xavante assemelha-se com a encontrada na região sudeste do país. Mas, longe de ser um indicador positivo, a mortalidade hospitalar Xavante é a afirmação da ineficácia da assistência à saúde, visto que a maioria dos óbitos poderia ser evitada através da atenção primária à saúde. Esta

situação repete-se em outras etnias, tais como nos Kaingáng, no sul do Brasil, e em várias outras na Amazônia (ver Hökerberg et al., 2001; Escobar et al. 2003).

Os óbitos associados às infecções perinatais vieram da população de Areões e Pimentel Barbosa, as áreas com menor frequência de partos hospitalares. Obviamente que não há uma associação direta entre o óbito perinatal e a qualidade da assistência ao parto, pois, além destes óbitos serem referentes apenas a dois Xavante, num contexto indígena o parto hospitalar pode não ser um indicador da qualidade da assistência pré-natal.

A desvantagem no quadro de saúde indígena em relação à população não indígena brasileira é evidente principalmente nas crianças menores de cinco anos. Este quadro de iniquidade é encontrado em muitos outros países com populações formadas por de sub-grupos étnicos ou raciais, onde também as hospitalizações ocorrem de forma diferente entre os grupos, sendo mais favoráveis a hospitalização aqueles mais expostos a condições sanitárias precárias (Lee et al., 2003; Niti & Ng, 2003; AIHW, 2002).

Os determinantes das hospitalizações atuam muito mais intensamente nas TI Areões e Sangradouro, dado que as suas crianças apresentaram as maiores proporções de hospitalizações recorrentes, e a essas mesmas TI, pertencem as maiores taxas de hospitalização. Quando excluídas as hospitalizações recorrentes, a proporção de da população hospitalizada continua maior nestas TIs, em relação à Pimentel Barbosa e São Marcos.

No ano de 2002, segundo a Funasa (2002b), os Xavante com idade inferior a cinco anos compunham 21,4% da população total desta etnia e estavam distribuídos de forma homogênea em cada ano de idade. Projetando este mesmo arranjo populacional para os dois anos inferiores, surge uma diferença importante na frequência das hospitalizações, dada a concentração de ocorrências nas faixas etárias abaixo dos três anos, mais propriamente no segundo ano de vida, tanto no número de hospitalizações, quanto na recorrência destas.

O agrupamento em uma única faixa etária de zero a cinco anos incompletos, como foi realizado no trabalho de Escobar et al. (2003), dilui as hospitalizações nas populações das cinco idades. Também o SIH-SUS agrega as hospitalizações em dois grupos, um com idades inferiores a um ano, e outro com idades

maiores de um ano e inferiores a cinco anos. Desta forma não há meios de se comparar a informação encontrada neste trabalho com estas duas outras fontes. Para avaliar-se o comportamento das hospitalizações dos Xavante com menos de cinco anos de idade, estas estratificações por idade se mostram inadequadas, pois, das duas formas, as hospitalizações da faixa etária mais freqüente serão distribuídas em um grande grupo populacional, diminuindo a pressão das hospitalizações exercida em uma faixa etária específica, a do segundo ano de vida.

No segundo ano de vida, as crianças estão mais expostas ao desmame e à introdução de novos alimentos na dieta, e ambos fatores podem contribuir com a desnutrição e com infecções gastrointestinais. Ainda neste período, estão mais expostos também à contaminação ambiental, devido ao início da deambulação. Coimbra Jr & Santos (1991) avaliaram os níveis de desnutrição de crianças da etnia Suruí e identificaram uma relação entre o desmame e a ocorrência de diarreia e desnutrição. Segundo estes autores, “no segundo ano de vida há um aumento significativo nos níveis de desnutrição [...] é de se esperar que os episódios de diarreia devam aumentar no período de desmame, pelo contato maior com objetos não apropriadamente lavados e consumo de água e alimentos contaminados”. Esta mesma associação entre a ocorrência de diarreias e gastroenterites nos primeiros anos de vida e o período de desmame foi encontrada por Gordon et al. (1963). É possível que os Xavante também estejam expostos aos determinantes das infecções intestinais e da desnutrição no período do desmame, entre o primeiro e o segundo ano de vida, visto que a freqüência de hospitalizações por desnutrição entre os Xavante aumenta mais de três vezes (de 17,2 para 59,2%), e por doenças infecciosas dobram (de 26,5 para 52,5%).

A comparação entre as hospitalizações da população Xavante e da população geral de Mato Grosso evidencia que os indígenas padecem de forma muito mais intensa por diarreias, infecções e doenças respiratórias, principalmente aqueles com menos de cinco anos de idade.

Com aumento da acessibilidade dos Xavante aos serviços de saúde, poder-se-ia esperar que houvesse um aumento inicial nos indicadores de morbidade, causado, principalmente, pela ampliação da cobertura e pelo aprimoramento no registro das ocorrências. Posteriormente, adviria um decréscimo destes indicadores, engendrado pelas ações do sistema de saúde indígena, mais incisivamente ainda naqueles problemas sensíveis à atenção básica à saúde, tais como as doenças diarréicas, as respiratórias e as nutricionais.

Com a implantação do DSEIX a proporção dos Xavante hospitalizados tem mudado sutilmente, mas de modo ascendente, de 8,1 para 10,8 hospitalizações em cada cem habitantes. Deve-se ressaltar que isto não indica de imediato a piora do estado de saúde da população, já que os dados hospitalares não reproduzem o quadro geral de morbidade. Mas, considerando os dados disponíveis de morbimortalidade dos Xavante, é bastante plausível a associação entre o aumento na proporção de hospitalizações e a piora do estado de saúde.

Há de se assumir também que os métodos diagnósticos e de rastreamento de doenças podem estar sendo acurados, de forma a induzir uma maior identificação de agravos à saúde. Reitera-se que as informações epidemiológicas dos Xavante não reforçam esta hipótese, mais ainda, quando trazidos à luz os seus aspectos demográficos, epidemiológicos e sanitários.

O declínio das hospitalizações causadas por doenças infecciosas, em relação aos grupos de causas e à população Xavante, obviamente não significa que houve a diminuição na ocorrência destas na população, já que os dados de mortalidade existentes indicam o oposto: as doenças infecciosas compõem o quarto maior grupo de causas de óbito, principalmente entre as crianças (Souza et al., 2004). Este fato pode ser indício de que estas doenças estão sendo tratadas nos níveis primários e secundários da assistência à saúde, evitando a hospitalização; há de se considerar ainda que, pelo elevado número de óbitos, estas doenças causem a morte antes mesmo dos doentes serem admitidos no serviço hospitalar. Exclui-se a possibilidade de que os leitos hospitalares, antes ocupados por casos de doenças infecciosas, estejam sendo destinados a outros problemas emergentes, dado que o número de casos de doenças infecciosas permaneceu praticamente inalterado, ao longo dos últimos anos.

O aumento na proporção de hospitalizações de crianças menores de cinco anos causadas por desnutrição, associado às altas taxas de mortalidade e de

prevalência de desnutrição verificadas nessa faixa etária, aponta para a urgência em estabelecer programas efetivos de controle das desnutrições e das doenças infecciosas e respiratórias.

Na morbidade hospitalar Xavante, as doenças crônico-degenerativas emergem de forma tênue, talvez por que haja a resolução, ou retenção, da maioria dos casos nos níveis primários e secundários de atenção à saúde, ou ainda nas Casas de Saúde do Índio. Já as afecções traumáticas têm assumido proporções significantes, dado que as causas externas aparecem como o quinto grupo mais freqüente, aproximando-se das doenças nutricionais.

Ao longo dos anos houve um crescimento da participação dos diagnósticos menos comuns, designados por “Outras Causas”. Estes foram, principalmente, as doenças do aparelho digestivo, da pele e tecido subcutâneo e do sistema osteomuscular. Antes da distritalização, estes diagnósticos compunham 10,9 % das hospitalizações e, ao segundo ano de distritalização, causaram 15% das hospitalizações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morbidade hospitalar evidenciou que o povo Xavante sofre uma forte pressão, sobretudo, por doenças respiratórias, infecciosas e nutricionais, principalmente as crianças com idades inferiores a cinco anos. Muitos trabalhos realizados anteriormente (Souza & Santos, 2001; Leite et al, 2003; Gugelmim & Santos, 2001; Coimbra et al., 2002, entre outros) já marcavam a debilidade no estado de saúde do Xavante e também na assistência a saúde que lhe é destinada e, neste, os dados hospitalares corroboram esta afirmação.

As causas de hospitalização mais freqüentes foram as doenças respiratórias, infecciosas e nutricionais e endócrinas (quando excluídos os partos), tanto nas hospitalizações únicas quanto nas recorrentes. As doenças respiratórias foram, em sua maioria, as pneumonias, já as doenças infecciosas foram determinadas pelas diarreias. As doenças crônico-degenerativas não figuraram na morbidade hospitalar, apesar de serem freqüentes no atendimento ambulatorial dos Xavante.

Os Xavante com idades inferiores a cinco anos, principalmente aqueles no segundo ano de vida, foram mais expostos a hospitalização do que as demais faixas etárias. Além de apresentarem a maior freqüência de hospitalizações, também contribuíram com o maior número de hospitalizações recorrentes. Os adultos com idades entre 20 e 50 anos foram hospitalizados com a segunda maior freqüência, porém quatro vezes menor que aquela das crianças. Entre os adultos, as mulheres determinaram o maior número de hospitalizações recorrentes, em sua maioria, para assistência obstétrica.

As hospitalizações, quando agregadas por TI, mostram perfis diferentes, imprimindo uma situação mais negativa às TIs Sangradouro e Areões, a medida que estas têm as maiores taxas de hospitalização e também de recorrências de hospitalização. As diferenças nas características de morbidade das TI não puderam ser mais bem ponderadas, em decorrência da escassez de dados e de informações que permitam associações. Por exemplo: é bem conhecido o estado grave das desnutrições na TI Sangradouro, porém, são ignorados os determinantes que levam a freqüência de hospitalizações por desnutrição ser menor em Sangradouro do que nas demais TI.

Poder-se-ia relacionar com a acessibilidade, com a gravidade dos casos e com o uso dos serviços. Também interferiria na prevalência desta doença, a presença de co-morbidades mais valorizadas e atributos próprios do atendimento médico e da classificação diagnóstica. No levantamento de causas de hospitalização no prontuário do paciente, estas diferenças não puderam ser contempladas.

A criação do subsistema de atenção à saúde indígena e a implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante interferiu intensamente na acessibilidade aos serviços de saúde, inclusive à assistência hospitalar. Em princípio por haver equipes de saúde prestando um atendimento contínuo ou, ao menos, mais freqüente a estas populações. Depois, por ter sido sistematizado o fluxo do atendimento aos Xavante e definida a rede de referências ambulatoriais e hospitalares e os incentivos para o atendimento aos indígenas.

Muito embora a política de atenção à saúde indígena esteja alicerçada na atenção primária, com forte orientação para ações preventivas e de promoção à saúde, vê-se que a sistematização das ações é extremamente curativa, embasada na medicalização dos agravos. Encerra-se a maioria dos trabalhos sobre saúde indígena com o delineamento de um quadro comprometido por alta prevalência de doenças infecciosas e desnutrições. A precariedade das condições sanitárias e ambientais contribui para este perfil mórbido, estendendo a responsabilidade do estado de saúde aos outros setores além da atenção à saúde. A promoção e a proteção à saúde estão legadas a um plano secundário, e tenderão a permanecer neste nível, a menos que haja um esforço intersetorial impactante, que modifique as condições de saúde e saneamento destas populações e que rompa o ciclo do adoecer e tratar.

O impacto das políticas voltadas à saúde indígena deveria estar despontando, decorridos os vários anos de sua implantação. Porém as informações ambulatoriais e hospitalares assinalam que há uma fratura entre o modelo teórico da assistência e a prestação dos serviços de saúde.

É um fato que houve o incremento na acessibilidade, dada a existência de equipes de saúde mais próximas às populações, mesmo que, em última instância, tenham somente diminuído as barreiras de acesso geográficas e econômicas, sem interferência nas barreiras culturais e organizacionais. Aumentou o uso dos serviços hospitalares, porém a cobertura ainda precisa ser definida. O mesmo dir-se-ia para a qualidade e efetividade dos serviços ambulatoriais e hospitalares.

A eficácia e a efetividade do Sistema de Atenção à Saúde Indígena não podem ser avaliadas somente pelo perfil de morbi-mortalidade hospitalar, mas este estudo aponta para uma necessidade incisiva de se buscar estratégias para a redução das hospitalizações potencialmente evitáveis por ações de atenção primária à saúde.

Apesar das hospitalizações não espelharem diretamente os problemas de saúde que afligem uma população, há de se considerar que elas, ocorrendo em frequências elevadas e ascendentes, são importante problema de saúde pública. Em que pese ainda, serem causadas por problemas relacionados à deficiência da atenção primária à saúde, em sua maioria doenças infecciosas e parasitárias, respiratórias e nutricionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABS (Australian Bureau of Statistics), 2003. *The Health and Welfare of Australia's Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples*. Sidney: Australian Bureau of Statistics.
- AIHW (Australian Institute of Health and Welfare), 2002. *Hospital Statistics – Aboriginal and Torres Strait Islander Australian, 1999-2000*. Occasional Paper. Sidney: Australian Bureau of Statistics.
- ALVAREZ, R. R.; CAMPBELL, I.; FRIEDMAN, H.; BERTOLLI, M. L.; GAMA, G.B.M.N.& DIAZ, L.D., 1991. Dermatoses entre os Xavante da área indígena Pimentel Barbosa, Mato Grosso (Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, 7: 563-580.
- ALVES, J.G.B.; BRITTO, M.A.; MELO, M.A.S. & ALVES, V., 1988. Morbimortalidade do desnutrido grave hospitalizado. *Jornal de Pediatria*, 64: 60-61.
- ARANTES, R.; SANTOS, R.V. & COIMBRA JR., C.E.A., 2001. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17: 375-384.
- BEGLEY, C.E.; SLATER C.H.; HENGEL, M.J. & REYNOLDS, T.F., 1994. Avoidable hospitalizations and socio-economic status in Galveston County, Texas. *Journal of Community Health*, 19: 377-387.
- BMJ, 1996. The Ljubljana Charter in reforming health care. *British Medical Journal*, 312:1664-1665.
- CAMINAL, J.; STARFIELD, B.; SANCHEZ, R.E.; HERMOSILLA, P.E. & MARTIN MATEO, M., 2001. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions en Cataluña. *Revista Clínica Española*, 201: 501-507.
- CASANOVA, C. & STARFIELD, B., 1995. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *International Journal of Health Service*, 25: 283-294.
- COHEN, M. M. & MacWILLIAM, L., 1995. Measuring the health of the population. *Medical Care*, 33: DS21-DS42.

- COIMBRA Jr., C.E.A. & SANTOS, R.V., 1991. Avaliação do estado nutricional num contexto de mudança sócio-econômica: o grupo indígena Suruí do estado de Rondônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 7: 538 - 562.
- COIMBRA Jr., C.E.A. & SANTOS, R.V., 2000. Saúde, minorias e desigualdade: Algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5:125-132.
- COIMBRA JR., C.E.A.; FLOWERS, N. M.; SALZANO, F.M. & SANTOS, R.V., 2002. *The Xavante in Transition: Health, Ecology and Bioanthropology in Central Brazil*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES - VICTORIA, 2002. *Hospital Admission Risk Program (HARP) Background Paper*. Melbourne: Department of Human Services.
- DILIP, T.R., 2002. Understanding levels of morbidity and hospitalization in Kerala, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 80:746-751.
- ESCOBAR, A. L.; RODRÍGUES, A.F.; ALVES, C. L.M.; ORELLANA, J. D. Y.; SANTOS, R. V. & COIMBRA, C. E. A., 2003. Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia. O Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho (1998 – 2001). In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. (C. E. A.Coimbra Jr.; R. V. Santos & A.L. Escobar, orgs.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- FAGUNDES, U.; OLIVA, C.A.G. & FAGUNDES-NETO, U., 2002. Avaliação do estado nutricional das crianças índias do Alto Xingu. *Jornal de Pediatria*, 78: 383 – 388.
- FALBO, A.R. & ALVES J.G.B., 2002. Desnutrição grave: alguns aspectos clínicos e epidemiológicos de crianças hospitalizadas no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18: 1473-1477.
- FERREIRA, H. S. & FRANÇA, A. O. S., 2002. Evolução do Estado Nutricional de Crianças Submetidas à Internação Hospitalar. *Jornal de Pediatria*, 78: 491 - 496.
- FLOWERS, N. M., 1994. Crise e recuperação demográfica: os Xavante de Pimentel Barbosa. In: *Saúde e Povos Indígenas* (R. V. Santos & C. E. A. Coimbra Jr., orgs.), pp. 213-242. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- FREITAS-FILHO, A. S. & OLIVEIRA, N. B., 1955. Estudo sobre o estado nutritivo dos Xavantes. *Revista Brasileira de Medicina*, 12: 562-567.
- FRIEDMAN, H.; COIMBRA Jr., C.E.A.; ALVAREZ, R.R.; CAMPBELL, I.; DIAZ, L.A.; FLOWERS, N.M.; SANTOS, R.V.; BERTOLI, M. L.; GAMA, G. B. M. N. & ALCALÁ, M.C.O., 1992. Pênfigo foliáceo endêmico (fogo-selvagem) no grupo indígena Xavante, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 8: 331-334.
- FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), 2001. *III Conferência Nacional de Saúde Indígena – Relatório Final*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.
- FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), 2002a. *Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos indígenas*. 2^a edição. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.
- FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). 2002b. *Relatório Anual 2002. Setor de Dados Estatísticos*. Barra do Garças: Distrito Sanitário Especial Indígena, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.
- GARNELO, L.; MACEDO, G. & BRANDÃO, L.C., 2003. *Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- GIACCARIA, B. & HEIDE, A., 1984. *Xavante: Reserva de Brasilidade*. São Paulo: Editora Salesiana Dom Bosco.
- GIACCARIA, B., 2000. *Xavante – Ano 2000: Reflexões Pedagógicas e Antropológicas*. Campo Grande: Editora UCDB.
- GORDON, J. E.; CHITKARA, I.D. & WYON, J.B., 1963. Weanling diarrhea. *The American Journal of Medical Sciences*. 245:129-161
- GROSS, D.R.; EITEN, G.; FLOWERS, N.M.; LEOI, F.M.; RITTER, M.L. & WERNER, D. W., 1979. Ecology and acculturation among native peoples of Central Brazil. *Science*, 206: 1043-1050.
- GRUNNA, L.C.; COSTA, D.G.; BARCELLOS, M.C.; BASTA, P; ORELLANA, J.D.Y.; ESCOBAR, A.L.; SANTOS, R.V. & COIMBRA JR, C.E.A., 2003. Causas de internação hospitalar indígena no Pólo-Base Cacoal, DSEI Vilhena, Rondônia (2000 – 2002). In : VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. *Resumos*, p. 630. Rio de Janeiro: ABRASCO.

- GUGELMIN, S. A. & SANTOS, R.V., 2001. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xávante, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:313-322.
- GUGELMIN, S. A., 1995. *Nutrição e Alocação do Tempo dos Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso. Um Estudo em Ecologia Humana e Mudanças*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz.
- GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R.V. & LEITE, M.S., 2001. Crescimento físico de crianças indígenas xavantes de 5 a 10 anos de idade em Mato Grosso. *Jornal de Pediatria*, 77: 17 - 22
- HELMAN, C. G., 1996. *Culture, Health and Illness – An Introduction for Health Professionals*. 3rd ed., Oxford: Butterworth Heinemann.
- HÖKERBERG, Y.H.M.; DUCHIADE, M. P. & BARCELLOS, C., 2001. Organização e qualidade da assistência à saúde dos índios Kaingáng do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17: 261-272.
- HOLMAN, R. C.; CURNS, A. T.; KAUFMAN, S. F.; CHEEK, J. E. & PINNER, R. W., 2001. Trends in infectious disease hospitalizations among American Indians and Alaska Natives. *American Journal of Public Health*, 91: 425-431.
- IANELLI, R. V., 1997. *Epidemiologia da Malária em uma População Indígena do Brasil Central: Os Xavante de Pimentel Barbosa*. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz.
- JACKSON, G. & TOBIAS, M., (2001). Potentially avoidable hospitalisations in New Zealand, 1989-98. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25: 212-221.
- LAURENTI, R. & BUCHALLA, C. M., 1985. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades. II- Mortalidade perinatal segundo peso ao nascer, idade materna, assistência pré-natal e hábito de fumar da mãe. *Revista de Saúde Pública*, 19: 225-232.
- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; LEBRÃO, M. L. & GOTLIEB, S. L. D., 1987. *Estatísticas de Saúde*. 2^a edição, São Paulo: EPU.

- LEE, A.H.; WANG, K.; GRACEY, M. & YAU, K.K.W., 2003. Factors affecting length of hospitalization of infants and children for recurrent gastroenteritis in Western Australia. *Acta Paediatrica*, 92:843 - 847.
- LEITE, M. S., 1998. *Avaliação do Estado Nutricional da População Xavante de São José, Terra Indígena Sangradouro – Volta Grande, Mato Grosso*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.
- LEITE, M. S.; GUGELMIN, S.A.; SANTOS, R.V. & COIMBRA JR., C.E.A., 2003. Perfis de saúde indígena, tendências nacionais e contextos locais: reflexões a partir do caso Xavante, Mato Grosso. In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. (C. E. A. Coimbra Jr; R. V. Santos e A.L. Escobar, orgs.), pp. 105-125. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- MAGALHÃES, E.D., 2001. *O Estado e a Saúde Indígena: a Experiência do Distrito Sanitário Yanomami*. Dissertação de Mestrado, Brasília: Departamento de Serviço da Universidade de Brasília.
- MAYBURY-LEWIS, D. 1967. *Akwe-Shavante Society*. Oxford: Claredon.
- MORALES, M.; CASTELLANO, Y. & CAMINAL, J., 2001. La población infantil y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions. Patrón de morbilidad por regiones sanitarias (Cataluña). *Gaceta Sanitaria*, 15(supl 3): 49-56.
- NEEL, J.V.; SALZANO, F.M.; JUNQUEIRA, P.C.; KEITER, F. & MAYBURY-LEWIS, D., 1964. Studies on the Xavante Indians of the Brazilian Mato Grosso. *American Journal of Human Genetics*, 16: 52-140.
- NISWANDER, J.D., 1967. The oral status of the Xavantes of Simões Lopes. *American Journal of Human Genetics*, 19: 543-553.
- NITI, M. & NG, T.P., 2003. Avoidable hospitalisation rates in Singapore, 1991–1998: assessing trends and inequities of quality in primary care. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57:17-22.
- PAHO (Panamerican Health Organization), 1993. *Reunion de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud - Recomendaciones*. Winnipeg: PAHO.
- PAPPAS, G.; HADDEN, W.C.; KOZAC, L.J. & FISHER, G.F., 1997. Potentially avoidable hospitalizations: inequalities in rates between US socioeconomic groups. *American Journal of Public Health*, 87: 881-886.

- PERRIN, J. M., 1994. Variations in pediatric hospitalization rates: why do they occur? *Pediatric Annals*, 33:676-683.
- PITHAN, O. A.; CONFALONIERI, U. E. C. & MORGADO, A. F., 1991. A situação de saúde dos índios Yanomámi: diagnóstico a partir da Casa do Índio de Boa Vista, Roraima, 1987-1989. *Cadernos de Saúde Pública*, 7:563-580.
- POSE, S. B., 1993. *Avaliação das Condições de Saúde Bucal dos Índios Xavante do Brasil Central*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.
- RIBEIRO, A. M. & MOREIRA, J. L. B., 1999. Epidemiologia e etiologia da sepse na infância. *Jornal de Pediatria*, 75: 39 – 44.
- RIPSA (Rede Interagencial de Informações em Saúde), 2002. *Indicadores Básicos de Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- SANTOS, R.V. & COIMBRA Jr., C.E.A., 2003. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*.(C. E. A.Coimbra Jr; R. V. Santos & A.L. Escobar, Orgs.). p. 13-47. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2003.
- SANTOS, R.V.; FLOWERS, N. M.; COIMBRA Jr., C.E.A. & GUGELMIN, S.A., 1997. Tapirs, tractors and tapes: the changing economy and ecology of the Xavante Indians of Central Brazil. *Human Ecology*, 25: 545-566.
- SILVA, A.L., 1992. Dois séculos e meio de história Xavante. In: *História dos Índios no Brasil* (M. C. Cunha, org). p. 357-378. São Paulo: Companhia das Letras.
- SOUZA, L., 1952. *Entre os Xavante do Roncador*. Rio de Janeiro: Serviço de Documentação, Ministério da Educação e Saúde.
- SOUZA, L.G. & SANTOS, R.V., 2001. Perfil demográfico dos Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, 1993-1997. *Cadernos de Saúde Pública*. 17:355 - 365.
- SOUZA, L.G. ; SANTOS, R.V., COIMBRA JR., C.E.A., 2004. Diversidade Sócio-Histórica, Demografia e Saúde dos Xavante de Mato Grosso (1999-2002). Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino Americana de População (ALAP). Caxambu, Minas Gerais.

- STARFIELD, B., 1998. *Primary Care – Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford University Press.
- STARFIELD, B. & SHI, L., 2002. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60: 201-218.
- VANDERLEI, L.C.M.; SILVA, G.A.P. & BRAGA, J.U., 2003. Fatores de risco para internamento por diarreia aguda em menores de dois anos: estudo de caso controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 19: 455-463.
- VIEIRA-FILHO, J.P.B., 1981. Problemas da aculturação alimentar dos Xavante e Bororo. *Revista de Antropologia*, 24: 37-40.
- VIEIRA-FILHO, J.P.B., 2000. Genótipo econômico e produção de insulina. In: *Diabetes, Saúde e Cia*. São Paulo: Aventis Pharma.
- VIEIRA-FILHO, J.P.B.; RUSSO, E.M.K. & NOVO, N.F., 1983. A hemoglobina glicosilada (HbA1) dos índios Xavantes. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 27: 153-155.
- WEINSTEIN, E. D.; NEEL, J. V. & SALZANO, F. M., 1967. The physical status of the Xavante of Simões Lopes. *American Journal of Human Genetics*, 19: 532-542.
- WEISS, M. C. V., 1998. *Contato Interétnico, Perfil de Saúde e Doença e Modelos de Intervenção Mínima: O caso dos Enawenê-Nawê em Mato Grosso*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.
- WHO (World Health Organization), 1994. *A Charter for General Practice / Family Medicine in Europe*. Geneva: Regional Office for Europe, World Health Organization.
- YOUNG, T.K., 1981. Primary health care for isolated Indians in northwestern Ontario. *Public Health Reports*, 96: 393-396.