Universidade Federal de Mato Grosso
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação
IV Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Estratégias loco-regionais de articulação entre os níveis de atenção a saúde do Povo Bororo na Terra Indígena Merure

Viviane Francischini Fagundes

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Profª Drª Maria Clara V. Weiss

Cuiabá - MT
2009

Estratégias loco-regionais de articulação entre os níveis de atenção a saúde do Povo Bororo na Terra Indígena Merure

Viviane Francischini Fagundes

Programa de Pós Graduação em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Mato Grosso, para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Profª Drª Maria Clara V. Weiss

Cuiabá - MT
2009

RESUMO

Com a Lei 9.836 de 23 de setembro de 1999 e a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no País, neste mesmo ano, dá início a Política Nacional de Saúde Indígena e remete ao Ministério da Saúde o papel do principal responsável pela sua implementação. O objetivo principal deste trabalho foi avaliar a articulação da atenção básica com os demais níveis do sistema de saúde considerando tanto a adequação das normas existentes (estratégia deliberada) quanto os desenvolvimentos criativos (estratégias emergentes) realizados nos contextos loco-regionais da aldeia Merure, Povo Bororo. A metodologia qualitativa, a qual possibilitou o desenvolvimento deste trabalho, foi praticada por meio de trabalho de campo, realizando entrevistas semi-estruturadas com diversos atores participantes do processo de implementação do Sistema Único de Saúde. Como resultado, a pesquisa identificou que em se tratando das estratégias deliberadas, o fluxo planejado pelo Plano Distrital Xavante não especifica a etnia Bororo da Terra Indígena Merure, já no DSEI Cuiabá, este fluxo faz parte da sua organização dos serviços, uma vez que essa etnia está presente no território deste Distrito Sanitário. Em se tratando das estratégias emergentes, o fluxo formal, indicado pelos profissionais da área da saúde para os usuários indígenas da etnia Bororo, é de fato o definido e utilizado. Identificou-se também que os usuários em questão não possuem um fluxo real, ou seja, aquele em que os próprios usuários estabelecem. Alguns problemas relacionados ao processo da assistência oferecida pela rede foram levantados ao longo do desenvolvimento das atividades, os quais esbarram nos princípios originários do SUS, ou seja, na resolutividade em se tratando da demora do atendimento na média e alta complexidade, a participação social ou controle social, distante das discussões relativas à organização dos serviços de saúde de modo a ampliar o acesso da população indígena na rede de atendimento e ampliar as, discussões voltadas para a interculturalidade, buscando de fato a equidade e finalmente que os profissionais da área da saúde ainda trazem em sua rotina e prática de trabalho concepções voltadas para o modelo de atendimento à doença, o que sugere a necessidade de implementar a política de educação permanente nos serviços específicos ou não ao atendimento da população indígena.

.

Palavras-chave: Usuários. Etnias. Bororo. Referência. Assistência.

ÍNDICE

1.	Introdução	9
2.	Justificativa	16
2.1	A Importância de um Olhar Sanitarista Voltado para a Compreensão da Sociodiversidade Nacional	16
2.2	O Caminho da Política da Saúde Indígena no Brasil	19
3.	Objetivos	21
3.1	Objetivo Geral	21
3.2	Objetivos Específicos	21
4.	Referencial Teórico	22
4.1	Legislação Básica para a Garantia da Saúde Pública no Brasil	22
4.2	O Papel dos Distritos Sanitários e sua Articulação com as Organizações Locais de Saúde.	23
4.3	Definições para o Termo Estratégia	26
5.	Metodologia	28
5.1	Objeto de Estudo	28
5.2	Local do Estudo	28
5.3	Tipo de Pesquisa	28
5.4	Pólo Base, Casa de Saúde do Índio (CASAI) e Municípios	28
5.5	Sujeitos de Estudo	30
5.6	Coleta de Dados	30
5.7 -	Análise dos Dados	31
5.8	Limitação do Método	32
5.9	Considerações Éticas	32
6.	Discussão	33
6.1	Fluxo Planejado	34
6.2	Fluxo Formal	36
	Conclusão	45
	Referências Bibliográficas	47

	Anexos	50
Anexo 1.	Formulário para Entrevista com o Representante do Conselho Municipal de Saúde.	50
Anexo 2.	Formulário para Entrevista com os Profissionais de Saúde	52
Anexo 3.	Formulário para Entrevista com o Marcador de Consultas/Procedimentos	54
Anexo 4.	Formulário para Entrevista com o Gestor do Município	56
Anexo 5.	Formulário para Entrevista com o Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante	58
Anexo 6.	Formulário de Registro de Documento de Referência	60
Anexo 7.	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	61
Anexo 8.	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Participantes da Pesquisa	62
Anexo 9.	Solicitação de autorização para o levantamento de dados na rede de atenção a saúde dos Povos Indígenas Bororo e Paresí	63
Anexo 10.	Parecer n° 947/ CONEP/MS	64
Anexo 11.	Termo de Aprovação Ética do Projeto de Pesquisa	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 01.	Distribuição dos profissionais segundo função exercida nas Unidades de Saúde no Município e DSEI Xavante, Barra do Garças, 2009.	32
Quadro 02	Maiores qualidades relatadas pelos profissionais da saúde encontradas na Gestão Municipal e Gestão Distrital Xavante, Barra do Garças, 2009.	39
Quadro 03	Maiores problemas relatados pelos profissionais de saúde, na Gestão Municipal e Gestão Distrital Xavante, Barra do Garças, 2009.	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	Organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas/ Modelo Operacional.	23
Figura 02	Rede hierarquizada das unidades de referência e contra-referência, responsáveis técnicos e integração do DSEI com a rede SUS.	39
Figura 03	Fluxo Formal (indicado pelos profissionais de saúde) para os usuários da aldeia Merure	41

SIGLAS UTILIZADAS

AP	Ação Popular
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
JUC	Juventude Universitária Católica
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação Pactuada Integrada
RH	Recurso Humano
RPPN	Reserva Particular do Patrimônio Nacional
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
UNE	União Nacional dos Estudantes
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

1- INTRODUÇÃO

Há mais de um século a Saúde Pública no Brasil vem sendo conquistada e a sua existência está entrelaçada com os momentos históricos políticos, sociais, econômicos e culturais de nosso povo. As diversas concepções políticas ao longo das décadas contribuíram para a existência do Sistema Único de Saúde (SUS).

Antes do século XX o Brasil já contava com serviços de saúde pública. Ainda no governo republicano, em 1986, havia o Departamento Geral de Saúde Pública. Esse departamento era vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, época em que o Brasil estava em plena busca de seu desenvolvimento no aspecto comercial, portanto traz a história informações acerca da "integração nacional" por meio da expansão econômica. A preocupação maior dos governantes era de que o Brasil conseguisse manter saneados os espaços por onde circulavam as mercadorias as quais consolidavam então a chamada "integração nacional". O saneamento dos espaços físicos e, em especial no Rio de Janeiro, capital nacional, era realizado com ações "elitistas e autoritárias" como, por exemplo, a história de que pessoas foram retiradas de suas moradias e expulsas para a periferia. (CONASS, 2007).

A pandemia da gripe espanhola contribuiu para que houvesse no Brasil o início de tomada de consciência sobre a necessidade de medidas amplas para o controle das doenças, sendo um momento de importante expansão da classe trabalhadora que basicamente constituía imigrantes europeus, trabalhadores contribuíram consideravelmente para o crescimento populacional do Brasil.

O período de 1923 a 1930 foi um dos grandes momentos da história política e social do País, quando houve o surgimento da previdência social e o nascimento da legislação trabalhista, fruto de embates importantes entre trabalhadores e Estado. A lei Eloi Chaves marca o início da previdência social.

Ainda neste contexto é na década de 30 que o Brasil se depara com a revolução, liderada por Getúlio Vargas.

Em 1937 é criado o primeiro órgão nacional de saúde, o Serviço Nacional de Febre Amarela em seguida é criado o Serviço Especial de Saúde Pública, em 1942.

O período de 1945 a 1966 marca o fim do Estado Novo[1] tempo de "acelerado desenvolvimento" que levou o país a um processo de" urbanização e industrialização" (CUNHA e CUNHA, 2001).

> O Ministério da Saúde foi instituído pela Lei n° 1.920, de 25 de julho de 1953, no Governo Carlos Luz, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois Ministérios: "Saúde" e "Educação e Cultura". A partir de sua criação, O Ministério passou a encarregar-se especificamente das atividades até então de responsabilidade do departamento Nacional de Saúde. O Ministério teve como seu primeiro Ministro Antonio Balbino de Carvalho Filho. (CONASS, 2007).

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) contribuiu, na década de 50, consideravelmente para as reflexões da medicina preventiva no País, por meio de seminários sobre o assunto.

O Golpe de 1964 possibilitou o rompimento das relações democráticas até então estabelecidas com governos anteriores, trazendo para a população brasileira, autoritarismo e o "fechamento dos canais de participação dos trabalhadores", implicando ao discurso de racionalidade e saneamento financeiro, estabelecendo a perda da representatividade dos trabalhadores na gestão do sistema previdenciário.

Nos primeiros dias após o golpe, uma violenta repressão atingiu os setores politicamente mais mobilizados à esquerda no espectro político, como por exemplo, o Comando Geral dos Trabalhadores, a União Nacional dos Estudantes (UNE), as Ligas Camponesas e grupos católicos como a Juventude Universitária Católica (JUC) e a Ação Popular (AP). Milhares de pessoas foram presas de modo irregular, e a ocorrência de casos de tortura foi comum, especialmente no Nordeste. (www.cpdoc.fgv.br)

[1] O Estado Novo foi um período autoritário da nossa história, que durou de 1937 a 1945. Foi instaurado por um golpe de Estado que garantiu a continuidade de Getúlio Vargas à frente do governo central, tendo a apoiá-lo importantes lideranças políticas e militares.

Anteriormente ao Golpe, no ano de 1963, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde, as deliberações desta Conferência Nacional acerca da descentralização da área da saúde, com vistas a municipalização da saúde, foram então interrompidas. “As reformas realizadas pelos militares afetaram profundamente o modelo de Saúde Pública oferecido, priorizando a mercantilização da Saúde, com maior ênfase no modelo hospitalocêntrico”.

No período de 1966 a 1973, aumentou consideravelmente os investimentos para a privatização da assistência médica no país, enfocando determinantemente a atenção individual, assistencialista e especializada. O Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) representava, portanto, forças para o desenvolvimento do “complexo médico – industrial” (CUNHA e CUNHA, 2001). O modelo médico- privativista foi criando corpo nos anos seguintes e a Seguridade Social na época, foi estabelecida como estratégia para a continuidade e empoderamento do modelo de industrialização da saúde no Brasil.

A criação do Ministério da Previdência e Assistência Social e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social em 1974 incentivou o aumento de prestadores privados, por meio de empréstimos com juros subsidiados.

A partir da Conferência de Alma-Ata, ainda na década de 1970, a Saúde Coletiva começou a ganhar espaço na agenda do Brasil, de diversos países e organizações internacionais.

> Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Alma-Ata, URSS, 1978).

Na década de 80, a crise no País intensificou-se e desmembrou segundo MENDES (2001: 287 a 299) em quatro importantes dimensões: a crise fiscal, definida pela perda do crédito público, a crise do modo de intervenção estatal, ou seja, esgotamento do modelo protecionista de substituição de importações e dificuldades de criar um Estado de Bem Estar Social no País e a crise do aparelho do Estado, como conseqüência de muita burocracia e extrema apropriação clientelista e corporativa das instituições públicas. Em resposta a esta situação, a sociedade brasileira concretizou a Constituição de 1988. Os municípios passam então a ser membros da Federação, com repartição de recursos da União e estados aos municípios.

A abertura democrática (CONASS, 2007), na década de 80 trouxe acontecimentos importantes para o Brasil, como “diretas já” em 1984 e a Reforma Sanitária que ocupa espaços fundamentais para a consolidação do SUS. Em 1988 a Constituição Federal aprova o SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (MENDES, 2001).

A lei 8.080 institui o Sistema Único de Saúde e trata da organização, da direção e da gestão do SUS; da definição de competências e das atribuições das três esferas de governo; do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de Assistência à Saúde; da política de recursos humanos e dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento. (CONASS, 2007: 36).

A lei 9.836 de 23 de setembro de 1999 dispõe sobre “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” institui o Subsistema de Saúde Indígena.

No seu artigo 19 parágrafo 2°, determina que “O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

Desde 1999, aconteceram importantes mudanças no sistema de saúde oferecido aos Povos Indígenas, essas mudanças tiveram como princípio fundamental a implantação de um modelo que atendesse a sociodiversidade indígena e atendesse a heterogeneidade de perfis epidemiológicos. A implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no País, neste mesmo ano dá início a Política Nacional de Saúde Indígena e remete ao Ministério da Saúde o papel do principal responsável pela sua implementação.

Segundo VENTURA et al. (2003) o quadro de saúde dos povos indígenas do Brasil é complexo e dinâmico e está diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do Brasil e o perfil epidemiológico ainda é pouco conhecido. Os autores enfatizam que além das mudanças acima e do perfil epidemiológico há também que se atentar para a enorme sociodiversidade existente, "são centenas de etnias, falantes de centenas de línguas distintas".

Um exemplo de etnodiversidade é a cosmologia do Povo Bororo:

> "Discutiam entre si um dia o Tori (pedra) e o Kado (taquara) acerca disto: a quem dos dois mais se assemelhava a vida do homem sobre a terra, ganhando Kado na discussão, que disse: ... a vida do homem deve ser como a minha. Eu morro, mas volto logo à vida... Infelizmente morrerei, mas hei de ressurgir nos meus filhos. Eu não faço assim? Observa ao meu redor. E como os meus filhos, também os deles terão uma pele mole e branca. Tori não soube o que responder e zangado foi-se embora" (COLBACCINI e ALBISETTI, 1942: 260-261 apud VIERTLER, 1991: 25).

O estado de Mato Grosso, em sua história de colonização, é marcado pelo contato entre portugueses, por conta de suas riquezas naturais e humanas (interesse pelos indígenas para o mercado escravo) e índios. Pelos seus valores mercantis, o estado, em seu desenvolvimento,

> "vem colocando em risco, sistematicamente, a sobrevivência das diversas comunidades indígenas residentes no seu território. Esse processo é desastroso não apenas sob o aspecto de serem elas as mantenedoras de conhecimentos valiosos sobre a biodiversidade, mas também, e principalmente porque ele está destruindo os legados culturais e degenerando geneticamente as suas etnias"
>
> (VARGAS, 2008).

Em se tratando da ocupação do estado de Mato Grosso, VARGAS, 2008 conta que as terras do continente americano foram divididas entre as coroas de Portugal e da Espanha, divisão esta que resultou para Mato Grosso o território espanhol. Expedições como as Bandeiras, de caráter mercantil, buscavam produtos comercializáveis e os bandeirantes paulistas, trilhando as terras de Mato Grosso vinham em busca de índios para o trabalho escravo. Portanto, a ocupação da região Centro Oeste durante o século XVIII, "sempre esteve ligada à busca de enriquecimento realizado através da captura de índios e que eram utilizados na cultura de cana-de-açúcar, na criação de gado e no comércio em geral".

Criada pelo Governo Português, em 1748, a Capitania de Mato Grosso ocorreu através de duas forças: uma externa e outra interna. A força interna, representada pelos colonos, quando em busca do "El Dorado", queriam se apossar destas terras e vê-las protegidas militarmente, sendo abastecida com alimentos, instrumentos de trabalho e gêneros de primeira necessidade (VARGAS, 2008).

Quando a partir da metade do século XIX, quando o Rio Paraguai se tornou a principal via de acesso, comunicação e transporte entre os mercados externos e internos e a Capitania de Mato Grosso em franco desenvolvimento especialmente para Corumbá e Cuiabá (atual sede) é que no ano de 1910 e 1911, Marechal Rondon elaborou projetos e relatórios para a continuidade dos trabalhos de instalação das Linhas Telegráficas. Nesta ocasião, juntamente com o governo federal, foi estudada a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI).

O estado de Mato Grosso está localizado na região Centro-Oeste do Brasil, parte sul do continente americano. Possui uma superfície de 903.357,91Km. Limita-se ao norte com os estados do Pará e Amazonas, ao sul com Mato Grosso do 12q Sul, ao leste com Goiás e Tocantins e ao Oeste com Rondônia e Bolívia (ABUTAKKA e LIMA, 2006 apud VARGAS, 2008).

Em todo o território de Mato Grosso existem aproximadamente 75 Terras Indígenas, 19 unidades de conservação federai, 42 estaduais e 44 municipais distribuídas em parques, reservas, bosques, estações ecológicas e Reserva Particular do Patrimônio Nacional (RPPN).

Os Bororo se autodenominam Boe que significa Pátio da Aldeia e a sua língua está classificada no tronco lingüístico Macro Jê. Atualmente estão localizados

em seis Terras Indígenas: Merure Perigara, Sangradouro-Volta Grande (ocupadas pelo povo Xavante), Tadarimana, Jarudori e Tereza Cristina.

Economicamente caracterizam-se por atividades de coleta, caça, pesca e agricultura, porém o contato com a sociedade não indígena trouxe novas formas de se relacionar econômica e socialmente como, por exemplo, o trabalho assalariado, venda de mercadorias e aposentadoria (SOUZA et al., 1993 a 1996).

As comunidades localizadas na Terra Indígena Merure, município de General Carneiro foram objeto de pesquisa o qual buscou avaliar no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Cuiabá e Xavante, a construção do atendimento da referência de média e alta complexidade desta população, baseando-se na indagação: Como estão formados os fluxos de referência entre os níveis de atenção à saúde das comunidades Bororo localizadas na Terra Indígena Merure? Como ocorre a articulação entre o nível de Atenção Básica, de responsabilidade da FUNASA/MS e os demais níveis de complexidade? Qual a relação entre os níveis de complexidade aliada à luz dos princípios constitucionais no SUS na atenção a saúde da população Bororo da Terra Indígena Merure?

2- JUSTIFICATIVA

2.1 A Importância de um Olhar Sanitarista Voltado a Compreensão da Sociodiversidade Nacional.

Para GARNELLO et al. (2003) “falar de Povos Indígenas e de suas trajetórias históricas e interações com a sociedade brasileira significa obrigatoriamente, falar de uma diversidade que dificilmente pode ser agrupada num conjunto único de relações. O que existe para os autores é um quadro marcado pela diversidade, o que gera a necessidade de um tratamento mais cuidadoso dos planejamentos de ações de intervenção em relação aos povos indígenas.

> “A mitologia e os conhecimentos tradicionais acerca do mundo natural e sobrenatural orientam a vida social, os casamentos, o uso de extratos vegetais, minerais ou animais na cura de doenças e muitos dos hábitos cotidianos. Mas a existência de uma cultura específica de cada etnia não significa a ausência de diálogo com as autoridades”... (GARNELLO ET al., 2003).

VERANI, acredita que “nas situações de contato intercultural, a análise das representações ocidentais sobre a doença contribui tanto para subsidiar ações de saúde culturalmente adequadas, visando a uma intervenção mais eficiente e menos pedratória... (VERANI apud SANTOS e COIMBRA JUNIOR, 1994:91).

O contato interétnico em nosso país apresenta-se de várias maneiras baseado na diversidade das populações, suas histórias e as diversas formas de contato, portanto existem povos indígenas localizados nas mais diversas regiões como, moradores de centros urbanos; é o caso dos Pankararu que saíram do Pernambuco para habitar na periferia de São Paulo, ou dos grupos do Vale do Javari, no Amazonas, com pouco ou nenhum contato com a sociedade nacional. (GARNELLO et al., 2003).

No período em que o Brasil foi conquistado, vários grupos tribais o habitavam, mas foram os grupos pertencentes ao tronco lingüístico tupi que entraram em contato com os portugueses em quase todas as regiões em que estes tentaram

conquistar. Esses grupos habitavam o litoral nas regiões correspondentes atualmente ao Rio de Janeiro, Bahia, Maranhão e Pará. Segundo FERNANDES (1975):

> "O caráter e as conseqüências dos contatos de povos diferentes dependem, entre outros fatores psicossociais e sócio-culturais, da maneira pela qual eles se organizam socialmente. A influência ativa da organização social nas relações de povos em contato (transitório, intermitente ou permanente) revela-se, principalmente, sob dois aspectos: a) estatisticamente - pela capacidade de manter, em situações sociais mais complexas e instáveis, a integridade e a autonomia da ordem social estabelecida; b) dinamicamente - pela capacidade de submeter as situações sociais emergentes e controle social eficiente, mediante a reintegração estrutural e funcional do padrão de equilíbrio inerente à ordem estabelecida". (FERNANDES, 1975).

LANGDON (1995) observa que na década de 70 vários antropólogos começaram a propor visões alternativas a biomedicina sobre o conceito de doença. Segundo o autor, estudiosos como FABREGA (1977); GOOD (1977 e 1994); HAN e KLEINMAN (1980 e 1983); e YOUNG (1976 e 1982), afirmavam que "a doença não é um evento primariamente biológico, mas é concebida em primeiro lugar como um processo vivido cujo significado é elaborado através dos contextos culturais e sociais, e em segundo lugar, como um evento biológico".

Ainda em seus estudos sobre a dinâmica cultural, afirma que baseado em conceitos de cultura anterior e posterior às novas discussões sobre a relação saúde/doença e a partir da "antropologia simbólica", a cultura ou o conceito de cultura se modifica, ou seja, de um sistema "fixo e estático" para um sistema de "símbolos" que fornece um modelo *de* e *para* uma realidade. LANGDON (1995).

Para o autor, a cultura é expressa na "interação social, onde os atores comunicam e negociam os significados". Ainda neste mesmo contexto, "não é mais possível afirmar que a cultura impossibilita ao outro entender a nossa medicina ou é um obstáculo a ser superado através de programas de educação em saúde. É um sistema de símbolos fluidos e, podemos dizer até abertos a reinterpretação".

COLOMA (2003), em seu estudo sobre "O Processo de Construção Cultural na Interpretação Indígena Sobre as Patologias", propõe definir que a doença entre os indígenas se realiza a partir de uma multiplicidade de causas que se encontram estreitamente associadas em paradigmas que o sustentam: a ideologia e

que para diferentes grupos indígenas define o mundo como “uma continuidade de seus diversos componentes e cujo estado de equilíbrio crítico está constituído na relação entre os mesmos;” o elemento conceitual central destas relações é explicado pela noção de *anima, sombra*, ou em outras concepções, alma ou espírito”.

Os índios Zuruahá, por exemplo, habitantes tradicionais da planície fluvial do Rio Purus, afluente do Rio Solimões, no Amazonas, trazem referências simbólicas as quais traduzem a significância da etnodiversidade encontrada nos mais diversos cantos deste País, apontando para a importância do olhar à integralidade e a equidade, princípios fundamentais do SUS:

> “Contam os índios Zuruahá que nos tempos primordiais o ancestral Tawakuru, junto com seus filhos Wainikaxiri e Aijeji, vivendo pelos lados do Rio Purus, habitava uma maloca zuruahá. Aliás, todo o povo residia naquela maloca, cantando e dançando. Cantavam quando o criador Aijimarihi roubou os filhos de Tawakuru. Desde os tempos de origem, o canto na maloca representa um fator relevante em momentos importantes na vida do povo, estabelecendo vínculos com os diversos espíritos. Essa relação cosmogônica torna a atualidade representativa e a existência da natureza e do homem recriação conforme o modelo exemplar primordial. Contam também que a ancestral Awabia, grávida em conseqüência do namoro com a lua, tinha subido pelas linhas da maloca até o céu. Ainda hoje, numa perspectiva escatológica, a cúpula da maloca significa o lugar dos falecidos, sobretudo no momento do canto do ritual. Por outro lado o tríplice caráter entre as matérias – primas usadas na construção da maloca, os espíritos dos frutos silvestres e os animais estabelece a relação cosmológica posicionando a maloca como centro do universo. Todo material empregado na construção da maloca é de cipós, folhas e árvores cujos frutos são utilizados como alimento aos animais e pássaros. Em outras palavras, a economia de subsistência, em grande parte baseada na caça e na coleta, é sublimada no centro do universo, cujo lugar definido á a maloca, onde, através de cantos e festas, se estabelece a relação com os espíritos dos frutos silvestres, animais e pássaros. A materialização dessa realidade se dá na escolha das peças para a construção; a sublimação acontece por cantos e festas” (KROEMER, 1994).

Em se tratando dos Bororo, povo indígena alvo deste estudo, o funeral para eles, que corresponde a expressão: “Boe evi boegoare boejerimagarema boe itagarema”, ou “ o falecimento dos Bororo, acabamento dos Bororo, maus cheiros dos Bororo, a cabeleira de acumã do cilindro Marido dos Bororo” constitui um modo de “restabelecer a ordem doméstica e comunitária, a harmonia social e a integridade física dos enlutados”. O funeral Bororo é parte integrante da cultura e basicamente consiste em: Cuidados com o corpo do morto, cuidados com a propriedade do morto

e cuidado com os sobreviventes. Estes princípios que serão futuramente explorados detalham o contexto sócio-cultural e definem aspectos importantes desta sociedade (VIERTLER, 1991).

2.2 O Caminho da Política de Saúde Indígena no Brasil

Estudos realizados por GARNELLO et al. (2003), apresentam que a política de saúde indígena no Brasil, pode ser compreendida como resultado de "três variáveis independentes, que se articularam para configurar o cenário da implantação do subsistema de saúde indígena no Brasil.

A primeira variável é a Política Indigenista no Brasil, utilizada, segundo os autores, para descrever as intervenções que o Estado vem exercendo desde o século XX, junto aos grupos étnicos existentes no território brasileiro, ou seja, vai desde 1910 com a criação do Serviço de Proteção aos Índios, passando pelo Código Civil Brasileiro, em 1917, o qual institui a tutela "como a figura jurídica reguladora da condição dos povos indígenas, em 1.967, a substituição do Serviço de Proteção ao Índio pela então Fundação Nacional do Índio. Em 1988, a Constituição Brasileira concedeu aos índios" o direito a auto-representação na defesa de seus interesses.

Em se tratando de políticas setoriais, até o início da década de 90, a atenção á saúde era oferecida aos grupos aldeados, organizada pela FUNAI, sob o modelo campanhista, caracterizado pela por ações verticais, das Equipes Volantes de Saúde. (GARNELLO et al., 2003).

A segunda variável, para os autores, trata-se da Política do SUS, quer dizer, nas últimas décadas a ação sanitária dirigida à população brasileira passou por rápidas e profundas transformações, promovendo a extensão e a universalização da cobertura, descentralização e interiorização dos serviços e estímulo à participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas.

A implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deu início no ano de 1991, baseada no decreto n°23 do então Presidente Fernando Collor de Mello. O primeiro distrito sanitário criado foi o do Povo Ianomami.

Em 1992, as deliberações da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas “aprimorou a proposta de distritalização sanitária, recomendou a manutenção do Ministério da Saúde como responsável pela atenção sanitária dos povos indígenas e a extensão dos princípios de universalidade, equidade, acessibilidade e controle social”, para os grupos étnicos brasileiros. (GARNELLO et al., 2003).

O processo de distritalização da Saúde Indígena foi interrompido, em 1994, retornando-o para a Fundação Nacional do Índio - FUNAI e em 1999, a gestão da Saúde Indígena passou a ser exercida, definitivamente pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA.

Em 23 de setembro de 1999, o Presidente da República sancionou a Lei 9.836, que viabilizou a base legal das medidas recomendadas na II Conferência e acrescenta dispositivos à Lei n° 8.080/1990 e dispõe sobre as condições para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços, instituindo o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena.

Por fim a terceira importante variável, Política Indígena, quando a partir da Constituição Brasileira, possibilitou-se aos grupos indígenas, liberdade dos limites impostos pela tutela, a possibilidade de auto- representação jurídico- política, o que se viabilizou em muitas áreas, a formalização de entidades etnopolíticas, como as Organizações Indígenas.

Em se tratando do Modelo de Gestão, no espaço institucional público, a estrutura do subsistema de saúde indígena compreende a participação de diversos níveis de governo, com responsabilidades que vão desde a articulação até o aprimoramento da qualidade e efetividade dos serviços prestados.

3- OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar a articulação da Atenção Básica, com os demais níveis do sistema de saúde considerando tanto a adequação das normas existentes (estratégia deliberada) quanto os desenvolvimentos criativos (estratégias emergentes) realizados nos contextos loco-regionais da Terra Indígena Merure, Povo Bororo.

3.2. Objetivos Específicos

a. Conhecer os fluxos de referência e contra-referência planejados no Plano Distrital dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Cuiabá e Xavante, para atenção integral a população Bororo da Terra Indígena Merure;

b. Identificar os fluxos formalmente indicados para os usuários pelos profissionais de saúde da Casa de Saúde do Índio de Barra do Garças , tendo como ponto de partida a rede de atenção básica e os processos formais de agendamento;

c. Identificar os fluxos reais realizados pelos usuários;

d. Comparar os fluxos planejados com os formalmente indicados e realizados pelos usuários;

e. Avaliar os achados tendo como referência os princípios orientadores do SUS.

4- REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Legislação Básica para Garantia da Saúde Pública no Brasil

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 estabelece de forma clara e concisa que o Estado Brasileiro tem o dever de garantir à redução do risco de doenças e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos os cidadãos brasileiros. Estabelece no seu artigo 198, que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único e que para sua organização algumas diretrizes importantes deverão ser seguidas como: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade.

Neste sentido a Lei 8.080, instrumento responsável por regulamentar as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito do SUS, exprime em seu Capítulo II - Princípios e Diretrizes que embasam o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde: a integralidade de assistência considerada como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de assistência”.

A Norma Operacional Básica do SUS de 1992, no contexto da Produtividade e Qualidade, estabelece alguns princípios operacionais do Sistema Único de Saúde. O princípio operacional B, fortalece a necessidade do olhar à diversidade cultural, ou seja, o “reconhecimento da heterogeneidade” postula que:

> “Deverão ser consideradas as diferenças de realidade (social, institucional e sanitária, por exemplo) buscando flexibilidade de critérios, sem abrir mão das definições essenciais do Sistema como um todo, tais como acessibilidade, integralidade e participação”. (NOB-SUS,1992).

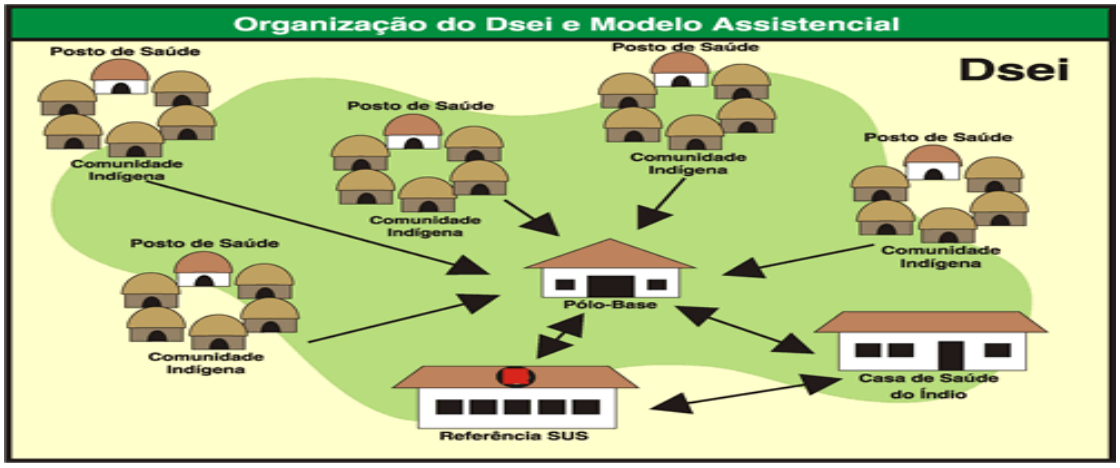
Um dos princípios doutrinários do SUS é a equidade e que tem como objetivo maior a redução das desigualdades. ... “equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior...” (CUNHA e CUNHA).

4.2 O Papel dos Distritos Sanitários e sua Articulação Com as Organizações Locais de Saúde.

O Subsistema de Saúde Indígena está estruturado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, em todo o Território Nacional, os quais representam Unidades Organizacionais da Fundação Nacional de Saúde e que devem ser entendidos “como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, enfeixando conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulado com a rede do SUS, para referência e contra-referência, compostos por equipe mínima necessária para executar suas ações e com controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde”. (FUNASA/MS, 1999).

As demandas que superam o atendimento no Pólo Base ou Unidades de Saúde localizadas nas aldeias, segundo o órgão oficial devem ser resolvidas das mais variadas formas como em serviço especializado na sede do próprio município ou no município mais próximo; hospital local de pequeno porte, hospital regional de médio porte com média complexidade e hospital geral especializado de grande porte em alta complexidade e resolutividade (Figura 1).

Figura 01. Organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas/ Modelo Operacional.



Fonte: http://www.funasa.gov.br/

Cabe ao Distrito Sanitário organizar a rede de serviços da Atenção Básica de Saúde, respeitando os princípios do SUS, de forma integrada, articulada, resolutiva e com equidade. Também cabe ao Subsistema de Saúde indígena articular técnica e politicamente com os outros níveis de assistência oferecidos pela rede SUS, municipal, estadual e nacional e a responsabilidade de qualificação e eleição do perfil dos profissionais das equipes de Saúde, respeitando um Plano Distrital de Saúde e o Planejamento das Ações Necessárias para cada realidade local.

A participação das comunidades indígenas deve estar constantemente em pauta nas ações de saúde, seja no momento do planejar até o momento da avaliação das ações e serviços realizados.

A Constituição Federal definiu que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” e a Lei Federal 8.080/1990 prevê em seu artigo 7° que são princípios do sistema entre outros:

I. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
II. Equidade é um princípio de justiça social porque buscar diminuir desigualdades. Isto significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
III. Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos

> individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema;
> IV. Descentralização e comando único: um único gestor responde por toda a rede assistencial na sua área de abrangência, conduzindo a negociação com os prestadores e assumindo o comando das políticas;
> V. Resolutividade é a capacidade de dar uma solução aos problemas do usuário do serviço de saúde de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-o aonde as suas necessidades possam ser atendidas conforme o nível de complexidade;
> VI. A regionalização é a aplicação do princípio de territorialidade, com foco na busca de uma lógica sistêmica, evitando a atomização dos sistemas locais de saúde. A hierarquização é a expressão desta lógica, buscando entre outros objetivos, a economia de escala;
> VII. Participação popular, como forma de garantir a efetividade das políticas públicas de saúde e como via de exercício do controle social.

Como foi dito anteriormente cabe aos DSEI a responsabilidade de organizar a rede de Atenção Básica oferecida às populações indígenas, e por Atenção Básica, a Portaria 648 define:

> "A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da humanização, da equidade e da participação social". (CONASS, 2007).

A Atenção Básica é entendida como o primeiro nível de assistência no SUS e inclui procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender grande parte dos problemas da comunidade local. Significa também a "base orientadora do sistema", a "porta de entrada".

Já a média complexidade ambulatorial "é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos, para apoio diagnóstico e tratamento" (CONASS, 2003). Em se tratando da alta complexidade esta é definida pelo Ministério da Saúde como: conjunto de procedimentos que, no

contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar a população acesso a serviços qualificados, integrando os demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Em seu capítulo V – Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a Lei 8.080 define que:

> Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.
> § 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.
> § 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

4.3 **Definições para o Termo Estratégia**

De acordo com MINTZBERG, citado por Vargas 2008, a estratégia pode ser um plano, pode ser um padrão, pode ser uma posição, pode ser uma perspectiva e pode ser também, uma manobra para enganar o oponente.

Como um Plano, representa um conjunto de diretrizes criadas para conduzir uma situação ou uma seqüência de ações pretendidas de forma consciente.

Como Padrão, relaciona-se com o comportamento dos envolvidos, porém este comportamento pode ser pretendido, ou não. Neste caso deve-se considerar a diferenciação entre estratégias pretendidas, deliberadas, não realizadas, emergentes e realizadas.

Como Posição, contempla a postura adotada pela organização em relação ao ambiente, muitas vezes combatendo outras estratégias ou estabelecendo relações de cooperação.

Já como Pretexto, MINTZBERG, 2006 apud VARGAS, 2008, referem como a estratégia como um plano específico, podendo ser um uma manobra, “mas sempre será uma estratégia previamente elaborada”.

Por fim, a estratégia como perspectiva, é uma perspectiva “enquanto expressa a maneira de fixar o olhar o mundo assumida pela própria organização. Neste caso a perspectiva significa para a organização o que a personalidade representa para o indivíduo.

Na defesa do uso do termo “estratégias emergentes” MINTZBERG, 2006 apud VARGAS, 2008, adverte que na prática toda a elaboração de uma estratégia tem dois caminhos: um deliberado e outro emergente, e que o ideal é a estratégia ser composta pelos dois.

> Ao se formular uma estratégia se realiza uma atividade racional que incorpora outras atividades, entre elas, a identificação de oportunidades e ameaças oferecidas pelo ambiente da organização e a inclusão de estimativas e riscos para as alternativas a serem escolhidas. Ao se fazer uma escolha deve-se considerar as forças, as fraquezas e os recursos disponíveis, além disso, há de se ponderar a real capacidade por parte da organização a lidar com as necessidades percebidas. ANDREWS, 2006 apud VARGAS, 2008.

5. METODOLOGIA

5.1 Objeto de Estudo

O objeto de pesquisa foi as comunidades indígenas localizadas na Terra Indígena Merure e as estratégias utilizadas pelos atores envolvidos, buscando analisar no âmbito dos Distritos Sanitários, a articulação da atenção básica, média e alta complexidade.

5.2 Local de Estudo

O Local de Estudo foi o Pólo Base Merure, localizado no município de General Carneiro, no estado de Mato Grosso.

5.3 Tipo de pesquisa

É uma análise da política de saúde voltada para a inclusão dos usuários indígenas referenciados a Casai de Barra do Garças.

Realizada por meio de pesquisa de campo, na ótica da abordagem qualitativa exploratória, utilizando a técnica de entrevista com profissionais e gestores da rede de referência em Barra do Garças e General Carneiro, documental, realizada com base em documento Plano Distrital Xavante e bibliográfica onde foram identificadas bibliografias relacionadas com o tema a fim de maior embasamento para a análise proposta.

5.4 Pólo Base, Casa de Saúde do Índio (CASAI) e Municípios.

A Terra Indígena Merure possui 3 aldeias:

a. A Aldeia Merure está localizada na área rural do município de General Carneiro, Mato Grosso, com uma população de 400 pessoas, apresenta em seu território uma Unidade de Saúde e Pólo Base.
b. Com uma população de 68 pessoas a Aldeia Morada Bororo, também está localizada na área rural do município de General Carneiro e tem em seu território uma Unidade de Saúde.
c. Garças é mais uma das aldeias pertencente à Terra Indígena Bororo, também está localizada no município de General Carneiro e dispõe de uma Unidade de Saúde a qual oferece a assistência em atenção primária para 91 pessoas, seu total geral de habitantes.

Alguns condicionantes foram trabalhados, o conhecimento dos fluxos planejados no Plano Distrital do DSEI Cuiabá e Xavante, para atenção integral a população Bororo da Terra Indígena Merure, a identificação dos fluxos reais realizados pelos usuários e os fluxos formalmente indicados pelos profissionais de saúde para os usuários, tendo como ponto de partida a rede de atenção básica e os processos formais de agendamento.

> "todos os processos de pesquisa qualitativa devem estar fundamentados em um dos quatro paradigmas interpretativos que os subsidiam. "Paradigmas" são um conjunto de crenças que fundamentam as ações do pesquisador, isto é, refletem a maneira como o pesquisador entende o mundo a ser investigado. Na pesquisa qualitativa os paradigmas interpretaivos podem ser divididos em quatro tipos: positivista e pós-positivista, construtivista-interpretativo, crítico(marxista, emancipatório) e feminista-pós-estrutura". DEZIN e LINCOLN, 2006 apud VARGAS, 2008.

O paradigma construtivista fundamenta este tipo de pesquisa, " baliza um modelo de avaliação que envolve a participação de uma variedade de atores em todas as etapas do processo objetivando entre outros, o aprendizado" (VARGAS 2008).

5.5 Sujeitos do Estudo

Para o desenvolvimento da pesquisa foram entrevistados profissionais do setor saúde do DSEI Xavante, da Casa de Saúde do Índio de Barra do Garças, do Hospital Municipal de Barra do Garças " Dr. Kleide Coelho Lima", profissional da área da saúde do município de General Carneiro, profissional de saúde da aldeia Merure, Conselheiro Municipal de Saúde de Barra do Garças e gestores dos municípios de General Carneiro e Barra do Garças. Com o gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Garças a entrevista foi realizada ainda na gestão municipal anterior (2005 a 2008).

Com o gestor da Secretaria Municipal de Saúde de General Carneiro, a entrevista foi realizada nesta nova gestão municipal (2009 a 2012).

5.6 Coleta de Dados

A coleta de dados foi norteada pelos objetivos específicos, por meio de entrevistas semi-estruturadas, documentos e bibliografias afins. Para as entrevistas foram utilizados questionários com perguntas abertas: Entrevista com o Gestor Municipal, Entrevista com o Conselheiro Municipal de Saúde, Entrevista com Profissionais de Saúde, Entrevista com o Marcador de Consultas e Entrevista com Gestor do DSEI Xavante.

> As entrevistas semi-estruturadas têm sido utilizadas porque possibilitam o entrevistado fornecer informações não previstas e que se correlacionam às questões previamente formuladas. Logo, a entrevista semi-estruturada embora tenha algumas questões elaboradas contempla em seu planejamento certa abertura e, isto a diferencia das entrevistas padronizadas ou estruturadas (FLICK, 2004 apud VARGAS 2008).

Na Casai de Barra do Garças foram encontrados registros ambulatoriais catalogados em vários livros Ata, no período de 2006 a 2009. A partir destes registros foi utilizado o Formulário de Registro de Documentos de Referência, com o

objetivo de levantar indicadores demográficos (sexo e idade) data de encaminhamento, procedimento referenciado, nome do serviço referenciado com o nome do município de referência. Importante nota é que não estão disponíveis na organização de serviço, prontuários.

5.7 Análise dos Dados

A análise dos dados foi desenvolvida por meio da descrição dos fluxos planejados apresentados durante o trabalho de busca documental, neste caso o Plano Distrital de Saúde Indígena Xavante para o ano 2008, revelou não haver um fluxo planejado especificamente para a população Bororo da Terra Indígena Merure, ou seja, todo o seu conteúdo está voltado para a assistência a População Xavante.

Já o fluxo formal indicado para os usuários indígenas pelos profissionais envolvidos, foi traduzido pelas observações e declarações contidas ao longo das entrevistas realizadas.

O fluxo real, ou seja, aquele realizado pelo usuário não foi encontrado e em se tratando das bibliografias pesquisadas, as mesmas foram incluídas na pesquisa de maneira a nortear e embasar a elaboração, análise e discussão da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas buscando trazer os entrevistados para o tema proposto, como também estando atentas às novas informações e dados de relevante importância.

No total foram treze pessoas entrevistadas das quais duas eram gestores, uma conselheiro de saúde, uma gestor do DSEI e nove profissionais das mais diversas áreas de atuação (CASAI, Hospital Municipal, Equipe Técnica do DSEI, Policlínica).

Na Casai de Barra do Garças foram encontrados registros ambulatoriais catalogados no período de junho de 2008 a fevereiro de 2009.

A partir destes registros foi utilizado o Formulário de Registros de Documentos de Referência com o objetivo de levantar dados secundários referentes aos indicadores demográficos (sexo e idade), aldeia de residência, dia do

atendimento, procedimento referenciado, nome do serviço referenciado e município de referência, possibilitando, portanto, sugerir o fluxo formal. VARGAS, 2008.

5.8 Limitação do Método

Algumas limitações aconteceram ao longo do trabalho como, por exemplo, a dificuldade em encontrar os usuários disponíveis para a entrevista na Casa de Saúde do Índio de Barra do Garças e a inexistência de prontuários para a realização da coleta dos dados naquela unidade.

Os dados foram encontrados em Livros Atas, os quais estavam acessíveis para a pesquisa.

5.9 Considerações Éticas

Para esta pesquisa foram realizados os procedimentos exigidos em termos da Portarias nº 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, aprovados pelo Comitê de Ética do Hospital Júlio Muller (243/CEP/HUJM/06) e pelo Conselho Nacional de Ética em pesquisa - CONEP (protocolo nº 13204).

6. Discussão

As informações buscadas junto aos profissionais de saúde, conselheiro municipal de saúde, gestor do DSEI Xavante, marcador de consultas e gestores municipais de saúde, por meio da pesquisa de campo, já descrita na metodologia, puderam embasar de forma qualitativa o trabalho como um todo.

Em se tratando formação profissional, metade dos entrevistados possui o 3º grau completo e na função exercida quatro das oito funções, trabalham diretamente com usuários do Sistema Único de Saúde Local, indígenas ou não indígenas, já as demais estão ligadas a trabalhos de informação, proposição e coordenação das ações (Tabela 01).

Quadro 01. Distribuição dos profissionais segundo função exercida nas Unidades de Saúde no Município e DSEI Xavante, Barra do Garças, 2009.

Profissionais/Função Exercida	**n°.**
Auxiliar de Enfermagem	1
Conselheiro Municipal de Saúde	1
Digitador	1
Enfermeiro	3
Gestor do Dsei	1
Marcador de consultas	1
Secretário Municipal de Saúde	2
Técnico em enfermagem	3
Total	14

Fonte: Entrevistas realizadas, 2009.

Em relação ao tempo de atuação em sua função de trabalho, mais da metade dos entrevistados apresentou acima de 05 anos.

Ambos os gestores municipais de saúde possuem 3º grau completo, com formação em Administração de Empresas e a gestora de Barra do Garças, com especialização em Saúde Pública. Todos com menos de 01 ano de atuação como Gestor da Saúde Municipal.

6.1 Fluxo Planejado:

Sendo fundamentalmente atribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas ações de saúde de nível primário às populações de sua territorialidade, o Plano Distrital de Saúde Indígena é um instrumento utilizado com a finalidade nortear a gestão dos serviços de saúde e deve ser elaborado por todos os envolvidos no processo de saúde da população, inclusive por representantes dos usuários, possibilitando a participação social.

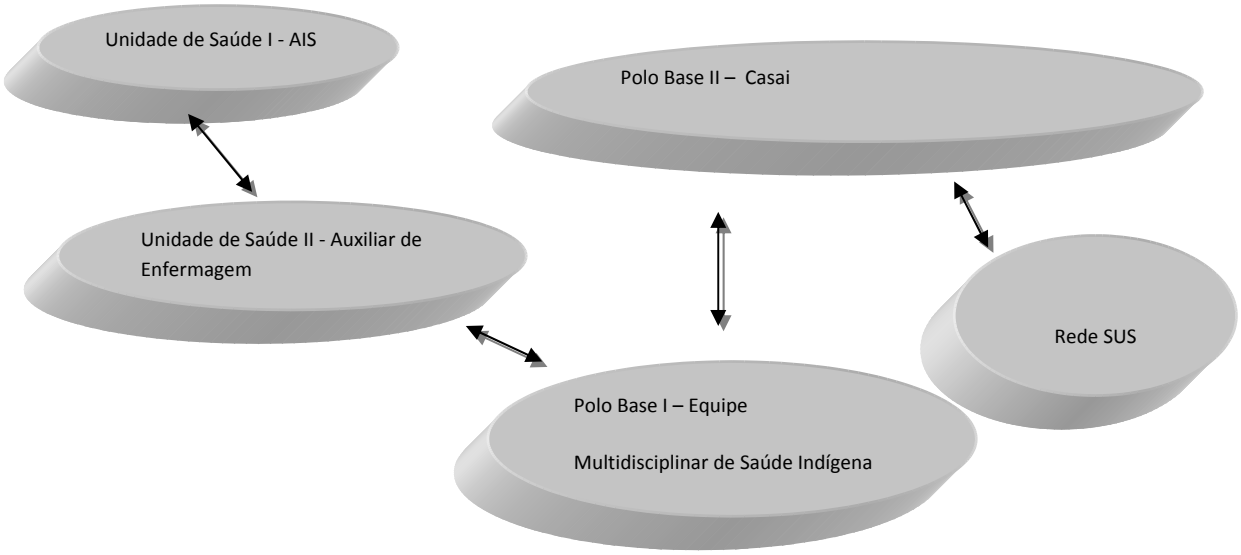
Segundo informações colhidas junto ao Plano Distrital de Saúde Indígena Xavante o fluxo estabelecido ou planejado por este Sub-Sistema é o mesmo preconizado pelo Ministério da Saúde, o qual estabelece como primeiro atendimento as unidades e equipes de saúde localizadas nas aldeias e as demais referências

Para a população em estudo, o Plano Distrital Xavante não faz referência ao fluxo do atendimento desta população. O mesmo configura a rede de assistência oferecida na média e alta complexidade e não referencia outra etnia a não ser a população atendida por esse Distrito Sanitário.

Para efeito de entendimento, o fluxo planejado, no documento em epígrafe, é o estabelecido pelo Ministério da Saúde em território nacional.

Já o Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Cuiabá, mostra a rede hierarquizada das unidades de referência e contra-referencia, responsáveis técnicos e integração do DSEI com a rede do SUS.

Figura 02 – Rede hierarquizada das unidades de referência e contra-referência, responsáveis técnicos e integração do DSEI com a rede SUS.



Fonte: Adaptado da Dissertação de Mestrado de Karen Dall"Acqua Vargas, 2008.

A Unidade de Saúde I representa a porta de entrada da rede hierarquizada dos serviços de saúde. Esta unidade deve apresentar infra-estrutura necessária para que o Agente Indígena de Saúde – AIS desenvolva suas atividades nas aldeias de sua responsabilidade. É um membro da Equipe Multidisciplinar de Saúde e tem como base de atuação a família indígena promovendo trabalhos e ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população por meio de visitas domiciliares, informações/educação em saúde e vigilância em saúde. VARGAS, 2008.

A Unidade de Saúde II deve servir de referência para o AIS e apoiar a Equipe Multidisciplinar de Saúde, o que diferencia da Unidade de Saúde I é a presença do profissional Técnico de Enfermagem. Todas as ações realizadas incluem também a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população, incluindo ações de coleta e análise sistemática de dados e atividades de apoio à equipe.

O Pólo Base é uma unidade organizacional da Estrutura do DSEI e deve ter uma estrutura física compatível com serviços de apoio técnico e administrativo, como por exemplo: armazenamento de medicamentos e insumos necessários para a

realização das ações nas aldeias, radiocomunicação, elaboração de planejamentos de trabalho e relatórios de campo e etc...

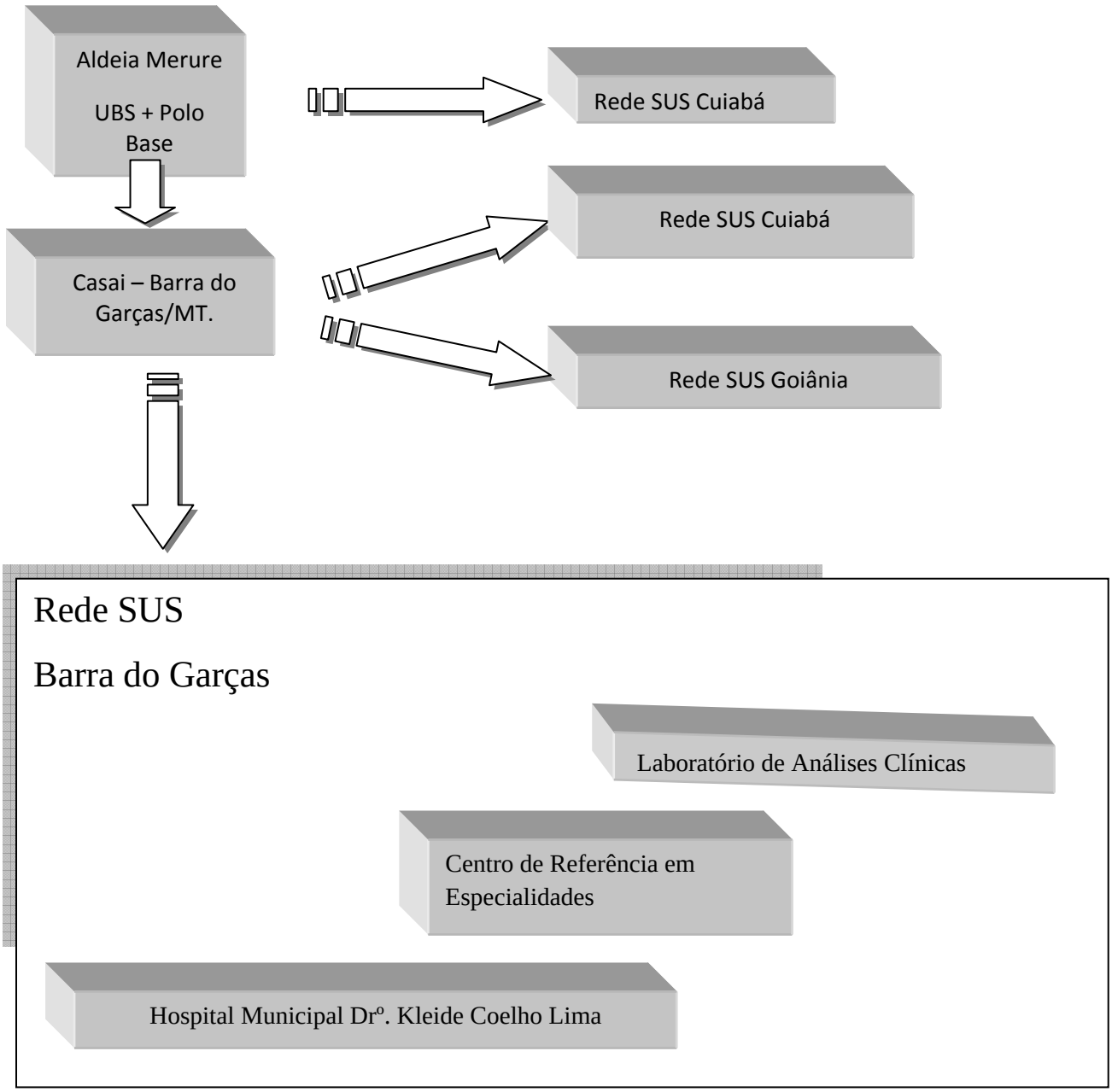
A Casa de Saúde do Índio (CASAI), estabelecimento de apoio localizado em municípios estratégicos para receber e apoiar o índio que vem referenciado de uma aldeia para ser assistido na rede SUS. (VARGAS, 2008).

6.2 Fluxo Formal

A pesquisa realizada por meio das entrevistas com os diversos atores trouxe o achado de que o fluxo formal para os usuários da Terra Indígena Merure tem como ponto de partida a rede de atenção básica e os processos formais de agendamento, ou seja, referenciado da aldeia através da Unidade Básica, o paciente segue para a Casai de Barra do Garças. Desta unidade poderá seguir para outras referências, caso não haja resolutividade na rede SUS de Barra do Garças. A rede SUS de Cuiabá e a rede SUS de Goiânia são as referências normalmente utilizadas. (Figura 2).

> O fluxo de referência formal é um exemplo do exercício do princípio da integralidade quando reflete a existência de uma rede local de assistência baseada na experiência dos profissionais de saúde e na satisfação dos usuários (VARGAS 2008).

Figura 03 – Fluxo Formal (indicado pelos profissionais de saúde) para os usuários da aldeia Merure



Fonte: Entrevistas realizadas, 2009.

Entre o fluxo planejado, aquele estabelecido pelo Ministério da Saúde e seguido pelo Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá e o fluxo formal, existe a diferença de que no primeiro a referência fora do contexto regional não está

especificada o que acontece com o segundo que além de encaminhar para referências secundárias e/ou terciárias na capital do estado de Mato Grosso, este encaminhamento também se dá para a capital de Goiás.

Um diferencial que se visualiza no fluxo formal ou formalizado é que este estabelece como referência a Rede SUS de Goiânia, possibilidade ainda não normatizada pela Política Nacional de Regulação.

> As diretrizes operacionais instituídas pelo pacto pela Saúde, publicado pela portaria GM/MS n.399, de 22 de fevereiro de 2006, contemplando áreas prioritárias do SUS. Essas diretrizes reafirmam princípios, consolidam processos como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) e possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde (CONASS, 2007).

Todos os entrevistados foram indagados de quais as áreas prioritárias do município, e dentre as respostas dadas, a Atenção Básica aponta em primeiro plano. Esta visão vem ao encontro da proposta do novo modelo de se fazer saúde, orientado com a Reforma Sanitária Brasileira e institucionalizado com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Constituição Federal.

Não só entender que saúde é a ausência de doença, mas também compreender que saúde ultrapassa o limite individual abraçando o contexto social, epidemiológico, cultural das sociedades que aqui, neste País, habitam.

Percebe-se que quase metade das respostas para a Atenção Básica como prioridade é um valor considerável de transformação ocorrida na sociedade, porém, os percentuais na média complexidade e alta complexidade ainda exercem um grau de investimentos significativo, sugerindo avançar na reflexão dos problemas sociais existentes.

Perceber a saúde em seu município vem com a proposta de emitir uma avaliação informal, do ponto de vista dos entrevistados, do desenvolvimento do sistema de saúde, portanto, o que se observa nos resultados é que a metade dos entrevistados visualiza de precária à ruim.

> “Os maiores problemas do sistema de saúde do município é a falta de alguns medicamentos, a falta do profissional médico (como pediatra), a precariedade no atendimento, ou seja, demora no agendamento de consultas com especialistas, a de falta leito na pediatria e a carência ambulância”. (GCSM, profissional da enfermagem, Casai Barra do Garças, MT. Entrevistado em 19 de março de 2009).

Importante salientar que esta compreensão está baseada, principalmente pela atribuição que a maioria desta parcela de trabalhadores da área da saúde exerce, ou seja, profissionais que estão na assistência da média complexidade, favorecendo, portanto, um olhar mais voltado para esse tipo de atuação. O que não exclui nem torna menos interessante e valioso os demais dados.

Os achados: “buscando melhorar, houve grande evolução, mas ainda tem pontos críticos e estamos em fase de mudança, mas o SUS municipal está avançando” sugere a compreensão de que o direito á saúde está na pauta da gestão municipal, mas, sobretudo, na luta dos trabalhadores e da cidadania como um todo.

> Atualmente estamos em fase de mudança (adaptação) de uma nova gestão, por isso ainda temos uma grande expectativa de como será daqui em diante, mas percebemos que o SUS Municipal vem avançando, com algumas realizações com o alcance de metas em alguns indicadores de saúde, por exemplo, o que nos mostra que estamos indo no caminho certo, sabemos que ainda falta muito, que ainda temos grandes dificuldades, principalmente com as áreas indígenas, mas estamos nos norteando pelo Pacto de Gestão, que é um grande instrumento para termos uma saúde de qualidade (G.S.C. General Carneiro, 2009. Entrevistado em 02 de março de 2009).

Os principais motivos que levam a população Bororo ser referenciada para o serviço de média complexidade é a realização de Ultrassonografia, principalmente gestacional, Raio X e consultas com ortopedia. O meio de locomoção e/ou forma de acesso é um microônibus ou Toyota, percorrendo uma distância de 120 km da aldeia até a cidade de Barra do Garças.

> As principais dificuldades encontradas na resolutividade das necessidades para a média complexidade é o aguardo de vagas junto à rede SUS local. Com a demora o paciente acaba desistindo do atendimento. (R.A.M.C.

> Assistente Social da Casai de Barra do Garças. Entrevistada em 19 de março de 2009).

Um dado importante colhido junto a profissionais que atuam na Casai de Barra do Garças e na Unidade Básica localizada na aldeia é que a aquisição dos medicamentos necessários e prescritos por profissionais das referências, é feita pelo DSEI Xavante e não existe, sic, uma pactuação entre este DSEI com o DSEI Cuiabá acerca dos gastos financeiros realizados com a referência da população Bororo.

> Todos os serviços da Casai são oferecidos (alimentação, consultas especializadas, exames especializados, UTI aérea), porém não existe pactuação alguma (J. H. L. Chefe do DSEI Xavante. Entrevistado em 29 de maio de 2009).

Em se tratando das maiores qualidades das instituições envolvidas na assistência à população indígena em estudo, percebe-se que a compreensão dos entrevistados esteve pautada nos princípios norteadores do SUS, o que consolida a possível inversão de valores relacionados com o olhar voltado para a saúde (Tabela 2).

Quadro 02. Maiores qualidades relatadas pelos profissionais da saúde encontradas na Gestão Municipal e Gestão Distrital Xavante, Barra do Garças, 2009.

Maiores qualidades	Gestão Municipal	Gestão Distrital Xavante
Há médicos especialistas	2	1
Acesso a da atenção primária e média complexidade	1	1
Resolutividade nos encaminhamento com parcerias entre município e consórcio	1	0
Oferta de atendimento na Atenção Básica com qualidade	1	0
O município de Barra do Garças ser referência macro e micro regional	1	0
Acesso integral do indivíduo por equipe multidisciplinar	2	2
Os recursos humanos envolvidos com a saúde pública	1	1
Resolutividade no atendimento de emergência	0	2
Ser o elo entre o município e a população indígena	0	1
Total:	9	8

Fonte: Entrevistas realizadas em 2009.

Observando os maiores problemas citados pelos entrevistados, o trabalho sugere algumas reflexões acerca do fluxo existente durante a assistência de média e alta complexidade: alguns itens identificam o fluxo como formal, no caso a falta de integração entre município e FUNASA, o que facilita a predominância de um fluxo estabelecido por uma das partes somente. Outro ponto de relevância observado é a demora no agendamento, isto é, o fluxo aparente é determinado mediante a oferta do serviço com relação a sua capacidade instalada e não aponta como sugestão, a articulação das maiores necessidades encontradas na demanda populacional, especificamente referida à população Bororo da Aldeia Merure. Outro item de relevância importância é a dificuldade em obter informações relativas à saúde indígena, pelo município. Este sugere novamente a desarticulação existente entre o município e a FUNASA, confirmando que o fluxo estabelecido não é o planejado. Aquele em que vem proposto no SUS para as Populações Indígenas (Tabela 3).

Em entrevista com o Chefe do DSEI Xavante, o mesmo relata algumas das principais dificuldades encontradas na gestão da saúde indígena:

> Falta de RH, instabilidade funcional, dependência orçamentária da Core Regional, dificuldade em conseguir os recursos financeiros a tempo, ou seja, lentidão na liberação de recursos, instabilidade dos trabalhos em área por falta de viatura. Pouco entendimento do verdadeiro papel do Controle Social por parte dos usuários. (Entrevistado em 29 de maio de 2009).

Quadro 03. Maiores problemas relatados pelos profissionais de saúde, na Gestão Municipal e Gestão Distrital Xavante, Barra do Garças, 2009.

Maiores Problemas	**Gestão Município**	**Gestão Distrital Xavante**
Não respondeu	2	1
Falta comprometimento de alguns profissionais	1	2
Precária estrutura física hospitalar	3	0
Insuficiência na quantidade e capacitação de recursos humanos	1	0
Infecções de vias aéreas superiores e doenças crônico-degenerativas, como HAS e Diabetes Melittus	1	1
Falta de integração entre município e Funasa	1	0
Demora no agendamento das consultas	2	0
Dificuldades em obter informações relativas à saúde indígena	1	0
Precária estrutura nas aldeias e Casai	0	4
Ausência de saneamento básico nas aldeias	1	1
Alta rotatividade de profissionais atuantes em área indígena	1	0
O trabalho é insuficiente com relação a grande demanda de problemas de saúde	0	1
Total:	14	10

Fonte: Entrevistas realizadas em 2009.

Um dos questionamentos feito aos entrevistados da categoria profissionais da saúde é com relação ao município receber usuários indígenas residentes em outros territórios municipais e se caso venha ser positiva a resposta se a demanda interfere na dinâmica do serviço. Todos os entrevistados da categoria referida acima, responderam que sim, porém em se tratando de aspectos como: quando o paciente é mal regulado, nas dificuldades encontradas com a cultura e a linguagem, quando o usuário indígena pertence a outro município, ficando o recurso no município de origem, não interfere.

Os tipos de atendimentos mais procurados pelos indígenas, questão indagada aos entrevistados da categoria Profissionais da Saúde, oportunizou um total de treze pontos de vista: urgência e emergência, consulta na atenção primária, exames laboratoriais, consultas especializadas, exames de radiodiagnóstico (USG, Raios X), internação hospitalar e vacinação.

Mesmo em se tratando de uma pesquisa que busca evidenciar o fluxo utilizado para a assistência de Média e Alta Complexidade, a atenção primária ainda é referida como uma das causas de referência.

> ... O usuário indígena como outro paciente vem regulado via central de regulação e às vezes acompanhado por um técnico ou auxiliar de enfermagem da FUNASA (M.A.M.G.D. Policlínica de Barra do Garças. Entrevistada em 04 de abril de 2009).

Ainda para os profissionais da saúde, questionou-se sobre o município receber usuários indígenas de outro município. Metade dos entrevistados disse que não tem conhecimento do assunto. No entanto, a outra metade, respondeu que sim para UTI infantil, sim para outras especializadas e não buscam atendimento.

> Uma primeira mudança será cultural. O modelo hierárquico do SUS, expresso em sua organização por níveis de atenção, da atenção básica a média e a alta complexidade, precisa ser revertido. Esse modelo piramidal tem conseqüências perversas na prática cotidiana do SUS e se assenta numa concepção teórica equivocada. A consideração da atenção primária à saúde, como atenção básica, menos complexa que os níveis de média e alta complexidade, não se sustenta. Não é verdade que os procedimentos da atenção primária à saúde sejam menos complexos que os considerados da média e alta complexidade. São, por certo, menos densos tecnologicamente, mas muito complexos (CONASS, 2007).

Os profissionais da saúde opinaram quanto a existir ou não um projeto conjunto entre município e FUNASA, tema abordado nas entrevistas.

Duas das nove opiniões tecidas pelos entrevistados, foram não aos projetos em conjunto, porém, nenhuma justificativa acerca dessas opiniões, já as demais se apresentaram com propostas que buscam a melhoria na qualidade da atenção da média e alta complexidade ofertada pela rede municipal, ou seja, atendimento humanizado, prioridades devem ser discutidas, unificação dos sistemas de geração de dados e sim também para a aproximação das duas instituições necessárias no processo saúde-doença dessa população.

> Acredito que só através da aproximação gestão municipal e Funasa será possível melhorar o atendimento ao usuário indígena. É imprescindível

> que os problemas e soluções sejam discutidos em conjunto e parcerias, pois a população é única. (M.A.M.G.D. Policlínica de Barra do Garças. Entrevistada em 04 de abril de 2009).

> Sim, já temos um projeto, porém necessita ser aperfeiçoado, melhorando as parcerias, mais firme, maior apoio tanto da SMS quanto das ONGs que colaboram com a FUNASA. (A. R. S. G. profissional da enfermagem da Casai de Barra do Garças, MT. Entrevistada em 19.03.2009).

Outra categoria entrevistada, o Marcador de Consultas/Procedimentos, trouxe algumas colocações importantes acerca das indagações então realizadas. Técnico de Enfermagem, há 09 anos atua no Sub-Sistema de Saúde Indígena, observa ser o sistema de regulação lento, com demora na realização e na entrega dos resultados dos exames. Outro problema relatado é a falta de pessoas qualificadas nessa área da saúde. Em se tratando de como faz para encaminhar uma pessoa para determinado serviço, o mesmo informa que é por meio de encaminhamento médico e agendamento na central municipal e regional de regulação. O tempo de espera para a consulta ou procedimento é de 03, 04 até 15 dias. As vagas são determinadas pelo serviço local.

Com relação ao pensamento dos pacientes sobre os serviços ofertados, o mesmo descreve que "*são retraídos e tem noção de que são discriminados*".

> O planejamento e o gerenciamento de um sistema de saúde dependem de um conjunto de informações adequadas que orientem o planejador quanto ás necessidades de saúde da população e a ordem de prioridade dessas necessidades, assim como da oferta de serviços existentes e sua capacidade de atendimento. Essas informações devem expressar as diferentes características que evidenciam as condições de vida dessa população, sejam culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas, e que são responsáveis pela geração de suas demanda de saúde. (CONASS, 2009 apud TANCREDI F.B; BARRIOS S.R.L; FERREIRA J.H.G. 1998)

CONCLUSÃO

Este trabalho identificou que o DSEI Xavante em seu Plano Distrital não contempla com especificidade o fluxo planejado para o atendimento do Povo em questão, o que sugere maior integração e a necessidade de pactuação entre ambas as gestões e que o DSEI Cuiabá mostra a rede hierarquizada das unidades de referência e contra-referencia, responsáveis técnicos e integração do DSEI com a rede do SUS.

O estudo possibilitou a identificação das estratégias locais criadas pelos profissionais envolvidos a fim de garantir o acesso dos usuários Bororo da Terra Indígena Merure aos serviços de saúde e que os processos formais de agendamento acompanham os protocolos estabelecidos pelas Centrais de Regulação. O que sugere maior articulação entre as gestões municipais e distritais de saúde, a fim de garantir a equidade na assistência oferecida pela média e alta complexidade. Direito este reservado pela Constituição Federal e pelas leis que regem o SUS.

A não existência de fluxos reais também está nos achados desta pesquisa, o que reforça as estratégias criadas pelos profissionais de saúde.

Apresenta a rede de saúde do município de Barra do Garças ainda muito frágil no que diz respeito à média e alta complexidade, mas aponta que os usuários da Terra Indígena Merure, mesmo munícipe de General Carneiro, tem buscado e recebido com freqüência atendimento nesse município, o que reafirma o acesso a atenção secundária fundamentado no princípio da universalidade do acesso.

Pela morosidade nos atendimentos evidencia vulnerabilidade na resolutividade dos problemas de saúde.

A regionalização tem sido reforçada quando o usuário consegue resolver parte de seus problemas no município de Barra do Garças, porém, ainda se mostra aquém quando o município de General Carneiro não tem conseguido absorver os atendimentos de média complexidade como consultas e exames especializados.

Por fim, em se tratando do Controle Social, por meio da participação social, muito pouco foi abordado no trabalho. Sugerindo a possibilidade das entrevistas e até mesmo as pesquisas bibliográficas não enfocarem este tema, o que

sugere maior atenção para este princípio o qual tem a finalidade de traduzir os anseios e desejos das comunidades.

O trabalho identificou, pelas entrevistas realizadas, que os profissionais da área da saúde ainda contemplam em suas concepções o modelo de saúde voltado para o atendimento da doença, o que requer um preparo ainda maior para a inversão do olhar, sabendo que a Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente.

Referências Bibliográficas

FERNANDES. F. 1920 – A Investigação etnológica no Brasil e outros ensaios, Petrópolis, Sociologia Brasileira, v. 2, Vozes, 304 p., 1975.

BRASIL.Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Legislação Estruturante do SUS, Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 12, 528 p., Brasília, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. 164 p. Brasília, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde, Brasília, 291 p., 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS, Brasília, 248 p., 2007.

VIERTLER, Renate Brigitte. A Refeição das Almas. UMA INTERPRETAÇÃO ETNOLÍGICA DO FUNERAL DOS ÍNDIOS BORORO – MATO GROSSO. Ed. HUCITEC, Editora da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 221 p., 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 156 p.

MICHEL, C. PSF e Saúde Indígena: Os Tapirapé na Região do Araguaia – MT. Fundação Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Cuiabá, 2002.

TOBAR, F., YALOUR, ROMANO M. Como fazer teses em saúde pública – conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2001.

MAIR, L. INTRODUÇÃO À ANTROPOLOGIA SOCIAL. Sexta Edição. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1.984.

KROEMER, G. Kunahã,M. – O POVO DO VENENO – Sociedade e Cultura do Povo Zuruahá. Edições Mensageiro, CIMI Norte 2, Belém/PA, 1994.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, 2005.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Saúde de populações indígenas: uma introdução para profissionais de saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1993.

ANAIS DO SEMINÁRIO SOBRE CULTURA, SAÚDE E DOENÇA, 2003. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Londrina, 2003.

GARNELO, L. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil/ Luiza Garnelo, Guilherme Macedo, Luiz Carlos Brandão – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

ESPERANCA, A. C., CAVALCANTE, R. B. e MARCOLINO, C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio

porte do interior de Minas Gerais, Brasil. *Reme : Rev. Min. Enferm.*, jan. 2006, vol.10, no.1, p.30-36. ISSN 1415-2762.

LANGDON, E.J. A Doença como Experiência. A Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica. Conferência 30 anos Xingú, UNIFESP, São Paulo, 1995.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Gestão, Gerência e Modelos Organizacionais – Relatório Final, Brasília, 1998.

BRUNO, P.R.A. SABERES NA SAÚDE INDÍGENA: estudos sobre processos políticos e pedagógicos relativos à formação de agentes de saúde Tikuna no Alto Solimões (AM) Brasil.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Indígena, 2000. Política Nacional de Saúde Indígena. Brasília, DF. 2000

VARGAS, KAREN DALL'ACQUA. Avaliação das estratégias loco-regionais de articulação entre os níveis de atenção à saúde: o caso do Pólo Base Rondonópolis, Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá (DSEI Cuiabá), Mato Grosso. Cuiabá:UFMT,2008.

ANEXOS

Anexo 1. Entrevista com o Conselheiro Municipal de Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Data:
Município:
Nome do Entrevistado:
Entrevistador:

ENTREVISTA COM O CONSELHEIRO MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Quem o senhor representa no Conselho Municipal de Saúde?
2. Qual é a sua formação?
3. Há quanto tempo participa do Conselho Municipal de Saúde?
4. Quais as áreas prioritárias de saúde do município?
5. Como o senhor (a) percebe a saúde no município?
6. Quais são as maiores qualidades do sistema de saúde de seu município?
7. Em sua opinião, quais são os maiores problemas do sistema de saúde de seu município? (Enfatizar os seguintes aspectos: estrutura, recursos humanos e sanitários, patologias, agravos).
8. É de seu conhecimento as condições de saúde dos usuários indígenas residentes neste município?
9. Alguém representante do Conselho Distrital de Saúde Indígena participa das reuniões do Conselho Municipal de Saúde? O inverso ocorre?
10. Como são as reuniões do Conselho Municipal de Saúde?

11. O Conselho Municipal de Saúde discute o atendimento dos usuários indígenas? Se sim quais os tópicos discutidos e como são encaminhados?

12. O senhor tem conhecimento de quanto o município gasta com o atendimento aos usuários indígenas?

13. O senhor tem conhecimento de quais são os tipos de atendimento mais procurados no município pela população indígena?

14. O senhor tem conhecimento de algum acordo (formal ou informal) entre o município e a FUNASA/MS? Quais são?

15. O senhor tem conhecimento se usuários indígenas utilizam algum serviço em outro município?

16. A última Conferência Municipal de Saúde contemplou discussões acerca da assistência à saúde dos usuários indígenas? Se sim, quais?

17. Em sua opinião como deveriam funcionar os serviços voltados para o atendimento dos usuários indígenas neste município?

18. O Conselho Municipal de Saúde participou do processo de regionalização?

19. O senhor tem conhecimento de como essas pessoas resolvem seus problemas de saúde quando não conseguem o atendimento ou encaminhamento necessário?

20. O que o senhor pensa sobre os encaminhamentos para atendimento em saúde fora do município?

21. Qual a sua opinião sobre o processo de discussão e deliberação do Conselho Municipal de Saúde em relação às políticas de saúde, investimento e custeio?

22. Como é ser conselheiro de saúde?

23. Quais as estratégias têm sido adotadas no município para o fortalecimento do Controle Social?

24. Como é a relação do Conselho Municipal de Saúde com outras entidades públicas? (Ministério Público, FUNASA).

25. Gostaria de fazer mais algum comentário sobre o SUS na região?

Anexo 2. Formulário para entrevista com os profissionais de saúde.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Data:
Serviço de Saúde:
Nome do Entrevistado:
Entrevistador:

ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Qual é a sua formação?
2. Há quanto tempo atua neste serviço?
3. Quais as áreas prioritárias de saúde do município?
4. Como o senhor (a) percebe a saúde no município?
5. Quais são as maiores qualidades do sistema de saúde de seu município?
6. Em sua opinião, quais são os maiores problemas do sistema de seu município? E da FUNASA?
7. Por gentileza, fale sobre o trabalho de saúde voltado para a população indígena.
8. Este município recebe usuários indígenas de outros municípios? Se sim, o atendimento desta demanda interfere na dinâmica do serviço? De que forma?
9. Saberia me dizer quais são os tipos de atendimento mais procurados nesta unidade pelos usuários indígenas?
10. Como faz para identificar os usuários indígenas?
11. O Sr. Tem conhecimento se usuários indígenas residentes neste município, buscam atendimento em serviços de saúde de municípios vizinhos?

12. O Sr. Acha que deveria haver um projeto conjunto entre o município e a FUNASA para melhor atender a população indígena? Se sim, quais seriam as prioridades desta proposta?
13. Gostaria de fazer mais algum comentário sobre o SUS na região?

Anexo 3. Formulário para entrevista com o marcador de consultas/procedimentos.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Data:
Serviço de Saúde:
Nome do Entrevistado:
Entrevistador:

ENTREVISTA COM MARCADOR DE CONSULTAS/PROCEDIMENTOS

1. Qual é a sua formação?
2. Há quanto tempo agenda consultas?
3. Como percebe a saúde no município?
4. Esta unidade recebe encaminhamentos de brasileiros residentes no outro lado da fronteira? O que se faz?
5. Esta unidade recebe encaminhamento de estrangeiros? O que se faz?
6. Quais os tipos de atendimentos mais procurados nesta unidade por brasileiros residentes no outro lado da fronteira?
7. Quais os tipos de atendimento mais procurados?
8. Nesta unidade é feito algum registro de atendimento aprestado aos brasileiros residentes do outro lado da fronteira e/ou estrangeiros? Que tipo de registros?
9. Como faz para identificar os brasileiros e estrangeiros residentes no outro lado da fronteira?
10. Tem conhecimento se usuários de moradores deste município que buscam atendimento em serviços de saúde de municípios vizinhos? Se sim, quais atendimentos e como conseguem?
11. Como faz para encaminhar uma pessoa para determinado serviço?
12. Qual o tempo de espera para a marcação de consultas?

13. Existe um controle de comparecimentos ou não às consultas/procedimentos agendados? Como é feito e o que fazem com esta informação?
14. Tem noção do que os pacientes pensam sobre os serviços para os quais eles são encaminhados? Fale sobre isto.

Anexo 4. Formulário para entrevista com o Gestor Municipal.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Data:
Município:
Nome do Entrevistado:
Entrevistador:

ENTREVISTA COM O GESTOR DO MUNICÍPIO

1. Qual é a sua formação?
2. Há quanto tempo é responsável pela saúde do município?
3. Quais as áreas prioritárias de saúde do município?
4. Como o senhor (a) percebe a saúde no município?
5. Quais são as maiores qualidades do sistema de saúde de seu município?
6. Em sua opinião, quais são os maiores problemas do sistema de saúde de seu município? (Enfatizar os seguintes aspectos: estrutura, recursos humanos e sanitários, patologias, agravos).
7. Por gentileza, fale sobre a sua percepção quanto a saúde dos índios residentes neste município.
8. A sua secretaria atende usuários indígenas que residem em outros municípios? Existe maior procura em determinado período do ano?
9. O que o senhor acha de atender os indígenas que residem em outro município?
10. Qual a orientação de sua secretaria quanto ao atendimento a esses usuários?
11. Há algum tipo de acordo (formal ou tácito) entre município e FUNASA/MS para o atendimento desses usuários?
12. O senhor tem conhecimento se há atendimento de usuários indígenas deste município em outros municípios?

13. O Conselho Municipal de Saúde discute o atendimento dos usuários indígenas neste município? Se sim, quais são os tópicos discutidos e como são encaminhados?
14. Algum representante indígena participa das reuniões do Conselho Municipal de Saúde como ouvinte ou como membro? O inverso ocorre?
15. A última Conferência Municipal de Saúde contemplou discussões acerca da assistência à saúde dos usuários indígenas? Se sim, quais?
16. O senhor tem conhecimento de quanto custa, para o município, o atendimento prestado aos indígenas?
17. O município tem em seu planejamento algum recurso direcionado ao atendimento para usuários indígenas?
18. Existe articulação de entre os diversos (ambiente, saúde, planejamento) que contemple a integralidade da ação em saúde e em especial aos usuários indígenas? Como ela ocorre?
19. O senhor acredita num trabalho em conjunto com a FUNASA para oferecer melhor cobertura de atendimento para a população do seu município descendente dos povos indígenas, considerando a estrutura física e os recursos humanos existentes? Se sim como seria este trabalho?
20. Como foi feito/definido o processo de regionalização da saúde local (PPI, PDR)? Quem conduziu este processo? Quanto tempo levou?
21. Existem registros deste processo?
22. Que fatores anteriores importaram na definição das referências?
23. Qual a sua opinião dos atendimentos/resultados prestados pelos serviços de referência?
24. O senhor tem conhecimento de como os usuários indígenas, em especial os Bororo chegam às unidades de serviço em saúde de seu município?

Anexo 5. Formulário para entrevista com o Chefe do DSEI Xavante

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Data:
Município:
Nome do Entrevistado:
Entrevistador:

ENTREVISTA COM O CHEFE DO DSEI XAVANTE

1. Quais os municípios que se encaixam no território de atuação do deste DSEI?
2. Quais os municípios que se encaixam no Pólo Base de Sangradouro?
3. Como está organizada a oferta de atenção básica no pólo base de Sangradouro?
4. Como são firmados os convênios com terceirizadas?
5. Quais os critérios utilizados para a assinatura de convênio?
6. Em que nível se dá (local, Regional ou Federal)?
7. Qual o período de duração dos convênios?
8. Quanto a alocação dos recursos voltados para a Atenção Básica, de quem é a atribuição?
9. Qual a relação da FUNASA com a SAS/MS (lembrar da portaria 1.163)?
10. Qual terceirizada está atuando no DSEI e qual os serviços atribuídos a mesma?
11. Quais os serviços e/ou ações pactuadas para os Bororos nesse DSEI?
12. Foi feita alguma pactuação? Com quem?
13. De acordo com a NOAS (normas de assistência)/SUS, as ações de média e alta complexidade devem ser pactuadas entre estado e municípios. Para garantir o acesso aos serviços de saúde à população indígena, a regulamentação atribui essa

responsabilidade de integração ao DSEI e CORE. Existe essa pactuação? Como ela se dá?

14. Existe algum documento que essas instituições assinam firmando o compromisso?

15. As ações em saúde estão garantidas na PPI do Estado de Mato Grosso?

16. Como o chefe do DSEI vê a complementariedade das ações em saúde básica, médica e alta complexidade pelos municípios?

17. Quanto ao incentivo de atenção básica aos povos indígenas destinados aos municípios que têm terras indígenas, como se dá? Quem está responsável por fazer esta ponte? Qual o papel da SAS neste processo?

18. A que se destina especificamente este incentivo?

19. Quais as dificuldades encontradas para executar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena?

20. Qual a sua opinião sobre as novas diretrizes para a descentralização e regionalização propostas pelo Pacto da Saúde/2006?

21. Como estão sendo repassados os recursos para a saúde indígena aos municípios segundo os critérios dos 05 blocos?

Anexo 6. Formulário de Registro de Documento de Referência

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

FORMULÁRIO DE REGISTRO DE DOCUMENTO DE REFERÊNCIA

1. Local:								2. Mês:						
3. Pesquisador:								4. Local da coleta dos documentos:						
	usuário			origem				destino				fluxo		
n° de ordem	Sexo	idade	Residência.	Serviço de origem	Tipo de documento	Data atendimento	Procedimento referenciado	Nome do serviço referenciado	município	Data do atendimento	Compareceu 1. Sim, 2. Não, 3. Não existe	Recurso utilizado 1. Próprio, 2. SUS.	complexidade	Grupo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Avaliação das estratégicas loco-regionais de articulação entre os níveis de cuidado à saúde: estudo de múltiplos casos nos estados do Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Pernambuco

Pesquisadores Responsáveis: Profª. Drª. Maria Ceci Misoczki e Maria Clara Vieira Weiss

Esclarecimentos sobre a pesquisa: Este estudo tem por objetivo avaliar a articulação da atenção básica com os demais níveis do sistema de saúde, considerando tanto a adequação às normas existentes (estratégia deliberada), quanto os desenvolvimentos criativos (estratégias emergentes) realizados nos contextos loco-regionais, tendo como um dos estudos de caso o DSEI Cuiabá – MT.

As informações serão obtidas através de documentação, observação direta em serviços nos três níveis de cuidado, aplicação de questionários adequados aos diferentes participantes no processo – trabalhadores e usuários e entrevistas em profundidade com alguns participante individuais – usuários, trabalhadores, gestores, líderes locais.

Esclarecemos que a pesquisa não faz parte de nenhum programa de governo e não oferece nenhum risco para os entrevistados, se por ventura as perguntas ou os entrevistadores, causarem algum constrangimento asseguraremos que a mesma será interrompida. A pesquisa contribuirá na **qualificação dos trabalhadores de saúde** com os quais a equipe de pesquisa deve interagir, considerando tanto a construção coletiva de conteúdos quanto a experiência em procedimentos metodológicos de pesquisa.

Qualquer informação adicional sobre o estudo pode ser solicitada a qualquer momento para a Profª Drª Maria Clara V. Weiss (ISC/UFMT) telefone (65) 3615-8881 ou Maria Ceci Misoczki (EA/UFRGS) telefone (51) 3316-3086.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participantes da Pesquisa

Eu, ...

estou informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém além dos pesquisadores terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo também, que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com os pesquisadores principais. Fui informado ainda, que a minha participação é voluntária e que se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer penalidade.

Compreendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento e concordo em participar do mesmo.

PARTICIPANTE: .....

PESQUISADOR: .....

LOCAL: ..... DATA: ...../...../ 2007.

OBS.: Autorização solicitada antes das entrevistas

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

Porto Alegre - RS, 13 de junho de 2007

Conforme o parecer do projeto de pesquisa *"Avaliação das estratégicas loco-regionais de articulação entre os níveis de cuidado à saúde: estudo de múltiplos casos nos estados do Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Pernambuco" (AELR)* Nº 947/2006 registrado no CONEP sob o nº 13204, Processo nº 25000.112887/2006-11 registrado no Comitê de Ética – 243/CEP/HUJM/06, solicitamos a autorização para o levantamento de dados na rede de atenção a saúde dos povos indígenas Bororo e Paresi (DSEI Cuiabá-MT/SUS) na área de abrangência dos Pólos Base de Rondonópolis e Tangará da Serra, a ser desenvolvido pelas pesquisadoras Karem Dall'Acqua Vargas e Agda Maria Detogni.

Profª. Drª. Maria Clara Vieira Weiss
PPGSC/ISC/UFMTem afastamento PDS - PPGA/UFRGS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 947/2006

Registro CONEP: 13204 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Registro CEP: 243/CEP/HUJM/06 **Processo nº** 25000.112887/2006-11
Projeto de Pesquisa: *"Avaliação das estratégias loco-regionais de articulação entre os níveis de cuidado à saúde: estudo de múltiplos casos nos Estados do Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Pernambuco".*
Pesquisador Responsável: Dra. Maria Clara Vieira Weiss
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso
Área Temática Especial: Populações Indígenas

Resumo:

O estudo tem como objetivo avaliar a articulação da atenção básica com os demais níveis do sistema de saúde, considerando tanto a adequação às normas existentes, quanto os desenvolvimentos criativos realizados nos contextos loco-regionais estudados.

O estudo de caso contempla três localidades distintas no Rio Grande do Sul (Macro-regiões Vales e Sul), Mato Grosso (Distrito Especial de Saúde Indígena Cuiabá – Pólos de Tangará da Serra e Rondonópolis) e Pernambuco (Macro-regiões – Petrolina e Garanhuns).

Os dados serão triangulados para capturar múltiplas perspectivas dos atores envolvidos e consistência dos dados. As informações serão obtidas por meio de documentação existente, observação direta em serviços nos três níveis de cuidado, questionários e entrevistas aos participantes do processo (gestores, líderes locais, trabalhadores e usuários).

Um dos principais resultados esperados é a qualificação dos trabalhadores de saúde com os quais a equipe da pesquisa pretende interagir, considerando tanto a construção coletiva de conteúdos quanto a experiência em procedimentos metodológicos de pesquisa. Outro resultado é a construção de competências em gestão da saúde.

A pesquisadora apresenta documento respondendo às pendências do CEP HUJM/UFMT no qual afirma que quanto à descrição e caracterização da amostra, "o trabalho de campo é desenvolvido com as pessoas presentes no momento em que o pesquisador ir ao local, sendo questionadas quanto a sua opinião sobre o objeto do estudo. (...) não são utilizados instrumentos como questionários ou roteiros para as falas não serem direcionadas".

Ainda nesse documento afirma que a "FUNAI poderá suspender a autorização concedida para investigações científicas caso seja solicitado pelas comunidades indígenas ou gerem conflitos. Este aspecto será considerado, embora o estudo seja

Cont. Parecer 947/06

Quanto as exigências éticas envolvendo povos indígenas, contidas na Resolução CNS 304/2000, no tocante aos itens III.2.4; IV.1 e IV.2, é apresentada uma anuência da FUNASA registrada em carta encaminhada pela pesquisadora. Em resposta às pendências solicitadas pelo CEP, a pesquisadora justifica a inclusão de um distrito indígena na pesquisa, mas observa que não haverá coleta de dados em comunidades indígenas.

Comentário/Consideração:

1. Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE: cabe lembrar que ele é um documento no qual o pesquisador comunica, ao possível sujeito ou responsável, como será a pesquisa para a qual está sendo convidado, fornecendo a ele (a) todos os esclarecimentos necessários para decidir livremente se quer participar ou não. Solicita-se, portanto, a reformulação do TCLE tendo como referencia o capítulo IV da Resolução CNS 196/96: em linguagem clara e acessível, descrevendo claramente a justificativa, os objetivos, a metodologia, os riscos, os benefícios e resultados esperados.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto com a seguinte recomendação a ser acompanhada pelo CEP, para posterior início da pesquisa:

- Que seja atendido o item acima.

Situação: Protocolo aprovado com recomendação.

Brasília, 02 de outubro de 2006.

WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP/CNS/MS

Ministério da Educação
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº243/CEP-HUJM/06

"COM PENDÊNCIAS" ☐

APROVADO "ad referendum" ☐

APROVAÇÃO FINAL [X]

NÃO APROVADO ☐

O projeto de pesquisa intitulado: **"Avaliação das estratégias loco-regionais de articulação entre os níveis de cuidado a saúde: estudo de múltiplos casos nos estados do Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Pernambuco,"** encaminhado pelo (a) pesquisador (a) **Maria Clara Vieira Weiss** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em reunião realizada dia 09/05/07 que concluiu pela aprovação final, tendo em vista que atende a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cuiaba, 09de maio de 2007.

Profa. Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Hospital Universitário Júlio Müller
Rua L, SN. Jardim Alvorada. CEP 78048-790 Cuiabá –MT, Brasil
Fone: 65-3615-7254 e-mail: cephujm@cpd.ufmt.br