

Universidade Federal de Mato Grosso
Instituto de Saúde Coletiva

Fluxo entre os diferentes níveis de atenção à saúde dos
Paresi no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá
-DSEI Cuiabá- Mato Grosso.

Elizângela Vicunã Couto da Silva Cintra

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva.

Área de Concentração: Saúde e Sociedade

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Clara
Vieira Weiss

Cuiabá – MT
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Fluxo entre os diferentes níveis de atenção à saúde dos
Paresi no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá
-DSEI Cuiabá- Mato Grosso.

Elizângela Vicunã Couto da Silva Cintra

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva do
Instituto de Saúde Coletiva da
Universidade Federal de Mato Grosso
para obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde e Sociedade

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Clara
Vieira Weiss

Cuiabá – MT
2009

FICHA CATALOGRÁFICA

C575f Cintra, Elizângela Vicunã Couto da Silva
Fluxo entre os diferentes níveis de atenção à saúde dos Paresi no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá – DSEI Cuiabá-Mato Grosso / Elizângela Vicunã Couto da Silva Cintra. – 2009.
192 f. : il. ; color. ; 30 cm.

“Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Clara Vieira Weiss”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Pós-graduação em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Saúde e Sociedade, 2009.
Bibliografia: f. 170-178.
Inclui anexos.

1. Saúde indígena – Mato Grosso. 2. Índios – Saúde Pública – Administração e planejamento. 3. Índio – Mato Grosso. 4. Índios – Brasil – Políticas Públicas. 5. Índios – América do Sul – Brasil. 6. Índios Paresi.

CDU – 614:397(=87)(81)

Ficha elaborada por: Rosângela Aparecida Vicente Söhn – CRB-1/931

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, títulos, instituição e ano da dissertação.

Com especial carinho, aos meus pais, ao meu marido, aos meus irmãos, sobrinhos, amigos, enfim, a todos que amo e, comigo, atravessaram mais esta etapa em busca do conhecimento.

A Valmireide Zoromara (*in memoriam*), líder Paresi, assassinada neste ano, a ela dedico a pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Mato Grosso, pela oportunidade ímpar do meu crescimento intelectual.

À Universidade de Cuiabá, em especial à Faculdade de Farmácia, na pessoa da Coordenadora, Dr^a. Ilza Martha de Souza, pela possibilidade de conciliação entre minhas atividades de docência e de pesquisa. À Paula Lisboa e a todos os colegas de instituição, que tornaram isto possível.

À minha orientadora, Dr^a. Maria Clara Vieira Weiss, pelo companheirismo e conhecimento com o qual me guiou durante todo o período.

Aos meus parceiros do grupo de pesquisa: Agda, Karem, Marcinho, Alírio, Wildce, Ceci, Ronaldo e Sueli, pela conversa, pelo conflito e pelo crescimento.

Aos meus amigos do DSEI Cuiabá, por todo auxílio e pela atenção com que sempre me atenderam.

Aos gestores, servidores da saúde, que participaram desta pesquisa e que me ajudaram a construir esta realidade.

Ao povo Paresi, pela aceitação, pelo aprendizado, pelo amadurecimento e pela possibilidade de rever o mundo.

“A geração de hoje dos povos indígenas tem que entender que pra nós existirmos hoje muita gente lutou, muita gente morreu na nossa história, nos nossos passados, então nós temos um compromisso de a gente lutar, continuar defendendo, brigar, pra gente conseguir manter a continuidade e a sobrevivência dos povos indígenas no Brasil, no continente, como povo diferente, com a cultura, com tradição, línguas específicas. E nós temos que ter o direito da gente continuar vivendo como a gente estava vivendo, com a nossa religião, com as nossas histórias, com as nossas origens”

(Genilson André Kezomae, indígena Paresi, Tangará da Serra, 2007).

RESUMO

Objetivo: A partir de uma abordagem construcionista, buscou-se descrever a articulação da atenção básica, com os demais níveis da atenção à saúde do povo Paresi, do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá), Mato Grosso. **Método:** Trata-se de um estudo de caso do tipo exploratório, envolvendo a análise de documentos, observação nas unidades de referência e a realização de entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais de saúde e usuários indígenas. Para análise dos dados foi utilizada a análise do discurso. **Resultados:** O fluxo para atenção à saúde dos Paresi, previsto pelo instrumento de gestão do DSEI Cuiabá, não leva em consideração a organização regional de saúde e tampouco prevê a complementariedade das ações entre FUNASA, estados e municípios, tornando-o inaplicável. O fluxo estabelecido pelo encaminhamento dos profissionais com representatividade no subsistema local prevê essa articulação institucional, para que se tornem exequíveis os princípios doutrinários do SUS. Indo ao encontro do conceito de que o processo de formação das políticas públicas é dinâmico e que não se dá pela dicotomia entre formulação e implementação, foram achados fluxos estabelecidos pelos próprios indígenas, independente de qualquer planejamento prévio. Independentemente da natureza do fluxo, constatou-se que os princípios de universalidade, equidade e integralidade são postos à prova na configuração regional da saúde para atenção do povo Paresi. Recusa, preconceito, barganha pelo atendimento nas referências municipais, não observância às particularidades étnicas e dificuldade para acesso aos serviços especializados foram alguns dos principais achados dessa pesquisa. Uma alternativa utilizada para o enfrentamento dessa realidade pela etnia são os esforços da sua organização social para autogestão e uma vez embuídos das ferramentas desse processo, os indígenas Paresi têm buscado a construção de um cenário sanitário mais equânime. **Conclusão:** O Plano Distrital de Saúde Indígena, do DSEI Cuiabá MT, planeja o acesso dos Paresi de forma distanciada de sua realidade local, o que o torna inaplicável. O fluxo formal visa essa aproximação, mas a organização microrregional de saúde não observa a particularidade indígena para o planejamento e oferta de suas ações, o que gera empecilhos para o acesso dessa população a todos níveis de atenção. O reconhecimento e o fortalecimento do Subsistema Indígena local, bem como da participação ativa dos usuários indígenas, devem ser fomentados para a correção do quadro sanitário excludente encontrado.

Descritores: Administração e planejamento em Saúde, Gestão em saúde, Saúde indígena; Políticas Públicas.

ABSTRACT

From a constructionist approach the present research tried to describe the articulation of basic attention with the other health assistance levels to the Paresi Community of the Indigenous Special Sanitary District in Cuiabá (Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá -DSEI), Mato Grosso. **Method:** It is about the study of an exploiting case, including analysis of documents, observation at the reference branches, semi structured interview with supervisors, health professionals and indigenous users. For data analysis the discourse language technique was used. **Results:** The flow for the attention to the Paresi Health, foreseen by the DSEI Cuiabá management tool, does not take into account neither the regional health organization nor foresees the complementary of actions among FUNASA, states and city councils making them unsuitable. The flow established by the guiding of the professionals with expressive representation in the local sub-system, foresees this institutional development, so that the SUS doctrinaire principles become feasible. Accepting that the concept of the formation process of public policies is dynamic and that it does not happen due to dichotomy between formulation and implementation, flows established by indigenous people themselves were found independent of any previous planning. No matter the nature's flow, it has been found that the universality, equity and integrality principles are to be checked at every moment in the health regional configuration to the attention of the Paresi community. Refuse, prejudice, bargain for the service at the city councils references, no attention to the ethnical particularities and difficulty in access to the specialized services, were some of the main findings in this research. An alternative used to face this reality through ethnic is its social organization for auto-management and once with the tools for the process Paresi Indians have searched for the construction of more balanced sanitary scenery. **Conclusion:** Structural failures in basic attention at indigenous areas, as well as the historical volunteer practice of services increase the demand in public health because of the Paresi population. Microregional health organization does not look at the indigenous particularity for the planning and offer of their actions so it creates difficulties for the access of the population in all levels of attention. Recognition and strengthening of local Indigenous sub-system as well as an active participation of the indigenous users should be fomented for the correction of the sanitary scenery excluding found.

Keywords: Planning and Management, Health management, Indigenous Health, Politic Policies.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	COLONIZAÇÃO, OCUPAÇÃO E SITUAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS EM MATO GROSSO	18
1.2	A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA: ANTECEDENTES E PERSPECTIVAS ATUAIS	30
2	OBJETIVOS	40
2.1	OBJETIVO GERAL	40
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
3	REFERENCIAL TEÓRICO	41
3.1	AS CINCO DEFINIÇÕES DE ESTRATÉGIA	41
3.2	OS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS E ORGANIZATIVOS DO SUS	46
3.2.1	Descentralização	46
3.2.2	Universalidade	53
3.2.3	Integralidade	56
3.2.4	Equidade	58
3.2.5	Participação e Controle Social	63
4	ABORDAGENS METODOLÓGICAS	66
4.1	OBJETO DE ESTUDO	66
4.2	LOCAL DE ESTUDO	66
4.3	TIPO DE PESQUISA	67
4.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	70
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	74
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	78
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
5.1	OS PARESI E OS MUNICÍPIOS	79
5.2	OS PARESI, O POLO-BASE TANGARÁ DA SERRA E A MICRORREGIÃO DE SAÚDE DO MÉDIO-NORTE	95
5.3	FLUXOS PLANEJADOS PELO PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA PARA ATENÇÃO À SAÚDE DOS PARESI	106
5.3.1	Fluxos Planejados das Aldeias Localizadas no Município de Tangará da Serra	111
5.3.2	Fluxos Planejados das Aldeias Localizadas em Campo Novo do Parecis	114
5.3.3	Fluxos Planejados das Aldeias Localizadas no Município de Sapezal	116
5.3.4	Fluxos Planejados da Aldeia Localizada no Município de Nova Marilândia	117
5.3.5	Fluxos Planejados das Aldeias Localizadas no Município de Conquista D'oeste	118
5.3.6	Síntese e Análise do Fluxo Planejado pelo Plano Distrital de Saúde Indígena para Atenção à Saúde dos Paresi	120

5.4	FLUXOS FORMAIS NA ATENÇÃO À SAÚDE DOS PARESI	126
5.4.1	Acesso Formal aos Serviços de Atenção Básica nos Municípios	127
5.4.2	Acesso Formal aos Serviços Municipais de Urgência e Emergência.	136
5.4.3	Acesso Formal aos Serviços Especializados de Saúde	138
5.5	O FLUXO POR CONTA DOS PARESI PARA ATENÇÃO À SAÚDE	150
5.5.1	Fluxos por Conta dos Usuários da Aldeia Estação Rondon	151
5.5.2	Fluxos por Conta dos Usuários das Aldeias Juininha, Três Lagoas e Uirapuru	154
5.5.3	Fluxo por Conta dos Usuários da Aldeia Queimada.	158
6	CONCLUSÃO	161
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	164
8	REFERÊNCIAS	166
	ANEXOS	175
	Anexo 1 : Roteiro de Entrevista com Gestor Municipal do Polo-base Tangará da Serra	175
	Anexo 2 : Roteiro de Entrevista com Marcadores de Consulta da Central de Regulação ou CASAI Tangará da Serra	177
	Anexo 3 : Roteiro de Entrevista com Profissionais de Saúde do Polo-base Tangará da Serra	178
	Anexo 4 : Roteiro de Entrevista com Conselheiros Indígena de Saúde	179
	Anexo 5 : Roteiro para Conversa com os usuários Paresi	180
	Anexo 6 : Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação da pesquisa	181
	Anexo 7 : Termo de Aprovação da Pesquisa na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa	183
	Anexo 8 : Certificado de Participação no Conselho Distrital de Saúde Indígena	187

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Os limites do Tratado de Tordesilhas.	19
Figura 2 -	Estado de Mato Grosso, Vegetação e Uso de suas Terras, 1999.	27
Figura 3 -	Distribuição territorial dos DSEIs no Mapa do Brasil.	34
Figura 4 -	Rede hierarquizada das unidades de referência e contrarreferência, responsáveis técnicos e integração do DSEI com a rede do SUS.	37
Figura 5 -	Estratégias deliberadas e emergentes.	43
Figura 6 -	O Estado de Mato Grosso e as Terras Indígenas Paresi.	79
Figura 7 -	O Estado de Mato Grosso e suas Microrregiões de Saúde, 2005-2006.	97
Figura 8 -	Microrregião médio Norte e a configuração de Módulos Assistenciais.	99
Figura 9 -	Microrregião Oeste Mato-grossense, 2005-2006.	104
Figura 10 -	Microrregiões de Saúde da área Indígena Paresi.	108
Figura 11 -	Fluxos Planejados de Referência e Contrarreferência para as aldeias localizadas no município de Tangará da Serra que possuem o Polo-base e CASAI Tangará como referência.	113
Figura 12 -	Fluxos de Referência e Contrarreferência para os usuários das aldeias Bacaiuval, Buriti, Nova Esperança e Três Cachoeiras.	114
Figura 13 -	Fluxos de Referência e Contrarreferência para os usuários das aldeias Bacaiuval, Buriti, Nova Esperança e Três Cachoeiras.	115
Figura 14 -	Fluxos de Referência e Contrarreferência para os usuários da aldeia.	115
Figura 15 -	Fluxos de Referência e Contrarreferência para os usuários das aldeias.	116
Figura 16 -	Fluxos Planejado de Referência e Contrarreferência para os usuários da aldeia KatyolaWinã.	117
Figura 17 -	Fluxos de Referência e Contrarreferência para os usuários da aldeia.	118
Figura 18 -	Fluxos de Referência e Contrarreferência para os usuários das aldeias Juininha e Três Lagoas.	119
Figura 19 -	Síntese do Fluxo Planejado para acesso aos níveis de atenção a Saúde do Povo Paresi 2008-2010.	121
Figura 20 -	Fluxo Formal de referência para aldeias que possuem a CASAI Tangará da Serra como referência para acesso aos serviços municipais de saúde.	130
Figura 21 -	Fluxo Formal de referência municipal para atenção básica às aldeias da Microrregião 3.	136
Figura 22 -	Fluxo de referência municipal para urgência e emergência nas aldeias que possuem CASAI como referência para acesso a esses serviços.	137

Figura 23 - Fluxo de referência formal para a urgência e emergência às aldeias que possuem Polo-base Bacaval como referência de acesso a esses serviços.	138
Figura 24 - Fluxo Formal de Referência e Contrarreferência para Especialidades Tangará da Serra	141
Figura 25 - Fluxo Formal de Referência e Contrarreferência para Especialidades em Campo Novo do Parecis.	143
Figura 26 - Síntese dos Fluxos Formais para acesso aos níveis de atenção a Saúde do Povo Paresi.	144
Figura 27 - Fluxos por conta dos usuários da Aldeia Estação Rondon, 2007.	154
Figura 28 - Fluxo por conta do usuário das aldeias Juininha, Três Lagoas e Uirarupu.	156
Figura 29 - Fluxo Real de Referência e Contrarreferência realizado pela Aldeia Queimada.	158
Figura 30 - Síntese do Fluxo realizado por conta do próprio usuário Paresi para acesso aos níveis de atenção à saúde.	159

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Localização das terras indígenas Paresi e sua situação fundiária.	87
Quadro 2 -	Distribuição da população Paresi por aldeia e município do Estado de MT.	90
Quadro 3 -	Relação dos Municípios com terra indígena Paresi com as Microrregiões e Regiões de Saúde do Estado de Mato Grosso.	96
Quadro 4 -	População total e indígena por município da Microrregional do Médio Norte, 2006.	98
Quadro 5 -	Referência Pactuada na PPI da Assistência – Abril/2006 – Municípios do Escritório Regional de Saúde de Tangará da Serra.	100
Quadro 6 -	Rede SUS de serviços implantadas nos municípios do microrregião do Médio-Norte, MT, Maio/2007.	102
Quadro 7 -	Rede SUS de serviços implantadas nos municípios da microrregião do Médio-Norte, MT - 2007.	103
Quadro 8 -	População total e indígena Paresi da Microrregião Oeste, 2006.	103
Quadro 9 -	Municípios que recebem recursos para complementaridade das ações FUNASA DAB SAS, etnia Paresi, 2008.	108
Quadro 10 -	Composição e área de atuação EMSI, Polo-base Tangará da Serra, 2007.	109
Quadro 11 -	Fluxos Planejados e distâncias das aldeias Paresi às unidades de referência de saúde para o Subsistema de Saúde Indígena local, 2008-2010.	112
Quadro 12 -	Aldeias que possuem como referência a Casai Tangará e Polo-base Bacaval para acesso à Atenção Básica, Urgência e emergência e Média Complexidade na rede do SUS.	126
Quadro 13 -	Motivos de encaminhamentos à CASAI Tangará da Serra, no período de Janeiro a Junho 2007.	129
Quadro 14 -	Aldeias que possuem a CASAI como referência formal para acesso aos serviços municipais de saúde.	131
Quadro 15 -	Motivos de encaminhamentos aos atendimentos ambulatoriais de saúde em Campo Novo do Parecis, Maio a Outubro 2007.	135
Quadro 16 -	Localização das aldeias e referência municipal formal para atenção básica às aldeias que possuem como referência o Polo Bacaval.	135
Quadro 17 -	Serviços Utilizados pelo Subsistema nas Unidades de Referência Formal do Município de Tangará da Serra, 2007.	141
Quadro 18 -	Serviços Utilizados pelo Subsistema nas Unidades de Referência do município de Campo Novo do Parecis, 2007.	142
Quadro 19 -	Unidades de saúde municipais utilizadas pelos usuários indígenas da aldeia Estação Rondon 2007.	153

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Morbidade Registrada, povo Paresi, 2006.	93
Gráfico 2 -	Pirâmide populacional, povo Paresi, 2006.	94

SIGLAS UTILIZADAS

AC	Alta Complexidade/Alto Custo
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
CASAI	Casa de Saúde do Índio
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CMS	Conselho Municipal de saúde
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Atenção a Saúde Indígena
EVS	Equipes Volantes de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GPAB – A	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
IAB- PI	Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas
IAE – PI	Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ONG	Organização não Governamental
PDR	Plano Diretor Regionalizado
PDSI	Plano Distrital de Saúde Indígena
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PIN	Programa Nacional de Integração Nacional

PNSI	Política Nacional de Saúde Indígena
PRODOESTE	Programa de Desenvolvimento do Centro Oeste
PSF	Programa Saúde da Família
SAS	Secretaria de Atenção a Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SEPLAN	Secretaria de Estado de Planejamento
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Terras Indígenas

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa deriva de um estudo coordenado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que buscou avaliar as estratégias (tanto deliberadas, quanto criativas) utilizadas pelos usuários, gestores e profissionais de saúde, para se efetivar a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. A pesquisa se intitulou “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”. No Estado de Mato Grosso, buscou-se realizar a pesquisa com os povos indígenas, visto já existirem estudos preliminares que apontam para a dificuldade de acesso desses povos aos diferentes níveis de atenção.

Minha experiência profissional de dois anos de trabalho no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá motivou-me a fazer parte desse grupo de pesquisa, direcionando o estudo a uma das oito etnias com que trabalhei durante estes anos. Por diversas vezes pude constatar a dificuldade das populações indígenas e dos profissionais que com eles trabalham para garantir o direito à saúde, principalmente quando saem de seus territórios e buscam as referências municipais de saúde para atendimento de suas necessidades.

O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza princípios doutrinários e organizacionais, nos quais devem-se basear o planejamento, a avaliação, organização e execução dos serviços e as atividades de saúde.

No SUS, além do princípio da universalidade, pode-se destacar o princípio da equidade e o da integralidade como formas de garantia ao usuário do acesso aos serviços que levem resultados equânimes à abordagem de realidades diferenciadas, bem como à garantia do atendimento em todos os níveis de complexidade da sua necessidade.

Comparados ao restante da população, os povos indígenas apresentam uma extrema desigualdade nas condições sanitárias. As reivindicações sociais históricas existentes, para a melhoria do quadro de desigualdade e da qualidade de vida desses

povos, culminaram nas reivindicações das Conferências Nacionais de Saúde Indígena, que resultaram na organização do Subsistema de Saúde Indígena no SUS.

No Subsistema de Saúde Indígena, sob a gestão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, para promover as ações de saúde voltadas à atenção básica diferenciada à saúde da população indígena, bem como promover a articulação com os demais níveis de atenção do próprio SUS, visando à garantia do atendimento de todos os níveis de atenção a essa população.

Em uma análise situacional da Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil, no período de 1990 a 2004, GARNELO (2004) aponta que o processo de Distritalização da Saúde Indígena aumentou a cobertura sanitária dos povos indígenas no país; indica porém, que os serviços desenvolvidos por essas unidades sanitárias, em relação à qualidade dos serviços prestados, ainda são pouco resolutivos, sendo baseados em ações pautadas na demanda espontânea e com um acentuado predomínio das práticas sanitárias etnocêntricas.

Outros estudos realizados sobre o Subsistema de Saúde Indígena também indicam dificuldades para sua operacionalização. Entre eles destaco o do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (2007), de CHAVES *et al.* (2006), de MARQUES (2003) e de VARGAS (2008).

O CONASS (2007), na publicação sobre a Atenção Primária e Promoção à Saúde no Brasil, apontou que os mecanismos de articulação entre a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA/MS) e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são frágeis, levando à fragmentação entre as ações desenvolvidas, o que possibilita ora duplicidade ora lacuna na atenção aos povos indígenas.

CHAVES (2006) *et al.* Ressaltam, em experiência com a Política Nacional de Saúde Indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena de Angra dos Reis, que, apesar do Subsistema de Saúde Indígena estar instituído legalmente, a sua operacionalização é muito dificultosa, dependendo, em sua maioria, da habilidade e poder de negociação de pessoas que ocupam cargos de governo para a sua efetivação.

MARQUES (2003), no estudo sobre a implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, aponta que, na opinião dos atores-chave e dos usuários

do subsistema local, estão entre fatores limitantes para o processo de implantação do DSEI: a desarticulação entre a rede SUS e o DSEI Cuiabá e a ausência de articulação entre o DSEI com o sistema de referência municipal e regional. A autora destaca ainda a dificuldade para o atendimento médico e para o acesso a serviços laboratoriais na rede SUS no Polo-base Tangará da Serra, um dos Polos de Saúde do referido Distrito.

VARGAS (2008), ao avaliar a articulação das estratégias entre os níveis de atenção à saúde no Polo-base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, salientou o descompasso entre o planejamento e o ocorrido quando os indígenas dessa região buscam atendimento fora de suas terras. A autora indica a existência de conflitos entre realidades de instâncias gestoras e ressalta o comprometimento dos profissionais locais de saúde para se garantirem os princípios do SUS a esses usuários.

Dessa forma, constatando as dificuldades nacionais e regionais apresentadas na articulação entre as instituições que promoveriam a integralidade das ações do Subsistema de Saúde Indígena, surgiram os seguintes questionamentos: Como se dá a articulação entre os níveis de atenção à saúde do povo Paresi no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá - Mato Grosso? É realizado conforme preconizado pelo Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Cuiabá ou segue fluxos próprios, independente de quaisquer planejamentos prévios? Os serviços são ofertados de modo a atender os princípios do Sistema Único de Saúde?

Visando responder essas indagações, a presente dissertação se organizou em cinco capítulos. No primeiro capítulo são apresentadas a contextualização histórica da ocupação do Estado de Mato Grosso, bem como da construção da Política Nacional de Saúde Indígena.

No segundo capítulo são apresentados os objetivos que se pretende alcançar e, no terceiro, o referencial teórico no qual será baseada toda a análise dos achados da pesquisa. No quarto capítulo são descritos os métodos e os caminhos utilizados para a realização deste estudo e, no quinto, são apresentados os resultados e suas análises decorrentes.

Com a presente dissertação, pretende-se subsidiar o fortalecimento das experiências criativas e satisfatórias e ainda por outro modo, promover

transformações das situações que levam à insatisfação dos usuários indígenas da região.

1.1 COLONIZAÇÃO, OCUPAÇÃO E SITUAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS EM MATO GROSSO

Nos séculos XV e XVI, Portugal e Espanha se aventuraram nas águas do “mar tenebroso”¹ em busca de novas rotas e riquezas para suas coroas. Após algumas experiências marítimas, em 1492, a serviço da Espanha, Cristóvão Colombo aportou em terras americanas e descobriu as potenciais riquezas desse mundo novo. A partir de então, deu-se início a uma disputa luso-espanhola por essas terras.

Evitando-se uma possível guerra entre essas duas potências marítimas, em 1494 as recém-descobertas terras americanas foram divididas em duas partes: a Portugal coube a posse das terras que se situavam até 360 léguas das Ilhas de Cabo Verde e, à Espanha, o Oeste desse limite (Figura 1).

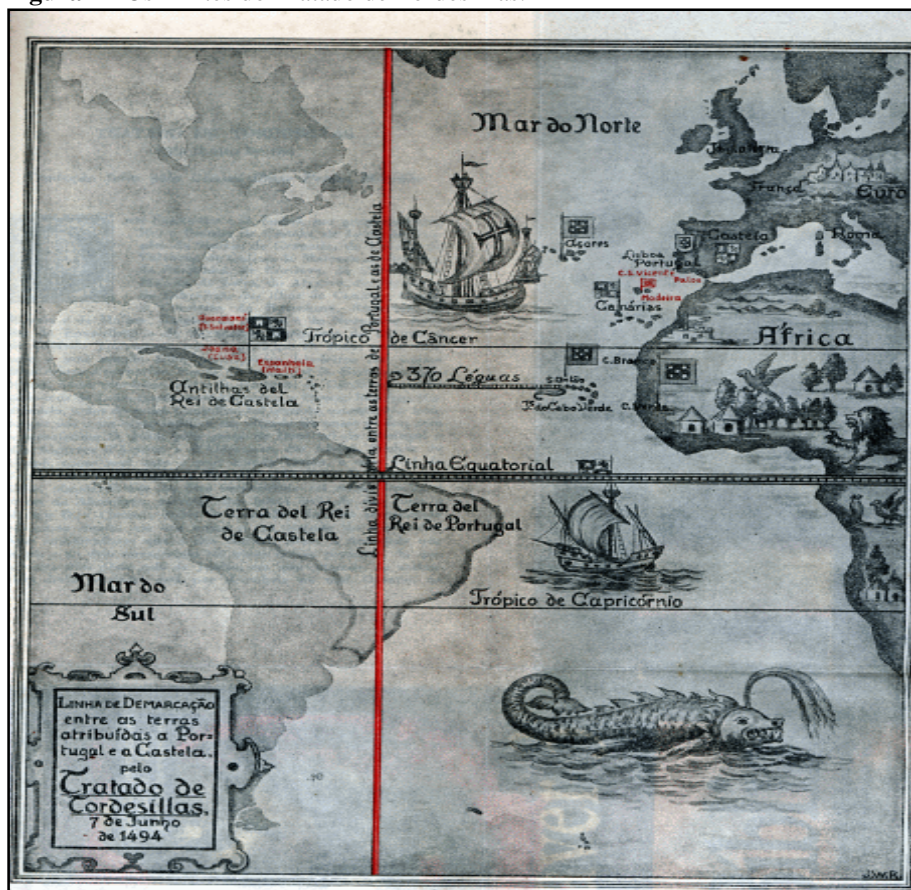
Dessa forma, as terras brasileiras “descobertas” em 1500 por Portugal eram territorialmente divididas, e o espaço que, futuramente, constituiria o Estado de Mato Grosso pertencia então ao governo espanhol.

As terras brasileiras, por muito tempo, representaram para o governo de Portugal uma fonte rica em recursos naturais, a serem explorados em nome do fortalecimento econômico lusitano. Deslumbrado com a diversidade e fertilidade do nosso solo litorâneo, Portugal, por muito tempo, não se aventurou para desbravar outras terras que não estas, e o governo Espanhol, por sua vez, tinha a atenção voltada para a exploração do extremo ocidente do continente americano, onde encontrou prata, metal precioso e de valor relevante na Europa. Certamente os desbravadores espanhóis adentraram-se pelos territórios mato-grossenses; porém, a

¹ Mar Tenebroso era a forma como os navegantes dos séculos XV e XVI se referiam ao atual Oceano Atlântico.

presença maciça do contingente indígena, habitante deste território, pode ter dificultado a fixação castelhana na região (VOLPATO, 1987).

Figura 1 - Os limites do Tratado de Tordesilhas.



Fonte: IGEO, 2009.

A colonização efetiva do Brasil somente se intensificou com a implantação da monocultura exportadora da cana-de-açúcar no Nordeste. A instalação das lavouras e engenhos dessa planta possibilitou o povoamento no litoral, principalmente onde o solo era mais fértil. A região sul da nova colônia era dotada de solos menos férteis, o que impediu a adaptação de sua produção para o mercado externo e, por consequência, dificultou a importação de mão-de-obra escrava africana para sua operacionalização, provocando a utilização do indígena para realizar esse trabalho (VOLPATO, 1987).

A agricultura da região de São Vicente, baseada na utilização da mão-de-obra indígena, obrigou os habitantes dessa terra a adentrar nos sertões em busca de índios para captura e venda, dando origem à invasão do interior do Brasil (VOLPATO, 1987).

O interesse vicentino também se voltava para o descobrimento de metais e pedras preciosas. Os bandeirantes, estimulados pelo governo português, que enfrentava uma crise política e econômica desde a Restauração², invadiram a região central em busca de riquezas; em decorrência disto, após um século de constantes invasões, Portugal já havia conseguido ocupar quase o mesmo território que hoje compõe o Brasil (VOLPATO, 1987).

Os primeiros achados de ouro na nova colônia se deram na região das Minas Gerais no século XVII, e, em 1719, foi descoberto ouro em terras mato-grossenses. A bandeira de Antônio Pires de Campos, em busca de índios pelo interior do Brasil, localizou grande quantidade de índios Coxiponés à margem do rio Coxipó-Mirim, e, em busca desses índios, integrantes da bandeira de Pascoal Moreira Cabral, após confrontos violentos com os nativos, descobriram pepitas de ouro nas margens do rio do Arraial de São Gonçalo Velho. Os relatos dos bandeirantes a respeito dos habitantes da região recém-descoberta caracterizavam os índios como um povo guerreiro, valente e senhor de muitas armas (VOLPATO, 1987).

A notícia da descoberta de minas de ouro na região central da colônia trouxe intensa imigração às minas do Coxipó. O ouro encontrado aqui, diferentemente do que ocorria em Minas, era de aluvião, denominação dada por ser encontrado na superfície. Sem necessidade de técnicas rebuscadas para sua extração, essas minas eram exauridas rapidamente, o que ensejava a busca por outros locais que fossem fonte de pedras preciosas na região. Achado ouro às margens do rio Mutuca, houve a criação de outro arraial, Arraial da Forquilha, mas, em 1721, foi encontrado ouro em um afluente do rio Cuiabá, o córrego da Prainha, o que provocou o deslocamento do povoamento e da atividade de mineração para este local, dando início ao vilarejo de Vila Real do Senhor Bom Jesus de Cuiabá. Na realidade, a elevação a caráter de vila só se deu com a chegada do Capitão General Rodrigo César de Menezes ao arraial. Rodrigo de Menezes trouxe consigo tropas, funcionários, comerciantes, padres, mineradores e aventureiros, mas também impôs tarifas fiscais exageradas, o que causou muito tormento à população.

² Após a morte de D. Enrique em 1580, sem nenhum representante direto, a Coroa Portuguesa foi reclamada por D. Filipe II, da Espanha, para seu neto D. Manuel I. A Restauração é o nome dado ao movimento de restabelecimento da soberania do estado português em 1640, após abusos da Coroa Espanhola.

Com o interesse voltado quase que exclusivamente para a extração do ouro, a população da Vila de Bom Jesus de Cuiabá não tinha interesse em estabelecer a agricultura e pecuária para a sua subsistência. Assim, a vila era abastecida semestralmente pelas denominadas monções³, que traziam materiais de primeira necessidade, tais como alimentos, roupas, bebidas, ferramentas, produtos vindos, em sua maioria, da capitania de São Paulo, à qual pertencia (VOLPATO, 1987).

O trajeto das monções era muito dificultoso e só se tornava possível pela utilização do conhecimento dos indígenas para a travessia dos sertões. Apesar de receberem o auxílio de alguns indígenas, as monções sofriam ataques de alguns grupos, especialmente dos Paiaguá, que resistiam bravamente ao processo de invasão da Coroa. Estes ataques eram intensos e acabavam por destruir monções quase que inteiras. Em um episódio de conflito que resultou na morte do Ouvidor de Minas, a Coroa Portuguesa montou bandeiras e expedições que objetivavam o extermínio dos Paiaguá (VOLPATO, 1987).

As notícias da existência das novas minas provocaram o deslocamento populacional e o enriquecimento de outras regiões da colônia, intensificando a ação extrativista; no entanto, com o declínio do potencial de mineração na região de Cuiabá, os habitantes abandonaram a vila em busca de novas jazidas em regiões ainda não exploradas, encontrando outras fontes de ouro, entre elas, minas de Mato Grosso, localizadas às margens do rio Guaporé.

O declínio das atividades extrativistas e a busca constante por outras jazidas fizeram com que Portugal expandisse seus domínios para além do tratado de Tordesilhas. Iniciou-se então uma negociação diplomática lusitana para a legitimação da conquista de terras espanholas, o que culminou no Tratado de Madri, assinado em 1750, dando a posse a Portugal das terras mato-grossenses que, por Tordesilhas, pertenciam à Espanha. Concomitantemente à assinatura do tratado, Portugal tomava providências para criar um braço colonial nas terras conquistadas em um século de devastação dos sertões, e, em 1748, foi criada a capitania de Mato Grosso, num momento de franca decadência das minas de Cuiabá e Mato Grosso.

³ Monções é o nome dado ao sistema abastecedor fluvial dos aglomerados populacionais formados no interior da colônia.

A vida dos soldados, funcionários, mineradores, comerciantes, lavradores, criadores e escravos, na capitania mato-grossense, não era nada fácil. Com as alternâncias da atividade mineradora, sem a implantação da agricultura e pecuária para sua subsistência, com o abastecimento de gêneros de primeira necessidade de forma escassa, com as pestes que assolavam a população, com os inúmeros ataques dos indígenas nativos e pelo fato de viver em uma região de fronteira, fazia-se pairar, na região, um clima permanente de insegurança social (VOLPATO, 1987).

Apesar de não se caracterizar como principal área de conflito entre espanhóis e portugueses, a capitania de Mato Grosso era uma importante área de disputas, visto que continha jazidas e preservava o interior da colônia. Era de muito interesse da colônia espanhola o avanço para leste de seus limites, e a implantação do governo lusitano deixou a região tensa, causando, por inúmeras vezes, confronto bélico na região até o fim do período colonial. Sem o mesmo aparelhamento dado à região sul da colônia, recaiu sobre os habitantes da nova capitania o ônus, com recursos próprios ou em decorrência da pesada arrecadação, da preservação do domínio do limite português (VOLPATO, 1987).

Além da disputa luso-espanhola, o confronto com os nativos, que, bravamente, resistiam à invasão e à dominação, era uma situação permanente entre os habitantes da capitania. Muitos convocados a defender a coroa nessa região de fronteira negavam-se a tal feito, assombrados pela possibilidade de ver suas casas, fazendas, famílias, serem saqueadas na sua ausência, bem como pelo medo do extermínio de suas missões. Em muitos desses enfrentamentos, os portugueses fracassaram, mas, uma vez obtendo êxito, os indígenas eram escravizados, serviam de infantaria para o conflito de fronteira e de instrumento para a conquista de novas terras. Devido aos confrontos, várias etnias foram exterminadas, mas, como única alternativa de sobrevivência, muitos se renderam aos invasores ou se embrenharam pelo sertão (VOLPATO, 1987).

Na época da criação da Capitania de Mato Grosso, Vila Bela da Santíssima Trindade foi escolhida como capital, devido à sua posição estratégica para a defesa do território português. Nesse período, vários capitães-gerais administraram Mato Grosso, com a finalidade de cumprir as ordens da Coroa Portuguesa, no sentido de efetivar os limites estabelecidos no Tratado de Madri, mas também conquistar novos

espaços sob o domínio da Espanha. Entre essas novas conquistas, pode-se destacar a construção do Forte de Coimbra, à margem direita do rio Paraguai, em 1775.

Em 1808, com a vinda da família real portuguesa, o Brasil passou de colônia para Reino Unido de Portugal e Algarves, e as decisões relativas às províncias, antigas capitanias, passaram a ser tomadas diretamente pela corte no Rio de Janeiro. Em janeiro de 1823, Cuiabá recebeu a notícia da independência do Brasil e da proclamação de Dom Pedro I como imperador. Durante esse período, a capitania de Mato Grosso sofreu momentos difíceis na economia e política, devido à disputa pelo poder da região entre Vila Bela da Santíssima Trindade e Cuiabá. Após ser deposto o último capitão-general da capitania, em face de sua impopularidade, as duas regiões formaram juntas governativas, que administraram de forma dual a região, até que o governo imperial decretou um governo provisório e extinguiu essas juntas.

No período imperial, com a decadência da mineração, a vida nas províncias se tornou ainda mais difícil. As monções, criadas ainda no período colonial, frente à decadência mineira, foram desativadas parcialmente e substituídas pelo movimento de tropas terrestres. Esta nova via de comunicação com o litoral era muito dificultosa e onerava ainda mais o preço dos produtos trazidos. Os altos preços das mercadorias, frente à escassez do ouro, conferiram grandes dívidas aos habitantes locais. Isto tudo, somado ao quadro de insuficiência de comida e medicamentos, além dos conflitos, tornava a região de Mato Grosso muito pobre (VOLPATO, 1987).

Ainda no século XIX, após a guerra do Paraguai, com a liberação da navegação pelo rio Paraguai, Mato Grosso se beneficiou com a criação de um trajeto via Argentina e Uruguai, litoral brasileiro e Europa. Com a liberação desta nova rota, foram trazidas para a região mercadorias, chegaram novos moradores, criaram-se novas possibilidades e, principalmente, abriu-se Mato Grosso para o capital internacional e para o grande comércio (SIQUEIRA, 2002).

Os materiais que chegavam a Mato Grosso vindos da Europa incluíam desde produtos alimentícios até ferramentas e máquinas a vapor. Daqui, entretanto, os produtos saíam para o exterior em estado bruto; entre eles, podem-se destacar: erva-mate, poaia, látex manufaturado e produtos de origem animal (couros, cascos, pena de aves etc.). Esse movimento trazido pela abertura da navegação pelo rio Paraguai redefiniu a economia mato-grossense, atraiu o capital internacional e trouxe vários

imigrantes à região, que aqui resolveram morar e investir no seu enriquecimento (SIQUEIRA, 2002). As atividades de extração e processamento desses produtos de grande interesse no mercado europeu foram baseadas, em sua maioria, na exploração de mão-de-obra escrava, inclusive indígena.

Além do comércio, com a permissão de navegação pelo rio Paraguai, houve a possibilidade de a modernidade chegar a Mato Grosso: luz elétrica, encanamento de água, telégrafo, entre outros, eram os benefícios que a região experimentava.

A intenção de ligar o país por meio do telégrafo nasceu em 1880, quando Dom Pedro II projetou a construção de uma linha telegráfica, que, partindo de São Paulo, passasse por Minas Gerais e Goiás e atingisse Cuiabá. O nomeado para implantar a rede telegráfica em Mato Grosso foi Cândido Mariano da Silva Rondon, que, entre o período de 1900 e 1906, ergueu dezessete linhas telegráficas. Posteriormente, Rondon foi nomeado para implantar a linha telegráfica de Mato Grosso ao Amazonas (SIQUEIRA, 2002).

Ciente da impossibilidade do trabalhador não indígena se adequar às situações inóspitas do interior de Mato Grosso, Rondon utilizou mão-de-obra indígena para abrir matas, estradas e instalar a rede telegráfica. O contato de Rondon com a população indígena, para possibilitar que isto ocorresse, foi longo e objetivava a integração social dos indígenas. Eram oferecidos aos índios presentes, tais como ferramentas e armas, com a finalidade de aproximação, e para a “pacificação” dos indígenas era exigida a aprendizagem de escrita, leitura e do hino nacional, além da adoração da bandeira brasileira pelos índios (SIQUEIRA, 2002).

As etnias Bororo, Bakairi e Paresi participaram dos trabalhos de Rondon, sendo que esta última serviu de guia na travessia até o Amazonas. A participação indígena na construção da linha telegráfica provocou inúmeras mudanças nos hábitos desses grupos, e, uma vez desativado o telégrafo, iniciava-se outro drama a ser vivido pela população indígena regional. Os não indígenas que migravam pelas terras abertas por Rondon tomaram as terras indígenas, escravizaram sua mão-de-obra, assassinaram moradores de aldeias inteiras, e os remanescentes não obtiveram mais o reconhecimento por seus pares. Muitos passaram a perambular pelas estradas, ingerir altas doses de álcool, e as mulheres se entregaram à prostituição (SIQUEIRA, 2002).

Outra ação que teve grande impacto sobre as etnias indígenas de Mato Grosso foi o movimento de ocupação e colonização do estado, incentivado pelo governo federal no século XX. O primeiro deles foi fomentado pelo governo de Getúlio Vargas a partir de 1937 e ficou conhecido como Marcha para o Oeste. Este movimento tinha por finalidade promover o povoamento dos “espaços vazios” e a integração política do país.

Segundo SIQUEIRA (2002), receoso em relação à possível invasão alemã na Segunda Guerra, Getúlio quis explorar o Centro-Oeste e a Amazônia, para que se tornassem locais para possíveis migrações dos governantes e seus assessores no caso de uma invasão. Com o intuito de adentrar o Brasil, foi criada a Expedição Roncador-Xingu, e, nela ingressaram os irmãos Villas Boas, para promover o contato e integração com a população indígena desses territórios.

Em 1943 foi criada a Fundação Brasil Central, que tinha como finalidade promover, não só a exploração das terras, mas também condições para que migrantes adentrassem e povoassem a região. A Fundação abriu estradas, construiu pontes, fez o abastecimento de água, construiu acampamentos, e, com isso, em 1954, vários empresários foram atraídos para o estado, a fim de comprar terras a preços infinitamente menores se comparados aos de outras regiões do país (SIQUEIRA, 2002).

A venda de terras mato-grossenses se intensificou a partir do incremento à industrialização do país no governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960). Com a finalidade de escoar as possíveis produções, foram abertas rodovias no estado, como a Belém-Brasília, e, para atender às indústrias que se estabeleceram no sudeste, foram abertas tantas outras. Nesse momento da história, houve um aumento de 75% da população no estado, vinda principalmente do Sul e Sudeste, e a efetivação de inúmeras irregularidades e abusos na regulamentação dos limites das terras adquiridas. Muitos empresários de várias partes do país investiram em agricultura e pecuária de forma extensiva, mudando profundamente a organização territorial do Estado de Mato Grosso (SIQUEIRA, 2002).

Em 1970 foi lançado pelo governo federal o Programa de Integração Nacional (PIN), que visava à ocupação da Amazônia Legal, mais especificamente das terras

que margeavam as principais rodovias já criadas: a Cuiabá-Santarém e a Transamazônica.

Em 1971 foi criado o Programa de Desenvolvimento do Centro-Oeste (PRODOESTE) e, em 1974, o II PIN, que possibilitaram a construção de mais quatro rodovias federais no estado. A abertura dessas estradas atraiu ainda mais investimentos para a região, onde foram mantidos empreendimentos na área de agricultura e pecuária. Assim, várias pessoas vieram para cá buscando enriquecimento, e novos municípios surgiram no estado a partir de então (SIQUEIRA, 2002).

O processo de integração nacional e o de colonização, coordenados pelo governo federal em parceria com a iniciativa privada, trouxeram várias consequências para as pessoas que aqui moravam. Tratadas como “espaços vazios” pelos que aqui chegavam, as terras de índios e pequenos produtores foram invadidas, e eles foram expulsos, vindo a constituir um quadro de exclusão no futuro (SIQUEIRA, 2002).

Algumas etnias foram contactadas, e as mudanças territoriais e econômicas trazidas pelo processo de ocupação do território mato-grossense provocaram a quase dizimação dessas populações. Suas terras foram cortadas por rodovias, outras se viram ilhadas por produções agrícolas, outras tantas, mesmo frente a sua infrutífera resistência, foram retiradas de seu habitat original, causando quadros de muita doença, fome, morte de etnias inteiras, abortos e suicídios. Os indígenas que sobreviveram a este processo foram encaminhados ao Parque Indígena do Xingu, área criada para convivência das etnias regionais (SIQUEIRA, 2002).

SIQUEIRA (2002) cita o caso dos Kreen-akaróre, que foram transferidos para o Parque Indígena do Xingu, para que se evitassem maiores danos em decorrência da passagem da BR-163 por suas terras, mas, mesmo assim, sua população foi reduzida de 1500 indígenas no primeiro contato para apenas 89 sobreviventes.

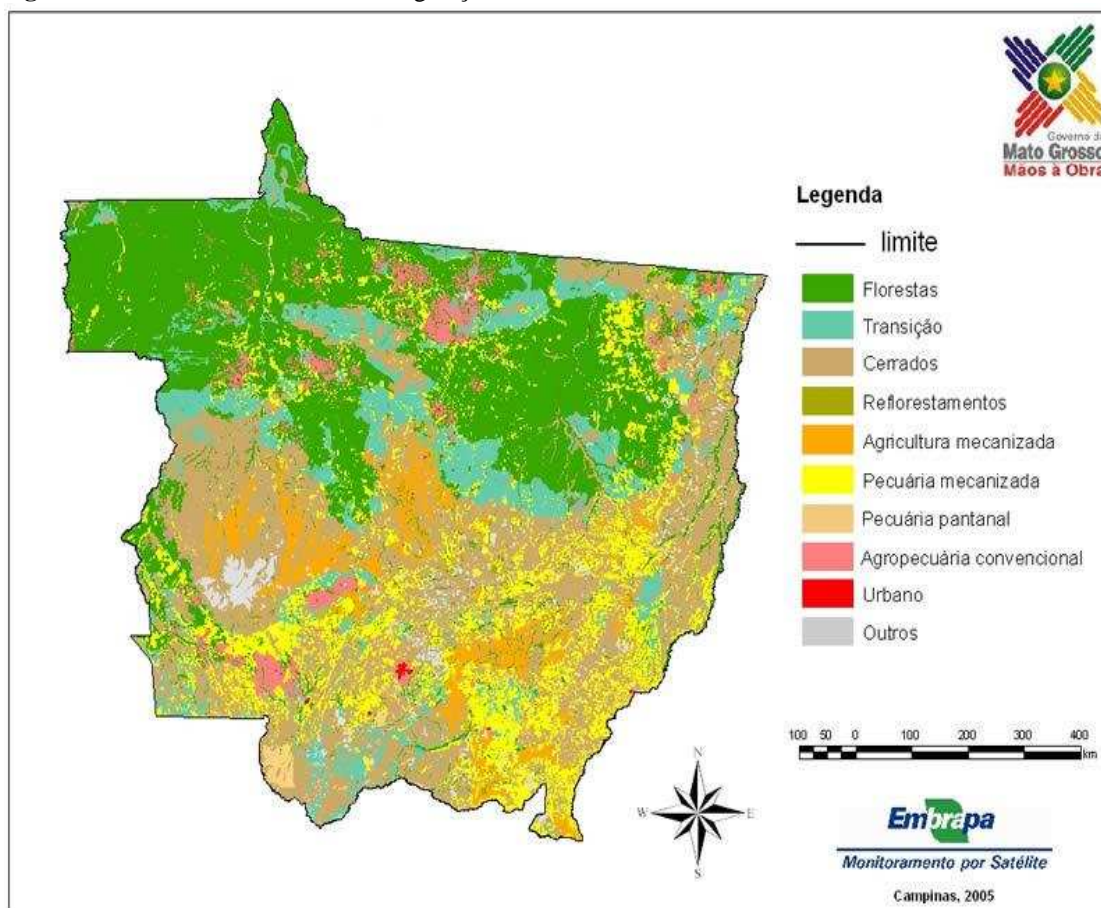
Os não-indígenas sem renda, que habitavam os espaços ditos vazios, diante da impossibilidade da compra das áreas mesmo a preços irrisórios, viram suas terras serem compradas por investidores de outros estados. Alguns vieram a trabalhar nessas terras, outros, delas se apossaram, que, mesmo compradas, eram

improdutivas. À medida que outros compradores adquiriam estas terras, os trabalhadores e posseiros foram expulsos, dando início ao Movimento dos Sem-Terra na região, que ainda reivindica a efetivação do Plano Nacional de Reforma Agrária (SIQUEIRA, 2002).

Nas décadas de 1980 e 1990, as extensas terras planas do solo mato-grossense fizeram com que a pecuária extensiva fosse gradativamente substituída pela agricultura mecanizada, levando ao aumento da produção de monoculturas de grãos no estado.

No século XXI, a economia do Estado de Mato Grosso se baseia na agricultura extensiva de alimentos básicos, principalmente na produção de algodão, milho e soja, e na pecuária extensiva de corte e leite (Figura 2). Estes produtos servem de matéria-prima para a agroindústria; outras vezes, seu destino é a exportação, como é caso dos grãos, do algodão e da carne (SEPLAN, 2008).

Figura 2 - Estado de Mato Grosso, Vegetação e Uso de suas Terras, 1999.



Fonte: EMBRAPA, 2003.

Em relação à sua extensão territorial, o Estado de Mato Grosso possui uma área de 903.357,908 km², representando 10% do território nacional, com 141 municípios.

A sua população foi estimada em 2.854.642 habitantes, o que corresponde a 1,53% da população do país. A população mato-grossense é principalmente urbana (83,28%), com predominância de pardos (56%); e os índios, habitantes primeiros da região, representam somente 0,73% (IBGE, 2007).

O IDH do estado, em 2000, foi o 9º do país, não ficando nenhum de seus municípios classificado com índice baixo. Sorriso e a capital, Cuiabá, tiveram os maiores IDH do estado, 0,824 e 0,821, respectivamente, superiores à média dos estados do Sul e Sudeste para o período. Há, porém, entre os índices mais baixos do estado, médias que se comparam com a região Nordeste (SEPLAN, 2008), indicando forte desigualdade social na região.

Com relação à saúde, a mortalidade infantil como indicador das condições da saúde no estado mostra que esta vem melhorando com o passar dos anos, decaindo, e atualmente se apresenta como baixa (17,5/1000 nascidos vivos). Decompondo-se este mesmo indicador, devido à maior expressividade entre os primeiros dias de nascidos, há indícios de necessidade de melhoria na qualidade dos serviços de assistência.

Em relação à infraestrutura da saúde, dos 172 hospitais existentes em 2007, 114 eram privados e 57 do poder público. Este forte aporte do setor privado na saúde, associado às longas distâncias e dificuldades de acesso dos povoados aos grandes centros de referência, e ainda aliado às precárias condições socioeconômicas da maioria da população, é indício das dificuldades para implementação dos princípios organizativos do SUS na região. Esta configuração da saúde regional acaba permitindo que uma pequena parcela de “privilegiados” tenha acesso a serviços de saúde, “enquanto se mantém a grande maioria da população à mercê dos serviços públicos de saúde, via de regra de baixa qualidade, ainda que ofertados gratuitamente” (SEPLAN, 2008, p. 21).

Esses dados de insuficiência da saúde estadual, quando acrescentados às questões referentes aos indígenas da região, tendem a agravar o quadro: constantemente a média nacional denuncia as condições precárias de vida desta

população, acuada pelo agronegócio, os descasos em relação à assistência e cuidado à saúde e as mortes decorrentes desse processo.

Segundo O Globo (2009), há casos de desnutrição, alcoolismo e suicídios, e, entre os problemas enfrentados pelos indígenas, estão a falta de médicos nas aldeias e nos postos de saúde, falta de medicamentos e transporte para doentes e, inclusive, para as equipes médicas.

Em relação à disputa histórica pela terra entre índios e não-índios, essa ainda é latente no estado. Em 2007 foi aberta uma investigação para apurar os constrangimentos sofridos por integrantes de duas organizações não-governamentais (ONGs), jornalistas franceses, funcionários da FUNAI e índios da etnia Enawene Nawe. O grupo de pessoas foi ao Município de Juína, região noroeste do estado, a fim de registrar a redução dos índices de desmatamento divulgados pelo Sistema de Alerta de Desmatamento. Segundo relatos constantes da investigação, eles foram ameaçados por autoridades locais, fazendeiros e madeireiros da região e obrigados a deixar a cidade.

Na região há um conflito em relação à demarcação territorial da área indígena dos Enawene Nawe: os índios pleiteiam a reintegração de uma terra (742.000 hectares) que faz parte da Bacia do Rio Preto, de grande importância para rituais místicos da etnia e também é alvo de grandes desmatamentos. Além desse fato, estão em investigação as ameaças que os índios vêm sofrendo na região (FERRI, 2007).

Em janeiro de 2009, houve a morte de uma liderança indígena Paresi na região de Nova Marilândia, município do estado. A FUNAI afirma que o crime ocorreu em razão da disputa de terra. Em 1992, a aldeia foi palco de conflito entre os índios e o fazendeiro acusado, então proprietário das terras, mas, até hoje, a área não foi demarcada (BORTOLI, 2009).

Como se vê, os conflitos decorrentes de interesses econômicos, que construíram a história de Mato Grosso, ainda se fazem presentes no estado. Os efeitos destes pontos de tensão podem surtir consequências em todas as zonas de confluência das diversas culturas, inclusive no setor da saúde.

1.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA: ANTECEDENTES E PERSPECTIVAS ATUAIS

No Brasil de 1500, estimativas apontam que a população indígena existente em território nacional representava entre um e dez milhões de pessoas; porém, as expedições colonizadoras, a ocorrência das epidemias de doenças infecciosas trazidas pelo contato interétnico, a mudança do modo de vida tradicional, a escravidão e as lutas pela posse de terra, foram fatores que levaram à quase dizimação da população indígena.

Somente após quatro séculos de contato e de toda tragédia decorrente desse processo, foi inaugurado, em 1910, o indigenismo no Brasil, com a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), uma forma de enfrentamento da situação problemática sofrida por essa população. Os serviços de assistência dessa recém-formada instituição eram, no entanto, desorganizados, esporádicos, com fortes características de pacificação e da prática de ações de cunho emergencial. Denúncias de corrupção, utilização do trabalho indígena e o não-controle das doenças que dizimavam a população indígena no país culminaram na extinção do SPI e na criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) em 1967. Esta nova organização indigenista destinava a maior parte dos recursos orçamentários à porção administrativa, e isto refletiu diretamente na organização de seus serviços (GARNELO, 2004).

Na atenção à saúde organizada pela FUNAI, as Equipes Volantes de Saúde (EVS) realizavam atendimentos médicos e vacinação de forma esporádica. Devido a dificuldades estruturais e financeiras, não prestavam atendimento em aldeias e passaram a atender fixamente nas sedes administrativas dos centros urbanos regionais da Instituição, levando grandes prejuízos à saúde da população indígena.

Na década de 80 ocorreu uma efervescência de discussões sobre a saúde no Brasil, à qual se deu o nome de Movimento Sanitário. Este movimento buscava a redemocratização da saúde, a responsabilização da gestão e a execução das ações de

saúde pelo Estado, além de pleitear a mudança da forma como eram organizados os serviços de saúde no país e, por conseguinte, o quadro epidemiológico vigente.

Influenciada pelas discussões mundiais sobre saúde, foi realizada, no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual se afirmou o conceito ampliado de saúde (como resultante de condicionantes sociais, políticas e econômicas) e se lançou um projeto de reforma sanitária, além de se defender a elaboração de um sistema único de saúde.

Saúde é resultante das condições de alimentação, educação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado da organização social da produção, os quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p.4)

Por deliberação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, foram realizadas a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986) e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993), com o intuito de debater sobre a saúde indígena, mas somente na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas foi recomendado o modelo diferenciado de atenção à saúde dos povos indígenas, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais (ATHIAS e MACHADO, 2001).

A criação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas foi proposta como forma de garantir o direito universal e integral à saúde, de acordo com as necessidades percebidas pelas comunidades, envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Influenciada pelas discussões da VIII Conferência, a Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, elenca os princípios em que o Sistema Único de Saúde deve pautar-se para a organização e execução das suas competências e reconhece o respeito às organizações socioculturais dos povos indígenas, estabelecendo a competência da União para legislar e tratar da questão.

A Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), que traz as diretrizes para operacionalização do Sistema Único de Saúde, entre outras determinações,

estabelece que o Ministério da Saúde terá o comando único da gestão das questões de saúde no território nacional e determina a descentralização da responsabilidade pela execução dos serviços aos municípios, com o estabelecimento do Ministério da Saúde como órgão responsável pela saúde no Brasil e do município pela execução das ações de saúde. A atuação da FUNAI em relação ao atendimento da saúde da população indígena é colocada em questionamento, porque o princípio da descentralização das ações para os municípios choca-se com a determinação constitucional da responsabilidade federal para tratar as questões indígenas (GARNELLO, 2004).

Assim, em 1991, por conta do Decreto Presidencial nº 23 (BRASIL, 1991), a gestão da saúde indígena foi transferida da FUNAI para o Ministério da Saúde. Criou-se, então, a Coordenação de Saúde do Índio, subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde, com a finalidade de implantar o novo modelo de atenção à saúde indígena.

Na década de 90, ao invés de ocorrer a consolidação do Sistema Único de Saúde recém-criado, surgiram dificuldades para a implantação do sistema, bem como de seus princípios. Os cortes crescentes no orçamento da saúde influenciaram diretamente na conformação do sistema de saúde recém-implantado: ações pontuais e fragmentadas de saúde, cortes no número de servidores públicos e aumento de compras de serviços de saúde do setor privado. Essas situações, geradas pela nova configuração do Estado, trouxeram dificuldade de concretização dos princípios do SUS para a maioria da população brasileira, inclusive refletindo no atendimento às questões indígenas (GARNELLO, 2004).

Em 1994 foi publicado o Decreto nº 1.141 (BRASIL, 1994), retornando a responsabilidade das atividades assistenciais de saúde para a FUNAI, porém essa retomada também não conseguiu atender às necessidades sanitárias indígenas.

Diante do impasse institucional e tentando tornar compatível o tratamento da questão indígena com o reconhecimento das especificidades étnicas, culturais e territoriais já reconhecidas pela Constituição Federal, a Lei nº 9.836 (BRASIL, 1999c) instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e estabeleceu que caberia à União, com seus próprios recursos, financiá-lo, mas que estados, municípios e

outras instituições governamentais deveriam atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Segundo essa Lei, o subsistema deveria ser organizado como o SUS, ou seja, de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, e teria como modelo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Deveriam ainda os indígenas ter acesso a todos os níveis de cuidado e o direito de participar do controle social, tanto no Conselho Nacional de Saúde como nos Conselhos Estaduais de Saúde.

O Decreto nº 3.156 (BRASIL, 1999) dispôs sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas pelo Ministério da Saúde, estabelecendo que este órgão formularia as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde indígena, devendo suas ações ser executadas pela FUNASA, e fixou o atendimento básico no âmbito das terras indígenas. Caberia à FUNAI acompanhar o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde nas ações e serviços destinados à atenção à saúde dos povos indígenas.

Pela Portaria nº 852 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999) foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), bem como os Conselhos Distritais e Locais de Saúde para o controle social. Esta lei ainda descreve que aos DSEI compete atuar como unidade de execução das ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio biopsicossocial, com o reconhecimento do valor e da complementaridade das práticas da medicina indígena, segundo as particularidades e o perfil epidemiológico de cada comunidade.

Nesse momento de criação do Subsistema de Saúde Indígena, os cortes orçamentários só aumentavam na área de saúde, refletindo na configuração atual do subsistema. A redução do quadro de recursos humanos da FUNASA e a proposta de extinção desse órgão, sugerida na IX Conferência Nacional da Saúde (CNS), dificultaram a implantação do subsistema (GARNELO, 2004).

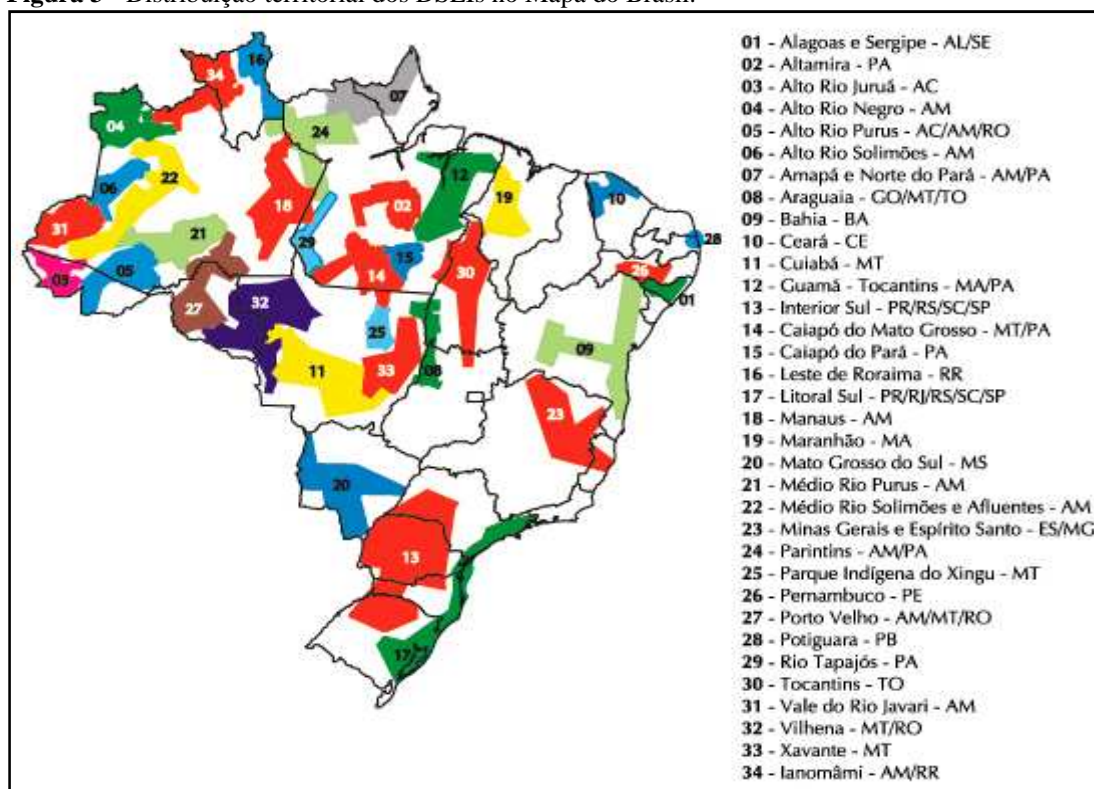
Quanto à extinção da FUNASA, VARGA (2007) aponta que, diante das reclamações das delegações dos Estados nordestinos e amazônicos, onde a FUNASA muitas vezes era o único serviço de saúde disponível para a população, a extinção foi substituída temporariamente por uma descentralização gradativa dos serviços de responsabilidade da FUNASA aos serviços municipais e estaduais de saúde. Essa descentralização gradativa foi recomendada na X CNS, em 1996.

Frente à constatação de que, a partir de 1993, essa descentralização não correspondeu às expectativas e propostas, o Ministério da Saúde determinou que as ações de vigilância epidemiológica e aquelas voltadas à saúde de comunidades indígenas seriam as únicas pelas quais a administração federal, por meio da FUNASA, continuaria tendo responsabilidade direta. As demais atribuições e recursos do órgão deveriam ser repassados às esferas estaduais e municipais (VARGA, 2007).

Com a estrutura reduzida e incapaz de assumir as ações que a ela foram designadas, a FUNASA utilizou, para a sua operacionalização, a estratégia da compra de serviços de organizações não governamentais, de entidades filantrópicas e de Secretarias Municipais de Saúde. Por meio de convênios e com base na terceirização dos serviços é que a FUNASA implantou seus Distritos Sanitários Especiais Indígenas (GARNELO, 2004).

São no total 34 DSEIs, distribuídos por todo território nacional, sendo seis localizados total ou parcialmente em Mato Grosso: Cuiabá, Kaiapó, Xavante, Parque Indígena do Xingu, Araguaia e Vilhena (Figura 03).

Figura 3 - Distribuição territorial dos DSEIs no Mapa do Brasil.



Fonte: FUNASA, 2003.

As diversas normatizações que visavam à organização do Subsistema de Saúde Indígena pressupõem a ação complementar entre FUNASA e estados e municípios para atenção aos povos indígenas. Para definição de como se dariam as ações interinstitucionais de referência à saúde, ainda em 1999 é publicada a Portaria GM nº 1.163 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999), que dispôs sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas.

Essa Portaria determinou que a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas se daria por intermédio da FUNASA, em estreita articulação com a Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas. Criou-se o Fator de Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas, destinado às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde e estabeleceu-se ainda o Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à população indígena, direcionado aos estabelecimentos hospitalares que considerassem as especificidades da assistência à saúde das populações indígenas e que oferecessem atendimento a elas em seu próprio território ou região de referência.

Somente em 2002 foi publicada a Política Nacional de Saúde Indígena (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a), que reafirmou os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como modelo de atenção em saúde para os povos indígenas. A PNSI foi elaborada no contexto da Política Nacional de Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo atender aos princípios de universalidade, integralidade, participação social, descentralização e, particularmente, o da equidade, para atender aos direitos da saúde indígena.

A principal atribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs, segundo a PNSI, é proporcionar ao usuário indígena ações de nível básico em saúde, seja de forma direta, com recursos humanos contratados pela própria instituição, seja de forma indireta, quando a execução das atividades é atribuída às organizações não-governamentais. Além disso, é de sua responsabilidade garantir o acesso do paciente indígena à rede hierarquizada de serviços no SUS, caso suas necessidades envolvam ações de média e/ou alta complexidade, as quais devem ser oferecidas de forma pactuada e integrada com estados e municípios, por meio do Plano Distrital de Saúde Indígena.

O sistema de referência e contrarreferência do Subsistema de Saúde Indígena determina, por meio do Plano Distrital de Saúde Indígena, as ações para garantia da universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde que devem ser pactuadas com os municípios, como parceiros complementares nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Nesse modelo, a atenção básica é de responsabilidade das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), formadas por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde (AIS) e saneamento (AISAN), e essas equipes devem ter como estrutura de apoio para as ações de saúde os Polos-base e as Casas de Saúde Indígena (CASAI). Os Polos-base são unidades de referência para atenção básica na comunidade indígena, nas quais as Equipes Multidisciplinares de Saúde atuam; já a CASAI funciona como estrutura de acolhimento, localizada em municípios de referência para os povos indígenas.

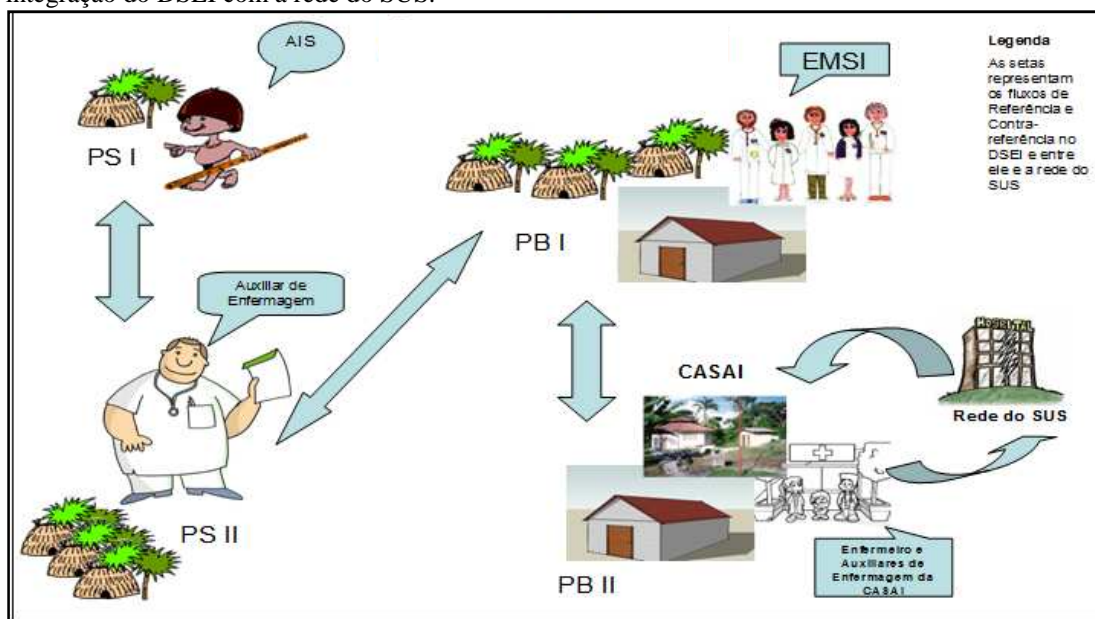
As Casas de Saúde Indígena não devem ter como finalidade ações médico-assistenciais e sim, a recepção e alojamento dos índios que necessitam de tratamento fora da aldeia. Fazem parte ainda das funções da CASAI: agendamento para serviços especializados na rede do SUS, acompanhamento às unidades da rede, principalmente dos indígenas que não falam a língua portuguesa, e a viabilização do retorno às aldeias pelos usuários (Figura 4).

A distritalização baseada no convênio com ONGs, frente a uma FUNASA incapaz de executar o papel de organização e acompanhamento dos convênios, somada à falta de autonomia administrativa e financeira dos DSEIs, às exigências burocráticas para o repasse do recurso dos convênios e sua consequente morosidade para repasse dos recursos, leva à descontinuidade do cuidado e debilidade do serviço prestado à maioria das populações indígenas no Brasil. Soma-se a isto a ausência de clareza nas normas para se estabelecer o acesso dessas populações aos serviços de referência de saúde, fazendo a articulação com as Secretarias de Saúde de forma frágil (GARNELO, 2004).

Ainda visando normatizar a questão, foi publicada a Portaria nº 70 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), que aprovou as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Com a finalidade de aprimorá-la, estabeleceu a necessidade de obtenção de resultados concretos e da correta aplicação dos

recursos de custeio do Subsistema de Saúde Indígena. Mais uma vez, porém, perdeu-se a oportunidade de definir claramente as vias e os critérios de pactuação, bem como as responsabilidades dos DSEIs com as referências municipais de saúde (GARNELO, 2004).

Figura 4 - Rede hierarquizada das unidades de referência e contrarreferência, responsáveis técnicos e integração do DSEI com a rede do SUS.



Fonte: Adaptado do Plano Distrital de Saúde Indígena/DSEI Cuiabá, 2005-2007, apud VARGAS, 2008.

Com a perspectiva de trazer maior controle nos repasses financeiros dos Incentivos de Atenção Básica estabelecidos em 1999 aos municípios e maior articulação entre as instâncias parceiras na execução da saúde indígena, foi publicada a Portaria nº 2.656 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), que dispôs sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas por parte do Ministério da Saúde e a regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.

O Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas e o Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena, criados pela Portaria nº 1.163 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999), passaram a ser denominados de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) e Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas - IAE-PI. Esses recursos, que servem para a oferta de consultas e procedimentos de

atenção básica, para atendimento equânime nos serviços, serão⁴ transferidos ao respectivo gestor municipal na modalidade fundo a fundo, mediante pactuação, e irão compor blocos de financiamento da atenção básica e da média e alta complexidade. Foi estabelecido ainda por esta portaria que os tetos para os repasses desses recursos ficam sob a responsabilidade da FUNASA e SAS, frente à pactuação com os gestores para a referência e contrarreferência dos povos indígenas, considerando as metas da Programação Pactuada Integrada, dando maior controle a esses repasses.

Em 2008, a instabilidade da gestão governamental frente às questões da saúde indígena no Brasil parece reproduzir a história de inúmeras transferências da responsabilidade pela saúde desses povos, visto que foi encaminhado para apreciação da Presidência da República o Projeto de Lei nº 3.958 (BRASIL, 2008), que, entre outras proposições, estabelece a criação de uma nova secretaria na estrutura do Ministério da Saúde: a Secretaria de Atenção Primária e Atenção à Saúde.

Se for sancionado o referido projeto de lei, será transferida a responsabilidade pela saúde indígena da FUNASA para essa nova secretaria, com o objetivo de superar as atribuições decorrentes da gestão baseada em convênios com municípios, estados e organizações não-governamentais, “atribuições essas que geram na sua execução grande volume de convênios para análise e acompanhamento, assim como o acúmulo de Tomadas de Contas Especiais referentes a obras não realizadas, inacabadas ou de qualidade inadequada” (BRASIL, 2008).

Tal projeto de lei gerou inúmeras dúvidas, preocupações e discussões por parte da população indígena, profissionais e gestores de saúde, e pelo próprio movimento indigenista, frente à possibilidade de municipalização da saúde indígena e os possíveis impactos causados por essa nova realidade.

Em junho de 2009 foi editado o Decreto nº 6.878 (BRASIL, 2009). De acordo com este novo instrumento normativo, os Distritos Sanitários (DSEIs) devem tornar-se unidades gestoras descentralizadas e caberá a eles coordenar, supervisionar e executar as atividades referentes ao Subsistema de Saúde Indígena.

⁴ Apesar de terem sido publicados em 2007, os incentivos trazidos pela Portaria 2.656 até o momento ainda não foram pactuados com a maioria dos municípios de referência para a população indígena. Dessa forma, os incentivos repassados aos municípios estão sobre a vigência da Portaria 1163/99, o que nos faz ter que utilizar as concordâncias verbais no futuro, quando fazemos referência aos o IAB-PI e do IAE-PI.

Devido ao processo de distritalização da saúde indígena ter sido baseado em convênios que acabam por executar as funções que seriam dos DSEIs, o Ministério da Saúde, em conjunto com a FUNASA, segundo o Decreto acima, deve promover ações que levem ao pleno funcionamento dessas unidades até dezembro de 2010; e às Coordenações Regionais caberá o apoio administrativo, até que os DSEIs possuam unidades próprias instaladas.

Como se observou, a implantação do Subsistema de Saúde Indígena se deu em um momento específico da história da saúde pública do Brasil, de reforma do Estado, o que vem a caracterizar a forma como esse subsistema hoje se apresenta. Já sua implantação se dá em um campo dinâmico, onde prevalece a instabilidade na gestão da saúde indígena, o que pode influenciar as interrelações das instituições que devem buscar a articulação para atenção integral a saúde desta população no país.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os fluxos entre os diferentes níveis de atenção à saúde dos Paresi no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, Mato Grosso.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os fluxos propostos pelo Plano Distrital de Saúde e pelo Plano Diretor Regionalizado/MT;
- Identificar os fluxos formalmente indicados aos Paresi, para acesso aos diferentes níveis de cuidado à saúde, tendo como ponto de partida a rede de atenção básica e os processos formais de agendamento;
- Identificar os fluxos reais realizados pelos Paresi, para acesso aos serviços de saúde;
- Verificar os achados sobre a experiência, tendo como referência os princípios doutrinários e organizacionais do SUS.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Estratégia e os Princípios do SUS são elementos centrais deste trabalho, razão pela qual são abordados com maior profundidade.

3.1 AS CINCO DEFINIÇÕES DE ESTRATÉGIA

Por organização entende-se a junção de duas ou mais pessoas que atuam em um determinado contexto de forma coordenada, a fim de atingir um objetivo. O SUS, como integrante da Política Nacional de Saúde, se organiza de modo a prover saúde à população brasileira; podendo ser caracterizado como um arranjo organizacional e, a exemplo das diversas organizações, este pode ser permeado pelas estratégias.

Há várias definições para estratégia, sem contudo, uma que seja única e universalmente aceita. Além dos significados a que o senso comum nos remete, relacionando estratégia com noções de enfrentamento de um inimigo ou concorrente, os conceitos de estratégia podem levar a questões mais profundas das organizações, como o meio de percepção e de ação coletiva (MINTZBERG, 2006).

MINTZBERG (2006) apresenta cinco definições para o termo estratégia: plano, pretexto, padrão, posição e como perspectiva.

A estratégia como plano é entendida como um “conjunto de diretrizes” para lidar com uma situação, para ditar como as situações devem desenrolar-se. Reflete a postura tradicional de planejamento e comumente é encarada como um conjunto de intenções que são criadas antecipadamente às ações e desenvolvidas de forma proposital e consciente: um líder central, apoiado por controles normativos, formula diretrizes para garantia de uma implementação precisa, em um ambiente benigno, estéril, incapaz de gerar surpresas. Esta definição está relacionada com a maneira

pela qual os líderes, baseados em pretensões organizacionais, estabelecem direções fixas para as suas organizações, através de ações pretendidas, ou seja, predeterminadas (MINTZBERG, 2006, p.24).

A estratégia enquanto plano pode ser caracterizada ainda como um meio elaborado para lidar com situações gerais, assim também para lidar com as situações específicas (MINTZBERG, 2006).

Quando a estratégia é elaborada para lidar com uma situação específica e essa é utilizada somente com a finalidade de manobrar um oponente, quando a estratégia não está na ação e sim, na manobra, ela é chamada de pretexto. A estratégia enquanto pretexto tira a característica estática do conceito enquanto plano, traz a noção de competição, de movimento e contramovimento para obtenção de vantagens ao campo da estratégia (MINTZBERG, 2006).

Assim como foi denominado o planejamento, ao resultado dele, ou seja, à “consistência da ação em si”, dá-se o nome de estratégia enquanto padrão ou estratégia realizada (MINTZBERG, 2006, p.24). Analisando a Figura 5, constata-se que esse tipo de estratégia pode surgir conforme um planejamento prévio (estratégia deliberada), como pode surgir por si só, sem obedecer a qualquer norma pré-determinada (estratégia emergente).

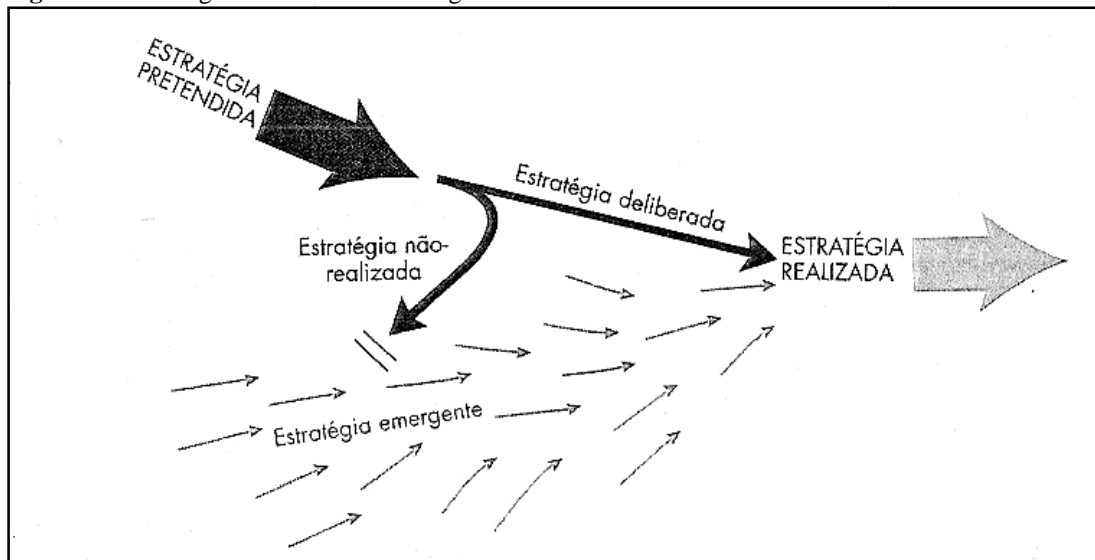
Para que uma ação ocorra exatamente como planejada é preciso que, antecipadamente, se consiga prever todas as possíveis situações, para que então os líderes possam declarar detalhadamente sobre ela. Considerando todas as possíveis interferências de um campo, essa vertente se torna utópica, tanto quanto pensar uma estratégia como eminentemente emergente, sem qualquer intenção (MINTZBERG, 2006).

A estratégia enquanto posição é designada como um meio por onde uma organização visa localizar-se no meio externo, de modo a evitar a competição e objetivar o êxito e a sustentabilidade. Esta definição insere a organização em um meio competitivo, no qual se lança mão de planos e ações, de modo a assegurar a sua sobrevivência (MINTZBERG, 2006).

A quinta definição, de estratégia enquanto perspectiva, relaciona-se com o conceito de organização, com o modo como esta organização vê o mundo. A perspectiva relaciona-se com a consciência coletiva de um grupo, como ela se forma

e mantém-se coesa por um pensamento ou comportamento afim (MINTZBERG, 2006).

Figura 5 - Estratégias deliberadas e emergentes.



Fonte: MINTZBERG, 2006.

A perspectiva de uma organização, provavelmente, surge pelas relações dela com o mundo, com o passar do tempo, quando então começa a relacionar-se com o meio que a cerca, e o resultado dessas relações a impregna de conceitos que vão determinar a forma como ela se porta. Assim, como um padrão pode definir uma perspectiva, uma posição também pode fazê-la; porém, definida a perspectiva de uma organização, dificilmente ela é alterada (MINTZBERG, 2006).

As experiências podem tornar-se tão arraigadas na mente coletiva de uma organização que ela, possivelmente, passará a imprimir ações mais baseadas nesses conceitos do que pelas designações de um plano. Tal qual a personalidade de uma pessoa, é muito difícil uma organização desviar de perspectiva mudando o plano e sua posição; mais fácil é a mudança de posição e plano dentro da mesma perspectiva (MINTZBERG, 2006).

Relacionando o conceito de estratégia com plano e padrão, MINTZBERG (2006) estabelece como as estratégias podem ser formadas. A primeira maneira se refere à formação de estratégia como processo deliberado, ou seja, quando o planejamento precede a ação, e estes se relacionam de forma dicotomizada. Outras ações, entretanto, surgem sem qualquer planejamento prévio. Assim, existem dois

processos de formação de estratégias: em um, a estratégia é formada e, em outro, ela se forma.

Como existem ações que surgem sem planejamento, há planejamento que não resulta em ações (estratégia não realizada), e este último é o resultado da forma como, na maioria das vezes, o processo de planejamento é realizado. Embora esteja relacionado ao planejamento mal concebido, a não efetivação do planejamento está relacionada, na maioria das vezes, ao distanciamento entre formulação e implementação (MINTZBERG, 2006).

Muitas organizações tentam separar o processo mental do processo manual da formulação da implementação e perdem, portanto, a importante ligação entre os dois processos. É na realização de uma atividade que se torna possível a apreensão das características reais de um contexto, e, assim, se pode adaptar uma estratégia bem sucedida (MINTZBERG, 2006).

Essa forma dicotomizada do processo de elaboração das estratégias é muito presente em organizações com visão organicistas, pois essas estabelecem uma racionalidade para o desenvolvimento de atividades fixa. As organizações burocráticas possuem vários entraves que impedem a incorporação da concepção de formação de estratégia como um aprendizado, visto haver nessas organizações instrumentos normativos altamente pré-definidos e inflexíveis, que impedem o raciocínio criativo de seus servidores. A cultura de punição das falhas e premiação dos acertos, de acordo com um padrão estabelecido por leis, não oportuniza o processo de aprendizagem (MORGAN, 2001).

Ao conceber as organizações em um ambiente dinâmico, é preciso questionar a postura tradicional de formação das estratégias e propor modificações nas organizações. Para um processo bem sucedido de formação, deve-se levar em consideração os objetivos atuais, os aprendizados acumulados no passado e a capacidade de se flexibilizar frente às situações que se apresentam (MINTZBERG, 2006).

MINTZBERG (2006) compara a atividade de um artesão ao comportamento bem sucedido de um gerente em uma organização. Ao iniciar o processo de formação de uma escultura de argila, o artesão tem a dimensão da estrutura que pretende formar. Para chegar ao resultado esperado, ele tem em mente as técnicas necessárias

para sua formação, mas é o seu envolvimento com os materiais disponíveis no ato da criação que caracteriza a sua atividade. Desencadeiam-se naquele momento raciocínios criativos, o que resulta em uma obra única, em experiências que contribuirão para a próxima criação.

Assim deve ser o processo de formação de estratégias em uma organização. Apesar de se elaborarem diretrizes para a operacionalização de uma atividade, não se deve cortar a conexão entre raciocínio e atividade na sua realização, devendo-se valorizar as atitudes criativas para moldar a estratégia, à medida que ela se implementa.

As atitudes criativas, geradas no processo de implementação sem que tivessem sido concebidas anteriormente, são chamadas de emergentes, e elas propõem o aprendizado ao traduzir as sinuosidades que o contexto real apresenta, e, quando adequadas aos princípios organizacionais, devem levar à mudança. De nada vale uma informação se ela não gera uma estratégia em resposta. Pensar a organização como algo estático e distanciar-se das respostas do seu dia-a-dia leva qualquer estratégia ao fracasso (MINTZBERG, 2006).

Levando-se então em consideração essa forma emergente de estratégia, os formuladores das estratégias devem deixar a sua posição isolada e distante da realidade para se reconfigurarem em uma postura coletiva, na qual os implementadores também devem ser os formuladores, à medida que estão em contato direto com a realidade e possuem experiência apreendida para tal (MINTZBERG, 2006).

Assim como conceber as estratégias puramente deliberadas prejudica o aprendizado, as estratégias emergentes, se não bem analisadas, podem propiciar o descontrole; por isso devem ser bem observadas até que seus efeitos se revelem, para que; somente assim sejam, incorporadas à organização e passem a ser deliberadas (MINTZBERG, 2006).

As estratégias melhor sucedidas não são eminentemente deliberadas nem inteiramente emergentes. Para que se tenha sucesso no processo de formulação de estratégias é necessário que se combine deliberação com flexibilidade e com a capacidade de aprendizado organizacional (MINTZBERG, 2006).

No campo da política de saúde pública no Brasil, cotidianamente surgem estratégias, tanto deliberadas quanto criativas, que visam à efetivação de diretrizes sobre as quais se pensa a sua implementação. A universalidade, a equidade e a integralidade são princípios doutrinários nos quais devem pautar-se todas as políticas elaboradas, as ações e os serviços por esse Sistema oferecidos; já a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social são princípios pelos quais devem eles se organizar. Nas próximas páginas serão destacados os de maior relevância para o presente estudo.

3.2 OS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS E ORGANIZATIVOS DO SUS

Serão considerados como princípios organizativos do SUS, a descentralização, a hierarquização, a regionalização e a participação social. Como princípios doutrinários, serão destacadas a universalidade, a equidade e a integralidade.

3.2.1 Descentralização

A descentralização pode apresentar vários significados, e o seu conceito está relacionado com as posições e o contexto em que o termo está sendo construído (SCATENA e TANAKA, 2001).

Segundo LOBO (2001), a descentralização pode apresentar-se em três vertentes: a primeira, criada pela necessidade de agilidade das ações do governo, faz nascer, na administração pública, empresas públicas, autarquias e sociedades de economia mista; a segunda, relativa às relações intergovernamentais, transfere aos

estados e municípios autonomia financeira, fiscal, administrativa e política; e a terceira forma de descentralização se refere à transferência, de forma exclusiva ou cooperada, de funções estatais para o setor privado, podendo também se caracterizar pela transferência a instituições civis (LOBO, 2001).

Para LOBO (2001), apesar da diversidade, a descentralização deve perseguir dois objetivos, independentemente da configuração que se apresenta: a democratização do estado e a justiça social; porém, para que se atinjam estes objetivos, a descentralização deve pautar-se em algumas diretrizes, quais sejam, flexibilidade, gradualismo, transparência no processo decisório e criação de mecanismos de controle social.

O princípio da flexibilidade fornece à descentralização a possibilidade de se respeitar a diversidade política, administrativa e social das realidades, permitindo um tratamento diferenciado em situações distintas. O gradualismo recobre a descentralização com características processuais, tornando-se impossível conceber esse conceito como algo “abrupto e repentino” (LOBO, 2001, p.9).

A transparência no processo decisório é destacada como uma condição de sucesso para a descentralização, à medida que permite a “adesão consciente e compromissada dos agentes a que ela se destina”, e a criação de mecanismos de controle social permite que possa haver uma ruptura com a estrutura “autoritária do Estado”, visto que abre um canal de comunicação entre este e a população (LOBO, 2001, p.9).

O processo de descentralização do SUS, caracterizado pelo fortalecimento municipal na prestação e organização da saúde à população, relaciona-se com a segunda vertente do termo de LOBO (2001) e tem sido encarado como alternativa para “melhor equacionamento” da prestação de serviço na área de educação e saúde (LOBO, 2001, p.7). Na saúde, a descentralização visa à construção de sistemas de saúde que atendam, local e adequadamente às demandas da população adstrita, desde que “ao invés de se caracterizarem como sistemas isolados e autônomos, sejam elementos e elos dinâmicos, que conformam um Sistema Nacional” (SCATENA e TANAKA, 2001, p.51).

VASCONCELOS e PACHE (2008) atribuem ao princípio da descentralização, com ênfase no processo de municipalização, a mudança mais

significativa no âmbito político e administrativo trazido com a implantação do SUS. Antes de sua implantação, ações e serviços planejados de forma centralizada trouxeram inúmeros prejuízos financeiros e assistenciais, fazendo com que as bases normativas do sistema de saúde recém-criado apontassem para a gestão municipal da política de saúde.

Ao invés de se promover o processo de descentralização de acordo com os princípios da literatura aqui descrita, para o setor público de saúde do Brasil, a partir da criação do SUS foram utilizadas para o processo de descentralização municipal normas gerais e pouco flexíveis: as Normas Operacionais Básicas (NOB) - NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96.

Editada no ano de 1991, ainda pelo INAMPS, no texto da NOB 01/91 pouco se evidenciam os princípios de descentralização, há somente uma preocupação com a regulamentação do financiamento do SUS e seus repasses aos estados e municípios, privilegiando ações assistenciais ambulatoriais e hospitalares (SCATENA e TANAKA, 2001).

A NOB 01/92, já editada pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, apresenta a mesma lógica de financiamento da anterior, dando privilégio às ações assistenciais.

A NOB 01/93 buscou normatizar, não somente o financiamento das ações e serviços do SUS, mas também regulamentar o processo de descentralização dessas atividades, estabelecendo as condições para descentralização do sistema, caracterizando, quanto a forma de gestão, os estados em parcial e semipleno, e os municípios em incipiente, parcial e semipleno.

Os entes federativos classificados como gestão semiplena detêm certa autonomia para pagamentos dos prestadores de serviços, podendo adequar melhor suas realidades na aplicação dos recursos. Outro avanço foi apontar que a descentralização deve ser um processo gradual, pactuado e flexível, visto que foram estabelecidas instâncias de negociação (Comissão Intergestora Bipartite – CIB; Comissão Intergestora Tripartite – CIT e Conselhos de Saúde).

Apesar de a Lei Orgânica da Saúde já ter destacado a responsabilidade sanitária municipal, somente na NOB 01/96 foi reafirmada a responsabilidade do município pela organização dos serviços de saúde de sua região ou em propiciar a

referência a outros. A partir desta NOB, mudou a forma de financiamento no SUS, passando a ser não mais por pagamento pela produção de serviços e sim, por transferências, fundo a fundo, do teto financeiro global no município, constituído por Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo; Piso de Atenção Básica (PAB) Variável; Fração Assistencial Especializada (FAE) e Remuneração de Internações Hospitalares.

Em relação às condições de gestão, que ainda determinam o grau de descentralização de muitos municípios brasileiros, foram criadas as seguintes para estados e municípios: Gestão Avançada do Sistema Estadual (GASE) e Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE); gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM).

Para garantir a gestão plena da atenção básica, o município deve se responsabilizar-se pela gestão e execução da assistência ambulatorial básica (procedimentos do PAB), pela gestão das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, pela gestão de todas as unidades básicas de saúde (públicas e privadas) vinculadas ao SUS, pela elaboração da programação pactuada e integrada, pela autorização das internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados, pelo controle e avaliação da assistência básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Para a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), além das atribuições anteriores, o município também deve responsabilizar-se pela gestão de todas as ações e serviços de saúde locais (ambulatoriais e hospitalares); controle, avaliação, auditoria e pagamento das ações e serviços de saúde no município; operação do Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares e administração da oferta de procedimentos de alta complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Como detalhado pelas NOBs, a responsabilidade por assegurar o acesso a todos os níveis da atenção era municipal, porém, frente à impossibilidade apresentada por muitos municípios brasileiros em ofertar os três níveis da atenção e a necessidade de racionalizar recursos, a partir da elaboração das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), abriu-se a possibilidade de organizar e pactuar os níveis da assistência pelas regiões de saúde.

A regionalização é um princípio do SUS que visa à organização mais racional e equânime das tecnologias assistenciais em um território, à medida que ele prevê a

integração das redes e das ações municipais, de modo a promover a continuidade do cuidado nos diversos níveis da atenção. A hierarquização prevê a organização dos serviços por esses níveis e estabelece fluxos assistenciais para o acesso (VASCONCELOS e PASCHE, 2008).

Visando dar continuidade ao processo de descentralização, bem como promover a regionalização no SUS, foi elaborada a NOAS 01/ 2001. Tentando apresentar alternativas aos problemas decorrentes desses processos, apresentados pela NOAS 01/2001, foi elaborada a NOAS 01/2002, que reforçou a responsabilidade municipal e habilitou os Municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM).

A NOAS 01/02 visou promover a regionalização hierarquizada, para garantir a equidade no acesso a todos os níveis de saúde no país. Para esse fim, o espaço estadual, por meio da Programação Pactuada Integrada (PPI)⁵ entre municípios e Plano Diretor de Regionalização (PDR)⁶, foi dividido em regiões de saúde, módulo assistencial, Município-polo e Município-sede de módulo assistencial.

Antes de partir para as definições trazidas pela NOAS, faz-se necessária a definição dos níveis de saúde presentes no SUS, já que a organização proposta por esse instrumento organiza e constrói fluxos no espaço de saúde, dentro da concepção dos níveis de atenção à saúde.

BECH (2002) classifica em três níveis a atenção à saúde: primário, secundário e terciário. No nível primário de saúde (que não se deve confundir com atenção primária⁷ em saúde), as equipes de saúde da família, constituídas por médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde, são responsáveis

⁵ PPI é o instrumento de programação mediado pelo gestor estadual, que explicita a responsabilidade de cada município, quer de forma direta, quer pela relação/encaminhamento intermunicipal, para garantia de acesso à assistência à saúde da população. É utilizado para reorganizar o modelo de gestão do SUS, para alocar recursos e explicitar a pactuação entre as esferas de governo.

⁶ O PDR é instrumento de ordenamento da regionalização de cada Estado; organiza o território estadual em redes hierarquizadas, estabelece fluxos de referência e contra-referência da assistência, de modo a garantir o acesso de forma equânime a toda população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

⁷ A estratégia de atenção primária surgiu no cenário mundial como uma alternativa de reorganização dos modelos assistenciais vigentes, objetivando a melhoria dos indicadores de saúde por meio de ações com enfoque na promoção da saúde e de ações contextualizadas, integrativas, que não se resumem ao biologismo do processo saúde-doença. Frente às reformas neoliberais e aos substantivos cortes orçamentários sofridos pelos sistemas de saúde no mundo; no Brasil, a estratégia da atenção primária se transforma em atenção básica, sendo comumente utilizada para se referir a um conjunto reducionista e mínimo de ações e serviços ofertados à população.

pela saúde de uma população adstrita; essa atividade também pode ser realizada nos postos de saúde, mas ambos devem resolver mais de 70% dos problemas de saúde da população. Nesse nível primário de saúde ainda estão organizadas as policlínicas, que constituem o primeiro nível de referência em saúde, no qual estão presentes também o médico internista, o pediatra, o cirurgião, o ginecologista e o obstetra.

No nível secundário estão os ambulatorios especializados e os hospitais gerais (BECH, 2002), e essas especificações apresentam concordância com as atividades de média complexidade trazidas pela NOAS 01/02.

A Atenção de Média Complexidade é definida pela NOAS 01/02 como um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, que visam atender aos principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, enquanto a atenção terciária abrange as ações e serviços de alto custo/complexidade para o Sistema Único de Saúde.

Retomando as definições trazidas pela NOAS, de modo a organizar os espaços de saúde, ficou caracterizado como região de saúde a base territorial de planejamento da atenção à saúde, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Uma região de saúde é composta por microrregiões, definidas como um território delimitado, que compreende vários municípios e um escritório regional, na qual haja contiguidade entre os municípios, devendo garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Para isso, a microrregião precisa que seus municípios atinjam cem por cento de cobertura em atenção básica e que tenham módulos assistenciais para garantir o primeiro nível de referência.

O módulo assistencial é definido pela NOAS 01/2002 como um módulo territorial capaz de ofertar, além dos serviços de atenção básica, os serviços do primeiro nível de referência para a sua população. É constituído por um ou mais municípios, dentre os quais há um Município-sede e outro módulo.

O Município-sede é um módulo assistencial que apresenta a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços do primeiro nível de referência, com suficiência para a sua população e para a população de outros municípios adstritos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b). O Município- módulo se caracteriza como um ente capaz de ofertar o primeiro nível de referência somente para a sua população.

Já o Município-Polo é o município que concentra maior complexidade nas suas ações e serviços de saúde e serve de referência para outros módulos assistenciais.

Como destacado anteriormente, NOAS 01/2002, habilitou os Municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM).

Na GPABA, o Município assume a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, no qual se insere o conjunto de ações da atenção básica voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Na GPSM, a administração municipal assume a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, prestando os serviços à população sob sua gestão, assim como contratando, controlando, auditando e pagando aos prestadores de serviços nos três níveis de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Dentro da lógica de se promover uma regionalização hierarquizada e descentralizada trazida pela NOAS 01/2002, definiu-se um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal (M1), com acesso garantido a toda população no âmbito microrregional. Este conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais especializadas de diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar. São atividades especializadas realizadas por profissionais de nível superior ou médio, como: patologia clínica, ultrassonografia, traumatologia ortopedia, odontologia especializada, entre outros.

As demais ações assistenciais de média complexidade (M2 e M3) não conseguem ser ofertadas em todos os municípios individualmente. São garantidas em

âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com as características do estado e de seu PDR.

As ações de alta complexidade são de custo elevado, de avançada tecnologia e demandam por profissionais altamente especializados. Coube ao Ministério da Saúde a elaboração da sua política e, ao estado, a sua organização, devendo assegurar até mesmo a referência interestadual para a garantia do acesso.

Como observado, na área da saúde pública no Brasil, o processo de descentralização no SUS é marcado pela elaboração de estratégias que visavam organizar o setor de acordo com as diretrizes promulgadas pela Constituição. Apesar de essas estratégias serem reforçadas por determinações legais, o que se observou no histórico dessas determinações foram as dificuldades apresentadas pelos municípios para a sua implementação e isso reforça a pouca observação da realidade no processo de planejamento da estratégia e ainda forte distanciamento entre o processo de formulação e implementação no setor.

3.2.2 Universalidade

A construção do princípio da universalidade no mundo está ligada à construção de um Estado democrático de direito, surgido como produto do crescimento econômico vivido pelos países de primeiro mundo após a Segunda Guerra Mundial e teve sua expressão maior dentro no Welfare State⁸ (MARQUES e MENDES, 2007).

⁸ MARQUES E MENDES (2007) definem Welfare State como um conjunto de políticas públicas que visa cobrir os riscos sociais advindos da doença, da velhice, do desemprego, do acidente de trabalho e apontam duas possíveis explicações para o seu surgimento e desenvolvimento. A primeira, de ordem econômica, se refere às respostas às mudanças trazidas pela industrialização, às demandas da acumulação e legitimação do sistema capitalista; e a segunda, de ordem política, referente à ampliação progressiva dos direitos, ao acordo do capital com o trabalho organizado ou à configuração histórica entre estruturas estatais e instituições políticas.

Com as situações degradantes vividas no pós-guerra, a Organização das Nações Unidas elaborou a declaração Universal dos Direitos Humanos a qual, no seu artigo XXV, trouxe o direito ao atendimento médico como um fator necessário para a manutenção do bem-estar do indivíduo e de sua família. Cada país, frente à realidade do desenvolvimento do capital, elaborou a concretização do direito à universalidade.

No Brasil, a construção desse direito se deu num movimento de (re)democratização do país na década de 80 e visava corrigir uma desigualdade histórica no acesso aos serviços de saúde. Na história da Política de Saúde no Brasil, observa-se o acesso aos serviços de saúde atrelado ao poder aquisitivo e à posição nos meios de produção, ficando os excluídos socialmente relegados a um sistema informal de acesso a saúde.

Assim, dentro desse movimento particular da história nacional, foi elaborada a Constituição Federal de 1988 e, junto com ela, criado o direito universal à saúde: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art. 196).

Analisando o conceito da universalidade trazido pela Constituição, é possível distinguir algumas características:

- Está atrelado a um conceito ampliado de saúde, como resultante de políticas econômicas e sociais;
- Traz implícito, em Lei específica, infraconstitucional, o conceito de gratuidade das ações de saúde, visto citar o caráter universal, cabendo ao Estado organizar políticas públicas para a sua implantação;
- Relaciona o atendimento universal à particularidade, visto submeter-se ao princípio da equidade.

⁹ O fato do processo de universalização do direito à saúde ter-se dado de forma tardia e em um outro cenário do capital mundial no país, trouxe consequências que caracterizam a configuração desse direito atualmente.

Dessa forma, o conceito de universalidade encerra em si o significado de que o Sistema Único de Saúde deve atender a todos, igualmente, sem qualquer custo e de forma a complementar a diversidade de cultura.

Garantir o direito à saúde foi inegavelmente um ganho para o acesso aos serviços de saúde; porém, após mais de duas décadas da publicação da Constituição Federal, observa-se cotidianamente a larga distância entre o Direito Sanitário e o acesso de fato aos serviços e ações de saúde. Pode-se constatar situações que alargam ou diminuem a distância entre esses dois estados. Por exemplo, FEKETE (1995), em seu estudo sobre avaliação dos serviços de saúde, aponta a acessibilidade como a relação entre o ajuste das necessidades e aspirações em saúde e os recursos necessários para atendê-las.

Segundo essa autora, a acessibilidade é resultante da combinação de fatores de dimensões distintas que podem influenciar o acesso às ações de saúde, os de ordem geográfica, econômica, sociocultural e organizacional.

A dimensão geográfica da acessibilidade reflete a distância entre a população e seu recurso e mede-se pelo tempo que habitualmente se despende para o acesso aos serviços de saúde. Levar em consideração a variável tempo, além da variável distância, é imprescindível, visto que as condições de transporte, das estradas e a existência de elementos naturais, podem aumentar a distância a ser ultrapassada para o acesso. Além disso, a natureza da necessidade também deve ser considerada para acessibilidade geográfica visto que ações emergenciais necessitam de acessibilidade maior que outros tipos de serviços (FEKETE, 1995).

A acessibilidade faz relação entre as barreiras de ordem econômica e o acesso aos serviços de saúde. Embora no Brasil a saúde seja um direito de cidadania, a insuficiência dos serviços de saúde leva a gastos que vão além dos econômicos, mas também de tempo, energia, dias de trabalho, entre outros. FEKETE (1995) caracteriza ainda a vertente econômica como limitadora dos serviços de saúde no país, principalmente quando se refere a serviços de alta complexidade ou custo.

Ao relacionar a dimensão sociocultural e a acessibilidade, há de se levar em consideração os obstáculos referentes às perspectivas do usuário e dos sistemas de saúde. Em relação ao usuário, os obstáculos podem surgir, entre outros motivos, pelas crenças e hábitos na concepção da saúde e do cuidado, pelas dificuldades de

comunicação com a equipe de saúde e pelo grau de consciência sobre a gravidade da sua doença (FEKETE, 1995).

Já em relação aos obstáculos decorrentes dos sistemas, deve-se levar em consideração a relação que se estabelece entre as equipes de saúde e a população a ser cuidada; o quanto as equipes estão preparadas e receptivas frente a diversidade sociocultural, a capacitação profissional comprometida ou não com a realidade local, bem como o grau de participação do usuário na organização dos serviços; a fim de minimizar as dificuldades de acesso (FEKETE, 1995).

Já a acessibilidade organizacional relaciona o quanto a organização dos sistemas de saúde limita o uso e os serviços de saúde. Está relacionada a obstáculos organizacionais: características do agendamento dos serviços; adequações das instalações, pessoal e equipamentos; integração (referência e contrarreferência) e modalidades de produção das ações e serviços (FEKETE, 1995).

Enfim, analisando os conceitos da universalidade e da acessibilidade, frente a todas as suas dimensões, conclui-se que trabalhar a acessibilidade na área da saúde, além de promover a universalidade, pressupõe consertar distorções que levam à inequidade do acesso e, por consequência, à desigualdade sanitária entre os povos e regiões do Brasil.

3.2.3 Integralidade

Além de um princípio doutrinário, a integralidade representa uma bandeira de luta do movimento sanitário brasileiro, que, através dela, visualiza a possibilidade de mudança das práticas de saúde vigentes, em um cenário de práticas almejadas em um Sistema de Saúde; porém, em vinte e um anos de criação, talvez a integralidade seja a diretriz com menor visibilidade no caminho de construção do SUS (MATTOS, 2004).

Ora representada como objetivo, ora como uma característica dos serviços, MATTOS (2004) relaciona três possíveis conjuntos de sentidos à integralidade: o primeiro, relacionado com características de políticas de saúde, ou melhor, à capacidade dessas políticas em articular ações preventivas às assistenciais; o segundo, relativo a aspectos de organização de serviços; e o terceiro, voltado para o atributo das práticas de saúde.

Ao assumir a integralidade como característica da sua política de saúde, firmou-se, no SUS, um compromisso com a mudança da forma como era organizada a saúde no país. Até as décadas de 70 e 80, as ações de prevenção e as assistenciais eram planejadas e ofertadas à população de forma dicotomizada pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Prejuízos sanitários e orçamentários à saúde, decorrentes dessa forma de organização, fizeram com que a Lei Orgânica da Saúde trouxesse direito aos cidadãos ao atendimento integral à saúde com ênfase na prevenção, sem descuidar da assistência¹⁰. Desta forma, de acordo com esse sentido da integralidade, a política pública de saúde deve ofertar ações assistenciais em articulação com as preventivas.

Pensar a integralidade na organização dos serviços pressupõe a sua organização em níveis hierárquicos de tecnologia em saúde: primário, secundário e terciário de ações. Garantir o acesso à integralidade, portanto, é assegurar o usufruto de ações que ofertem a promoção, proteção e recuperação da saúde. Ao contrário do que uma primeira leitura possa aparentar, a integralidade é mais do que a garantia do acesso aos três níveis da atenção, é a garantia do atendimento dessas três instâncias do cuidado, em qualquer nível de complexidade.

Frente, porém, à fragmentação dos modelos assistenciais, e à constatação da insuficiência de uma unidade em atender o ser humano em todo o seu ciclo de vida, o conceito de integralidade deve revestir-se de um papel cooperador entre unidades assistenciais, de modo a formar um sistema de saúde para atenção das necessidades de saúde; exige necessariamente conceber um sistema coordenado e cooperado, com

¹⁰ Caracterizam-se como práticas assistenciais aquelas onde se pretende aliviar o sofrimento humano ou a doença, através das práticas biomédicas dos serviços de saúde; as ações preventivas são aquelas em que se pretende anteceder a dor ou o agravamento.

fluxos de referência e contrarreferência, de modo que atenda à saúde em suas demandas locais e regionais (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Retomando a discussão de MATTOS (2004) sobre a integralidade e seus possíveis conceitos, relacioná-la às práticas de serviço é associá-la a uma mudança das práticas das ações de saúde vigentes. Para este autor, cabe aos serviços a superação da pragmática postura centrada na assistência. Sem menosprezar a atividade que alivia o sofrimento, ele indica a necessidade de associar a ela investigação preventiva, que, além da perspectiva biomédica, relaciona as necessidades do indivíduo ao seu contexto. Nessa concepção, as necessidades de saúde são construídas em contextos sociais, e para atendê-las, é necessário considerar além do contexto individual, o particular e o geral.

Ordenar um sistema pelo princípio da integralidade é organizar os serviços para uma assistência ampliada, transformadora, centrada no indivíduo, porém levando em consideração o contexto em que este se encontra (FONTOURA e MAYER, 2006).

Dentro desse contexto, há o fortalecimento da Estratégia de Saúde na Família como proposta potencializadora desse princípio no SUS, à medida que trabalha os contextos particulares em seus respectivos territórios e utiliza as ferramentas como o vínculo com a equipe e o acolhimento, que permitem uma abordagem mais contextualizada e democrática da assistência (PINHO et al., 2007).

Enfim, o princípio da integralidade deve ser encarado como um princípio reformulador e organizador das práticas de saúde, visto que considera as várias dimensões do processo saúde-doença e garante ao usuário o acesso a todos os níveis de complexidade da assistência.

3.2.4 Equidade

De acordo com a semântica, a palavra equidade traz semelhança de sentido com a palavra igualdade, porém, mesmo sem a preocupação dos textos teóricos e

doutrinários da saúde com a precisão do conceito, é possível distinguir dois enfoques com que a palavra é trabalhada e que tornam possível a diferenciação dos termos: o econômico e o de justiça (PAIM, 2006), e, de acordo com CAMPOS (2006), um geral e um específico.

O enfoque econômico de PAIM (2006) faz referência a uma distribuição mais eficiente dos recursos, à justiça distributiva. O enfoque geral de CAMPOS (2006) se refere aos termos igualdade e universalidade. Esses dois autores, no entanto, buscam a filosofia de Aristóteles para apontar a equidade como ferramenta da justiça.

A equidade reflete a necessidade de adaptação de generalidades às circunstâncias particulares para ser justa, a necessidade de dar a “cada um de acordo com sua necessidade” e admitir a diferença no tratamento distinto dessas realidades (Marx e Engels, apud CAMPOS, 2006, p.5).

Apresentando-se com essa dualidade de conceitos, continuamente a equidade é trabalhada ora como objetivo de um serviço, ora como uma diretriz para a sua organização; porém, tratada como uma diretriz do sistema público de saúde no Brasil, a equidade refletiu a tentativa do setor sanitário brasileiro de trazer os conceitos de igualdade e justiça para dentro de uma estrutura nacional de desigualdade, acirrada pela crise econômica da década de 1980.

Segundo DUARTE (2000), a legislação sanitária brasileira atual avança na tentativa de se trabalhar o princípio da equidade, pois traz dois eixos para normatização e organização de serviços de saúde: o primeiro relacionado à igualdade de oportunidades, expresso na Constituição Brasileira de 1988, ao estabelecer a garantia do acesso universal e igualitário, e o segundo traz consigo o princípio de justiça, que indica a intervenção sobre condições de vida diferenciadas, para que se atinja a equidade. Desta forma, é importante distinguir dois conceitos sanitários: o de equidade em saúde e o de equidade no consumo dos serviços de saúde (TRAVASSOS, 1997).

O sentido de equidade, enquanto princípio de justiça, relaciona-se tratado por TRAVASSOS (1997), e traz consigo o sentido de que a condição socioeconômica e a posição social, interferem diretamente no adoecer e no morrer da humanidade.

Ao se comparar a mortalidade entre grupamentos de camadas socioeconômicas diferenciadas, os menos favorecidos apresentam-se mais

prejudicados. Fazendo-se um levantamento dos estudos sobre equidade no mundo, observa-se a frequente relação entre condições de vida e níveis de saúde, status socioeconômico e acesso a serviços e ações.

Dessa forma, somente pessoas com as mesmas condições de vida podem estar em pé de igualdade para a competição por méritos e habilidades individuais, surgindo assim a necessidade de intervenção diferenciada sobre realidades singulares, e, para isso, o SUS deve ser uma ferramenta da justiça social, ao disponibilizar recursos e serviços de acordo com as necessidades de cada um.

Considerar a equidade como igualdade social necessariamente requer a interferência das políticas sociais nas condições socioeconômicas e políticas da população, porém as políticas públicas de saúde podem reduzir desigualdades refletidas na saúde à medida que podem diminuir a dor e evitar a morte de pessoas quando seus serviços são distribuídos com equanimidade, relacionando-se com o segundo sentido de equidade, qual seja, o consumo dos serviços de saúde.

No Brasil, conforme estudo de KALCKMANN (2007), além do fator econômico, há de se destacar ainda o racismo institucional como limitador para o alcance da equidade no setor de saúde. Conforme destaca o autor, as populações negras e índias são as mais afetadas pela prática de racismo institucional, ou seja, são mais afetadas pelo fracasso de uma atenção adequada, por causa de sua cor, cultura ou origem étnica.

Diante da diversidade entre as regiões do Brasil, tanto em relação à realidade sanitária quanto à distribuição dos serviços de saúde, a Lei 8.080/90 apontou um caminho para sua superação, à medida que determinou o financiamento do SUS baseado no perfil epidemiológico. Outra medida que tentou superar a iniquidade no Brasil foi a instalação do Piso de Atenção Básica, que considera a população existente nos territórios, favorecendo o financiamento diferenciado a regiões menos favorecidas.

TRAVASSOS (1997) entende que uma distribuição mais equânime dos recursos financeiros entre regiões, apesar de reduzir desigualdades geográficas, não é o bastante para reduzir desigualdades sociais; ela destaca a importância de um desenho local de modelo assistencial para diminuir a desigualdades na utilização dos serviços no campo da saúde (TRAVASSOS, 1997).

Essa reflexão aponta que a construção da equidade exige um “refinamento” e uma “delicadeza” na forma como a gestão e as políticas são trabalhadas no Brasil, visto que elas necessitariam se voltar tanto para o coletivo “quanto para a instituição de mecanismos singulares que permitissem regular e até mesmo alterar a alocação dessas diretrizes coletivas aos casos particulares” (CAMPOS, 2006, p.25).

Essa concepção de flexibilidade que CAMPOS (2006) adota como medida para se atingir a equidade é a ferramenta que KERSTENETZKY (2006) chama de focalização das políticas públicas. Esse caráter focalizado das políticas não é bem visto por todos os teóricos que pregam a universalidade como preceito para qualidade de uma política social. A decisão sobre uma posição universalizada ou focalizada de uma política social, porém, deve estar relacionada ao conceito de justiça que se pretende atingir.

As noções de justiça social associada à racionalidade mercadocêntrica, traz um caráter reducionista às políticas focalizadas. Nessa concepção a política social é propriamente a política de mercado, que pelo seu jogo dinâmico, seria capaz de redistribuir as vantagens econômicas-sociais de uma sociedade, cabendo as políticas sociais se voltar à um grupo mínimo de pessoas, que não por irresponsabilidade ou falta de habilidade individual, sofreu pelos riscos do mercado (KERSTENETZKY, 2006).

Como nessa concepção de justiça, a distribuição de vantagens é baseada ao mérito ou responsabilidade individual, e como o próprio mercado se beneficia da dinâmica gerada pela desigualdade, a política social deve ser focalizada e reducionista, voltada à margem dos que estão fora “dos processos econômicos integradores” (KERSTENETZKY, 2006, p. 568).

Trabalhando uma outra concepção de focalização, e portanto, de justiça social, as políticas sociais focalizadas devem restituir o acesso a direitos universais que formalmente se apresentam como iguais. Nessa corrente, o acesso aos direitos se vê prejudicado por causas macro-estruturais, que marcaram a história social de grupos que hoje se vêem prejudicados do usufruto dos seus direitos. Assim, se faz necessário a focalização para complementariedade dos direitos políticos universais com vistas a diminuir as distâncias para sua efetivação, à cumprir as noções de igualdade embutidos nesses sistemas (KERSTENETZKY, 2006).

Segundo KERSTENETZKY (2006) características sociais desiguais devem ser trabalhadas com componente de focalização, caso se queira trabalhar com a possibilidade descente de sua realização.

Segundo MARSIGLIA e col. (2005), em sociedade com elevado grau de desigualdade e com níveis consideráveis de pobreza, é necessário desenvolvimento de várias políticas para o enfrentamento dessa realidade: políticas com cortes universais, políticas distributivas e as que dão acesso privilegiado aos segmentos excluídos.

Levando-se essa discussão para área de saúde no Brasil, apesar de possuir um sistema público de saúde, constata-se que diferentes parcelas da população não têm acesso aos serviços de saúde, mostrando que somente o direito não garante o seu usufruto, devendo os serviços ofertarem e organizarem recursos de formas diferenciadas a parcelas específicas da população. Nesse sentido, a política focalizada pode constituir-se como um caminho para efetivação de ações de saúde que reduzam os efeitos produzidos pelo processo social de exclusão (MARSIGLIA e col., 2005).

Para esse grau de flexibilidade das políticas públicas deve que haver previsão de um grau de autonomia para os implementadores dessas políticas, para que eles, em associação com os usuários, promovessem esta mudança. No setor da saúde, alguns atores a partir da década de 90, abraçaram essa forma construcionista da equidade em saúde, na qual além da oferta de serviço, faz-se necessária a manutenção de capacidade dos protagonistas para defenderem as suas próprias vidas (CAMPOS, 2006).

LUCCHESI (2003) aponta a importância da valorização da experiência cotidiana dos atores do sistema de saúde para a construção da equidade, e CAMPOS (2006) vai além, ao falar da necessidade da intervenção política por parte dos agentes sociais nesse processo, ou seja, para ele há necessidade de um “esforço sistemático para educar os sujeitos para importante grau de autogoverno, de co-gestão dos sistemas e da vida como um todo” (CAMPOS, 2006, p.28).

3.2.5 Participação e Controle Social

Segundo a IX Conferência Nacional de Saúde, o controle social nas políticas públicas é uma condição de cidadania e faz parte do processo de democratização de um país.

No Brasil, a proposta de democratização do setor saúde se insere num quadro de tentativa de democratização do Estado brasileiro e de uma nova proposta de relação deste com a sociedade civil. Durante o histórico da participação e do controle social no país, estes assumiram uma gama de significados que refletem as relações da sociedade com o Estado, bem como da concepção do processo saúde-doença vigente (CARVALHO et al., 2001).

No início do século XX, o termo controle social, foi utilizado de forma contrária ao que se concebe atualmente dentro do Sistema Único de Saúde. A explicação causal das doenças se dava pela teoria por germes, o que transformava a população em alvo das intervenções estatais, visando a saúde de todos. O controle social, nessa época da história, era portando, encarado como o exercício do Estado sobre a sociedade (CARVALHO et al., 2001).

Já o termo participação comunitária, teve origem nos Estados Unidos, a partir de experiências comunitárias de saúde no início do século XX. Nesse período, essas experiências pouco tiveram repercussão no país, onde as práticas do sanitarismo eram vigentes e a assistência previdenciária estava em franco desenvolvimento.

Na década de 1970, porém, concebia-se que os problemas decorrentes da exclusão social eram de caráter técnico e poderiam ser solucionados com união e esforço da comunidade. Assim, nessa época, o movimento da medicina comunitária ganhou força no país, propondo a participação comunitária através de uma atividade voluntária e de auto-ajuda (CARVALHO et al., 2001).

Nos anos de 1980, com a crise social e com o afrouxamento da ditadura, os problemas sociais passam para a dimensão política. O risco sanitário passa estar permanentemente associado ao acesso dos serviços e bens sociais, nascendo a partir

daí, a terceira forma de participação social no Brasil, a participação popular. Nessa forma, houve um movimento de combate ao Estado, uma multiplicação dos movimentos e das organizações populares, e estas, objetivavam a transformação política das práticas e do sistema de saúde (CARVALHO et al., 2001)

Associado a esse movimento de reforma sanitária ocorreu, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que concebeu a criação de um sistema único de saúde universal, descentralizado e que garantisse a participação social. A partir dessa proposta a participação social passa a ser um direito de cidadania e tem a finalidade de controle do Estado, de “impedi-lo de transgredir”(CARVALHO, 2001, p.98).

A Constituição de 1988 acatou o que foi fomentado na VIII CNS e no Sistema Único de Saúde, prevista pela Lei 8.142/ 90, a participação social, se institui através dos Conselhos e Conferências de Saúde, com 50% da participação popular assegurada.

Prevista a sua organização no âmbito do governo, essa diretriz visa conferir maior democratização ao Sistema Único de Saúde, à medida que possibilita que as instâncias deliberativas participem da elaboração de estratégias, da definição de prioridades, da fiscalização da execução e da prestação de contas do SUS. Uma vez instalados, eles devem funcionar por tempo indeterminado e têm o direito de tomar decisões relativas às políticas de saúde, bem como, de formular estratégias, controlar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo.

Apesar de representar um avanço normativo, estudos apontam que a participação social ainda é muito frágil no Brasil, ficando muito atrelado ao desenvolvimento da consciência social de cada localidade. CARVALHO et al. (2001) destacam outros quatro fatores que limitam o processo de participação social no SUS:

- A transformação dos Conselhos de Saúde em estruturas meramente consultivas e não deliberativas como o SUS prevê;
- A vinculação dos Conselhos à estrutura das Secretarias e Departamentos da Saúde;
- A dificuldade dos Conselhos em estabelecerem objetivos que realmente represente as aspirações da sociedade; e,

- De terem acesso às informações em saúde.

Com a diminuição da capacidade de deliberação dos Conselhos, há um comprometimento do papel essencial deles, à medida que diminui conseqüentemente a capacidade de definição de prioridades e fixação de diretrizes coerentes com necessidade social. A vinculação aos Departamentos de Saúde pela falta de dotação orçamentária própria, agrava a capacidade de tomada de decisão destas instâncias deliberativas e a baixa disponibilidade de informações também limita a atuação dos Conselhos, à medida que os levam somente às decisões mais generalistas vinculadas à assistência médica (CARVALHO et al., 2001).

4 ABORDAGENS METODOLÓGICAS

4.1 OBJETO DE ESTUDO

A presente pesquisa teve como objeto de estudo as estratégias estabelecidas no contexto do Polo-base Tangará da Serra, para garantia de acesso dos indígenas Paresi aos diferentes níveis de atenção à saúde.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O local estudado foi o Polo-base Tangará da Serra, termo criado pela organização local do Subsistema de Saúde Indígena, que serve, genericamente, para designar toda a área onde ocorre atenção à saúde dos indígenas Paresi.

O Polo-base Tangará da Serra é representado, regionalmente, pela CASAI Tangará da Serra, bem como pelas unidades de atendimento em aldeias, pelo Polo-base Bacaval e pelas unidades municipais de saúde que possuem terra indígena Paresi. São eles: Tangará da Serra, Sapezal, Campo Novo do Parecis, Pontes e Lacerda, Diamantino, Nova Marilândia, Conquista D'Oeste e Barra do Bugres.

Dentro da lógica de organização regional do Estado, esses municípios fazem parte de três Microrregiões de saúde, estando as Microrregiões do Médio-Norte, do Centro-Norte e do Oeste Matogrossense localizadas na área de abrangência do Polo-base Tangará da Serra.

4.3 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, com delineamento de estudo de caso.

Tanto a pesquisa qualitativa, quanto a quantitativa traz consigo diretrizes que norteiam os seus métodos e achados. Entre os princípios norteadores da pesquisa quantitativa estão: isolar claramente causas e efeitos, medir e quantificar e formular leis gerais para explicação dos fenômenos (FLICK, 2007).

Já a pesquisa qualitativa, de acordo com MINAYO (2002), é utilizada para responder questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ela trabalha com um universo de significados, que responde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reproduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2002).

Para SCHWANDT (2006), há três posturas filosóficas que explicam os objetivos e os métodos da pesquisa qualitativa: o interpretativismo, a hermenêutica e o construcionismo social. No interpretativismo, para que uma determinada ação seja entendida, o investigador deve compreender o significado dessa ação. Isto significa afirmar que toda ação possui um conteúdo intencional que indique seu tipo de ação ou que pertença a um grupo de significados o qual permita a sua compreensão (Fay, 1996; Outhwaite, 1975 apud SCHWANDT, 2006). Para a pesquisa interpretativista, ao pesquisador é dada a tarefa de compreender o subjetivo de maneira objetiva, ou seja, de reconstruir a ação de forma original por meio de métodos que a afastem de seu referencial histórico.

A hermenêutica filosófica sustenta que a compreensão não é algo passível de ser controlado por métodos e regras, é algo inerente ao ser humano; e os preceitos históricos e sociais que determinam a compreensão não são passíveis de serem controlados ou esquecidos. Para essa corrente filosófica, as condições históricas e sociais permeiam, a todo momento, a ação humana, e acreditar que se pode desprezá-las é uma tentativa frustrada de afastar-nos da realidade.

Para o construcionismo, toda ação humana é uma construção histórica e social que não é estática, fixa, e cuja existência independe do intérprete. Para esta corrente, conhecimento não é passivo, mas algo que é construído e há uma dimensão histórica e social para essa construção. A sua intenção é descobrir como um enunciado é produzido socialmente. Para Potter apud SCHWANDT (2006), a construção social interessa-se pelo modo como funcionam os enunciados, é uma questão de compreensão das práticas sociais e de análise das estratégias retóricas que estão em jogo em determinados tipos de discurso (SCHWANDT, 2006).

Retomando os objetivos específicos desta pesquisa, houve a identificação dos fluxos estabelecidos pela população indígena Paresi para a garantia da sua saúde integral, levando-se em consideração as experiências e as satisfações vividas pelos atores frente a esse processo. Levando-se em conta o elemento subjetivo dos entrevistados, pode-se caracterizar, assim, este estudo como uma pesquisa de natureza qualitativa e, por objetivar a compreensão de forma histórica e social de como fatos ali se constroem, podemos classificá-la como uma pesquisa qualitativa construcionista.

Dessa forma, o primeiro passo da pesquisa foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a história dos indígenas Paresi, a do Estado de Mato Grosso e de sua configuração socioeconômica atual. Esta primeira fase do estudo foi necessária para o pesquisador, visto ter possibilitado a caracterização das relações e do contexto social, onde, posteriormente, se desenvolveu a pesquisa.

Segundo MINAYO (2005a), existe uma variedade de formas para se realizar uma pesquisa qualitativa. Godoy, apud Neves (1996), aponta para três possibilidades de abordagem: a pesquisa documental, o estudo de caso e a etnografia.

A pesquisa documental é utilizada para análise de materiais ainda não tratados analiticamente ou quando se quer dar um novo olhar a dados referentes a pessoas a quem não se tem acesso e se referem a longos períodos de tempo.

A etnografia é oriunda da antropologia e compreende um longo período de pesquisa, onde o pesquisador se fixa em uma comunidade e usa técnicas de observação, contato e atividades, para buscar os significados e a compreensão de fenômenos.

O estudo de caso visa ao estudo profundo sobre um caso singular, particular, quando se deseja estudar um evento que é atual e só faz sentido dentro de um contexto específico, onde múltiplas fontes de evidências são empregadas.

O estudo de caso, segundo Yin (2005), representa uma estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “porque”, é utilizado para contribuir com o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo; surge para compreender fenômenos sociais complexos. É escolhido ao se examinarem acontecimentos contemporâneos relevantes, complexos e tem como fontes de evidência a observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados e entrevistas das pessoas neles envolvidas (YIN, 2005, p.42).

A pesquisa que compreende o estudo de caso pode ser tanto de caso único quanto de casos múltiplos, e ainda podem diferenciar-se no mínimo, cinco aplicações diferentes para o estudo de caso: explicar os vínculos causais em intervenções que são complexas; descrever uma intervenção e o contexto em que ocorre; ilustrar certos tópicos dentro de uma avaliação; explorar situações quando a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados; pesquisar um estudo de avaliação (YIN, 2005).

O estudo pretendeu apontar, especificamente, como e por que surgem as estratégias que visam o acesso dos Paresi aos três níveis da atenção à saúde, o que, até o momento de realização da pesquisa, era um objeto ainda pouco explorado, necessitando então do delineamento do estudo de caso.

O presente trabalho faz parte de um estudo maior de 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. No caso de Mato Grosso foram escolhidos o Polo-base Rondonópolis e Polo-base Tangará da Serra, do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, assim caracterizando-se como um estudo de caso de múltiplos casos exploratórios.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para YIN (2005), a investigação de estudo de caso enfrenta uma situação em que haverá muito mais variáveis de interesses do que pontos dados, e que baseia-se em várias fontes de evidências, com os dados precisando convergir em um formato de triângulo.

Triangulação é um conceito que vem do interacionismo, significando a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista: a tarefa conjunta de pesquisadores em formação diferenciada; a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. Seu uso, na prática, permite interação crítica, intersubjetiva e comparação (Dezin, 1973; Minayo e Sanches, 1993; Minayo *et al.* 1999; Minayo e Cruz Neto, 1999 *apud* MINAYO 2005b).

A finalidade da triangulação é estabelecer ligações entre descobertas de diversas fontes, e ainda, ao produzir paradoxo, dar nova direção à pesquisa. Por pretender pesquisar levando-se em consideração a diversidade de olhares e diversas fontes esta pesquisa há de contar com a dinâmica da triangulação para apreensão da realidade (NEVES, 2006).

Frente aos benefícios da triangulação na busca de consistência dos achados, na maior aproximação com a questão da pesquisa, bem como para capturar múltiplas perspectivas dos atores envolvidos, as informações desta pesquisa foram coletadas por meio através das seguintes fontes: análise documental, observação e entrevistas semiestruturadas. Para a aproximação da realidade em questão e das experiências foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, por permitirem que o ponto de vista dos participantes do processo fosse melhor expresso do que através de entrevistas padronizadas e por delimitar mais a entrevista para a questão da pesquisa que uma entrevista aberta.

Para dar continuidade à pesquisa e realizar a coleta de dados, após a contextualização, partiu-se para identificação dos fluxos planejados para o acesso do povo Paresi aos diferentes níveis de atenção à saúde, através da análise do Plano

Distrital de Saúde Indígena de 2005-2007. Não havia, porém, informações sobre os fluxos para as referências de saúde no Polo-base Tangará da Serra, o que implicou retardamento no desenvolvimento das atividades previstas no projeto.

Foi solicitado então à FUNAI a localização das aldeias indígenas Paresi e, após a identificação de quais eram os municípios onde as aldeias se localizavam, iniciou-se a pesquisa de campo no município de Tangará da Serra, em junho de 2007. A análise da documentação iniciou-se pela CASAI Tangará da Serra, através da análise do documento que registra o atendimento dos indígenas e seus consequentes encaminhamentos. A partir desta análise, foi possível a identificação das aldeias atendidas e das unidades de saúde de referência para esta etnia.

Após a identificação das unidades, a observação direta aconteceu nos serviços municipais em diferentes níveis da atenção de Tangará da Serra, bem como na central de marcação de consultas especializadas, a fim apreender o modo como esses fluxos se estabeleciam. Nesses locais, após a observação da dinâmica de atendimento, oportunizou-se a realização de entrevistas, tanto de profissionais de saúde quando dos usuários em atendimento.

As entrevistas se basearam num roteiro voltado para a realidade de cada ator envolvido no processo (anexo de 1-6) e somente se realizaram após a explicação dos objetivos da pesquisa e do consentimento para participação. Foram entrevistados usuários indígenas em tratamento nos municípios, trabalhadores, gestores, líderes locais, com a finalidade de se compreender como o processo é construído e suas experiências decorrentes dele.

Apesar da aprovação do CONEP, do conhecimento e da autorização do Gestor do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá para realização da pesquisa, tivemos dificuldade de autorização nos locais de atendimento municipais para as entrevistas e a pesquisa documental. Após contato com profissionais pertencentes a este grupo de pesquisa e equacionamento do impasse, realizaram-se onze entrevistas no município de Tangará da Serra. Foram entrevistados 2 usuários indígenas em trânsito na CASAI Tangará, 5 Profissionais da Associação Halitnã ; 2 Profissionais da Rede Municipal de Saúde do município; o Secretário Municipal de Saúde e 1 Funcionário da Central de Regulação.

Após a pesquisa em Tangará da Serra, sentiu-se a necessidade de realizar visita de campo em outros municípios, que, segundo informações levantadas em análise documental da CASAI e das entrevistas, também eram referência de saúde para a população Paresi: Campo Novo do Parecis, Nova Marilândia, Sapezal e Conquista d'Oeste.

No final de 2007, foi disponibilizado, pelo Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, o Plano Distrital 2008-2010, tornando-se possível a identificação dos fluxos planejados, o que reafirmou a extensão das atividades de pesquisa a todos os outros municípios.

Em novembro de 2007, foram programadas e agendadas as entrevistas com os gestores dos municípios de Nova Marilândia, Sapezal e Campo Novo do Parecis. O primeiro município a ser visitado foi o de Nova Marilândia, devido à maior distância de Cuiabá (571 km). O deslocamento se deu todo por via terrestre, com a duração de 14 horas. No município foram realizadas entrevistas com o profissional responsável pela Central de Regulação, com a Enfermeira da Unidade do PSF que atende a população indígena Paresi e um indígena Paresi.

Não houve entrevista com a Secretária Municipal de Saúde de Nova Marilândia, pois, apesar de previamente agendada, desmarcou ela a entrevista. No tempo de permanência no município foram observados vários indígenas em atendimento na Unidade de Saúde local, porém não se tratava de nenhum indígena Paresi. A pesquisa documental foi impossibilitada, pois a unidade não faz registro especificando o usuário indígena em seus documentos.

Ainda em novembro de 2007, o próximo município visitado foi o de Sapezal, e o deslocamento até ele deu-se por via terrestre e as condições do ônibus e da estrada para locomoção eram precárias. Em Sapezal, do mesmo modo, apesar do contato prévio com a Secretaria Municipal de Saúde, a pesquisa ficou prejudicada pela recusa à sua realização pela Secretária, e ficou explícita a tensão com que a questão é tratada localmente.

Frente à negativa da Secretária do Município de Sapezal, houve então o deslocamento ao Município de Campo Novo do Parecis. Devido às condições climáticas de muita chuva e das estradas, só foi possível realizar a viagem passando por estradas do território indígena Paresi. O deslocamento foi difícil, demorado e

realizado em ônibus, sem qualquer conforto ou segurança. Havia muitos indígenas Paresi presentes no ônibus, porém nenhum estava em tratamento de saúde. Chegando em Campo Novo do Parecis, foram realizadas as seguintes entrevistas:

- 1 profissional da Central de Regulação;
- 2 profissionais da recepção do Posto Central;
- 1 Enfermeiro do Hospital Municipal;
- 1 Coordenadora da Atenção Básica;
- 1 Técnico de enfermagem da Associação Halitinã;
- 1 Usuário Indígena.

O Secretário de Saúde do município de Campo Novo dos Parecis não estava presente para a realização da entrevista; entretanto a Coordenação da Atenção Básica municipal disponibilizou os registros de atendimentos dos pacientes indígenas para análise.

Em relação às entrevistas com os usuários indígenas, devido ao limitado número, ficou a percepção do não-esgotamento do conteúdo. Além disso, os usuários, ora foram entrevistados na Casa de Saúde (CASAI) Indígena de Tangará da Serra, ora nos serviços, na presença dos representantes da Associação Halitinã, o que retiraria a imparcialidade necessária à obtenção de dados capazes de detectar a experiência e a satisfação no Polo-base Tangará da Serra.

Dessa forma, em novembro de 2008, houve o deslocamento a Conquista D'Oeste, local onde, de acordo com as entrevistas já realizadas, era apontada a existência do fluxo realizado pelo próprio usuário. Não houve a localização de nenhum indígena no município nem sequer usuário em tratamento. Assim, foram realizadas entrevistas com 02 profissionais de saúde do município, a Gestora Local de Saúde e a responsável pela Central de Regulação.

Houve o retorno, nesse mesmo período, a Campo Novo do Parecis, em busca de mais entrevistas com os usuários indígenas. Foram entrevistados 4 indígenas Paresi e o Secretário de Saúde Municipal. A limitação do número de entrevistas com usuários neste município deu-se pela barreira da língua. Muitos pacientes, principalmente mulheres, não falavam o português ou apresentavam muita dificuldade na sua compreensão.

Foram estudados ainda os municípios de Barra do Bugres e Diamantino¹¹, na tentativa de buscar mais entrevistas com usuários indígenas. Em visita às unidades de saúde desses dois locais, não foi encontrada a população em estudo e não houve referência de qualquer atendimento no local.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise, propõe DESLANDES (1997), deve ser dividida em etapas. A primeira etapa visa caracterizar de forma detalhada os dados empíricos; na segunda etapa, busca-se compreender as relações que alicerçam e constituem a atuação do objeto de estudo e na terceira etapa, busca-se o confronto das principais contradições detectadas.

Seguindo a lógica deste autor, foram sistematizados os dados coletados em entrevistas, documentos e observação.

Para descrição e sistematização dos dados levantados sobre os fluxos de acesso aos níveis da atenção à saúde foram utilizados os conceitos de estratégias de MINTZBERG (2006). Para este autor, quando as estratégias se definem como um conjunto de diretrizes previamente elaboradas para se lidar com uma situação, ela é denominada de “estratégia planejada”, e esta, quando executada, torna-se “deliberada”; todavia, quando uma estratégia é executada, porém, não foi intencional, é definida como “emergente”.

Partindo dessas definições de MINTZBERG (2006), adotamos, para denominação dos fluxos, as seguintes terminologias:

- **Fluxo planejado pelo Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI)**, para representar o planejamento previsto para acesso dos Paresi. Os dados que

¹¹ Estes dois municípios, apesar de possuírem Terras indígenas Paresi, não foram apontados na pesquisa como referência de saúde para essa população; porém, devido à intenção de buscar entrevistas com usuário em fluxos estabelecidos sem determinação prévia, foi realizada visita de campo nos municípios de Diamantino e Barra do Bugres.

construíram esse fluxo foram os retirados da análise do Plano Distrital de Saúde Indígena (2008-2010) do DSEI Cuiabá – MT.

- **Fluxo formal, para indicar o fluxo estabelecido** pelos profissionais de saúde e instituições com representatividade local. Foram considerados como fonte para a construção do fluxo formal, as informações levantadas dos profissionais das unidades com representatividade para o encaminhamento dos Paresi aos serviços de saúde: a CASAI Tangará, o Polo-base Bacaval e a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena. Foram considerados também como fonte de informação os documentos de registro de atendimento dessas unidades.
- **Fluxo por conta do próprio usuário Paresi**, para representar os fluxos construídos independente de planejamento prévio ou encaminhamento, para acesso aos serviços de saúde. Foram fontes para construção desse fluxo: entrevistas com usuários, profissionais de saúde dos serviços municipais e análise dos registros de atendimentos municipais.

Após a padronização dos achados quanto aos fluxos e a identificação das experiências e da satisfação dos atores na sua construção, procedeu-se à análise dos dados. Além da utilização das terminologias de estratégias de MINTZBERG (2006), foram utilizadas as características das estratégias dadas por este autor para o entendimento das dinâmicas presentes em cada fluxo.

MINAYO (1999) aponta três possibilidades para a análise dos dados de uma pesquisa: a Análise do Conteúdo, a Análise Hermenêutica e dialética, apresentada pela autora mais como um caminho de pensamento e não como um método em si, e a Análise do Discurso.

Segundo MINAYO (1999), a análise do conteúdo é muito utilizada para tratamento de dados na pesquisa qualitativa. Segundo Bardin *apud* MINAYO (1999), a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que visa obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos às condições de produção das mensagens. Na análise do conteúdo se “faz a articulação entre a superfície dos textos descrita e o analisa com fatores que determinam suas características variáveis: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagem” (MINAYO, 1999, p.203). Nesta ferramenta

utilizada para análise, o texto encobre uma realidade que cabe ao analista de forma neutra e objetiva descobri-la, e sua preocupação se dá com o conteúdo dos textos e não com os seus sentidos.

Já para a Análise do Discurso, surgida nos anos finais da década de 1960, o texto obtido na pesquisa não encoberta uma nebulosa realidade, mas sim, apresenta-se como a materialização do discurso historicamente construído. A análise do discurso trabalha com as linguagens que se transportam para além do texto, trabalha com significados que são produzidos pela história, ideologia e linguagem. A ideologia é a posição de idéias que o sujeito adotou perante determinado discurso, a história representa o contexto histórico social onde o discurso se produziu, e a linguagem é a materialização do discurso.

Discurso, como objeto da análise do discurso não é língua, nem texto, nem a fala. Implica uma exterioridade à língua, encontra-se no social e envolve questões de natureza não estritamente linguística: referimo-nos a aspectos sociais e ideológicos impregnados nas palavras quando são pronunciadas (FERNANDES, 2007).

O objetivo básico da Análise do Discurso, segundo MINAYO (1999), é gerar uma reflexão sobre as condições de produção e apreensão de significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: religioso, filosófico, jurídico e sócio político. O quadro epistemológico desta proposta trabalha a linguagem, articulada a três regiões do conhecimento:

(a) O materialismo histórico, como teoria das formações sociais e suas transformações, estando aí incluída a ideologia;

(b) a Lingüística, enquanto teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação;

(c) a Teoria do discurso, como teoria da determinação histórica dos processos semânticos (MINAYO, 1999).

Para CAREGNATO (2006), o materialismo histórico é utilizado na análise do discurso, por ser através da história que conseguimos observar as condições da produção do discurso. Trabalha-se ainda com elementos lingüísticos, que possibilitam a materialização do discurso e com a teoria do discurso referindo-se à produção dos sentidos decorrentes dos fenômenos históricos.

Nessa perspectiva de análise, o sentido de um texto nunca é traduzido, mas sim produzido pela relação ideologia, história e linguagem. A ideologia é entendida como o posicionamento de um sujeito quando se filia a um discurso, e, ao filiar-se a um discurso, ele é porta-voz e representante desse sentido de forma inconsciente; como já explicitado anteriormente, a história representa o contexto social e histórico, e a linguagem, a materialidade do texto (CAREGNATO, 2006).

Decorrente do entrecruzamento dessas áreas do conhecimento (materialismo histórico, linguística e teoria do discurso), a análise do discurso ainda é atravessada por uma teoria que traz o inconsciente para dentro de suas reflexões: a Psicanálise (FERNANDES, 2007). O local da psicanálise na teoria do discurso se torna notório quando é estabelecido por esta teoria que o sujeito traz em seu discurso, uma multiplicidade de vozes, onde o sujeito é polifônico e é constituído por uma heterogeneidade de discursos.

Como se buscou compreender as estratégias de articulação entre os diferentes níveis à atenção à saúde dos Paresi, relacionando-o com um determinado tempo e espaço histórico, a opção da análise do discurso se tornou a mais adequada para esta pesquisa, pois busca a compreensão além do que está explícito e a formação histórica e ideológica das questões.

Dessa forma, para análise dos dados, também foi relacionado o contexto histórico-social da região com o da etnia e, buscou-se entender, com esse embasamento, como a realidade e as relações ali se constroem.

Seguindo os preceitos de DESLANDES (2007), a última etapa da análise foi a confrontamento das distorções detectadas nos fluxos, utilizando-se para o julgamento os princípios do SUS.

Segundo MINAYO (1999), a análise do discurso visa refletir sobre as situações de produção dos textos e compreensão do modo de funcionamento, a organização e a produção social dos sentidos. Para ROCHA (2005), a análise do discurso, além de alterar o olhar sobre o objeto, indica que o pesquisador participa de uma intervenção do social.

Para além da compreensão, a presente pesquisa busca promover a comparação dos achados frente aos princípios norteadores do SUS, a fim reforçar as

experiências criativas dos atores e a transformação das situações que gerem discordância de tais princípios.

Para Habermas apud MINAYO (2005a), a razão humana pode mais que simplesmente compreender e interpretar; ela possui uma força que permite-lhe exercer a crítica e superar prejuízos. A orientação dialética de qualquer análise é fundamental para construir críticas das idéias expostas nos produtos sociais buscando, contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações (MINAYO, 2002)''.

Assim, faz-se necessária a relação dos achados com a dialética, para que se atinjam os objetivos desta pesquisa, à medida que ela permitirá uma atitude crítica, que poderá induzir à transformação.

4.6 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).

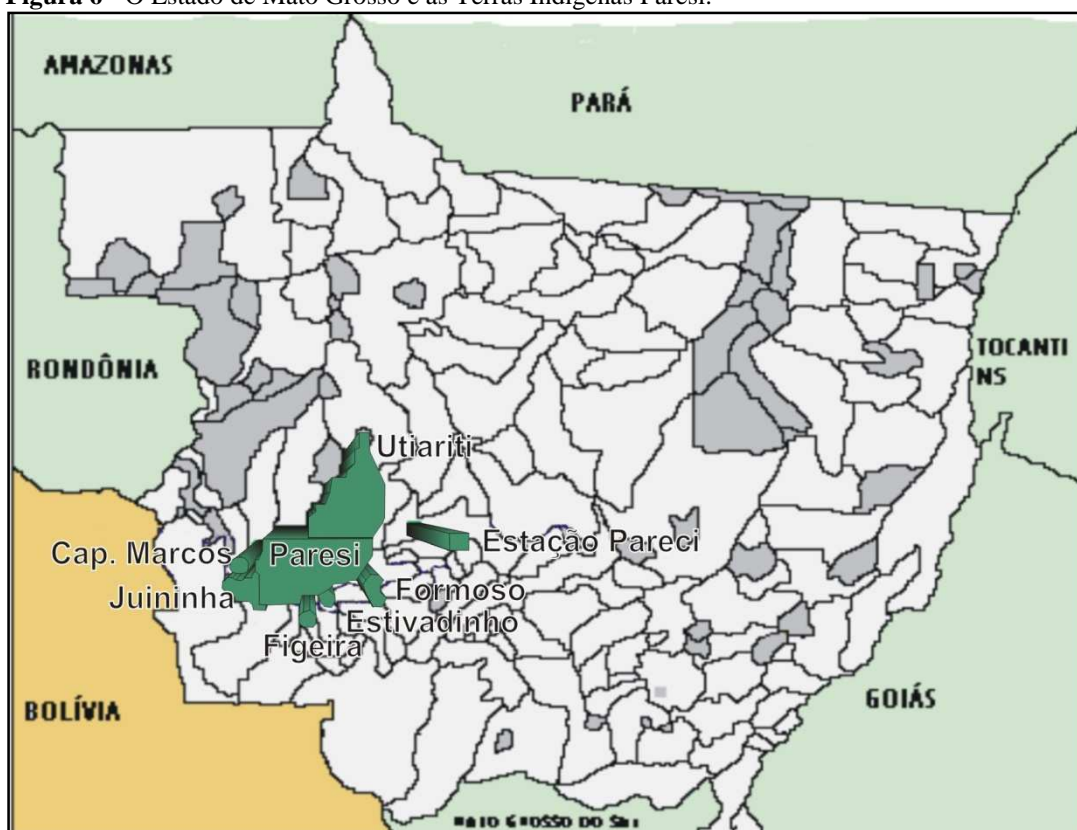
Em março de 2008, foram apresentados ao Conselho Distrital de Saúde Indígena de Cuiabá os resultados preliminares desta pesquisa, e, em julho de 2009, ocorreu a apresentação da pesquisa no Polo-base Tangará da Serra, no município de Tangará da Serra, aos representantes das Associações Indígenas Paresi, para discussão e possíveis ponderações e contribuições.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 OS PARESI E OS MUNICÍPIOS

Segundo CANOVA (2003), o território dos Paresi se concentra entre os Municípios de Tangará da Serra, Campo Novo do Parecis, Sapezal, Diamantino, Nova Marilândia, Conquista d'Oeste e Barra do Bugres. Documentos de localização das aldeias disponibilizados pela FUNAI indicam ainda o município de Pontes e Lacerda como fonte de localização de aldeias dessa etnia (Figura 6).

Figura 6 - O Estado de Mato Grosso e as Terras Indígenas Paresi.



Legenda: A Terra indígena Uirapuru também é denominada T.I. Capitão Marcos.

Fonte: Adaptado, Barros (2002).

O território em que futuramente se criou o município de Tangará da Serra está diretamente relacionado com a história e contato do povo indígena Paresi. Os anos de 1959 e 1979 corresponderam ao início, respectivamente, do primeiro e segundo fluxo migratório para a região, tendo significativa importância para a situação fundiária e de contato dos Paresi com a sociedade mato-grossense.

Segundo a sua mitologia, os Paresi nasceram de dentro de uma pedra, numa região denominada Ponte de Pedra, localizada no município de Campo Novo do Parecis. De lá surgiram todos os índios Paresi, que, comandados pelo grande líder mitológico Wazáre e seus irmãos, distribuíram os Paresi pela extensa chapada.

Os Paresi se auto-denominam Haliti (gente, povo), falam a língua da família Maipure, do tronco Aruak, e se subdividem nos subgrupos Kxiniti, Waimaré, Kozárini e Káwali. Estes subgrupos possuíam dialeto e territórios próprios e não admitiam o casamento intergrupar, mas, devido à expropriação dos territórios e perdas populacionais produziram junções entre si. O território tradicional do povo Paresi situava-se na Savana dos Parecis, conhecido como Chapadão dos Parecis, numa importante e estratégica localização; suas terras alcançavam as bacias hidrográficas do Prata e Amazonas. Foram os primeiros habitantes de toda área dos campos do Tapirapuã, região onde se encontra edificado, hoje, o município de Tangará da Serra.

Os Paresi habitavam, aproximadamente, 6 milhões de hectares de terra, na região que vai desde o rio Juruena até a Serra da Caixa Furada, próximo a Diamantino e Nobres. Na época em que os bandeirantes adentraram o Brasil para aprisionar os índios e procurar diamante e ouro, os sertões eram território tradicional dos Paresi. Os Kaxiniti foram aprisionados, transformados em escravos, e o território ocupado à força, a ferro e a fogo. Toda a região da Chapada dos Parecis e o vale do Sepotuba, que vai até o Alto Paraguai, era território de perambulação deles (OLIVEIRA, 2002). No decorrer de aproximadamente três séculos, seus territórios tornaram-se descontínuos, e muitos possuem reduzida extensão de terra, cada vez mais próxima da expansão agrícola na região.

No último quartil do séc. XVII se deram as primeiras informações sobre os Paresi. Na época, bandeirantes paulistas varavam os sertões, na vasta área que compreende, hoje, o Estado de Mato Grosso, à caça de ouro e de índios, na busca de

riquezas em outros territórios, devido ao declínio da mineração de ouro na região de Cuiabá. Segundo COSTA (1985), Pires de Campos retornou da marcha pelo sertão mato-grossense pelo Rio Sepotuba e, atingindo um extenso chapadão, o denominou Reino dos Paresis numa referência ao povo que lá habitava, chamando a atenção do desbravador o alto número e fácil trato do povo Paresi.

FERREIRA (1998), relata alguns pontos da história que nos remetem à possibilidade de contato mais remoto. Provavelmente, antes de 1550, o bandeirante Antonio Rodrigues subiu o rio Paraguai e chegou aos Parais¹², gente lavradora e muito amiga dos cristãos. As notícias de 1670 ou 1673 também dizem respeito a esse povo, através do paulista Manuel de Campos Bicudo Filho, em seu livro “História de Mato Grosso”.

O caráter pacífico e a vegetação do cerrado fizeram os Paresi alvo fácil dos “caçadores”. A busca para captura de índios pelos bandeirantes não impossibilitava a procura por ouro nesta região recém-descoberta. Em 1731 foram descobertas novas minas na Chapada de São Francisco Xavier, levando a intensa migração populacional para a região e a fundação de pequenos arraiais, que avançaram na região dos Paresi mais a oeste.

No século XVIII, as aldeias Paresi serviram de pontos de reabastecimento da mão de obra e de suprimentos alimentícios, preocupados com a ameaça espanhola à nova mina descoberta, a Coroa Portuguesa vê, nos Paresi, a possibilidade da manutenção da sua supremacia na região. Por volta de 1728, houve descoberta de minas de diamante nas regiões de Arinos e do Paraguai, e, em 1805, a exploração destas minas foi liberada, servindo os Paresi mais uma vez como mão-de-obra escrava para trabalho na região do município de Diamantino.

No período de 1805 a 1825, ocorreu um dinamismo populacional no estado devido à navegação fluvial no Rio Arinos, que permitia o acesso ao território amazônico e paraense. Após anos de crescimento da população, houve um intenso processo de despovoamento do estado, devido à queda da extração aurífera, que acarretou problemas sociais e sanitários. Até o penúltimo quartil do Século XIX, a

¹² Termo utilizado pelo bandeirante em sua expedição para designar a população indígena encontrada.

atividade mineradora sustentou a economia regional, quando então, com o esgotamento das lavras, houve a queda dos negócios e o êxodo da população.

Por volta de 1884, a extração da borracha se iniciou no Estado de Mato Grosso, colocando o município de Diamantino novamente em destaque, devido à sua proximidade da região mais rica em seringais, na época, o sertão dos Parecis. Os Paresi foram utilizados nesse momento da economia para conduzir os seringueiros pela trilhas que levavam aos seringais. Há relatos também da participação dos Paresi como mão-de-obra no processo de extração e procedimento da comercialização do produto, mas sugerindo que as relações entre os seringueiros e os Paresi não se deram de forma homogênea e pacífica, ocorrendo situações de extrema violência, como o incêndio da aldeia conhecida hoje como Aldeia Queimada, assim como nas relações em que os indígenas se apresentavam como produtores, competindo com os seringueiros e seringalistas no mercado regional (COSTA, 1985).

Na primeira metade do século XIX, passou a ter destaque na economia mato-grossense a coleta de poaia¹³, sendo intensificada a sua extração no final do século. A mata de poaia estava localizada próxima à Chapada do Parecis, e a sua extração como atividade econômica aconteceu por meio de disfarçada escravização dos indígenas envolvidos, por quase um século. Na década de 70, esta atividade extrativista declinou, com a instalação das grandes monoculturas na região e a criação de cidades, acabando com a fatura da mata e da caça essenciais à sobrevivência dos indígenas.

No início do século XX, em contraste com as frentes de expansão analisadas, movidas basicamente por interesses econômicos bem definidos, foi criada a Comissão Rondon em 1907, caracterizando-se por suas metas políticas para integração pelas malhas do telégrafo os pontos mais importantes das fronteiras com a Bolívia e Paraguai, ligando-as a Cuiabá e ao Rio de Janeiro. Chefiada pelo tenente Candido Mariano da Silva Rondon, a Comissão tinha a incumbência de instalar a nova linha telegráfica ligando Mato Grosso ao Amazonas, atravessando cerca de 3.000 Km do sertão mato-grossense. A Comissão objetivava, além de promover a

¹³ A poaia (*Cephalis ipecacuanha*) é um arbusto, cuja raiz é utilizada pelas suas propriedades medicinais na fabricação de medicamentos.

abertura de estados brasileiros, realizar trabalhos na área de geografia e botânica, bem como a integração das populações indígenas à sociedade nacional.

O contato da Comissão das linhas telegráficas com o povo Paresi teve início no dia 7 de setembro de 1907, instalando-se três importantes postos telegráficos no seu território: Utiariti, Ponte de Pedra e Aldeia Queimada, onde foi implantado o sistema de ensino para integração dos indígenas na formação social brasileira. Nesse período, os indígenas deixavam suas aldeias para se instalar na região dos postos telegráficos. Para COSTA (1985), a atuação da Comissão Rondon teve implicações na organização territorial e social indígena, como a dispersão dos grupos locais, que foram afastados de seus territórios originais e pela introdução de novos valores e padrões de socialização.

No decorrer do século XX foram vários os projetos governamentais visando ao povoamento dos ditos “espaços vazios” da Região Central do Brasil, destacando-se a política Getulista de Marcha para o Oeste, o Programa de Integração Nacional e o Sistema de Cooperativa, com intensa migração para o Estado de Mato Grosso. A intenção da colonização de Mato Grosso por imigrantes esteve presente desde o início do século, quando foi estabelecido um contrato do Governo do Estado, visando à “ocupação” deste território através pela política de colonização dos imigrantes, conforme documentação do governo de Fernando da Costa, em 1922:

Por contrato Assinado a 19 de outubro do ano passado o Governo do Estado concedeu ao Sr. Marquez Luigi Incisa, 50 lotes de 10.000 hectares cada um, para serem localizadas pelo menos 500 famílias em cada lote. A área reservada compreende terras sitiadas nas margens do Paraguai, desde a confluência, do rio Sepotuba até Sant'Anna e nas margens dos rios Sepotuba, Cabaçal e Jauru até as Serras dos Paresis. (...). Apesar de ser semelhantes concessões e do trabalho de introdução começado pela sociedade Hacker T. Campanhia, o meu governo, para mais facilidade do povoamento de Mato Grosso e para fomentar subseqüentemente, o desenvolvimento da nossa produção cogita favorecer, diretamente o estabelecimento de correntes imigratórias para as nossas terras ferozes, instalando núcleos coloniais e assegurando a prosperidade das suas existentes (OLIVEIRA, 2002, p.32).

Às terras distribuídas foi dada a designação de gleba, porém a ocupação não se efetivou neste período. Apesar da tentativa frustrada de ocupação, nesta ocasião,

na década de 50, os picadeiros¹⁴ se fizeram presentes na região, esquadrinhando suas terras e dando continuidade à política de Marcha para o Oeste com a demarcação de territórios para inserção no mercado capitalista nacional (OLIVEIRA, 2002).

No período entre 1950 e 1960, parte da migração que seguia para o Paraná começou a migrar para Mato Grosso, devido ao declínio da produção do café na região sul e pela construção de estradas que davam acesso à região Centro-Oeste. Além disso, o acesso às terras da região e o interesse por elas foram possibilitados pelas propagandas, contribuindo para a corrida à “terra prometida”. Anúncios nos jornais e em revistas especializadas em agricultura faziam convite a se tornar fazendeiros em Mato Grosso, particularmente no Município de Barra do Bugres (OLIVEIRA, 2002).

Com a propaganda exaltando as características promissoras das terras, somada aos incentivos ofertados pelo Estado, a região ganhou o interesse necessário para sua ocupação. O povoamento efetivo da região se efetivou em 1959, com o loteamento das glebas Santa Sé, Esmerando e Justino, localizadas no município de Barra do Bugres.

Em 1960, um ano depois, fundou-se a empresa Sociedade Imobiliária Tupã para Agricultura Ltda – SITA, que teve importância na colonização da região, com a implantação do loteamento Tangará da Serra, nome dado devido à pequena ave da região. As primeiras famílias que migraram para Tangará da Serra, nos primeiros dez anos da colonização privada, eram provenientes das regiões Sudeste e Sul, principalmente dos Estados de Minas Gerais, São Paulo e Paraná, e também nordestinos que provinham de outros processos de migração, para o plantio de café. Assim como os bandeirantes chegavam às terras mato-grossenses em busca de extrativismo de suas riquezas, estas famílias vinham em busca da prosperidade que a natureza oferecia, o que determinou, em grande parte, a relação de posse e propriedade da terra na região.

¹⁴ Segundo OLIVEIRA (2002), os picadeiros ultrapassaram a Serra do Tapirapuã, cartografando o cerrado e as matas ciliares dos inúmeros córregos que compõem a bacia do Paraguai, efetivavam a política fundiária mato-grossense desenvolvida pelos Serviços Estaduais de Terra e Colonização, formado pelo Departamento de Terras e Colonização (D.T.C.) e pela Comissão de Planejamento da Produção (C.P.P.) (OLIVEIRA, 2002, p. 48).

Foi na esperança de ter um presente melhor e um futuro alternativo para os filhos e netos que muitas famílias subiram a serra, dormiram em ranchos de pau a pique, foram picados por mosquitos, tremeram de medo das onças, saborearam a carne das antas, paca, veados e capivaras, viram as estripulias dos macacos, usaram a água dos rios, derrubaram a mata, plantaram o arroz, milho, feijão e café, criaram bois, construíram pontes, casas, igrejas, cadeias e edifícios e deixaram de ouvir o canto do pássaro Tangará (OLIVEIRA, 2002, p. 51).

Na década de 1960, além das propagações da fertilidade da terra veiculada na mídia, somou-se a propaganda da prosperidade da região pelas pessoas, parentes e amigos que agora ali moravam, atraindo várias famílias em busca de melhoria de condições de vida. Muitos caminhões “pau-de-arara” trouxeram as mudanças para Tangará da Serra. Estas famílias vieram individualmente ou em grupos de vizinhos, de amigos, de parentes ou patrões e empregados, para habitar e reconstruir suas vidas nesta região do estado (OLIVEIRA, 2002).

Os caminhões de mudança traziam, além de pessoas que tinham os corações divididos entre a saudade do lugar que deixava e a vontade de vencer e melhorar seu futuro no lugar em que agora iriam se estabelecer, alimentos para uma longa viagem em estradas de difícil acesso, gatos, cachorros, cavalos, bois e vacas. Galinhas, galos, patos, galinha de angola, cabritos, eram comuns nos caminhões. Também era trazidas mudas de plantas frutíferas e ornamentais, destinadas a ocupar, exoticamente, o novo espaço e a re-configurar um ambiente preponderadamente de cerrado e de matas ciliares (OLIVEIRA, 2002, p. 69).

Se este era, entretanto, o sonho dos migrantes, o processo de ocupação trouxe muitas lutas para a legitimação da posse da terra, principalmente com os que já se estabeleciam nessas localidades. Para OLIVEIRA (2002), o avanço da frente pioneira sobre a expansão foi conflituosa, dada a situação de fronteira, pois os conflitos que se travaram entre grandes proprietários de terra, camponeses, civilizados (sobretudo grandes proprietários) e índios, remetem à dimensão do conflito por distintas concepções de destino. Esta realidade, mais do que o confronto entre grupos sociais com interesses distintos, agrega o conflito entre historicidades desencontradas.

A Lei nº 2.906/69 criou o Distrito de Tangará da Serra pertencente à Barra do Bugres e a Lei nº 3.687/76, o município de Tangará, emancipado do município de Barra do Bugres e Diamantino. Durante o período de ocupação do seu território, a

presença de fazendeiros e outros moradores de propriedades rurais afastou os Paresi de seus hábitos de descerem a Serra dos Parecis, principalmente para incursões às matas do vale do Sepotuba para atividades de caça e coleta. Somente em 1979, com a abertura da estrada que liga Tangará da Serra à Fazenda Itamarati e a implantação da 5ª Delegacia Regional da FUNAI, esta periodicidade começou a ser alterada. Até então, os moradores de Tangará da Serra não tinham nenhum contato com os índios no município (OLIVEIRA, 2002).

Na década de 1980 houve um aumento do fluxo migratório do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná para as regiões de Mato Grosso. Os Paresi, com seu território agora demarcado e reduzido ao Cerrado da Chapada dos Parecis, têm marcado, na sua história, o sofrimento de ver a derrubada das matas, a desertificação do Vale do Sepotuba e a extinção da fauna e da flora.

Nas primeiras viagens que a gente fazia para Tangará a gente via mutum, jacu, arara vermelha, papagaio de vários tipos, tonalidade de cor, uma fauna riquíssima, então o que a gente percebe hoje é que praticamente isso foi tudo eliminado, então isso deixa uma marca muito forte na concepção dos Paresi, destruir tanta coisa em tão pouco tempo (Cabixi, apud OLIVEIRA, 2002, p.22).

Em relação ao meio ambiente, atualmente Tangará da Serra possui quatro áreas de conservação municipal, totalizando 1.196,11ha; em contrapartida, apresenta um total de 398.561,264ha desmatados, representando 36,23% do seu território (SEPLAN, 2006). No estado, três terras indígenas estão na área de abrangência do Município de Tangará da Serra, representando 51% do seu território; sendo elas: Paresi do Rio Formoso, Paresi e Estivadinho.

Das suas 48 aldeias, 32 estão no Município de Tangará da Serra, com, aproximadamente, 70% do total da população Paresi (FUNAI, 2006). Nota-se que, dos territórios indígenas, 6 estão homologados, 2 delimitados e 1 em identificação (Quadro 1).

O município de Tangará da Serra possui uma área de 11.566Km², representando aproximadamente 1,3% do território estadual e 0,7% do território nacional, distante da capital Cuiabá 242 quilômetros.

Quadro 1 - Localização das terras indígenas Paresi e sua situação fundiária.

QUADRO DEMONSTRATIVO DA SITUAÇÃO FUNDIÁRIA DAS TERRAS INDÍGENAS PARESI			
Terra Indígena	Município	Área (ha)	Situação Fundiária
Estivadinho	Tangará da Serra	2.032	Homologada. Reg. CRI e SPU Dec. s/nº, de 12/08/93, homologa a demarcação (DOU 13/08/93). Reg. CRI Matr. 10.512, Liv. 02-RG fl. 001, em 20/09/93. Reg. SPU Cert. 62, em 19/10/94
Estação Paresi	Diamantino Nova Marilândia	3.620	Delimitada Port. Minist. 666, de 01/11/96, declara de posse permanente (DOU 04/11/96). Port. 527, de 21/06/2000, cria GT para levantamentos complementares de identificação (DOU, 23/06/2000).
Figueira	Barra do Bugres e Tangará da Serra	9.858	Homologada. Reg. CRI e SPU Dec. s/nº, de 03/07/95, homologa a demarcação (DOU, 04/07/95). Reg. CRI Matr. 16.986, Liv. 02-RG fl. 001, em 13/11/95. Reg. SPU Cert. 005, em 13/03/96
Juininha	Pontes e Lacerda Conquista D'Oeste	70.537	Homologada. Reg. CRI e SPU Dec. s/nº, de 04/10/93, homologa a demarcação (DOU, 05/10/93). Reg. CRI Matr. 8.783, em 27/10/93. Reg. SPU Cert.,27 em 03/05/94.
Paresi	Tangará da Serra	563.586	Homologada. Reg. CRI e SPU Dec. Nº 287, de 29/10/91, homologa a demarcação (DOU, 30/10/91). Reg. CRI Matr. 5.014, Liv. 02-RG fl. 1v/4v/5, em 20/02/87. Reg. SPU Cert. s/nº, em 18/05/87.
Rio Formoso	Tangará da Serra	19.749	Homologada. Reg. CRI e SPU Dec. 391, de 24/12/91, homologa a demarcação (DOU 26/12/91). Reg. CRI Matr. 5970, Liv. 02,-RG fl. 1v/2 em 03/10/88. Reg. SPU Cert. 025, em 12/12/88.
Utiariti	Campo Novo do Parecis Sapezal	412.304	Homologada. Reg. CRI e SPU Dec. Nº 261, de 29/10/91, homologa a demarcação (DOU, 30/10/91). Reg. CRI Matr. 17.607, Liv. 02-RG fl. 01/02, em 22/02/85. Reg. SPU Cert. s/n, em 22/10/87
Uirapuru	Pontes e Lacerda	480	Em identificação Port. FUNAI 1.762, de 19/11/96, cria GT para identificação da área.
Ponte de Pedra	Campo Novo do Parecis	-	Em identificação
TOTAL	8 municípios	1.082.166	0,13% do território nacional

Fonte: Adaptado Funai apud BARROS (2002).

Em 2000, a população do Município de Tangará era de 58.840 habitantes, apresentando, praticamente, a mesma proporção entre homens e mulheres. Era uma área urbana de 51%, frente a 7,34% da área rural, com uma taxa anual de crescimento de 7,345% quando comparado ao ano de 1996. Já, no ano de 2006, segundo o IBGE, o município tinha uma população de 72.311 habitantes, caracterizando-se como o sexto município mais populoso do estado.

Com um PIB *per capita* de R\$7.053,00 em 2004, o município apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,780, superior ao estadual (0,773), sendo o 23º entre os municípios de MT.

A cultura do milho é uma das mais importantes culturas de grãos do estado, e Tangará da Serra é um dos seus principais fornecedores. Sua produção esteve entre 30.000 e 50.000 toneladas em 2004. Apresenta-se também como um dos maiores produtores de leite e um dos principais polos industriais do estado na indústria extrativista mineral e de transformação.

O Município de Campo Novo do Parecis, criado em 1988, nasceu do desmembramento de área do Município de Diamantino. Apesar de registros sobre o povoamento desde a passagem de Rondon pela região, a ocupação efetiva se configura em 1970, com imigrantes sulistas. Em 2007 o município possuía uma população de 22.322 habitantes e um IDH de 0,809 – índice superior à média estadual e o sexto maior do estado.

A sua base econômica é a agricultura, com a produção de soja (quarto lugar do ranking nacional de área plantada de soja), milho, algodão, arroz e a pecuária, destacando-se como o terceiro maior produtor de soja da região. Em sua área de abrangência estão localizadas duas terras indígenas, Ponte de Pedra e Utiariti.

A terra indígena denominada Estação Pareci encontra-se na área de abrangência de outros dois municípios: Nova Marilândia e Diamantino. Com o núcleo populacional originado a partir da descoberta de ouro e diamante, o Município de Diamantino foi criado em 1820. Apesar de sua atividade econômica já ter sido representada pela extração da borracha e pelo garimpo, fantasma sempre presente, atualmente Diamantino tem sua economia baseada na produção de soja e algodão, representando o 5º e 7º produtor regional, respectivamente. O seu IDH é o 18º do estado, e sua população, em 2007, foi estimada em 18.428 habitantes.

O município de Nova Marilândia, apesar de sua criação recente (1991), tem o surgimento populacional atrelado aos garimpos de diamante, atividade presente na região desde o século XVIII. Possuía, em 2000, um IDH de 0,701, que, quando comparado com os outros índices do estado, o classifica na posição 106º da região. Sua principal fonte econômica é representada pela pecuária, no sistema de cria e recria, e a agricultura é de subsistência. Atualmente, Nova Marilândia possui 2.315 habitantes, e, quando comparados os períodos entre os anos 1991 e 2000, observa-se o decréscimo da renda per capita média dos habitantes desse município (R\$ 181,39 em 1991 para R\$ 152,07 em 2000). Nesse mesmo período houve o aumento da pobreza na região, passando seus índices de 35,8% em 1991 para 36,9% em 2000. Vale ressaltar que o município foi palco do assassinato da indígena Paresi, supostamente por conflito de terra, já descrito anteriormente.

O município de Sapezal, criado em 1994, apresenta um contraste, no que tange aos dados sociais e econômicos, com Nova Marilândia. Sapezal foi criado a partir do desmembramento de área do Município de Campo Novo do Parecis, numa proposta de colonização do grupo Maggi, importante produtor de soja no estado. Possui IDH de 0,803, apresentando-se como o décimo colocado entre os vinte municípios com maior IDH do Estado.

A base da economia municipal é principalmente a agricultura, com o cultivo principalmente da soja (segundo maior produtor estadual), seguido de arroz e milho. A pecuária se caracteriza pelo sistema de cria, recria e engorda. Fazendo-se uma comparação entre os anos de 1991 e 2000, o município aumentou sua renda per capita média em 72,27% e diminuiu a pobreza em 38,8%. Apesar de as cifras indicarem prosperidade na região, a redistribuição dessa fartura é falha, em vista de a desigualdade social ter crescido para esse mesmo período. Nesse município está localizada a terra indígena Utiariti. Essa região é de grande importância para o município, visto que se localizam nesta terra as estradas que fazem o escoamento da produção e o trânsito para o município de Campo Novo do Parecis. Cabe ressaltar que os indígenas cobram pedágio para se trafegar nestas estradas, o que gera um descontentamento na região.

Nas terras indígenas dos municípios descritos, os Paresi vivem em aldeias com poucas pessoas, localizadas em cabeceiras de rios e dispersas em vários

territórios indígenas (Quadro 2). A sua extensão territorial e situação fundiária devem ser consideradas no acesso aos serviços de saúde.

Quadro 2 - Distribuição da população Paresi por aldeia e município do Estado de MT.

	Aldeia	Município	População
1	Queimada Formoso	Tangará da Serra	35
2	Formoso	Tangará da Serra	50
3	Jatobá	Tangará da Serra	20
4	Cachoeirinha	Tangará da Serra	15
5	JM	Tangará da Serra	28
6	Estação Rondon	Diamantino e Nova Marilândia	26
7	Kotitiko	Tangará da Serra	105
8	Rio Verde	Tangará da Serra	70
9	Zanaqua	Tangará da Serra	12
10	África	Tangará da Serra	9
11	Kalanaza	Tangará da Serra	11
12	Kamae	Tangará da Serra	13
13	Jurupara	Tangará da Serra	22
14	Manene	Tangará da Serra	34
15	Sacre 1	Tangará da Serra	33
16	Zatemana	Tangará da Serra	27
17	Figueira	Barra do Bugres	24
18	Estivadinho	Tangará da Serra	33
19	Tatu Bolinha	Tangará da Serra	19
20	Mirim	Tangará da Serra	10
21	Pakuera	Tangará da Serra	8
22	Batiza	Tangará da Serra	41
23	Ilhocê	Tangará da Serra	25
24	Sacre 0	Tangará da Serra	32
25	Cabeceira do Sacre	Tangará da Serra	24
26	Paraíso	Tangará da Serra	14
27	Três Lagoas	Pontes e Lacerda	45
28	Uirapuru	Nova Lacerda	17
29	Juininha	Pontes e Lacerda e Conquista D'Oeste	29
30	Água Suja	Tangará da Serra	11
31	Papagaio 1	Tangará da Serra	16
32	Papagaio 2	Tangará da Serra	41
33	Taquarinha	Tangará da Serra	12
34	Nova Esperança	Tangará da Serra	84
35	Duas Cachoeiras	Tangará da Serra	9
36	Cabeceira do Buriti	Tangará da Serra	44
37	Vale do Rio Papagaio	Sapezal	35
38	Salto da Mulher	Sapezal	31
39	Mangaval	Sapezal	7
40	Buriti	Tangará da Serra	43

41	Katyola Winã	Sapezal	30
42	Cabeceira do Seringal	Campo Novo do Parecis	32
43	Seringal	Campo Novo do Parecis	33
44	Bacaiuval	Campo Novo do Parecis	47
45	Sacre 2	Campo Novo do Parecis	32
46	Bacaval	Campo Novo do Parecis	51
47	Ponte de Pedras	Campo Novo do Parecis	8
48	Chapada Azul	Sapezal	29
TOTAL		-	1569

Fonte: Adaptado FUNAI (2006) e ISA 2008.

Cada casa da aldeia corresponde a um grupo doméstico, com indivíduos de três gerações. Cada aldeia mantém autonomia política, contando com um líder, que administra o modo de subsistência e organiza os rituais. Tradicionalmente, as unidades produtivas são os grupos domésticos e/ou as famílias elementares, que se dedicam, tradicionalmente, à agricultura, tendo como cultivo principal a mandioca brava.

Segundo BARROS (2002), entretanto, devido ao contato interétnico com a população não indígena e a conseqüente inserção no modo de produção e desenvolvimento econômico da região, as roças tradicionais vêm, gradativamente, sendo abandonadas.

A partir da década de 1980, a mecanização e a expansão da soja no entorno das terras Paresi trouxeram a diminuição da caça e a perda da base de sua subsistência. Mais vulneráveis às investidas do agronegócio e seduzidos pela cultura ocidental, este povo permitiu, mesmo com posições contrárias na própria etnia, que em 1984 a sua terra indígena fosse cortada por duas estradas, entre elas, a MT-235, que liga Campo Novo do Parecis a Sapezal, proposta oferecida por produtores, visando à diminuição dos custos do frete da soja, pelo encurtamento das distâncias (POVOS INDÍGENAS NO BRASIL, 2009).

Ainda no final dos anos 1980, com os recursos naturais em seu território cada vez mais distantes das aldeias, os indígenas firmaram contratos para o desenvolvimento da agricultura em suas terras com vizinhos produtores de soja. A contrapartida se deu pelo acesso a meios de transporte autônomos, que permitiam o rápido acesso de doentes à cidade, a roças e a outros meios naturais já escassos em suas terras (POVOS INDÍGENAS NO BRASIL, 2009).

Em 1998, grande parte da produção de soja já passava pelo território Paresi e um novo contrato previu a cobrança de pedágio pelos próprios índios e posterior divisão do valor arrecadado na comunidade. A divisão dessa renda gerou conflitos internos na etnia, o que vez surgir duas organizações indígenas Paresi, Waymaré e Halitinã, que, estabelecendo dois diferentes pontos de pedágio cada uma, transformaram o pagamento dessa tarifa na principal fonte de renda e forma de compensação na área de saúde e alimentação (POVOS INDÍGENAS NO BRASIL, 2009).

BRIANEZE (2009) denominou os Paresi como os indígenas sojicultores de Mato Grosso. De acordo com a autora, esta etnia estará colhendo, em 2009, doze mil hectares de soja. Essa é a quinta safra colhida desde que iniciaram os contratos de parceria entre os indígenas, fazendeiros e uma empresa da região.

A lavoura mecanizada de soja é cultivada na terra tradicional indígena Paresi, especificamente nas TIs Paresi, Rio Formoso e Utiariti. Devido à experiência adquirida com o trabalho nas fazendas, são os próprios indígenas que tratam a lavoura. As sementes, o veneno, o combustível e o aluguel das máquinas agrícolas são custeados pelos parceiros não-indígenas, e o lucro líquido é dividido entre estes parceiros e uma associação indígena, a Waymaré, organizada pela própria etnia Paresi. A metade desta renda, que até o final do ano deve atingir um pouco mais de dois milhões, é depositada em uma conta bancária. A outra parte é dividida entre as famílias envolvidas nas respectivas lavouras ou destinada ao custeio de aquisições coletivas (BRIANEZE, 2009).

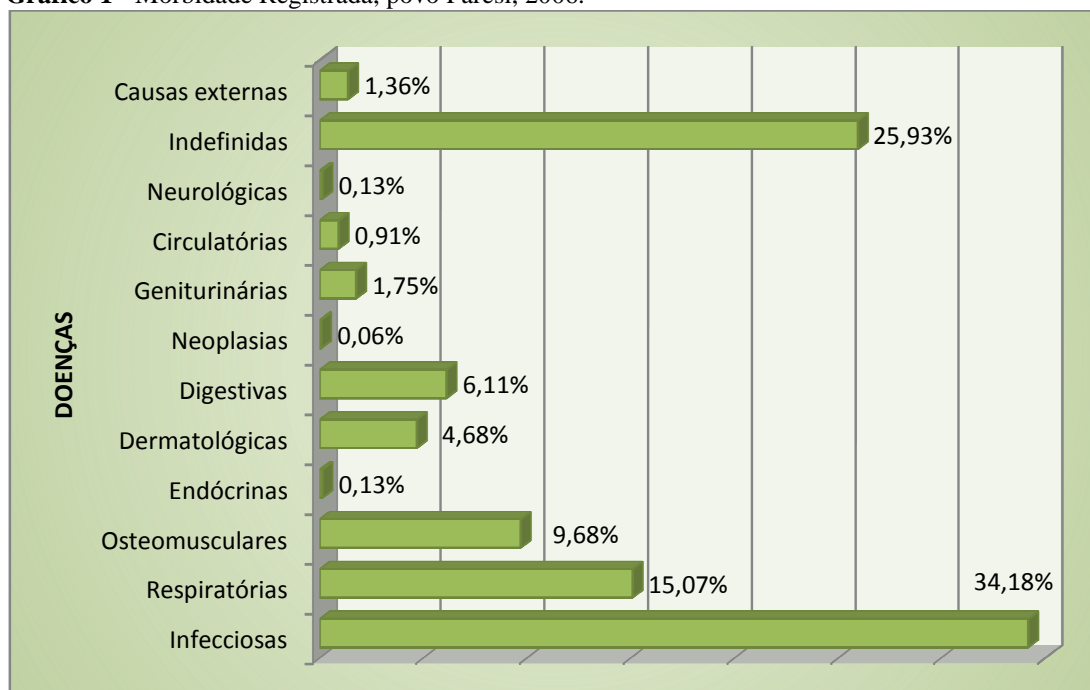
Cinquenta e duas famílias voltaram a plantar milho graças ao recurso advindo da soja. Outra organização indígena Paresi, a Associação Halitinã, já utilizou parte do lucro como contrapartida para a criação de peixes em tanques-rede com apoio da Secretaria Nacional de Aquicultura e Pesca. Não há, contudo, entre os indígenas da etnia uma opinião unânime em relação aos benefícios da agricultura mecanizada. Críticas, vindas principalmente dos mais velhos, indicam o impacto dessa atividade no modo de viver dos Paresi, introduzindo hábitos de consumo e promovendo mudanças na forma de se encarar a coletividade na etnia.

Para mim a soja trouxe divisão. No meu ponto de vista, o povo ficou muito individual, olhando só para o que é dele (Orezu, apud BRIANEZE, 2009).

Eu tenho cabaça de chicha [bebida tradicional], faço beiju e carne moqueada no centro da maloca. Quando era pequena, não tinha outra comida e eu não achava falta de nada. A gente comia isso de manhã, no almoço, à noite e estava satisfeito. Hoje a criança acorda para ir pra escola e se não tiver leite, bolacha e bolo, não come nada (Zolazokero, apud BRIANEZE, 2009).

As consequências das mudanças nos hábitos da etnia podem ser traduzidas pelos dados de saúde apresentados pelo DSEI Cuiabá em 2006. Neste ano, as doenças infecciosas (34,2%) e de infecções respiratórias agudas (15%), foram as principais morbidades detectadas pelas equipes multiprofissionais (EMSI) em aldeias Paresi. Chama a atenção o percentual de causas indefinidas (26%), revelando uma baixa qualidade no preenchimento dos dados (Gráfico 1).

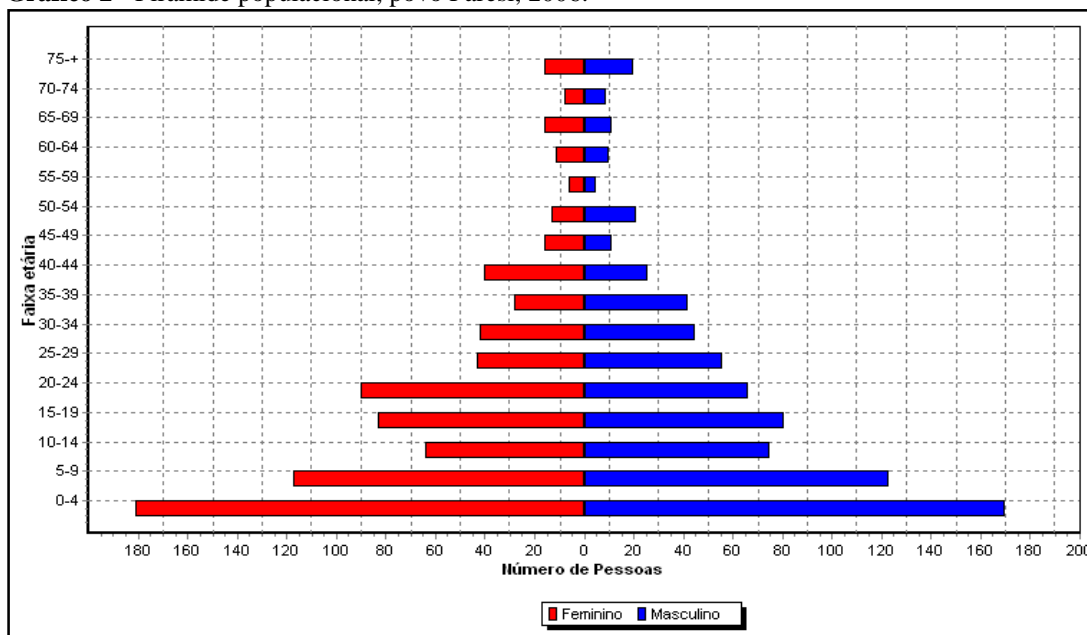
Gráfico 1 - Morbidade Registrada, povo Paresi, 2006.



Fonte: FUNASA, 2006a.

Em relação aos dados demográficos, de acordo com o Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá-MT), em 2006 a população Paresi era de 1.545 indígenas, com maior representatividade demográfica em menores de 9 anos (38%), sendo uma população jovem (Gráfico 2). Nesse mesmo ano, houve 93 nascimentos e 4 óbitos, porém nenhum entre menores de 1 ano.

Gráfico 2 - Pirâmide populacional, povo Paresi, 2006.



Fonte: FUNASA, 2006b.

Analisando todo o histórico de contato do povo Paresi e os fatos atuais relacionados à realidade desta etnia, destacam-se pontos que, admitindo a construção histórico-social da realidade, podem contribuir para a configuração do setor saúde na região:

1. O povo Paresi vive em uma região voltada à agricultura, com papel de importância para a economia local. Considerando que o Estado de Mato Grosso tem seu desenvolvimento econômico baseado nas atividades extrativistas e na produção agrícola em grande extensão de terra, possuir uma extensão de terras que limita os lucros no agronegócio pode trazer, para o grupo indígena, uma situação de tensão.

2. O estado é habitado de forma majoritária por população não-indígena, o que reflete posições etnocêntricas históricas, por isso pode tratar as questões indígenas com preconceito, discriminação e supressão.

3. Assim como o fácil trato descrito durante a história pode ter sido uma alternativa à extermínio, o povo Paresi tenta sobreviver à posição de vulnerabilidade causada pelo isolamento das grandes extensões agrícolas, ao se reorganizar para a autogestão dos setores sociais. A autogestão é uma forma de enfrentamento que possibilita a melhoria da qualidade de vida das pessoas e, por conseguinte, das condições de saúde.

5.2 OS PARESI, O POLO-BASE TANGARÁ DA SERRA E A MICRORREGIÃO DE SAÚDE DO MÉDIO-NORTE

O Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá) é um Distrito complexo, levando-se em consideração a diversidade étnica que acolhe, bem como a sua extensão territorial. Segundo FUNASA (2005), o DSEI Cuiabá contava, em 2005, com uma população de 5.750 indígenas pertencentes a dez etnias: Bakairi, Bororo, Chiquitano, Enawene Nawe, Guató, Irantxe, Myky, Nambikwara, Paresi e Umutina, distribuídas em quinze municípios do estado.

Para a parceria na execução e planejamento das ações de saúde de sua competência, o DSEI Cuiabá conta com três conveniadas: Operação Amazônia Nativa, Associação Halitinã e Fundação Uniselva, trinta e um Postos de Saúde, cinco Polos-base: Cuiabá, Rondonópolis, Tangará da Serra, Chiquitano e Brasnorte e, três Casas de Saúde Indígena: Cuiabá, Rondonópolis e Tangará da Serra.

O Polo-base de Tangará da Serra é a unidade do DSEI Cuiabá responsável pela atenção à saúde do povo Paresi. A terminologia é utilizada genericamente para indicar toda área a geográfica que atende, englobando postos de saúde em aldeias, municípios de referência para atenção à saúde desta população, a CASAI Tangará da Serra e o Polo-base Bacaval.

Segundo o FUNASA (2008-2010), terras indígenas Paresi estão localizadas na área de abrangência de oito municípios do Estado de Mato Grosso: Tangará da Serra, Sapezal, Campo Novo do Parecis, Pontes e Lacerda, Diamantino, Nova Marilândia, Conquista D'Oeste e Barra do Bugres. Estes municípios estão distribuídos em três Microrregiões de saúde do Estado. Os municípios de Tangará da Serra, Sapezal, Campo Novo do Parecis, Nova Marilândia e Barra do Bugres estão localizados na Microrregião Médio-Norte. O município de Diamantino está na Microrregião Centro-Norte e, Pontes e Lacerda, na Microrregião Oeste Mato-grossense (Quadro 3).

Quadro 3 - Relação dos Municípios com terra indígena Paresi com as Microrregiões e Regiões de Saúde do Estado de Mato Grosso.

Municípios com Terra indígena Paresi	Microrregião de Saúde	Região de Saúde
Tangará da Serra	Médio-Norte	Região Centro / Norte
Sapezal		
Campo Novo do Parecis		
Barra do Bugres		
Nova Marilândia		
Diamantino	Centro-Norte	Região Oeste
Pontes e Lacerda Conquista D'Oeste	Oeste	

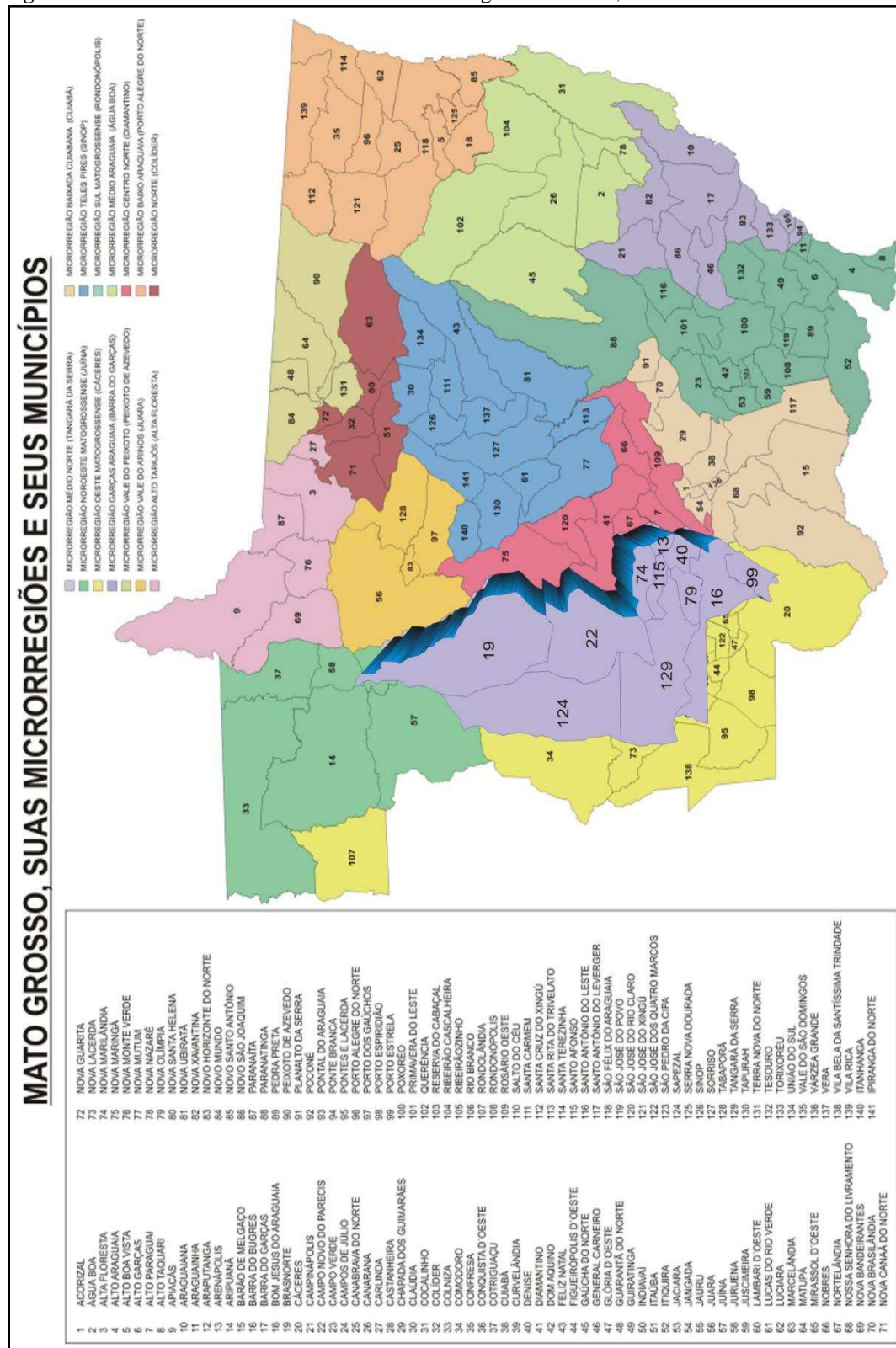
Fonte: MATO GROSSO (2006), FUNAI (2006) e ISA (2008).

Embora localizados em três Microrregiões de Saúde, a Microrregião do Médio-Norte se destaca como sendo a maior referência para atenção à saúde da população indígena Paresi, devido à maior concentração populacional da etnia. A população Paresi presente no município de Diamantino tem como referência de saúde o município de Nova Marilândia (Microrregião do Médio-Norte), ficando somente a população indígena dos municípios de Pontes e Lacerda e Conquista D'Oeste fora desta microrregião de saúde.

A Microrregião do Médio-Norte se localiza a oeste do estado de Mato Grosso (Figura 7), com uma área de abrangência de 66.764 km², possui uma população de 182.470 habitantes (Quadro 4) e apresenta como principais atividades econômicas o extrativismo vegetal, a agricultura e a pecuária. A população indígena representa menos de 1% da população da região. Quanto à situação de saúde, entre as principais causas de internações nessa microrregião estão a pneumonia, parto e outras complicações da gravidez, a asma e a insuficiência cardíaca. Entre as principais causas de óbitos se destacam as doenças cérebro vasculares, acidentes de transporte¹⁵, infarto agudo do miocárdio, doenças crônicas das vias aéreas inferiores e agressões (MATO GROSSO, 2006).

¹⁵ Em MATO GROSSO (2006), não há especificação quanto às condições do acidente de transporte.

Figura 7 - O Estado de Mato Grosso e suas Microrregiões de Saúde, 2005-2006.



Quadro 4 - População total e indígena por município da Microrregional do Médio Norte, 2006.

Município	Total de Habitantes	Terra Indígena	População Indígena
Barra do Bugres	32.744	Figueiras* Umutina	23 367
Campo Novo do Parecis	26.562	Ponte de Pedra Utiariti**	12 249
Denise	9.489	-	-
Nova Marilândia Diamantino	2.891	Estação Pareci	25
Nova Olímpia	19.562	-	-
Porto Estrela	4.096	-	-
Santo Afonso	2.162	-	-
Sapezal	12.656	Utiariti**	249
Tangará da Serra	72.311	Estivadinho Paresi Rio Formoso Figueiras*	33 838 146 23
Total	182.470	-	1697

*/** - As terras indígenas estão localizadas na área de abrangência de dois municípios e não foi possível obter a população individualizada em cada um deles. No cálculo populacional total não foram duplicados os valores.

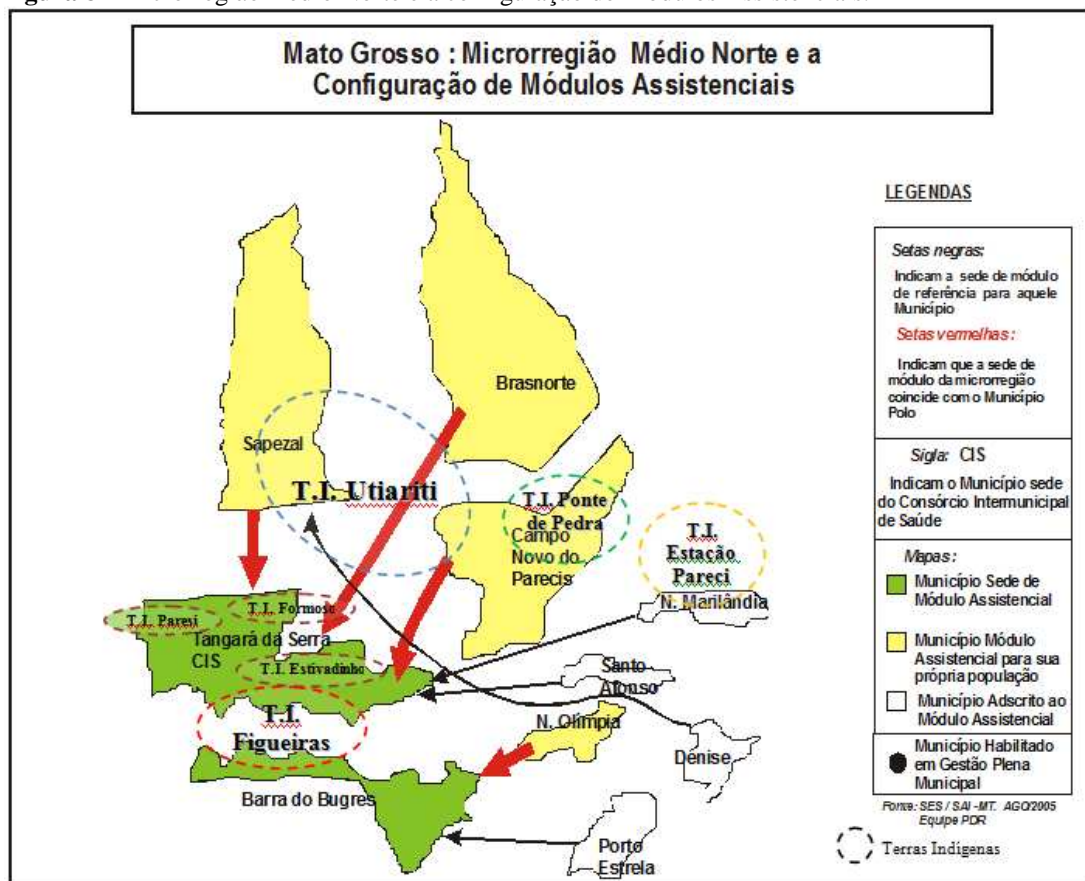
Fonte: Adaptado de MATO GROSSO (2006) e FUNAI (2006).

Nos dados sobre terras indígenas, há referência à Terra Indígena Umutina como localizada na abrangência do município de Barra do Bugres, na Microrregião do Médio-Norte. A terra indígena Umutina é habitada por várias etnias, entre elas a Paresi. Os dados populacionais disponibilizados apontam uma população total de 249 pessoas, não especificando etnia.

Chama a atenção na caracterização das microrregiões de saúde onde está inserido o Polo-base Tangará da Serra o fato de duas Terras Indígenas, Utiariti e Figueiras, sobrepor-se à área de abrangência de dois municípios. Essa sobreposição pode levar à dificuldade no acesso dessa população aos serviços municipais devido à ambigüidade da responsabilidade municipal na execução dos serviços de saúde a essa população, na lógica do PDR, que deveria ser considerado nas pactuações do PDSI. Outro fato para ser apontado é a desproporção entre a população indígena e a não-indígena na abrangência das microrregiões, que deveria favorecer ao suprimento da demanda indígena para os serviços de média e alta complexidade (Quadro 4).

Os municípios localizados na Microrregião do Médio-Norte estão todos habilitados em Gestão Plena da Atenção da Atenção Básica Ampliada (GPAB - A), de acordo com a NOAS SUS 01/02, caracterizando-se Tangará da Serra e Barra do Bugres como municípios-sede de módulo assistencial e Tangará da Serra como sede do Escritório Regional de Saúde (Figura 8) e município-polo.

Figura 8 - Microrregião médio Norte e a configuração de Módulos Assistenciais.



Fonte: Adaptado, MATO GROSSO (2006).

A Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) 01/02 visou promover a organização da regionalização hierarquizada, de forma descentralizada, para promover a equidade no acesso a todos os níveis de saúde no país. Para promover a organização da assistência em âmbito estadual de forma regionalizada e hierarquizada, o espaço estadual foi dividido em: região de saúde, módulo assistencial, município-polo e município-sede de módulo assistencial.

O município de Tangará da Serra é conjuntamente município-sede de módulo assistencial e município-polo, servindo como referência para procedimentos no

primeiro nível de referência (M1) e para média complexidade (M1, M2 e M3) para os seguintes municípios (Quadro 5):

- M1 para o município de Denise e para sua própria população;
- M2 para Denise, Nova Marilândia, Porto Estrela e Santo Afonso;
- M3 para outra sede de módulo assistencial da microrregião (Barra do Bugres), como também para Campo Novo do Parecis, Denise, Nova Marilândia, Porto Estrela, Santo Afonso e Sapezal.

Quadro 5 - Referência Pactuada na PPI da Assistência – Abril/2006 – Municípios do Escritório Regional de Saúde de Tangará da Serra.

Município	Referência			
	M1	M2	M3	INTERNAÇÃO
Barra do Bugres *	Cuiabá	-	Tangará da Serra, Cuiabá	Cuiabá, Várzea Grande
Campo Novo do Parecis*		Cuiabá	Tangará da Serra e Cuiabá	Cuiabá
Denise	Barra do Bugres, Cuiabá e Tangará da Serra	Barra do Bugres, Cuiabá e Tangará da Serra	Tangará da Serra e Cuiabá	Barra do Bugres, Cuiabá, Tangará da Serra e Nova Olímpia
Nova Marilândia*	Barra do Bugres e Cuiabá	Barra do Bugres, Cuiabá, Tangará da Serra e Diamantino	Barra do Bugres, Cuiabá, Tangará da Serra e Diamantino, Nortelândia	Barra do Bugres, Cuiabá, Tangará da Serra e Diamantino, Nortelândia
Nova Olímpia	Cuiabá		Barra do Bugres, Cuiabá e Tangará da Serra	Barra do Bugres, Cuiabá e Tangará da Serra
Porto Estrela	Barra do Bugres	Barra do Bugres, Cuiabá e Tangará da Serra	Barra do Bugres, Cuiabá e Tangará da Serra	Barra do Bugres e Cuiabá
Santo Afonso	Arenápolis, Barra do Bugres, Cuiabá, Denise.	Arenápolis, Barra do Bugres, Cuiabá, Tangará da Serra	Barra do Bugres, Cuiabá e Tangará da Serra	Arenápolis, Barra do Bugres, Cuiabá, Denise e Nortelândia.
Sapezal *	Cuiabá		Cuiabá, Tangará da Serra	Cuiabá
Tangará da Serra*	Cuiabá		Cuiabá	Cuiabá

Fonte: MATO GROSSO, 2006.

*Municípios com Terras Indígenas.

A rede de Serviços de Saúde de Tangará da Serra conta com os seguintes serviços próprios: anatomia patológica/citopatológica, atenção à saúde auditiva, atenção à tuberculose, atenção psicossocial, audiologia/otologia, cardiologia, controle e acompanhamento da gestação, densitometria óssea, eletroencefalograma, emergência, endoscopia, fisioterapia, hemoterapia, internação domiciliar, equipes de saúde da família, programas de agentes comunitários de saúde, radiologia, regulação dos serviços de saúde, suporte nutricional, tomografia computadorizada, ultrassonografia, urgência, UTI móvel, vídeolaparoscopia, vigilância epidemiológica e sanitária (MATO GROSSO, 2006).

Já Barra do Bugres, outro município-sede de módulo assistencial, serve de referência nas seguintes condições:

- M1 e M2: Denise, Nova Marilândia, Porto Estrela e Santo Afonso;
- M3: Nova Olímpia, Nova Marilândia, Porto Estrela e Santo Afonso.

Os municípios de Sapezal, Campo Novo do Parecis e Nova Olímpia caracterizam-se como módulos assistenciais, servindo de referência M1 para sua própria população. De acordo com o PDR 2005-2006, são encaminhados a Cuiabá, cidade capital do estado e município sede da Região de Saúde do Centro-Norte, os casos de psiquiatria e procedimentos de alta complexidade que não tenham resolução na microrregião (Quadro 5). Porém, durante a coleta de dados foi observado que a maioria dos casos tem sua resolução na própria microrregião.

Em 2004, a Microrregião do Médio-Norte possuía a capacidade instalada de 143 unidades prestadoras de serviços. No total, a microrregião possui 2 centros de especialidades ambulatoriais, 10 unidades básicas/posto e ou Centro de Saúde, 35 unidades básicas com PSF (Quadro 6). Contam ainda com 3 unidades de hemoterapia, 6 unidades de reabilitação, 1 Centro de Testagem (CTA/SAE), 2 Centros de Apoio e Aconselhamento Apoio Psico-social (CAPS), 2 laboratórios citopatológicos e 10 laboratórios de Patologia Clínica (Quadro 7).

Em relação à rede hospitalar, a microrregião possui 7 unidades hospitalares (Quadro 6), um total de 480 leitos hospitalares sendo que 354 são SUS. A assistência hospitalar no município de Tangará da Serra conta com as especialidades de cirurgia, pediatria, obstetrícia e clínica médica.

Quadro 6 - Rede SUS de serviços implantadas nos municípios do microrregião do Médio-Norte, MT, Maio/2007.

Município	Hospital	Unidade Mista	Centro de Especialidades Ambulatorial	Unidade Básica/Posto e/ou Centro de Saúde	Unidade Básica com PSF	Unidade Básica com PSF/ Saúde Bucal
Barra do Bugres	1 *		1	1	6	
Campo Novo do Parecis	1 **			1	5	3
Denise	1				2	2
Nova Marilândia		1			1	1
Nova Olímpia	1				5	3
Porto Estrela					2	1
Santo Afonso					1	1
Sapezal	1 **		1		3	3
Tangará da Serra	2 ***	1		8	10	10
TOTAL	7	2	2	10	35	24

Fonte: MATO GROSSO, 2006.

Legenda: * Hospital Público

** Hospital Filantrópico

*** Hospitais Privados

Em 1998, devido à falta de condições dos hospitais públicos em oferecer atendimento nas especialidades, foi constituído o Consórcio Intermunicipal de Saúde – CIS Médio-Norte. O consórcio compra 100% do atendimento da rede privada, negociando pacotes que incluem consultas, internação, cirurgia e serviços de apoio, diagnose e terapia – SADT, e oferece atendimento nas especialidades de anestesiologia, cirurgia geral, traumatologia-ortopedia, ginecologia, pediatria, obstetrícia e clínica médica (Plano Diretor de Regionalização – PDR/MT, 2005/2006).

Na microrregião Oeste de saúde, encontram-se as Terras Indígenas Juinhã e Uirapuru, localizadas na área de abrangência dos municípios de Pontes e Lacerda e Conquista D'Oeste (Quadro 8). Essa microrregião se localiza a Sudoeste do estado (Figura 9), caracteriza-se economicamente pela pecuária, pela agricultura e pela extração vegetal. Possui uma população de 285.691 habitantes e uma extensão

territorial de 114.684,21 Km² (Plano Diretor de Regionalização – PDR/MT, 2005/2006).

Quadro 7 - Rede SUS de serviços implantadas nos municípios da microrregião do Médio-Norte, MT - 2007.

Município	Unidade de Hemoterapia	Unidade de Reabilitação	CTA/SAE	CAPS	Laboratório Citopatológico	Laboratório Patologia Clínica
Barra do Bugres		1		1		1
Campo Novo do Parecis	1 UCT	1				1
Denise	1 UCT					1
Nova Marilândia						1
Nova Olímpia		1			1	1
Porto Estrela						1
Santo Afonso		1				1
Sapezal		1				1
Tangará da Serra	1 UCT	1	1	1	1	3
TOTAL	3	6	1	1	1	11

Fonte: MATO GROSSO, 2006

Legenda: UCT – Unidade de Coleta Transfusional

UT – Unidade Transfusional

Quadro 8 - População total e indígena Paresi da Microrregião Oeste, 2006.

Município	Terra Indígena Paresi	Total de Habitantes	População Indígena Paresi
Pontes e Lacerda	Uirapuru*	37.910	480
	Juininha**	3106	62
Conquista D'Oeste			29
Demais municípios da microrregião	-	235.226	-
Total	-	285.961	571

* A terra indígena Uirapuru se localiza no município de Pontes e Lacerda

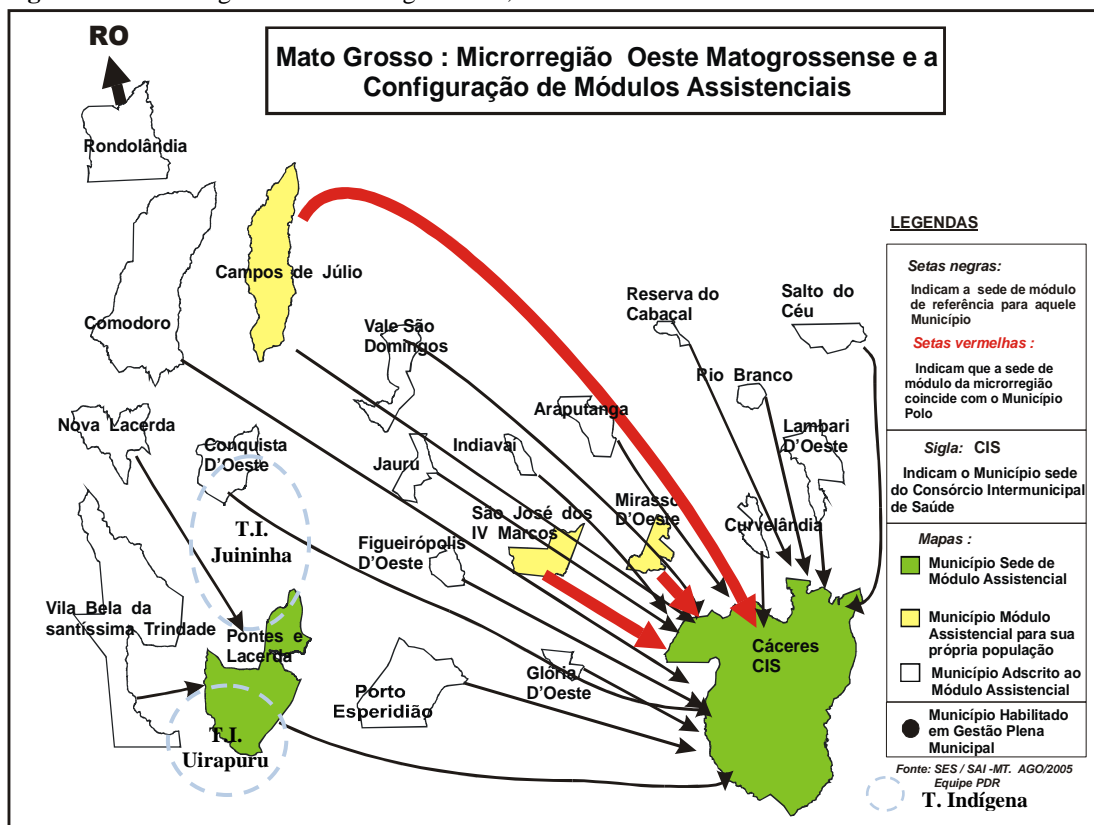
** A terra indígena está localizada na área de abrangência dos dois municípios e não foi possível obter a população individualizada em cada um deles. No cálculo populacional total não foram duplicados os valores.

Fonte: Adaptado MATO GROSSO (2006) e FUNAI (2006).

Fazem parte dessa microrregião 22 municípios do estado, ficando Pontes e Lacerda e Cáceres como municípios-sede do módulo assistencial e do escritório

regional de saúde. Cáceres ainda se caracteriza como município pólo e sede do consórcio intermunicipal de saúde. Pontes e Lacerda é referência, como sede de módulo para os municípios de Nova Lacerda e Vila Bela da Santíssima Trindade. Os demais municípios pertencentes à microrregião têm como referência o município de Cáceres (Figura 9).

Figura 9 - Microrregião Oeste Mato-grossense, 2005-2006.



Fonte: Adaptado MATO GROSSO, 2006.

Todos os municípios da Microrregião Oeste estão habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica, e Cáceres garante ainda a referência ambulatorial para procedimentos de primeiro, segundo e alguns, de terceiro nível de complexidade. Pontes e Lacerda é referência ambulatorial para os municípios da região, garantindo procedimentos de primeiro e, em alguns casos, de segundo nível.

Na assistência hospitalar, Cáceres oferece cinco especialidades médicas: pediatria, cirurgia, obstetrícia, clínica médica e parte da alta complexidade. Em 1998 foi constituído o Consórcio Intermunicipal de Saúde, o CIS Oeste mato-grossense, que oferece as seguintes especialidades: ortopedia, oftalmologia,

otorrinolaringologia, neurologia e cardiologia. A referência para urgência e emergência se dá em Cáceres, no Hospital Regional Dr. Antônio Fontes.

O que se pode observar na descrição das duas microrregiões de saúde que possuem terras Indígenas Paresi é que tanto a microrregião do Médio-Norte, quanto a do Oeste, na tentativa de obedecer aos princípios de regionalização e descentralização do SUS, organizam seus serviços de modo a atender às necessidades de saúde da sua população, tendo como principal prestador de serviços para média e alta complexidade o setor privado e necessitando somente da referência do município de Cuiabá para a alta complexidade. Desta forma, constata-se que a população indígena presente na região pode utilizar os serviços da microrregião do Médio-Norte e do Oeste para a resolução dos seus problemas de saúde, pouco necessitando dos serviços municipais de Cuiabá.

Como ressaltado anteriormente, a sobreposição de terras indígenas entre a área de dois municípios e a desigual proporção entre a população indígena e a não indígena na abrangência das microrregiões do Médio-Norte e Oeste podem ser fatores que dificultam o acesso da população indígena Paresi aos serviços de saúde na região.

A não-especificação das referências de saúde, bem como dos fluxos de referência no PDR 2005-2006 para a população indígena, pode indicar mais um nó no acesso aos serviços de saúde. Outro apontamento que pode surgir dessa constatação é a possível ausência de articulação regional com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Prevendo a Política Nacional de Saúde Indígena, essa parceria para que a continuidade do cuidado se torne possível no Subsistema de Saúde Indígena, o acesso a todos os níveis da atenção pode se tornar prejudicado.

Para finalizar, constata-se que o principal prestador de serviços de saúde, para atenção especializada na região, é a rede privada contratualizada pelo SUS. Como a população indígena, pela especificidade cultural, se organiza economicamente de uma forma diferenciada, a má articulação entre as instituições gestoras da saúde pode ocasionar barreiras de ordem econômicas para o acesso aos serviços de saúde.

5.3 FLUXOS PLANEJADOS PELO PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA PARA ATENÇÃO À SAÚDE DOS PARESI

A Política Nacional de Saúde Indígena (PNSI) foi criada a fim de proporcionar aos povos indígenas atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Com esta finalidade, a PNSI preconiza que:

a) a atenção básica deverá ser realizada em aldeia, por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e de forma permanente, pelo Polo-base, unidade essa que deve servir de apoio técnico às EMSIs e AIS.

b) No caso de necessidade de acesso a outros procedimentos de saúde de maior complexidade não disponíveis em aldeia, há de se encaminhar os indígenas às CASAs presentes nos municípios.

c) A partir daí, devido à complementaridade de ações entre a FUNASA, estados e municípios, deve-se estabelecer um fluxo de referência e contrarreferência, com a finalidade de garantir os princípios de universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde dos povos indígenas.

O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI), deve ser encarado como um instrumento de gestão, devendo nele estar contemplado o planejamento das ações de saúde e a previsão orçamentária a ser gerida pelo Distrito Sanitário Especial indígena, em um determinado período. O planejamento deste instrumento deve adequar o que é estabelecido pela PNSI às demandas locais de saúde das populações indígenas, deliberadas pelos Conselhos Locais de Saúde e somente deve ser validado quando aprovado pelo Conselho Distrital de Saúde. O PDSI, uma vez aprovado, deve servir de base para o planejamento das instituições conveniadas com a FUNASA para a execução das ações em saúde.

A Associação Halitinã é a Organização Não-governamental do povo Paresi, conveniada com a FUNASA para execução das ações de atenção básica de saúde nas aldeias. A responsabilidade pela articulação do acesso à atenção básica fora da aldeia, bem como pelas ações em nível secundário e terciário, não é explicitada pelo

PDSI. De acordo com a Portaria 2.656/2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), cabe aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas a responsabilidade pela pactuação dos fluxos de referência e contrarreferência, levando-se em consideração a Programação Pactuada Integrada (PPI) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR). As pactuações previstas pela Portaria não se concretizaram até o momento no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, ficando a maioria das referências regidas pela Portaria anterior.

A Portaria Nº 1.163/99 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999), anterior à 2.656/2007, criou os fatores de incentivo de atenção básica e o fator de incentivo para assistência ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico à população indígena, que foram repassados aos municípios dentro da lógica de complementaridade das ações entre a FUNASA e a Secretaria de Saúde (SAS), para execução dos serviços de saúde indígena fora de aldeia. O valor desses incentivos foi ajustado pelas deliberações distritais e coube a cada município, juntamente com as etnias municipais, a gestão desses recursos e a forma como deveriam ser empregados (Quadro 9). Com o repasse desses recursos, ficaram estabelecidas as referências de saúde municipais para a saúde indígena local. Para definição dessa referência, foi levada em consideração a referência municipal já estabelecida com o tempo pela etnia, bem como a abertura municipal para negociação.

A Portaria Nº 2.656/ 2007 visa regulamentar os recursos estabelecidos pela Portaria Nº 1.163/ 99, e insere a lógica *per capita* no cálculo desses incentivos (Quadro 9). Na descrição dos fluxos de saúde estabelecidos pelo PDSI são levados em consideração os municípios destacados como referência de saúde pela Portaria 1.163, visto a referência trazida pela Portaria 2.656 ainda não ter sido pactuada com os municípios. As definições das referências municipais servem para o estabelecimento do fluxo de saúde, quando os indígenas precisam buscar outros serviços não presentes em aldeia. A oferta das ações de atenção básica ficam a cargo das executoras das ações de saúde indígena.

A extensão territorial, os territórios indígenas e a distribuição das aldeias fizeram com que a Associação Halitinã subdividisse a área indígena Paresi em três microrregiões de saúde (Figura 10).

Quadro 9 - Municípios que recebem recursos para complementaridade das ações FUNASA DAB SAS, etnia Paresi, 2008.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO INDÍGENA	PORTARIA 1163		PORTARIA 2.656	
		VALOR MENSAL (R\$)	VALOR ANUAL (R\$)	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR ANUAL (R\$)
Campo Novo do Parecis	278	39.000,00	468.000,00	15.050	180.600,00
Conquista D'Oeste	*	350,00	4.200,00	0,00	0,00
Diamantino	23	0,00**	0,00	1.916,67	23.000,00
Pontes e Lacerda	118	0,00	0,00	6.363,58	76.362,96
Sapezal***	320	22.650,00	271.800,00	16.100,00	193.200,00
Tangará da Serra	1012	37.250,00	447.000,00	33.400,00	400.800,00
TOTAL	1751	99.250,00	1.191.000,00	72.830,25	873.962,96

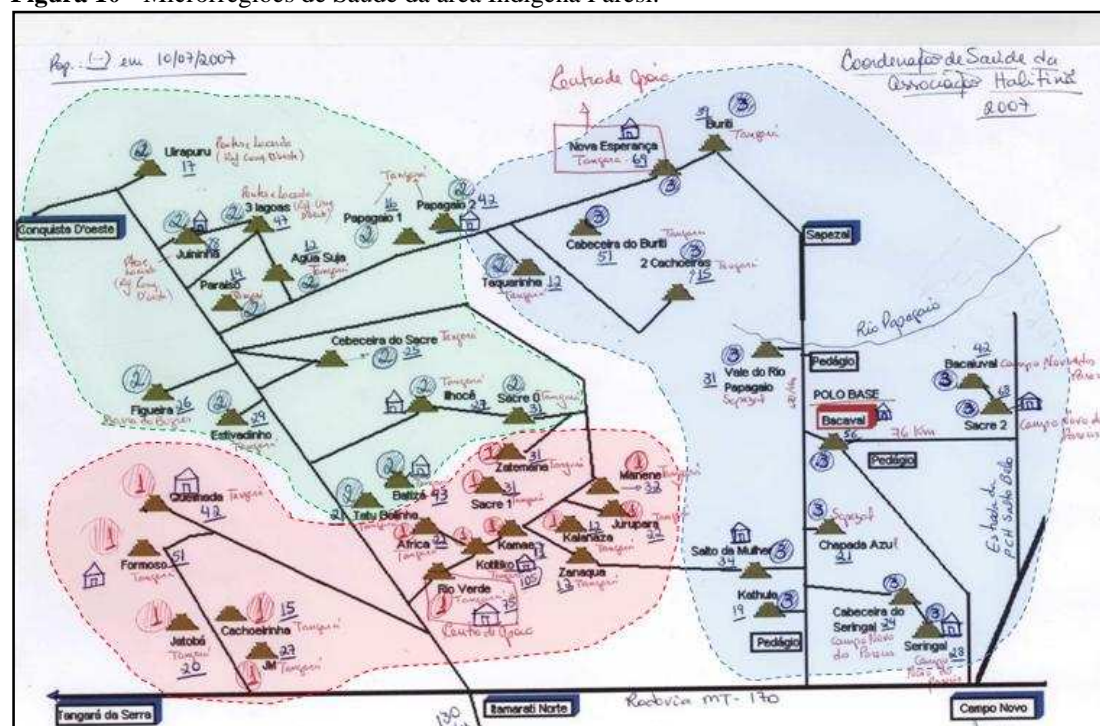
Fonte: Adaptado, FUNASA (2008).

Legenda: * O município de Conquista D' Oeste atende a população Paresi cadastrada em Pontes e Lacerda.

** A população indígena de Diamantino é atendida em outro município, Nova Marilândia.

*** O município de Sapezal custeia o pagamento de 2 agentes indígenas de saneamento da etnia Paresi, e o restante do recurso é destinado a etnia Nambikwara.

Figura 10 - Microrregiões de Saúde da área Indígena Paresi.



Legenda: ① Microrregião 1, ② Microrregião 2, ③ Microrregião 3.

Fonte: Dado de Pesquisa, Associação Halitinã, 2007.

Cada equipe de saúde é responsável por quinze aldeias, e esta subdivisão foi levada em consideração para o planejamento no PDSI da atenção básica.

Segundo a FUNASA (2008-2010), as equipes têm a seguinte composição (Quadro 10):

Quadro 10 - Composição e área de atuação EMSI, Polo-base Tangará da Serra, 2007.

EQUIPE Nº	COMPOSIÇÃO E.M.SI						MICRORREGIÃO	POPULAÇÃO
	ENF	ODON	AUX./ TEC	AIS	AISAN	A.C.D		
1	1	1	4	6	5	1	Microrregião 3	532
2	1	1	5	4	6	1	Microrregião 1	528
3	1	0	0	4	4	0	Microrregião 2	406

Fonte: Adaptado, FUNASA (2008-2010) e FUNAI (2006).

Legenda: ENF: Enfermeiro; ODON.: Odontólogo; AUX/TEC: Auxiliar ou técnico de enfermagem
AIS: Agente indígena de saúde; AISAN: Agente indígena de saneamento; ACD: Atendente de consultório dentário.

- A equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI) 1 é composta por um enfermeiro, um odontólogo, quatro técnicos de enfermagem, seis agentes indígenas de saúde (AIS), cinco agentes indígenas de saneamento (AISAN) e um Atendente de Consultório Dentário (ACD). É responsável pelas aldeias pertencentes à microrregião 3. Fazem parte da microrregião 3 as seguintes aldeias: Bacaiual, Bacaval, Buriti, Cabeceira do Buriti, Cabeceira do Seringal, Chapada Azul, Duas Cachoeiras, Estação Rondon, Katyola Winã, Nova Esperança, Sacre II, Salto da Mulher, Seringal, Três Cachoeiras e Vale do Rio Papagaio.
- A EMSI 2 é composta por um enfermeiro, um odontólogo, cinco técnicos de enfermagem, quatro AIS, seis AISAN e um atendente de consultório dentário (ACD). É responsável pelas aldeias pertencentes à microrregião 1. Fazem parte da microrregião 1 as seguintes aldeias: África, Cachoerinha, Formoso, Jatobá, JM, Jurupará, Kalanazá, Kamãe, Kotitiko, Manene, Queimada, Rio Verde, Sacre I, Zanakwá e Zatemaná.
- A EMSI 3 é composta por uma enfermeira, quatro AIS e quatro AISAN. É responsável pelas aldeias pertencentes a microrregião 2. Fazem parte da microrregião 2: Água Suja, Batiza, Cabeceira do Sacre, Estivadinho, Figueira,

Ilhocê, Juininha, Papagaio I, Papagaio II, Paraíso, Sacre 0, Taquarinha, Tatu Bolinha, Três Lagoas e Uirapuru.

Em entrevista com gestores, foi levantado que os profissionais de saúde das Equipes Multidisciplinares trabalham 20 dias nas aldeias a cada mês. Nos dias em que permanecem em área, os profissionais de saúde devem realizar atenção da população indígena da sua respectiva microrregião, considerando as prioridades traçadas no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI). São elas: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Imunização, Controle de Endemias, Controle de doenças transmitidas por vetores, Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDS, Hepatites Virais, Assistência Farmacêutica, Saúde Bucal, Vigilância Alimentar e Nutricional, Saúde Mental e Hipertensão e Diabetes.

Segundo a Política Nacional de Saúde Indígena, estando a EMSI em área, a primeira referência para os usuários indígenas na sua aldeia deve ser a equipe de saúde. Na ausência da EMSI, o Polo-base de sua abrangência e CASAI devem ser as suas demais referências. São destacados pelo PDSI como referências: a CASAI Tangará da Serra, Polo-base Tangará da Serra e Polo-base Bacaval.

Importante registrar que o PDSI não traz explícito como se dá o acesso dos usuários aos demais níveis de atenção quando a EMSI não se encontra em área, tampouco traz informações quanto aos municípios que seriam referências de saúde para essas aldeias, destacando somente os municípios onde estão localizadas¹⁶, ficando subentendida essa relação. Em pesquisa, foi esclarecido que os municípios onde estão localizadas as aldeias indígenas, segundo o PDSI, são as referências de saúde planejadas para acesso dessa população à atenção básica fora de aldeia.

Na apresentação dos fluxos planejados pelo PDSI, foram consideradas as localizações territoriais das aldeias de acordo com o PDSI, na qual são referências para atenção básica o Polo-base Tangará da Serra, o Polo-base Bacaval e os municípios de Tangará da Serra, Campo Novo do Parecis, Sapezal, Nova Marilândia e Conquista D'Oeste.

Inicialmente serão descritos os fluxos planejados para acesso aos demais níveis da atenção e, posteriormente, serão realizadas as análises.

¹⁶ As localizações das aldeias descritas pelo PDSI se diferenciam da localização apontada pela FUNAI.

5.3.1 Fluxos Planejados das Aldeias Localizadas no Município de Tangará da Serra

Trinta aldeias das Terras Indígenas Paresi, localizadas no município de Tangará da Serra, têm como primeira referência planejada de saúde o Polo-base Tangará da Serra (Quadro 11). Entretanto, seis com essa mesma localização têm o fluxo planejado para o Polo-base Bacaval (Quadro 11). Não são explicitados no PDSI os critérios para tal distinção, mas o tempo de deslocamento dessas aldeias até o Polo-base Tangará da Serra pode ter sido um possível fator levado em conta para o planejamento.

Como descrito, 30 aldeias possuem como referência o Polo-base Tangará da Serra, considerado como virtual no PDSI¹⁷. A CASAI de referência para todas as aldeias com Terras Indígenas no município Tangará da Serra é a CASAI Tangará da Serra, localizada dentro do perímetro urbano do município de mesmo nome. O tempo de deslocamento destacado pelo PDSI entre as aldeias até o Polo-base de referência pode variar entre uma e cinco horas (Quadro 11), devido às condições de transporte e das estradas. Para estas aldeias, o PDSI destaca como referência para média e alta complexidade o município de Cuiabá, a 242 Km de Tangará da Serra (SEPLAN, 2006), levando-se em média três horas e meia para o deslocamento por via terrestre.

Considerando ainda a organização do Subsistema de Saúde Indígena, e que a atenção à saúde desses povos deve se dar num sistema de referência e contrarreferência, a CASAI Tangará da Serra e a rede SUS dos municípios de Tangará da Serra e de Cuiabá (Figura 11) estão inseridas nos fluxos planejados para a atenção à saúde dos Paresi das aldeias localizadas no município de Tangará da Serra ou em outros municípios.

¹⁷ O uso do termo virtual não tem explicação no PDSI. Porém, em pesquisa, certificou-se que Polo-base Tangará da Serra não é localizado em área indígena Paresi, que sua localização se dá no município de Tangará da Serra, especificamente na CASAI Tangará da Serra, estando aí a explicação do termo.

Quadro 11 - Fluxos Planejados e distâncias das aldeias Paresi às unidades de referência de saúde para o Subsistema de Saúde Indígena local, 2008-2010.

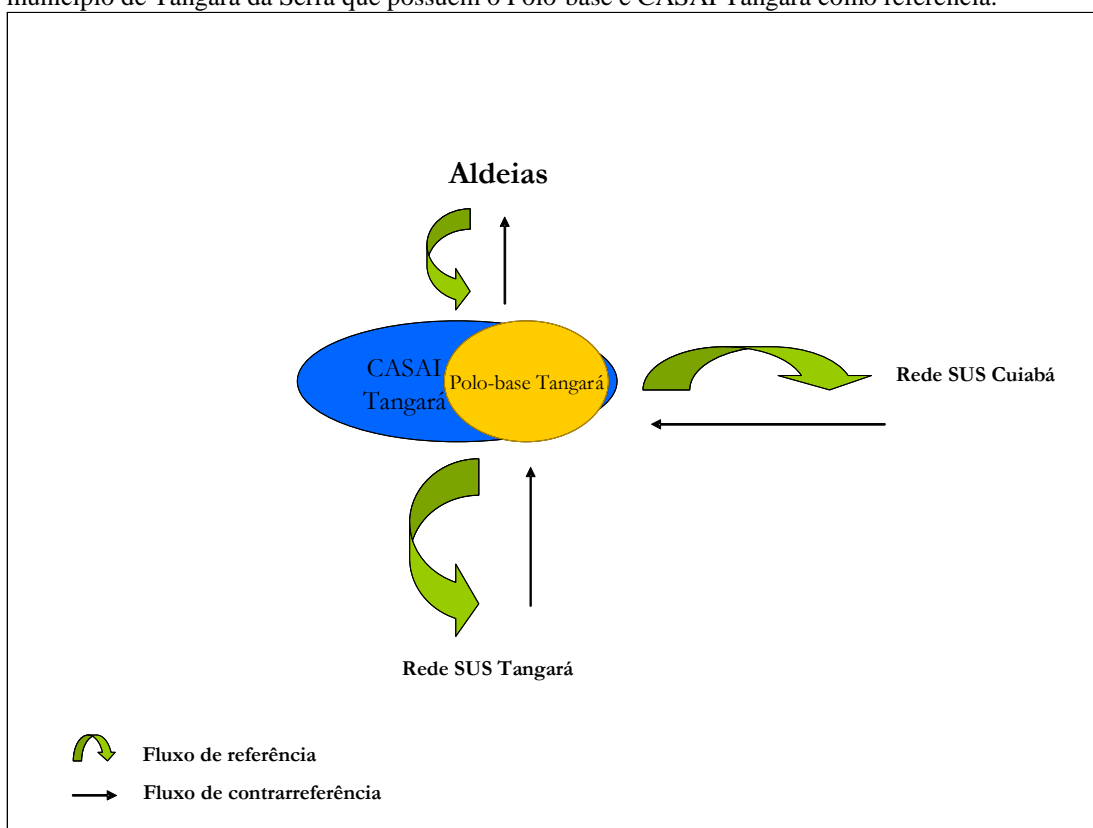
Aldeia	Município das Terras Indígenas	Polo-base (PB) de Referência	Distância da aldeia/PB (Km)	Tempo Aldeia/PB (h)	CASAI de Referência	Ref. Mun. para Média e AC
África	T. da Serra	T. da Serra	110	2:10	T. da Serra	Cuiabá
Água Limpa	T. da Serra	T. da Serra	80	1:00	T. da Serra	Cuiabá
Água Suja	T. da Serra	T. da Serra	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Batiza	T. da Serra	T. da Serra	168	2:30	T. da Serra	Cuiabá
Cab. do Sacre	T. da Serra	T. da Serra	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Cachoeirinha	T. da Serra	T. da Serra	85	1:00	T. da Serra	Cuiabá
Estivadinho	T. da Serra	T. da Serra	200	3:00	T. da Serra	Cuiabá
Figueira	T. da Serra	T. da Serra	230	5:00	T. da Serra	Cuiabá
Formoso	T. da Serra	T. da Serra	90	1:10	T. da Serra	Cuiabá
Ilhocê	T. da Serra	T. da Serra	175	2:40	T. da Serra	Cuiabá
Jatobá	T. da Serra	T. da Serra	83	1:00	T. da Serra	Cuiabá
JM	T. da Serra	T. da Serra	80	1:00	T. da Serra	Cuiabá
Jurupará	T. da Serra	T. da Serra	140	3:00	T. da Serra	Cuiabá
Kalazana	T. da Serra	T. da Serra	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Kamae	T. da Serra	T. da Serra	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Kotitiko	T. da Serra	T. da Serra	105	1:00	T. da Serra	Cuiabá
Mangaval	T. da Serra	T. da Serra	135	2:40	T. da Serra	Cuiabá
Manene	T. da Serra	T. da Serra	130	2:25	T. da Serra	Cuiabá
Papagaio I	T. da Serra	T. da Serra	200	4:00	T. da Serra	Cuiabá
Papagaio II	T. da Serra	T. da Serra	230	4:10	T. da Serra	Cuiabá
Paraíso	T. da Serra	T. da Serra	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Queimada	T. da Serra	T. da Serra	130	1:30	T. da Serra	Cuiabá
Rio Verde	T. da Serra	T. da Serra	100	2:00	T. da Serra	Cuiabá
Sacre I	T. da Serra	T. da Serra	125	2:20	T. da Serra	Cuiabá
Sacre 0	T. da Serra	T. da Serra	155	3:10	T. da Serra	Cuiabá
Taquarinha	T. da Serra	T. da Serra	230	4:30	T. da Serra	Cuiabá
Tatu Bolinha	T. da Serra	T. da Serra	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Uirapuru	T. da Serra	T. da Serra	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Zanakwa	T. da Serra	T. da Serra	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Zatemana	T. da Serra	T. da Serra	150	3:20	T. da Serra	Cuiabá
Bacaiuval	T. da Serra	Bacaval	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Buríti	T. da Serra	Bacaval	280	4:55	T. da Serra	Cuiabá
Cab. do Buríti	T. da Serra	Bacaval	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Duas Cachoeiras	T. da Serra	Bacaval	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Nova Esperança	T. da Serra	Bacaval	275	4:50	T. da Serra	Cuiabá
Três Cachoeiras	T. Serra	Bacaval	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Bacaval	C. N. do Parecis	Bacaval	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Sacre II	C. N. do Parecis	Bacaval	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Seringal	C. N. do Parecis	Bacaval	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Cab. do Seringal	C. N. do Parecis	T. da Serra	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Chapada Azul	Sapezal	Bacaval	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Salto da Mulher	Sapezal	Bacaval	-	-	T. da Serra	Cuiabá
V. do R. Papagaio	Sapezal	Bacaval	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Katyola Winã	Sapezal	T. da Serra	-	-	T. da Serra	Cuiabá
Estação Rondon	N. Marilândia	Bacaval	156	5:00	T. da Serra	Cuiabá
Juinhina	Conq. D'Oeste	T. da Serra	278	4:40	T. da Serra	Cuiabá
Três Lagoas	Conq. D'Oeste	T. da Serra	270	4:30	T. da Serra	Cuiabá

Fonte: FUNASA (2008-2010).

As aldeias Bacaiuval, Buriti, Cabeceira do Buriti, Duas Cachoeiras, Nova Esperança e Três Cachoeiras também estão localizadas geograficamente no município de Tangará da Serra, porém, o PDSI aponta o Polo-base Bacaval¹⁸ (classificado também como virtual pelo PDSI) como referência para atenção básica.

O tempo de deslocamento dessas aldeias até a CASAI Tangará da Serra, apesar de estarem localizadas no mesmo município, pode ser de até quatro horas (Quadro 11). As vias de acesso das aldeias ao Polo-base Bacaval, à CASAI Tangará e dessas unidades ao município de Cuiabá são por via terrestre.

Figura 11 - Fluxos Planejados de Referência e Contrarreferência para as aldeias localizadas no município de Tangará da Serra que possuem o Polo-base e CASAI Tangará como referência.

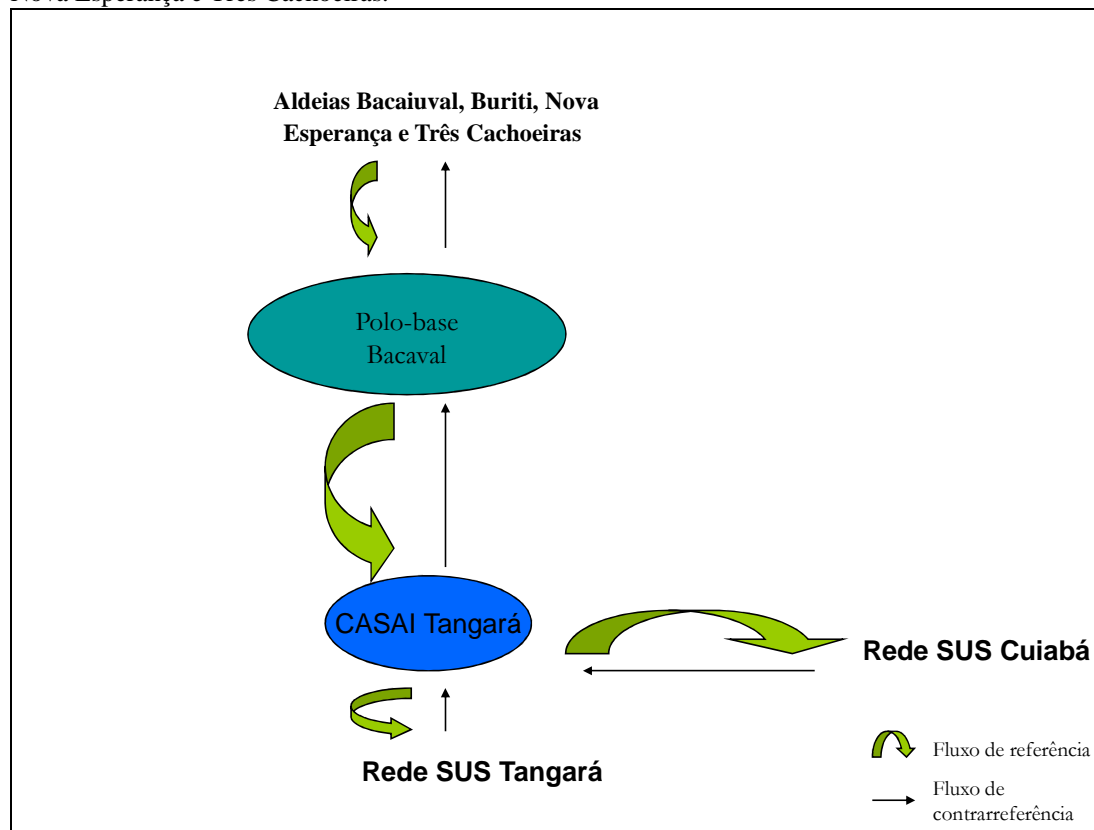


Fonte: FUNASA (2008-2010).

Segundo o PDSI, o Polo-base Bacaval tem planejado a CASAI Tangará da Serra, localizada neste município, como referência para acesso aos serviços de atenção básica. Para o acesso aos serviços de média e alta complexidade busca-se a rede SUS de Cuiabá. Não são apontadas pelo PDSI as unidades de saúde utilizadas como referência nestes municípios (Figura 12).

¹⁸ O Polo-base Bacaval está localizado no território indígena Paresi e, segundo entrevistas, é denominado como virtual no PDSI por ainda não estar criado oficialmente pela FUNASA.

Figura 12 - Fluxos de Referência e Contrarreferência para os usuários das aldeias Bacaiuval, Buriti, Nova Esperança e Três Cachoeiras.

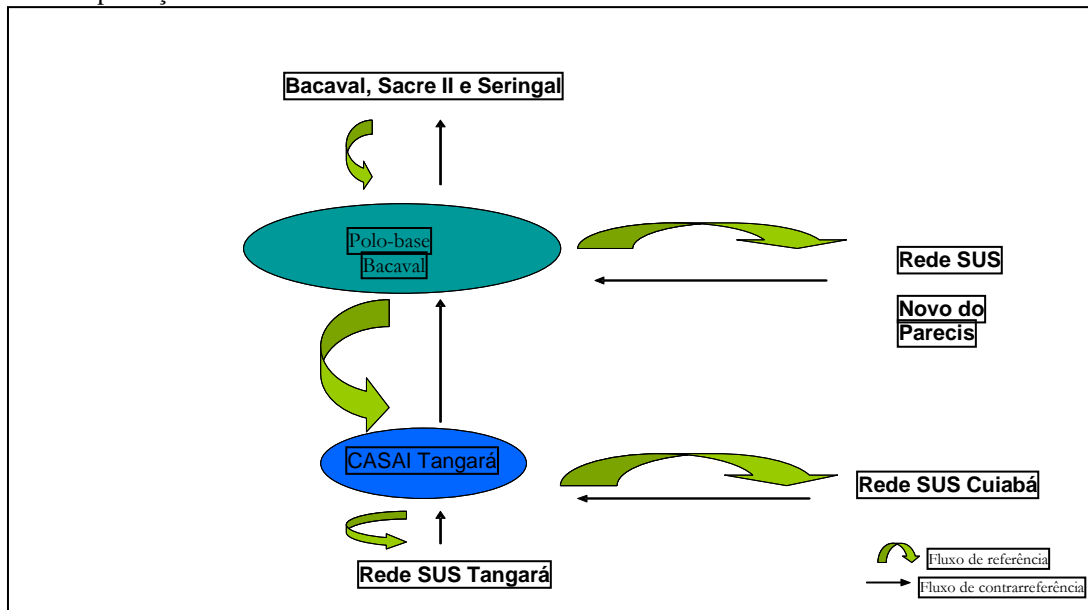


Fonte: FUNASA (2008-2010).

5.3.2 Fluxos Planejados das Aldeias Localizadas em Campo Novo do Parecis

As aldeias Bacaval, Sacre II e Seringal estão localizadas no município de Campo Novo do Parecis e têm planejado como primeira referência o Polo-base Bacaval e o município de Campo Novo do Parecis para serviços de atenção básica. A CASAI Tangará da Serra é destacada pelo PDSI como referência para estas aldeias e, como referência para média e alta complexidade, o município de Cuiabá. O acesso das aldeias ao município de Campo Novo do Parecis e a Cuiabá é por via terrestre (Quadro 11 e Figura 13).

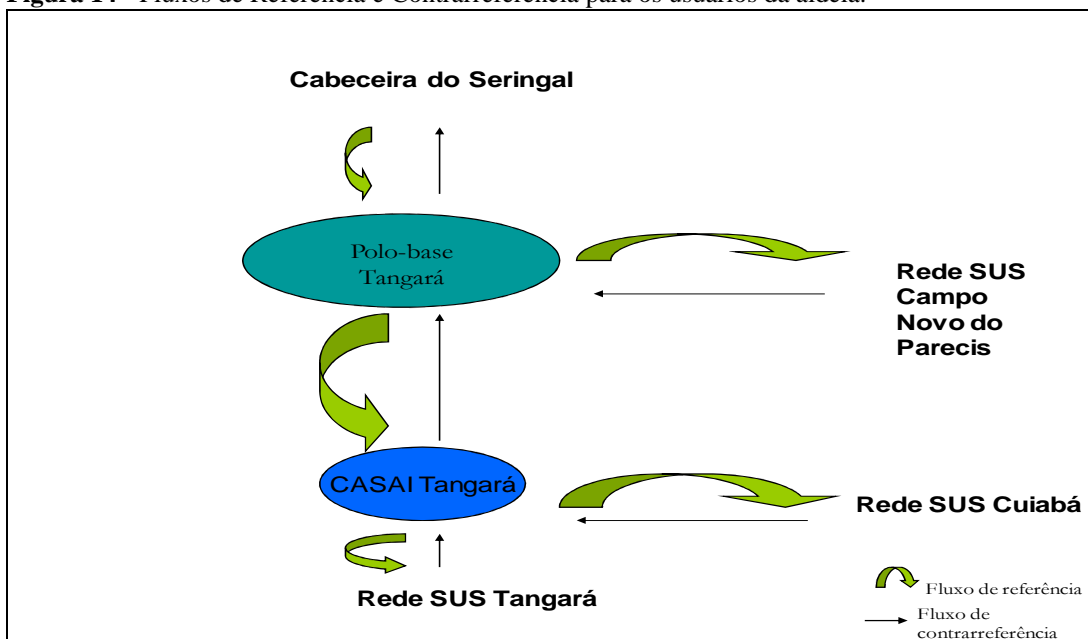
Figura 13 - Fluxos de Referência e Contrarreferência para os usuários das aldeias Bacaiuíval, Buriti, Nova Esperança e Três Cachoeiras.



Fonte: FUNASA (2008-2010).

A aldeia Cabeceira do Seringal, também localizada no município de Campo Novo do Parecis, tem esse município como sua referência para as ações de saúde, mas são planejadas as unidades de Tangará da Serra como Polo-base e CASAI de referência. Para alta e média complexidade, sua referência é o município de Cuiabá. O acesso da aldeia ao Polo-base, à CASAI e ao município de Cuiabá é terrestre (Quadro 11 e Figura 14).

Figura 14 - Fluxos de Referência e Contrarreferência para os usuários da aldeia.



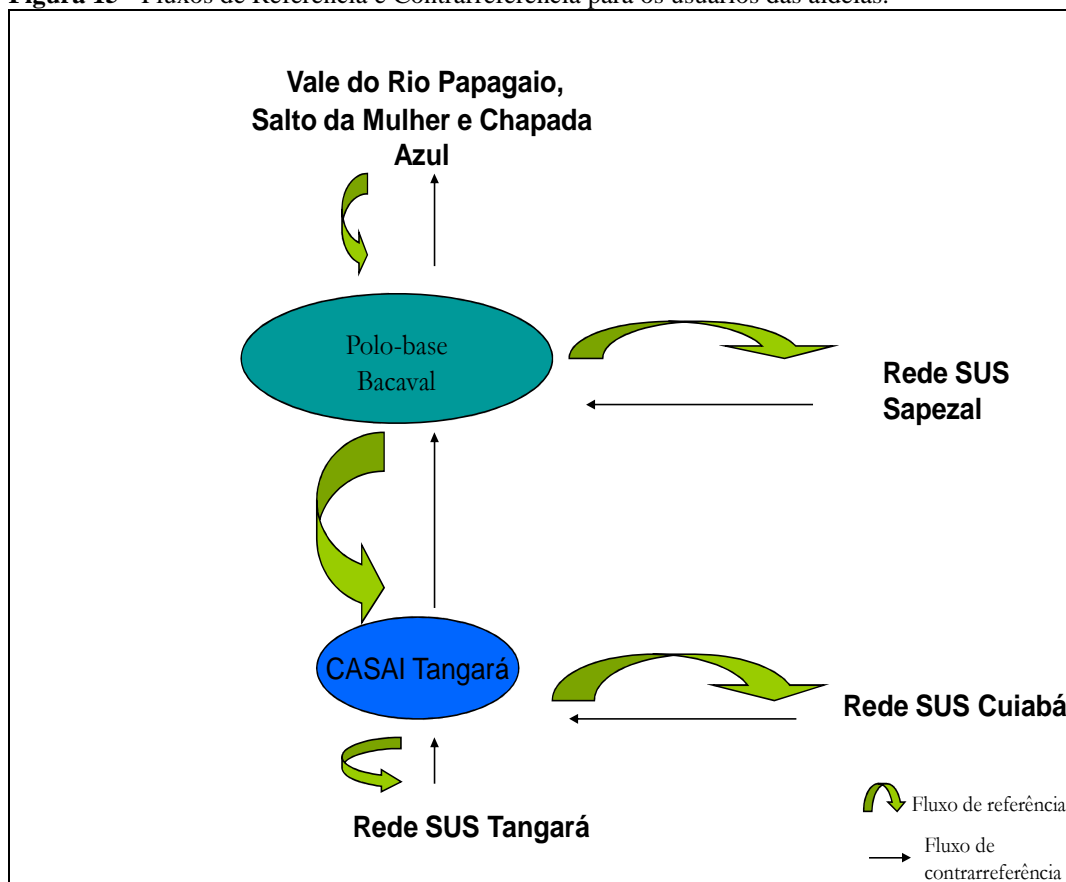
Fonte: FUNASA (2008-2010).

5.3.3 Fluxos Planejados das Aldeias Localizadas no Município de Sapezal

As aldeias Chapada Azul, Salto da Mulher e Vale do Rio Papagaio estão localizadas na abrangência do município de Sapezal. O Polo-base planejado para sua referência delas é o Bacaval, que tem como referência o município de Sapezal para atenção básica. A CASAI de referência é a de Tangará da Serra e a referência para média e alta complexidade para essas aldeias é o município de Cuiabá (Quadros 11 e Figura 15). O acesso dessas aldeias ao município de Sapezal e a Cuiabá é por via terrestre.

Em 2003, a Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal contava com uma rede de serviços de saúde com 4 Unidades Básicas de Saúde, 1 Unidade Hospitalar com 47 leitos (AMM, 2008).

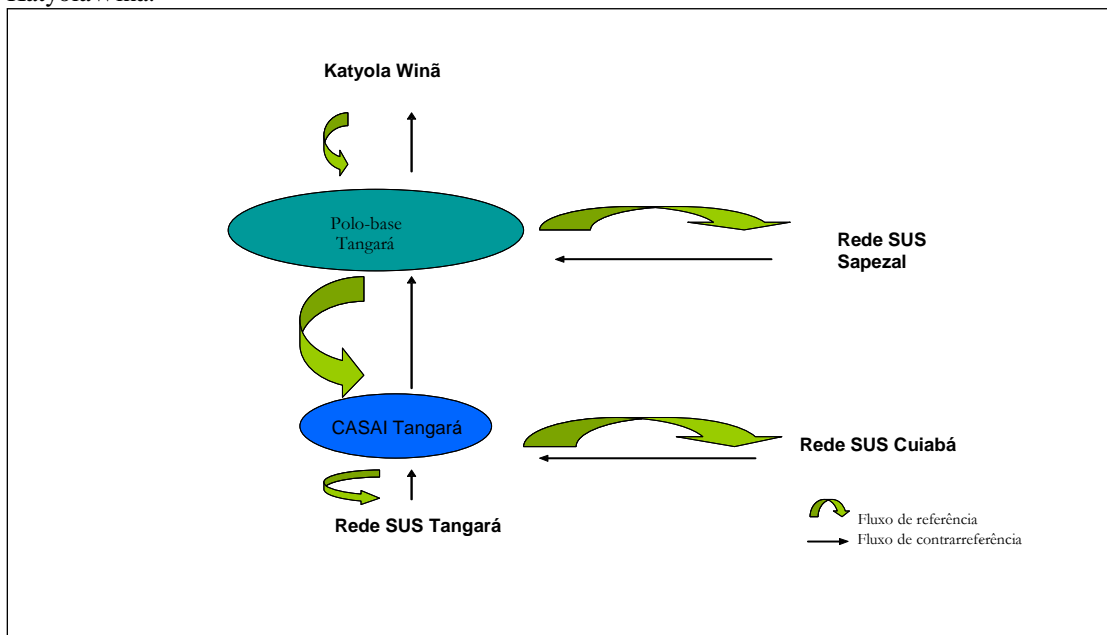
Figura 15 - Fluxos de Referência e Contrarreferência para os usuários das aldeias.



Fonte: FUNASA (2008-2010).

A aldeia Katyola Winã é outra aldeia localizada no município de Sapezal, que tem esse município como sua referência para as ações de saúde. Tem o Polo-base e a CASAI Tangará da Serra como sua referência; para alta e média complexidade, sua referência é o município de Cuiabá (Quadro 11 e Figura 16). O acesso da aldeia ao Polo-base, à CASAI Tangará da Serra e ao município de Cuiabá é terrestre.

Figura 16 - Fluxos Planejado de Referência e Contrarreferência para os usuários da aldeia KatyolaWinã.



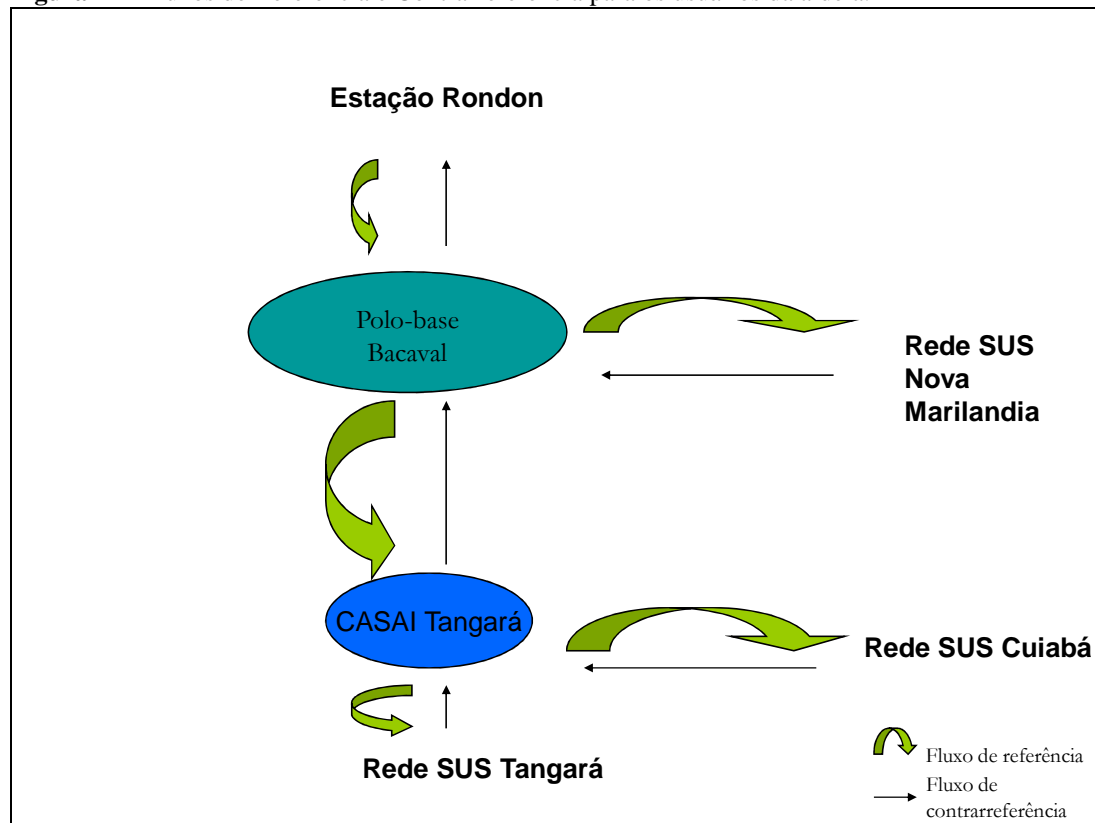
Fonte: FUNASA (2008-2010).

5.3.4 Fluxos Planejados da Aldeia Localizada no Município de Nova Marilândia

A aldeia Estação Rondon está localizada entre os municípios de Diamantino e Nova Marilândia, mas tem planejado o último como referência para as ações de saúde. Tem como referência o Polo-base Bacaval e Tangará da Serra como sua referência de CASAI, distante desta 156Km, cobertos em 5 horas de deslocamento. Para alta e média complexidade, sua referência é o município de Cuiabá. O acesso da

aldeia ao Polo-base, à CASAI e ao município de Cuiabá é terrestre (Quadro 11 e Figura 17).

Figura 17 - Fluxos de Referência e Contrarreferência para os usuários da aldeia.



Fonte: FUNASA (2008-2010).

O município de Nova Marilândia possuía em 2007, 2 Unidades de Saúde da Família.

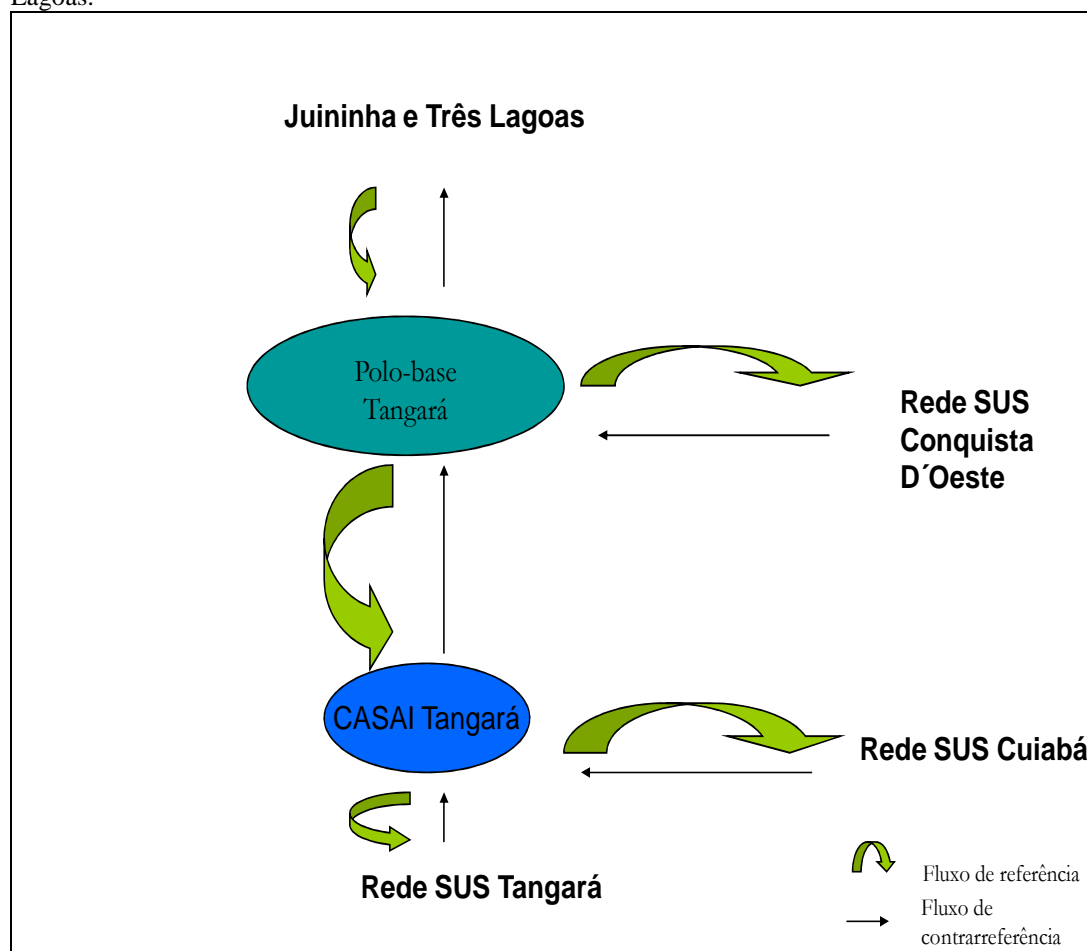
5.3.5 Fluxos Planejados das Aldeias Localizadas no Município de Conquista D' oeste

As aldeias Juininha e Três Lagoas estão localizadas no município de Conquista D' Oeste, e, portanto, possuem este município como sua referência para as ações de saúde. Têm como referência o Polo-base Tangará da Serra e a CASAI

Tangará da Serra como sua referência de Casa de Saúde do Índio. Para alta e média complexidade, sua referência é o município de Cuiabá.

A aldeia Juininha distancia-se da CASAI 278Km (4 horas e 40 minutos para o deslocamento); já a Três Lagoas distancia-se 270Km, com um tempo de deslocamento de 4 horas e 30 minutos. O acesso das aldeias ao Polo-base, à CASAI Tangará da Serra e ao município de Cuiabá é via terrestre (Quadro 11 e Figura 18).

Figura 18 - Fluxos de Referência e Contrarreferência para os usuários das aldeias Juininha e Três Lagoas.



Fonte: FUNASA (2008-2010).

Conquista d'Oeste conta com 2 Unidades de Saúde para atenção à saúde da sua população, sendo as duas Unidades de Saúde da Família.

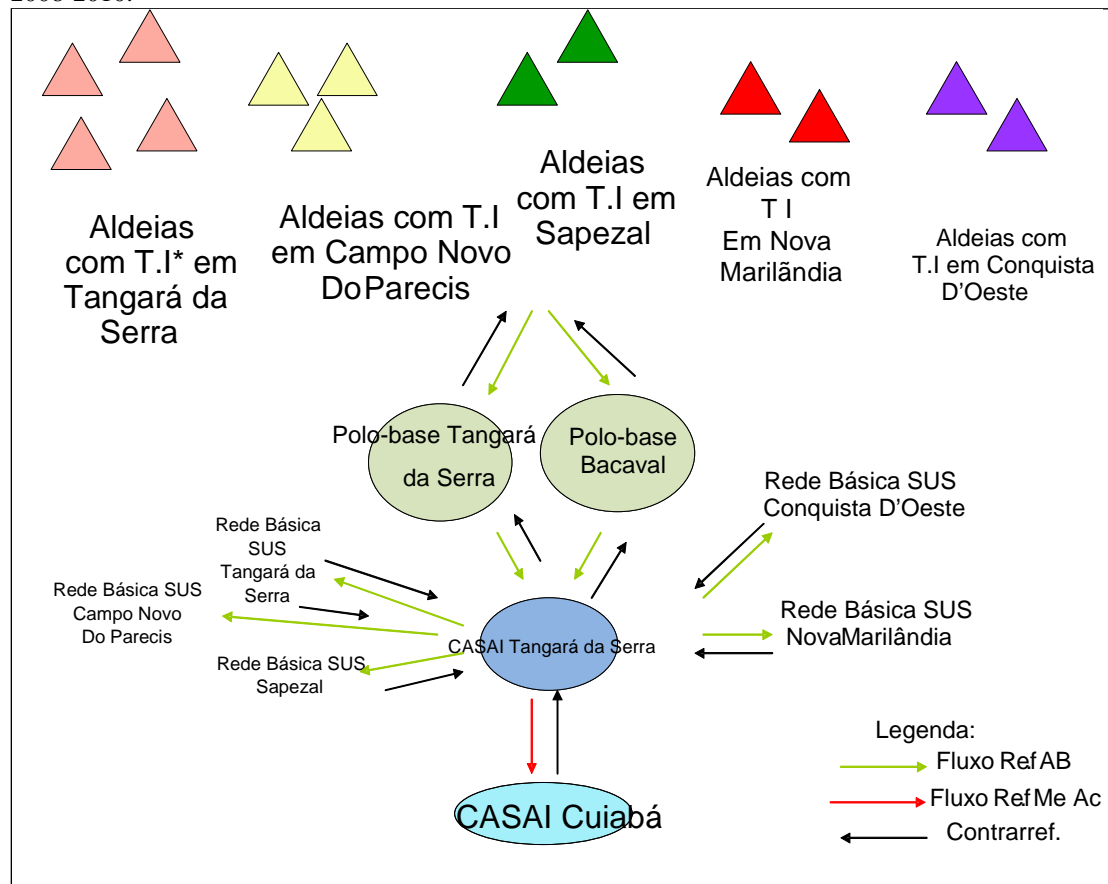
Segundo informações populacionais e de localização das aldeias da FUNAI (2006), o Plano Distrital do DSEI Cuiabá deixa de fora do planejamento de referência as aldeias Ponte de Pedras, Mirim e Pakuera.

5.3.6 Síntese e Análise do Fluxo Planejado pelo Plano Distrital de Saúde Indígena para Atenção à Saúde dos Paresi

Em resumo, pode-se descrever o fluxo planejado pelo PDSI para atenção à Saúde do povo Paresi da seguinte forma (Figura 19):

- Trinta aldeias das terras indígenas Paresi, localizadas no município de Tangará da Serra, têm acesso aos serviços de atenção básica municipais através da articulação entre o Polo-base Tangará da Serra e a CASAI Tangará da Serra com o município. Outras seis, com a mesma localização, possuem como referência o Polo-base Bacaval e CASAI Tangará da Serra para esta mesma finalidade.
- As aldeias das Terras indígenas localizadas em Campo Novo do Parecis possuem o Polo-base Bacaval e CASAI Tangará da Serra como unidades de referência para acesso aos serviços municipais de atenção básica de Campo Novo. Somente a aldeia Cabeceira do Seringal tem planejado o Polo-base e a CASAI Tangará da Serra como unidades de referência.
- As aldeias das Terras indígenas localizadas em Sapezal possuem o Polo-base Bacaval e CASAI Tangará da Serra como unidades de referência para acesso aos serviços municipais de atenção básica de Sapezal. Já a aldeia Katyola Winã tem planejado o Polo-base e a CASAI Tangará da Serra como unidades de referência.
- A aldeia Estação Rondon, localizada em Nova Marilândia, possui como referências o Polo-base Bacaval e a CASAI Tangará da Serra para acesso aos serviços municipais de Nova Marilândia e,
- As aldeias Juinhas e Três Lagoas, localizadas em Conquista D'Oeste, se referenciam ao Polo-base e CASAI Tangará da Serra.
- Todas as aldeias têm como referência o município de Cuiabá, pela articulação da CASAI Cuiabá com a rede SUS local, para o acesso aos níveis secundários e terciários da atenção.

Figura 19 - Síntese do Fluxo Planejado para acesso aos níveis de atenção a Saúde do Povo Paresi 2008-2010.



Fonte: FUNASA (2008-2010).

* T.I. = Terra Indígena

Com relação ao planejamento para o acesso aos três níveis da assistência à saúde do povo Paresi, são possíveis algumas considerações. A primeira delas é em relação ao conceito de saúde trazido de forma implícita no planejamento das ações de saúde pelo PDSI. Os conceitos refletem na organização e na oferta de um serviço.

Saúde, de acordo com a Constituição Federal de 1988, é um direito de cidadania e resulta das condições socioeconômicas de uma população. Conceber a saúde somente pela sua vertente biológica e não ultrapassar o paradigma biomédico, traz prejuízos à qualidade de vida das pessoas à medida que não se enfrentam os problemas por todos os prismas de sua causalidade; dessa forma, uma abordagem integral da saúde, conforme uma das definições desse conceito, deve necessariamente extrapolar o biologismo na elaboração e execução das ações de saúde.

O PDSI não ultrapassa esse conceito. As ações de saúde elaboradas para execução das equipes de saúde são baseadas essencialmente em ações de programas, isolados e fragmentados, e em nenhum momento são planejadas ações para que se tenha a resolução dos problemas de saúde pelo seu caráter social e econômico. A população Paresi vive ilhada, cercada por uma região agrícola de muita importância do estado. O desmatamento, característico de regiões monocultoras, o uso excessivo de agrotóxico, a substituição das roças tradicionais por produção agrícola, enfim, a organização econômica da região, trazem reflexos nos hábitos Paresi, e isso, conseqüentemente, reflete nas necessidades de saúde dessa população. Não observar a necessidade de enfrentamento global dos problemas de saúde da população, no seu planejamento, leva à cooperação para a sua não resolução, à medida que se ofertam ações pontuais e descontextualizadas.

Já em relação ao planejamento das referências pelo PDSI, é necessário fazerem-se outras considerações.

MINTZBERG (2006) denomina como estratégia planejada um conjunto de normas elaboradas de forma antecedente à ação, que têm por finalidade elaborar condutas para se lidar com uma situação real. Da forma como é realizada pelo planejamento tradicional, a estratégia é planejada de acordo com um ideal e não com a configuração real. O processo de planejamento se dá de forma dissociada ao processo de implementação e apresenta pouca flexibilidade, o que limita a capacidade de adaptação à realidade.

O fluxo estabelecido pelo PDSI para atenção à saúde dos Paresi se caracteriza como uma estratégia planejada e assim, com o que foi descrito deste fluxo, é possível destacar algumas características deste tipo de estratégia.

De forma majoritária, as aldeias Paresi têm planejado, como a primeira referência de saúde, o Polo-base Tangará da Serra, mesmo este não existindo em áreas indígenas, e todas possuem como CASAI de referência a de Tangará da Serra, apesar da imensa extensão territorial desta etnia. Tal planejamento reflete a postura apontada por MINTZBERG (2006), segundo a qual os gestores planejam de acordo com um ideal e não com base em elementos trazidos pela realidade. A Política Nacional de Saúde Indígena traz como modelo de planejamento a seguinte referência sequencial de saúde: AIS, EMSI, Polo-base, CASAI e Serviços Municipais de Saúde.

Ao se planejar para a realidade Paresi, levando em consideração esse modelo, incorre-se em prejuízos à tentativa de atenção integral à saúde, como também pode destinar ao fracasso o planejamento. As terras indígenas desse povo ocupam uma enorme extensão territorial e, ao se planejar como primeira referência o Polo-base Tangará, que fica fora da área indígena, criam-se barreiras de acessibilidade geográfica, o que pode dificultar o acesso universal e equânime em saúde.

Outra observação em relação ao planejamento foi a inobservância da particularidade étnica para se estabelecer os fluxos. Levou-se em consideração a norma geral para estabelecimento de referências de saúde, onde o espaço de moradia de um usuário determina o local e o município onde deve-se estabelecer o atendimento. Ao trabalharmos com população indígena, a lógica espacial se reveste de questões territoriais, devendo estes limites serem traçados pela história e pelas relações sociais, que muitas vezes, sobrepõem os limites municipais e que deveriam ser levados em consideração para estabelecimento de fluxos.

Como observado no parágrafo anterior, uma estratégia enquanto plano tenta estabelecer diretrizes para se moldar uma realidade, mas, muitas vezes, estratégias surgidas sem qualquer intenção também moldam um planejamento, e o planejamento do Polo-base Bacaval é um exemplo disso.

O Polo-base Bacaval surgiu a partir da organização de saúde dos Paresis, visando driblar as dificuldades trazidas frente à sua imensa extensão territorial e a uma engessada estrutura planejada para a referência em saúde. Anteriormente à sua criação, todas as aldeias Paresi possuíam o Polo-base e a CASAI de Tangará da Serra como primeiras referências de saúde para a população.

Dessa forma, imensas extensões territoriais eram percorridas para se ter acesso aos serviços de saúde não disponíveis em aldeia. Com o intuito de diminuir os impasses decorrentes da acessibilidade, a Associação Halitinã criou o Polo-base Bacaval dentro de área indígena, e, hoje, esse Polo divide a posição de primeira referência de saúde para essa população, juntamente como o Polo Tangará da Serra. Assim uma estratégia surgida sem qualquer planejamento, de forma emergente, foi incorporada à estratégia planejada. O fato do PDSI planejar considerando o Polo Bacaval como virtual, apesar de este estar em plena atividade, mostra a pouca capacidade de apreensão da realidade dos processos de planejamento .

Outro fato que pode exemplificar essa característica da estratégia planejada é o estabelecimento de Cuiabá como referência para média e alta complexidade prevista para as aldeias Paresi. Não foi levada em consideração a configuração local de saúde (PDR e PPI) dos serviços de média e alta complexidade para o planejamento.

Tangará da Serra é referência regional de saúde para as ações de média complexidade do Médio-Norte, e isso em nenhum momento é citado no PDSI; Pontes e Lacerda e Cáceres também se caracterizam como referência para média complexidade, mas também não são levadas em consideração para o planejamento das referências desta etnia. De acordo com o PDR de Mato Grosso (2005), não há necessidade de encaminhamento para média complexidade para Cuiabá, mas o PDSI, ao pensar o Subsistema de forma isolada, o faz.

Não é visível no PDSI a compreensão da necessidade de articulação entre subsistema de saúde indígena e o sistema municipal de saúde, para se tornar viável a atenção integral à população Paresi. Na atenção básica, por exemplo, observa-se a total responsabilização das equipes para o desenvolvimento de suas ações de atenção básica, não considerando a complementaridade das ações municipais, já prevista pela Política Nacional de Saúde Indígena e Portaria 2.656/ 2007.

Essa situação de planejamento de pouca articulação interinstitucional surge, nessa pesquisa, como uma estratégia enquanto posição, adotada pela FUNASA e pelos próprios indígenas gestores da Associação Indígena Halitinã, como medida de enfrentamento ao quadro de municipalização que vem sendo construído para a atenção à saúde dos povos indígenas. A responsabilidade federal pela gestão da saúde indígena choca-se com a política nacional de fortalecimento do município para gestão da saúde local. Com o passar dos tempos, diversas Portarias trouxeram ao fundo municipal de saúde recursos que visam a complementaridade das ações referentes à saúde indígena.

Cabe lembrar que, à medida que, esses recursos cresciam em direção municipal, os convênios da FUNASA sofreram cortes consideráveis para gestão. Frente à histórica instabilidade da responsabilidade da gestão da saúde indígena, o ostracismo institucional adotado no planejamento, pela FUNASA, e a exaltação do

seu modelo para atenção à saúde dos Paresi sugerem uma posição competitiva do Subsistema local, frente ao processo de municipalização.

È uma estratégia competitiva que visa à sustentabilidade dessas instituições. Sendo o PDSI um instrumento de gestão construído por deliberações locais e, visto que ele reforça a não-participação municipal para atenção da população Paresi, isto pode indicar a resistência da população, dos profissionais e dos gestores para essa situação ou pode indicar ainda a fragilidade da participação social no processo.

A composição da EMSI no planejamento também merece uma observação. O PDSI planeja equipes para atenção à saúde indígena sem o profissional médico em sua composição e sem o número suficiente de profissionais de permanência em área, como por exemplo, os Agentes Indígenas de Saúde.

Na área Paresi são 13 AIS planejados para a atenção de 48 aldeias. Tal composição sugere uma inadequação do modelo planejado à extensão territorial e, por isso, torna-se dificultosa a cobertura da realidade Paresi, o que pode levar a um aumento da busca dos serviços fora das terras indígenas. Somado a isso, destaca-se a inexistência, em área indígena, do Polo-base Tangará da Serra, principal referência de saúde no PDSI, podendo também levar ao aumento da busca de serviços fora das aldeias.

Tais apontamentos de não-atendimento do instrumento de gestão à realidade dão indícios da necessidade de adequações ao que foi planejado e, por conseguinte, das ações resultantes, de forma a garantir o acesso da população em estudo aos serviços básicos de saúde, em sua maioria, dentro de suas terras indígenas, visto que esta situação configurada pela inadequação pode levar a dificuldades de acesso por requisitos de acessibilidade geográfica, econômica e cultural.

Como já destacado anteriormente, o conceito pode moldar a forma como as ações são ofertadas. Assim, o planejamento também pode fazê-lo, porém o processo de implementação, por ser contextual, traz situações não previstas na fase de elaboração e, frente a isto, podem surgir ações não idealizadas, mas que servem para a realidade local. A seguir será descrito o fluxo formal de acesso às ações de saúde pelos Paresi, fluxo este construído pelos profissionais que no contexto trabalham.

5.4 FLUXOS FORMAIS NA ATENÇÃO À SAÚDE DOS PARESI

O fluxo formal realizado pelos Paresi para acesso aos diferentes níveis de atenção municipal podem ocorrer de três formas: à atenção básica; à emergência; e aos serviços especializados. Em qualquer uma destas três formas, o acesso pode dar-se tanto pela articulação da CASAI Tangará da Serra, como do Polo-base Bacaval. A figura do Polo-base Tangará da Serra, ao contrário do que prevê o PDSI, não se apresenta como estrutura de referência para as aldeias, devido a sua inexistência.

Segundo os profissionais de saúde indígena e gestores locais, a primeira referência para a atenção básica em aldeia seriam as três Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, responsáveis cada por 14 aldeias (EMSI 3), 15 aldeias (EMSI 1) e 16 (EMSI 2)¹⁹. Não contando com médico em sua composição, quando necessário este profissional ou se precisa de tecnologia não disponível em aldeia, a EMSI deve encaminhar o paciente à CASAI Tangará da Serra ou ao Polo-base Bacaval, com a finalidade da resolução do problema ou encaminhamentos necessários (Quadro 12). Como as EMSIs permanecem 20 dias nas aldeias e folgam 10, o fluxo também pode ser estabelecido pelo próprio indígena, que, na ausência da EMSI, deve procurar diretamente a CASAI Tangará da Serra ou o Polo-base Bacaval, para providências de encaminhamento e transporte deste paciente aos serviços municipais de saúde.

Quadro 12 - Aldeias que possuem como referência a Casai Tangará e Polo-base Bacaval para acesso à Atenção Básica, Urgência e emergência e Média Complexidade na rede do SUS.

Aldeias	Unidade de Referência para acesso à Atenção Básica, Urgência e emergência e Média Complexidade municipais.
África, Água Limpa, Água Suja, Cabeceira do Sacre, Cachoeirinha, Estivadinho, Figueira, Formoso, Ilhocê, Jatobá, JM, Jurupará, Kalazana, Kamae, Kotitiko, Mangaval, Manene, Papagaio I, Papagaio II, Paraíso, Queimada, Rio Verde, Sacre I, Sacre 0, Taquarinha, Tatu Bolinha, Zanakwa, Zatemana.	CASAI Tangará da Serra
Bacaiuval, Bacaval, Buriti, Cabeceira do Buriti, Cabeceira do Sacre, Cabeceira do Seringal, Chapada Azul, Duas Cachoeiras, Katyola Winã, Nova Esperança, Sacre II, Salto da Mulher, Seringal, Três Cachoeiras e Vale do Rio Papagaio	Polo-base Bacaval

Fonte: Dados da pesquisa de campo, Tangará da Serra, junho 2007.

¹⁹ Três aldeias descritas no PDSI 2008-2010 não estão no planejamento de ações de saúde pela Halitinã.

O encaminhamento para o acesso formal à atenção básica municipal pelos indígenas Paresi leva em consideração a localidade do paciente. A maioria das aldeias tem como referência para a atenção básica a CASAI Tangará, mas 15 quinze aldeias mais distantes têm como referência o Polo-base Bacaval (Quadro 12). Não há, entretanto, um rigor em relação à aldeia de origem do usuário indígena para essa referência, podendo variar de acordo com sua localidade momentânea. Nos registros da CASAI Tangará e da Unidade de Saúde de Campo Novo do Parecis, há anotações de encaminhamento ou atendimento de usuários não pertencentes às unidades de referência, bem como de outros Polos-base presentes no DSEI Cuiabá.

5.4.1 Acesso Formal aos Serviços de Atenção Básica nos Municípios

As 3 equipes para atenção básica das 48 aldeias e as equipes de saúde do Polo-base Bacaval não possuem médico nem outros profissionais suficientes para permanência em área.

A ausência do profissional médico faz com que a equipe perca capacidade resolutiva e realize encaminhamentos aos serviços municipais para resolução dos problemas de saúde em área. O número reduzido de profissionais com permanência constante em aldeia também aumenta a demanda por estes serviços. Desta forma, as ações de atenção básica que seriam de responsabilidade das equipes são muitas vezes referenciadas ao município.

Uma estratégia criativa utilizada para suprir a inadequação da EMSI, e até mesmo a inexistência do Polo-base Tangará da Serra em área indígena, foi a CASAI Tangará da Serra estruturar-se em uma unidade assistencial de triagem para os serviços municipais. Cabe lembrar que uma das funções da CASAI é a de apoio aos indígenas, uma vez que estes necessitem de acesso nos serviços municipais de referência. A função de primeira referência para atenção básica, segundo a PNSI, seria a EMSI ou os Polos-base.

O acesso aos serviços de atenção básica através da CASAI Tangará da Serra se dá pelo encaminhamento dos profissionais da EMSI ou pela procura espontânea do próprio usuário indígena. Uma vez necessitando dos serviços médicos ou de encaminhamento da CASAI Tangará da Serra, a EMSI em aldeia entra em contato por rádio ou telefone, para providenciar o deslocamento ou, dependendo da gravidade, a própria EMSI faz transporte do paciente até esta localidade.

Na ausência da EMSI, o indígena, necessitado de um serviço de saúde, entra em contato diretamente com a CASAI Tangará da Serra, que viabiliza o deslocamento de uma viatura para o transporte ao município.

O contato dos Paresi com a CASAI Tangará, para o deslocamento, se dá por rádio ou telefone; porém, nem todas as aldeias possuem estes meios de comunicação. Nesses casos, segundo os profissionais de saúde, os indígenas se deslocam até uma outra aldeia ou fazenda mais próxima que possua meios de comunicação ou, ainda, fazem o transporte direto à unidade. Segundo também os profissionais, a comunidade indígena da região se organizou, com recursos provenientes de atividades que geram renda, de forma a sempre disponibilizar na microrregião um automóvel para o deslocamento de pacientes. A locomoção até a CASAI é dificultosa devido às grandes distâncias, condições das estradas e dos meios de transporte, levando, algumas vezes, de quatro a seis horas para o deslocamento até a CASAI Tangará da Serra, no caso de aldeias mais distantes.

Na CASAI Tangará da Serra conta-se com a presença de um médico clínico geral, que realiza consultas no local, com a finalidade de diminuir o número de encaminhamentos de pacientes indígenas para as referências de saúde do município de Tangará da Serra. Este mesmo profissional, que atende no ambulatório da CASAI, trabalha em uma unidade de urgência e emergência no município, com a finalidade de facilitar a entrada destes pacientes no serviço municipal.

Ele dá o atendimento ambulatorial na CASAI, vai lá na porta de entrada e continua nos dando apoio lá (Gestor nº 3, julho 2007).

A maioria dos encaminhamentos dos usuários indígenas à CASAI Tangará da Serra é decorrente de sinais e sintomas clínicos inespecíficos, tais como cefaléia, vômito, mal-estar, ferida na cabeça, ou são os procedimentos de competência das

equipes multidisciplinares como pré-natal, controle de diarreias e tratamento de tuberculose descritos no PDSI (Quadro 13). Muitos dos problemas de saúde são resolvidos na própria CASAI, mas outros, após avaliação do profissional, são encaminhados às unidades de saúde municipais adequadas a cada situação.

[...] E o que chega muito aqui pra gente é diarreia e vômito, porque assim, vira desidratação e pronto, é muitos casos, muito mesmo (Profissional de Saúde nº4, junho, 2007).

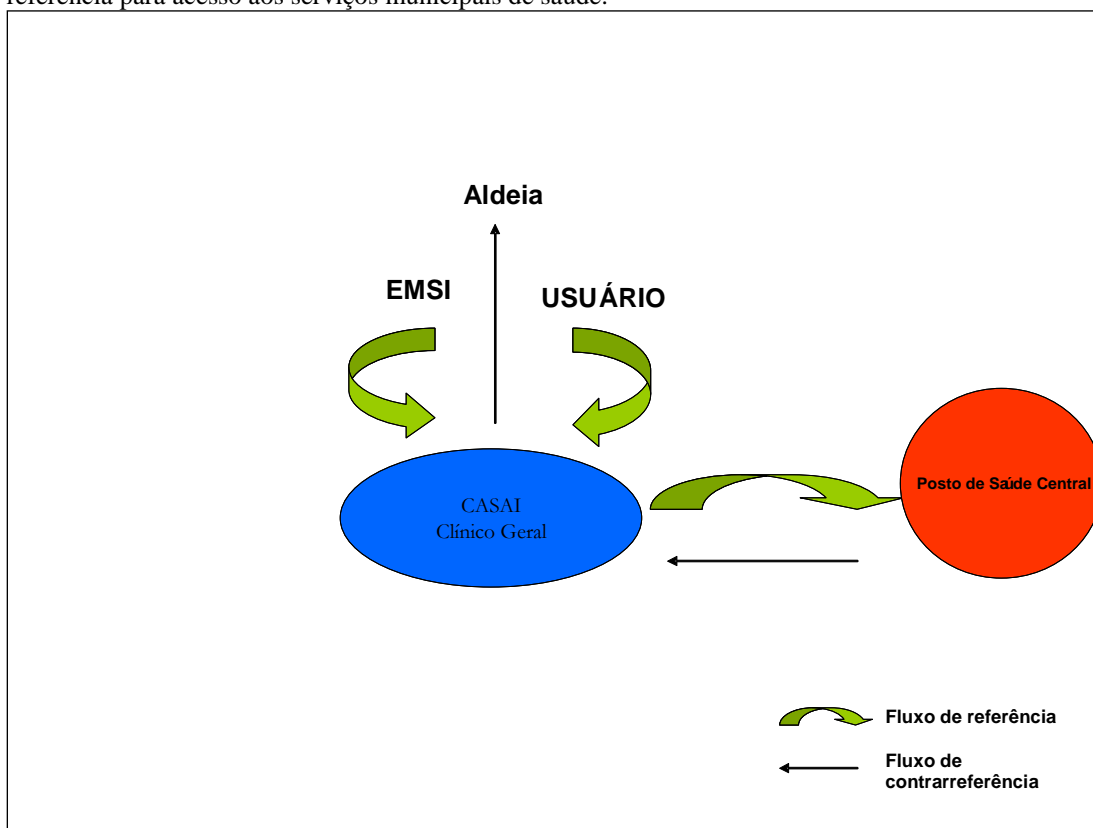
Quadro 13 - Motivos de encaminhamentos à CASAI Tangará da Serra, no período de Janeiro a Junho 2007.

Motivo dos Encaminhamentos	Número de encaminhamentos	Motivos do Encaminhamentos	Número de encaminhamentos
Avaliação Médica	180	Picada de Cobra	4
Dor em geral	94	Retirada de Pontos	4
Pré- natal	58	Hipertensão	3
Retorno Médico	53	Problemas oculares/Conjuntivite	4
Exames especializados (Raio X, Ultrassom, endoscopia, etc).	41	Tratamento Alcoolismo	3
Tosse	36	Furúnculo/Abcesso	3
Exames MI	27	Acidentes	3
Cefaléia	26	Baixo Peso	3
Febre	18	Bronquite Asmática	2
Vômito/ Náusea	16	Trocar/retirar gesso	2
Fratura/ Contusão	16	Queimadura/Queimadura Solar	2
Diarreia	15	Estomatite	2
Sem razão específica/não informado	14	Tuberculose	2
Pneumonia/Broncopneumonia	15	Picada de Escorpião	1
Ferimentos e Feridas	12	Edema	1
Parto	11	Hemorragia	1
Cirurgias e Pequenas Cirurgias	11	Transtornos Genitais	1
Fraqueza/ mal estar	10	Bursite	1
Dificuldade para urinar	10	Dengue	1
Ferida Couro Cabeludo/Seborréia	8	Secreção purulenta de ouvido	1
Fornecimento de medicação	7	Desmaio	1
Problemas da pele/dermatite/micose	7	Diabetes descompensada	1
Inflamação/Infecção de garganta	7	Olhos Amarelados	1
Anemia	5	Cólica Renal	1
Impetigo	5	Sangramento Vaginal	1
Gripe/Resfriado	5	Convulsão	1
Virose	5	Dispnéia	01
Problemas Cardíacos	05	UTI	01
Sinusite	04	Internação pós parto	01
Verminose	04	Infecção mamária	01
Alergias	04	Tratamento de Obesidade	01
Problemas oculares/Conjuntivite	04	Adenóide	01

Fonte: Dados de pesquisa, julho 2007.

Outra forma de acesso à atenção básica se dá pelo encaminhamento da CASAI Tangará da Serra ao Posto de Saúde Central no Município de Tangará da Serra, para consulta e acompanhamento pré-natal, além de encaminhamentos para acompanhamento ginecológico, com nutricionistas e realização de vacina e teste do pézinho nesta Unidade. Após realizado o atendimento, os indígenas retornam às aldeias de origem (Figura 20 e Quadro 14).

Figura 20 - Fluxo Formal de referência para aldeias que possuem a CASAI Tangará da Serra como referência para acesso aos serviços municipais de saúde.



Fonte: Dados da pesquisa de campo, junho 2007.

As aldeias que mais utilizam os serviços da CASAI Tangará Serra para os serviços de atenção básica são as da “microrregião 1”. Tangará da Serra é a referência em serviços municipais de atenção básica, dada a maior facilidade de acesso para as aldeias e por ser referência de saúde na organização local do SUS. O Município de Tangará da Serra recebe recurso financeiro do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), Portaria 1.163/99, para atenção dos Paresi, de R\$ 37.250,00 mensais, o que representa, anualmente, a

quantia de R\$ 447.000,00. Este valor é repassado à Associação Halitinã, que o gerencia.

Quadro 14 - Aldeias que possuem a CASAI como referência formal para acesso aos serviços municipais de saúde.

Aldeia	Municípios das Terras Indígenas	Município de Referência	Referência municipal para Atenção Básica
África	Tangará da Serra	Tangará da Serra	CASAI e Posto Central
Água Limpa	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Água Suja	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Cabeceira do Sacre	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Cachoeirinha	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Estivadinho	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Figueira	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Formoso	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Ilhocê	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Jatobá	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
JM	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Jurupará	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Kalazana	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Kamae	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Kotitiko	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Mangaval	Sapezal	Tangará da Serra	
Manene	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Papagaio I	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Papagaio II	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Paraíso	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Queimada	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Rio Verde	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Sacre I	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Sacre 0	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Taquarinha	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Tatu Bolinha	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Zanakwa	Tangará da Serra	Tangará da Serra	
Zatimana	Tangará da Serra	Tangará da Serra	

Fonte: Dados da pesquisa, junho 2007

Semelhante ao que se verifica na da CASAI Tangará da Serra, o acesso dos Paresi aos serviços municipais de atenção básica através do Polo Bacaval pode ser realizado pelo encaminhamento dos profissionais da EMSI ou pela procura espontânea do próprio usuário.

O Polo Bacaval está localizado na aldeia Bacaval, na área de abrangência do município de Campo Novo do Parecis, e apresenta uma infraestrutura melhor que a dos demais postos de saúde das aldeias: há presença de carro, leitos, consultório dentário e consultório médico. Embora não haja médico, os enfermeiros e técnicos de enfermagem permanecem na unidade por trinta dias, em de sistema de rodízio. Tecnicamente funcionando com a mesma estrutura da EMSI (sem a presença de um médico), o Polo-base Bacaval pouco serve como apoio técnico às equipes, como é preconizado pela Política Nacional de Saúde Indígena, funcionando praticamente como ponto de articulação com a rede municipal de serviços de saúde de Campo Novo do Parecis e Sapezal, com função muito semelhante à de uma CASAI.

O Polo-base nada mais é que um intermediário das aldeias para referência de dois municípios, Campo Novo e Sapezal [...] o mesmo papel que a CASAI faz aqui [se referindo ao município de Tangará da Serra] com a comunidade Paresi, é o mesmo papel que ele [referindo-se a um profissional de saúde] faz com Polo-base lá. [...] No Polo-base Bacaval a gente é referência para atendimento para referência dessas duas cidades. É como se fosse uma CASAI, mas dentro da aldeia (Gestor nº 04, junho de 2007).

Esta foi uma estratégia local desenvolvida devido à grande distância das aldeias ao município de Tangará da Serra. O Polo-base Bacaval assume o papel de articulação com os municípios de Campo Novo do Parecis e Sapezal pela à proximidade maior das aldeias com estes municípios.

A EMSI, ao verificar a necessidade de procedimento não disponível em aldeia, faz uma solicitação ao Polo-base Bacaval de encaminhamento aos serviços municipais de Campo Novo do Parecis. Sapezal não se configura como referência para os serviços de atenção básica, pois se recusa a fazer o atendimento da população Paresi, ou muitas vezes, dificulta a realização das ações, ficando a referência para casos de urgência e emergência.

Sapezal eles vai lá.. só que... Sapezal... é tem negócio de município né. agora o secretário de lá, eu vou te falá... é triste : Fala muitas coisa... Não quer atender por que é do município de Tangará da Serra (Usuário nº2, julho 2007).

Sapezal, nós temos lá uma dificuldade com a Secretária. Lá o rigor é muito maior, de colocar índio na fila, de não abrir exceção... (Gestor nº 3, julho 2007)

Caso a EMSI não esteja em área, o usuário indígena procura espontaneamente o Polo-base Bacaval e, se possível, a resolução com tecnologias do próprio Polo. O indígena retorna à aldeia de origem após o tratamento. Se a equipe do Polo necessitar de procedimentos não disponíveis em aldeia, há o encaminhamento ao município de Campo Novo do Parecis. A porta de entrada na rede municipal de saúde para os pacientes indígenas neste município é o Posto de Saúde Central.

O critério estabelecido para referência a esse município se dá pela facilidade de acesso (quando comparado a Tangará da Serra), pela boa articulação da Associação Halitinã com a Secretaria de Saúde de Campo Novo do Parecis e pela dificuldade da abertura municipal imposta por alguns gestores municipais, como Sapezal, por exemplo. Mesmo pertencendo ao Município de Sapezal, os usuários da aldeia Katyola Winã têm acesso aos Serviços de Saúde de Campo Novo do Parecis. Esta situação se estabelece pela dificuldade de articulação com o serviço municipal, apontando que, além dos critérios geográficos, utilizados pelo PDSI para definição das referências de saúde, os profissionais locais lançam mão da influência para definição da referência municipal. A mudança na referência, porém, leva ao ônus de maior custo e tempo de deslocamento dos usuários.

Ó... a referência é aqui em Campo Novo né. O pessoal fez é... é... quem mais aceitô de atendê todas as aldeia que trabalha no Pólo, foi o Campo Novo né. Sapezal a gente tem mais dificuldade, apesar que tem aldeias que fica perto de lá, mas eles não são bem atendido né, é mais difícil (Profissional de saúde nº 5, nov. de 2008).

Olha, acho que o Sistema Único de Saúde ele é muito bem escrito, é muito bem planejado no papel né? Agora na prática, aqui em Tangará né? Tangará é uma coisa, eu trabalho com todos esses outros municípios ao mesmo tempo né? Os pacientes são os mesmos tal mas... O Sistema único é muito bem feito...e em cada lugar ele é feito, infelizmente ele está na mão do gestor público. Se pega um prefeito com boa intenção, vai fazer um trabalho de qualidade, o SUS funciona... Aí você pega outro, o SUS já não anda. Campo Novo, por exemplo. Campo Novo? Lá a gente, nós temos nossa paciente que é referenciado em Campo Novo, o índio chega lá, ele é atendido pelo SUS no posto de saúde, vai lá para hospital e tal, faz as consulta, o índio volta pensando que fez particular. Mas não, não gasta um centavo lá dentro da cidade, nosso custo é de levá-lo até lá né? O Sistema funciona lá dentro. Aí você chega aqui em Tangará.... (Gestor nº 1, julho 2007)

Então, devido todas dificuldades que existe no atendimento do índio, você tem que usa de amizades, de contato, política... coisas que eu acho que

não deveria acontecer.. Não necessitaria eu ligar aqui, pedir, a diretora da CASAI ligar, pedir, implorar, ajoelhar, sabe... num necessitaria dessas coisas, tem que ser uma coisa normal, mas como todo sistema de saúde público é ruim, o índio se enquadra.. nesse atendimento.... e como é índio piora a situação (Profissional de saúde nº 4 , julho 2007).

Uma estratégia utilizada para superar a dificuldade de acesso aos serviços municipais é a utilização dos recursos DAB/SAS (Portaria nº 1.163/99) como forma de barganhar o direito ao acesso universal dos serviços. Em troca do estabelecimento da vinda do recurso, se firma a referência; é também utilizada para se viabilizar parceria na contratação de mão-de-obra para o município e de bens e serviços.

Mas a gente tem que estar sempre perto para que os municípios fiquem motivados a se envolver com a causa. [...] Marilândia [município de Nova Marilândia] foi a possibilidade de um SAS, nós estamos pleiteando também... um SAS para eles, aumentar esses valores de Conquista [município de Conquista D'Oeste], reposição de combustível e alguns excedentes de medicamentos que a gente tem, a gente repassa atenção, camaradagem, aí entra, as vezes a questão [...] de situação de mais política[quando questionado quais seriam esses estímulos].(Gestor nº 3, julho 2007)

O Município de Campo Novo do Parecis recebe recurso financeiro do Departamento de Atenção básica do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) para atenção à população Paresi, na quantia mensal e anual de, respectivamente, R\$ 39.000,00 e R\$ 468.000,00, mediante gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Nos registros de atendimento à população indígena do Posto Central de Campo Novo do Parecis, entre os serviços mais procurados destaca-se a consulta com os médicos clínico geral e pediatra. Constatam-se ainda os atendimentos de ginecologia para acompanhamento do pré-natal e avaliação ginecológica em geral; orientação nutricional e, ainda, aplicação de vacinas obrigatórias na primeira infância, caracterizando-se o Posto Central como unidade de referência para Atenção Básica para algumas aldeias Paresi (Quadros 15 e 16).

Após realizado o atendimento no Posto Central, o indígena retorna à sua aldeia de origem (Figura 21). O transporte do indígena ao município e até a aldeia é feita pelo transporte do Polo Bacaval, com viaturas novas compradas com recursos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

Quadro 15 - Motivos de encaminhamentos aos atendimentos ambulatoriais de saúde em Campo Novo do Parecis, Maio a Outubro 2007.

Motivo do Encaminhamento	Número de encaminhamentos
Consulta Clínico Geral	155
Consulta Pediatra	70
Pré- Natal	32
Consulta com Ginecologista	20
Consulta Ortopedista	8
Acompanhamento com Nutricionista	6
Vacinas Primeira-infância (não especificadas)	6
Preventivo	2
Vacina Hepatite B 3ª dose	2
Vacinação e pesagem em criança	2
Vacinas + BCG+ Hepatite B	2
Consulta com Cirurgião	1
Vacina Hepatite B 2ª dose	1
Vacina 3ª dose Tetra/Pólio	1
Vacina F.A	1
Vacina Anti – rábica humana	1
Vacina + Teste do pezinho	1

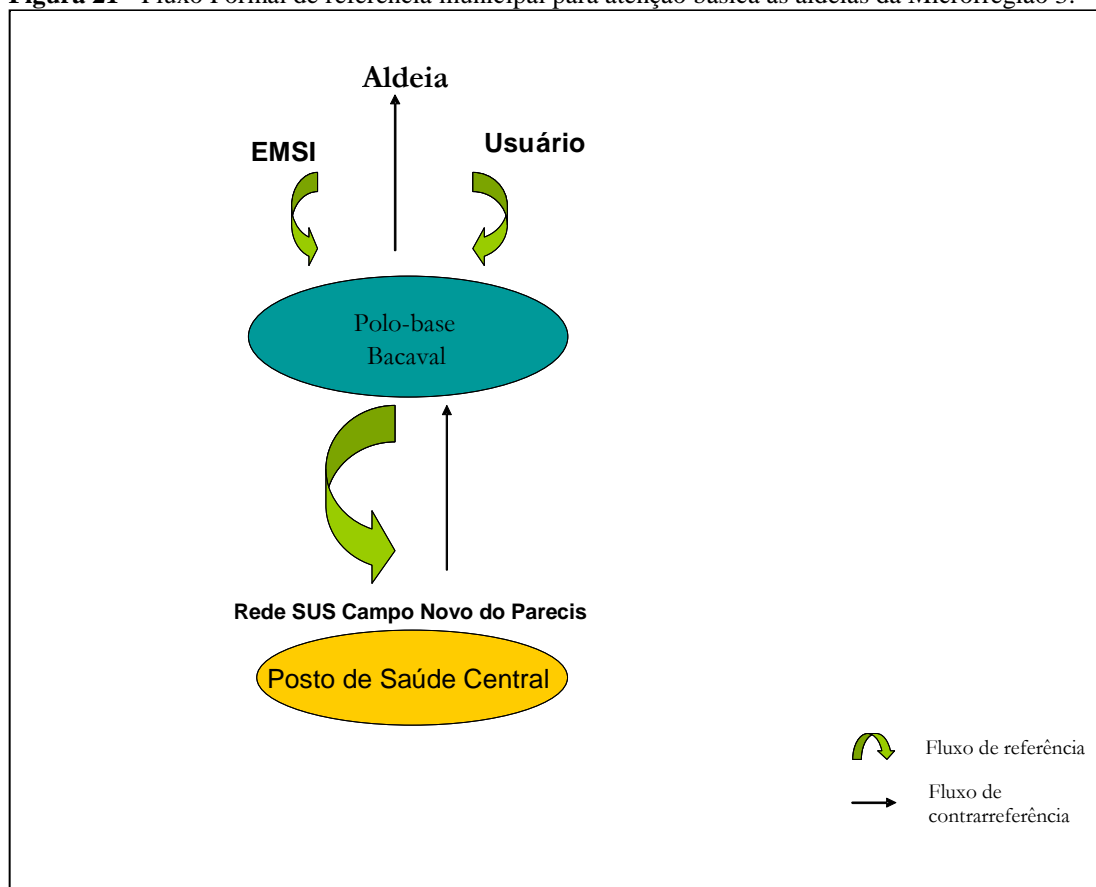
Fonte: Dados de pesquisa, 2007.

Quadro 16 - Localização das aldeias e referência municipal formal para atenção básica às aldeias que possuem como referência o Polo Bacaval.

Aldeia	Município das Terras Indígenas	Município de Referência	Referência municipal para Atenção Básica
Bacaiuval	Tangará da Serra	Campo Novo do Parecis	Posto Central
Bacaval	Campo Novo do Parecis	Campo Novo do Parecis	
Buriti	Tangará da Serra	Campo Novo do Parecis	
Cabeceira do Buriti	Tangará da Serra	Campo Novo do Parecis	
Cabeceira do Seringal	Campo Novo do Parecis	Campo Novo do Parecis	
Chapada Azul	Sapezal	Campo Novo do Parecis	
Duas Cachoeiras	Tangará da Serra	Campo Novo do Parecis	
Katyola Winã	Sapezal	Campo Novo do Parecis	
Nova Esperança	Tangará da Serra	Campo Novo do Parecis	
Sacre II	Campo Novo do Parecis	Campo Novo do Parecis	
Salto da Mulher	Sapezal	Campo Novo do Parecis	
Seringal	Campo Novo do Parecis	Campo Novo do Parecis	
Três Cachoeiras	Tangará da Serra	Campo Novo do Parecis	
Vale do Rio Papagaio	Sapezal	Campo Novo do Parecis	

Fonte: Dados da pesquisa, 2007

Figura 21 - Fluxo Formal de referência municipal para atenção básica às aldeias da Microrregião 3.



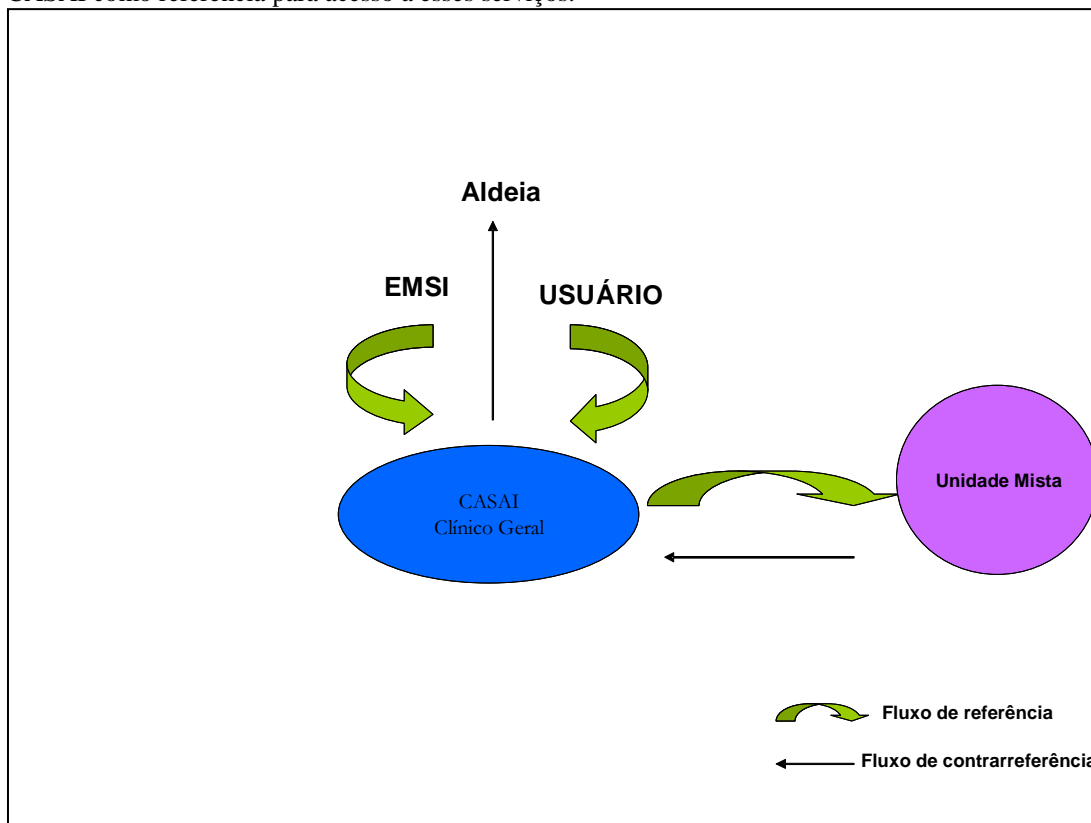
Fonte: Dados da pesquisa, 2007.

5.4.2 Acesso Formal aos Serviços Municipais de Urgência e Emergência.

O acesso aos serviços de urgência e emergência se dá da mesma forma que o acesso da atenção básica, ou seja, o encaminhamento do usuário indígena é realizado pela CASAI Tangará e ou Polo-base Bacaval.

No caso do acesso aos serviços de urgência e emergência através da CASAI Tangará da Serra, os usuários são encaminhados à Unidade Mista. Após o atendimento, se necessário, o indígena é hospedado na CASAI Tangará da Serra até sua total reabilitação e retorno à aldeia de origem (Figura 22).

Figura 22 - Fluxo de referência municipal para urgência e emergência nas aldeias que possuem CASAI como referência para acesso a esses serviços.



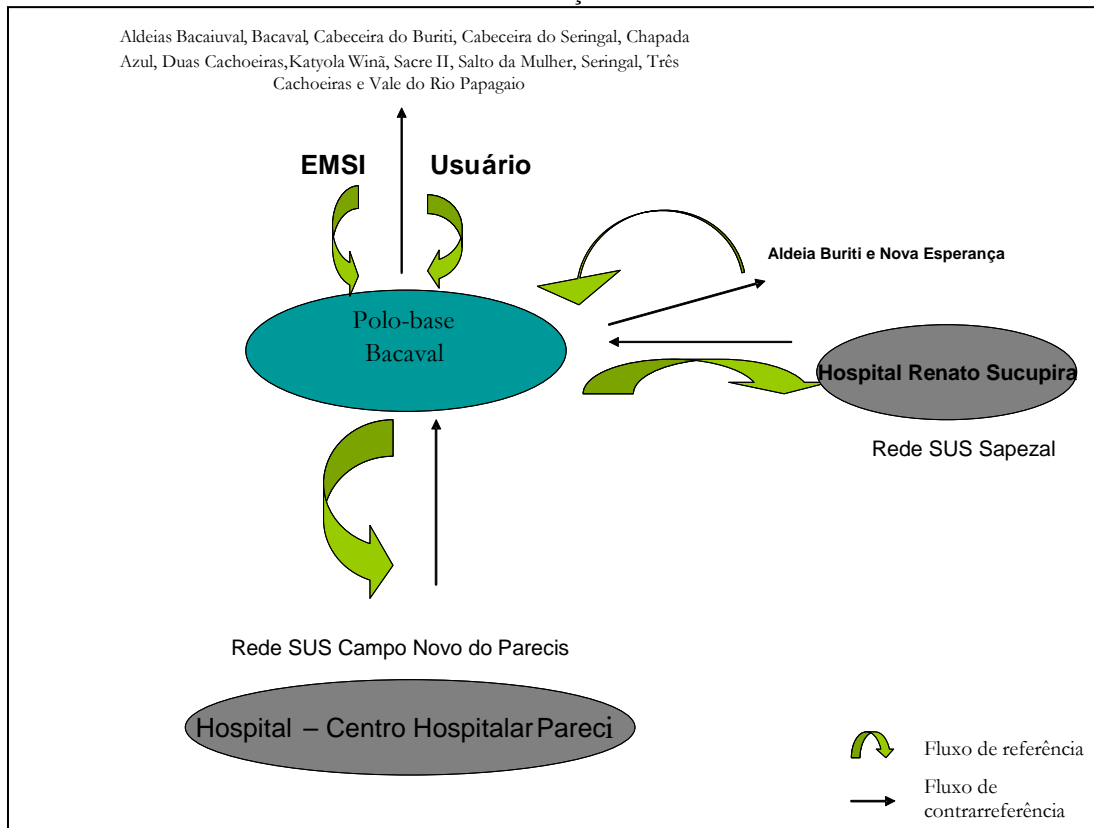
Fonte: Dados da pesquisa, 2007.

Para as aldeias atendidas no Polo-base Bacaval, a referência de acesso aos serviços de emergência são os municípios de Campo Novo do Parecis ou Sapezal, dependendo da localização da aldeia e considerando a rapidez no deslocamento ao município. Das 15 aldeias atendidas no Polo-base Bacaval, as de Buriti e Nova Esperança têm encaminhamento para Sapezal, as restantes, para Campo Novo do Parecis. De forma diferente do relatado sobre os serviços de atenção básica e do primeiro nível de referência, o município de Sapezal não se nega a fazer o atendimento ao povo Paresi para urgência e emergência (Figura 23).

Geralmente são tipo assim, tem vez que for pra ganhá neném, eles atende, mas assim as consultas, tipo assim raio x, até mesmo pra fazê vacina eles num.. geralmente eles não atendem.. (Profissional de saúde nº 5, nov. de 2008).

O transporte aos municípios de referência e o retorno às aldeias de origem se dá pelo próprio transporte do Polo-base Bacaval e por via terrestre.

Figura 23 - Fluxo de referência formal para a urgência e emergência às aldeias que possuem Polo-base Bacaval como referência de acesso a esses serviços.



Fonte: Dados da pesquisa, 2007.

5.4.3 Acesso Formal aos Serviços Especializados de Saúde

O acesso aos serviços especializados é realizado pelo do encaminhamento aos municípios de Tangará da Serra, Campo Novo do Parecis ou, mais raramente, à Cuiabá.

Sendo o município de Tangará da Serra um centro de referência em saúde para a região do Médio-Norte, todas as aldeias, quando não apresentam resolubilidade de um serviço de saúde em sua região de saúde, podem ter o acesso aos serviços especializados através da CASAI Tangará. O fluxo formal para esses serviços se estabelece pela consulta médica com o clínico geral na CASAI, seja pelo encaminhamento da EMSI, seja pela vontade própria do usuário.

Havendo a necessidade de especialidades médicas, o usuário é encaminhado pela CASAI Tangará da Serra à Unidade Mista, nos casos de cardiologia, de ortopedia ou pediatria, e ao Posto Central, para exames de colposcopia e preventivo do colo uterino.

Na necessidade de internação, é dada entrada dos pacientes na Unidade Mista e encaminhados para o Hospital das Clínicas ou Materday. Na unidade Materday são realizadas internações para procedimentos obstétricos, pediátricos ou de neonatos. Nesses centros em Tangará da Serra, apesar de nenhuma queixa entre os indígenas que se faziam presentes, foram relatados pelos profissionais casos de discriminação a à população indígena Paresi.

Não só o pessoal que trabalha [falando da discriminação sofrida pelos profissionais que trabalham com os Paresi] a própria população mesmo assim, é... esses dias eu tava com um lá, aí tinha uma criança brincando, e lá é um corredor onde fica todo mundo sentado esperando, é lotado mesmo, aí o indígena tava brincando e um senhor comentou assim: parece um animal. Ai.. eu não sabia nem o que falar pra ele na hora, aí assim fica todo mundo olhando como se realmente fosse alguma coisa diferente sabe... então eles se sentem mal desse jeito (Profissional de saúde nº 1, julho, 2007).

Eles não suportam... (falando sobre o sentimento da população indígena perante o tratamento dos serviços em Tangará da Serra). porque assim quando você chegar lá, você vai ver que existe um preconceito da parte dos funcionários, da parte do médico. Os médicos lá.. agora eles pararam porque a gente precisou fazer uma reunião com o secretário de saúde, mas o médico tava recusando atender.. mas vocês não tem médico lá na CASAI? Porque que veio aqui? Porque o médico aqui só atende de manhã, se chegar a tarde ele vai pra lá, só que lá é diferente, então eles não gostam por isso, porque realmente entre aspas eles são discriminados (Profissional de saúde nº 1, julho 2007).

Em Tangará eu já foi, porque já foi naquela Unidade Mista, lá é uma questão até muito triste, que é muito difícil pra ser atendido, então assim pra agendar outros exames, pra atendê, [...] quando eu fui lá, eu não fui bem atendida não, e muita indígena que vai, não são atendido, eles reclama até do próprio município, da Unidade Mista eles reclama, [...] Reclama porque eles não são atendido, eles são atendido assim mal, eles leva uma “discriminação” dos próprios enfermeiro, da própria sociedade de lá, eles são “discriminados”, assim muitas vezes eles ouviram, porque que índio... o índio tem dinheiro, tem o atendimento, a responsabilidade do atendimento da saúde indígena é da Associação, porque que eles não procura a Associação e eles vem atrapalhá nós aqui[...] (Usuário nº 4, nov, 2008).

O setor privado é utilizado como alternativa para garantir o acesso a todos os níveis de atenção à saúde, diante da discriminação no setor público e por parte da população local.

Eles[índios parsi] falam direto que quer ir pra particular, porque lá (referindo-se às unidades do SUS) é mal atendido (Profissional de saúde nº 1, julho 2007).

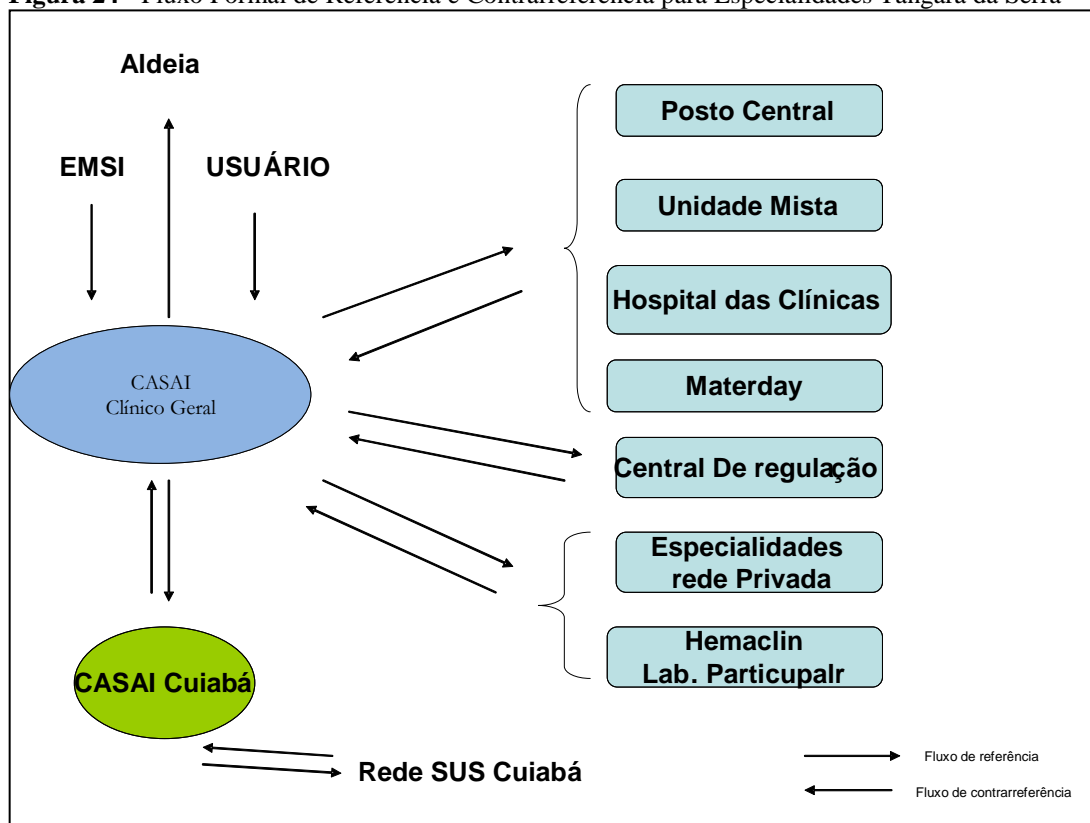
Todas as articulações descritas para acesso aos serviços especializados são realizadas diretamente pela CASAI Tangará da Serra com as unidades. Na necessidade de outras especialidades não citadas, a CASAI encaminha a demanda para a Central de Regulação do Município.

Na Central de Regulação, a CASAI Tangará da Serra possui cota para utilização dos serviços, e os indígenas entram na fila de espera comum a todos os usuários do SUS, gerando, em algumas especialidades ou em determinados exames, uma demora para a sua efetivação (Figura 24).

Uma das estratégias observadas para resolução da dificuldade no acesso é o uso novamente do setor privado, para o encaminhamento às especialidades. Com o número proporcionalmente menor de usuários, quando se leva em consideração a população municipal, os indígenas se deparam com filas de espera para as consultas. Para isso, a Associação Halitinã tem lançado mão do pagamento ao setor privado a fim de suprir a demanda por serviços especializados.

Outra alternativa utilizada para melhorar o acesso aos serviços é a utilização do recurso, que é repassado aos hospitais para atendimento às especificidades culturais da população Parsi, para custear exames que têm grande demora no SUS, devido à potencial demanda regional (Quadro 17).

Aí você chega aqui em Tangará...não o índio precisa pagar, se for um tipo de consulta mais... que precisa de certa urgência, ou a família tem que pagar o particular ou a Associação pagar um exame especializada ali, porque vai demorar muito ou porque não tem (Gestor n ° 1, junho de 2007).

Figura 24 - Fluxo Formal de Referência e Contrarreferência para Especialidades Tangará da Serra

Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2007.

Quadro 17 - Serviços Utilizados pelo Subsistema nas Unidades de Referência Formal do Município de Tangará da Serra, 2007.

Unidade	Especialidade	Exames	Nível da Referência
Unidade Mista	Urgência ou emergência, de cardiologia, de ortopedia ou pediatria	Os necessários para a urgência e emergência.	M2
Posto Central	Ginecologia	Mamografia, papanicolau, baciloscopia para BAAR	AB, M2 e M3
Hospital das Clínicas	UTI, internações	Ultrassom e Raio X, endoscopia	M1, M2 e M3
Mater day	Internações de neonatos, pediátricas e obstétricas	-	M3
Laboratório de Análises Clínicas Hemoclin	-	Hemograma, parasitológico de fezes e Exame da Urina	M1
Central de regulação	Demais especialidades não oferecidas pelas unidades destacadas acima	Ecocardiograma, teste ergométrico, eletroencefalograma. Tomografia, ressonância magnética	M2 e M3

Fonte: Dados da pesquisa, 2007.

Diante de tais constatações, é oportuno observar que a universalidade significa que, além de o SUS atender a todos, deve fazê-lo sem distinção ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo. O princípio da

integralidade garante o acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde, mas, em particular no caso do Polo-base Tangará da Serra, os usuários indígenas Paresi só têm acesso aos níveis mais complexos da atenção mediante pagamento.

Somente quando não há tecnologia em saúde disponível nos serviços municipais de Tangará da Serra, os usuários indígenas são encaminhados pela CASAI Tangará à CASAI Cuiabá, para acesso aos serviços de Alta Complexidade na rede do SUS do município de Cuiabá (Figura 24). Foram registrados, porém, poucos casos de encaminhamento a esta referência. Nos dados da CASAI Tangará da Serra referentes aos atendimentos no período de janeiro a junho de 2007, apenas dois casos foram encaminhados a Cuiabá, sendo um para a especialidade de anestesia²⁰ e outro para UTI Infantil.

Para as aldeias que possuem como referência o Polo Bacaval, o acesso aos serviços de saúde especializados se dá no município de Campo Novo do Parecis. O encaminhamento acontece pela EMSI ou pela procura espontânea do próprio usuário, com encaminhamento prévio do Polo-base.

O Posto Central oferece as especialidades de ortopedia, pediatria e ginecologia. Na necessidade de outro especialista, o Posto Central fornece um encaminhamento para ser solicitado à Central de Regulação de Campo Novo do Parecis (Quadro 18). De forma diferente do constatado no município de Tangará da Serra, os serviços municipais de Campo Novo são resolutivos, e as especialidades mais solicitadas pela população indígena (oftalmologia e cardiologia) são vinculadas à rede SUS local e ao Consórcio intermunicipal.

Quadro 18 - Serviços Utilizados pelo Subsistema nas Unidades de Referência do município de Campo Novo do Parecis, 2007.

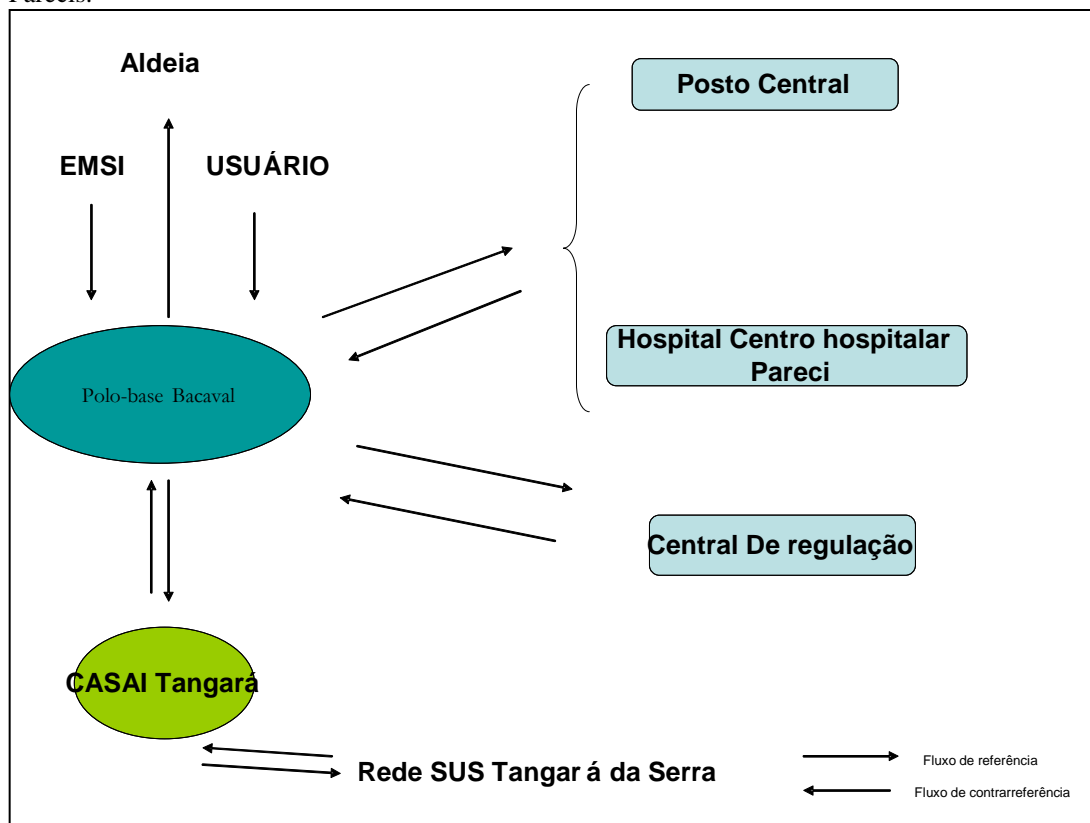
Unidade	Especialidade	Exames	Nível da Referência
Posto Central	Ginecologia, Pediatria, Ortopedia, Nutrição	-	AB, M2 e M3
Hospital Centro Hospitalar Parecis	Internações	Ultrassom e Raio -x	M1, M2 e M3
Central de regulação	Demais especialidades não oferecidas pelas unidades destacadas acima	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2007.

²⁰ A anestesia não é uma atividade fim, porém, foi o termo utilizado nos registros da CASAI para indicar o motivo do encaminhamento.

Para casos de internação, parto e exames, como Raio-x e ultrassom, a unidade solicitada é o Hospital Público do município. Não havendo resolubilidade nesse município, o caso é repassado à CASAI Tangará da Serra, que articula com a rede SUS deste município para a resolução (Figura 25).

Figura 25 - Fluxo Formal de Referência e Contrarreferência para Especialidades em Campo Novo do Parecis.



Fonte: Dados da pesquisa, 2007.

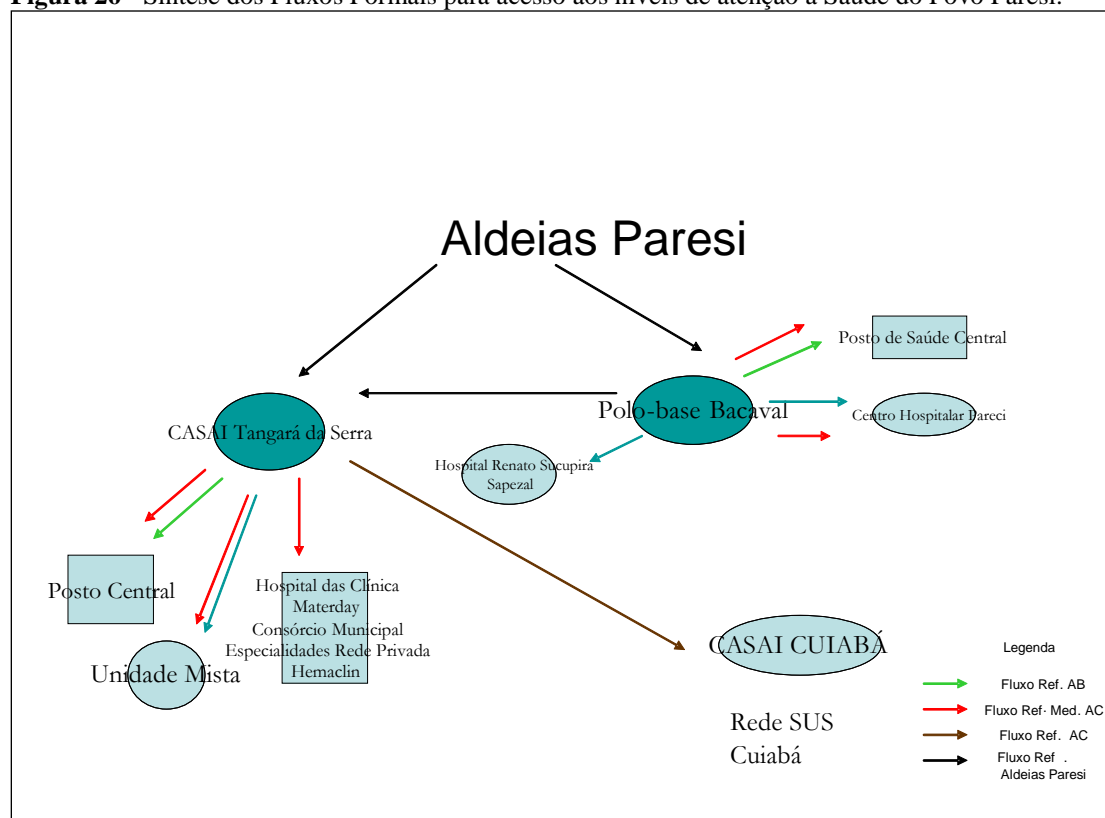
O usuário Pareci não reclamou do atendimento prestado pelo município, e essa situação é resultado da participação social da população na reivindicação dos seus direitos. A população indígena participa do Conselho Municipal de Saúde, e os representantes de saúde municipal também têm participado das reuniões locais de saúde indígena no Território Pareci.

Eles tem que respeita o índio, e o índio também respeita eles. Então isso, eu gosto de vim aqui, pra mim mesmo eles assim nunca “falaro”, só uma vez que eles “falaro” pra mim que atendimento do povo pareci, não era da responsabilidade mais deles, mais só que eu falei pra eles que a gente tem o direito de ser atendido né.[...] Porque o postinho de saúde é uma... um atendimento público. Então eu falei isso. Depois disso eu tô com toda essa reivindicação da própria comunidade, das liderança, acho que hoje eles entendero que a gente tem o direito (Usuário Pareci nº 4, nov. de 2008).

O usuário Paresi comparece no dia marcado para o exame ou consulta com uso do transporte do Polo-base Bacaval, lá ficando até o fim do procedimento. Retorna à aldeia de origem com o mesmo transporte.

Em resumo, os fluxos formais de referência para o povo Paresi, pode se dar da seguinte forma (Figura 26):

Figura 26 - Síntese dos Fluxos Formais para acesso aos níveis de atenção a Saúde do Povo Paresi.



Fonte: Dados de pesquisa de campo, 2007-2008.

Na configuração dos fluxos de referência formais, construídos pelos profissionais de saúde, há o reforço da teoria de que a implementação do planejamento se dá de forma dinâmica, em um terreno onde vários interesses se conflitam.

O fluxo formal do Polo-base Tangará da Serra se caracteriza pelo surgimento de várias estratégias que tentam adaptar-se a um cenário diverso. Uma delas é a reconfiguração da CASAI Tangará em unidade assistencial, frente à inexistência do Polo-base Tangará da Serra em terras indígenas Paresi e de profissionais na EMSI. Ao contrário do planejado no PDSI, o Polo-base Tangará não é referência de Saúde para a EMSI, devido à sua própria constituição, e a CASAI Tangará, além de ser uma

unidade de apoio para os indígenas em tratamento fora de aldeia, passa a ser uma unidade assistencial.

Ao analisarem-se os motivos de atendimento na CASAI Tangará da Serra, observou-se uma grande demanda por causas de competência da atenção básica, que deveriam ter resolubilidade em aldeia. Além da composição da equipe, outro fato que pode explicar a pouca resolubilidade das ações é a história das ações na saúde indígena.

MINTZBERG (2006) chama de estratégia quanto perspectiva a forma como uma organização vê o mundo. Para o autor, os valores de uma organização se criam com o passar do tempo, através das experiências. Uma vez estabelecida, ela permanece na consciência coletiva, de modo que as ações passam a ser regidas por esses valores e não mais pelo plano (estratégia planejada).

Segundo GARNELO (2004), o tratamento da saúde indígena, desde o período do Brasil-Colônia, passou da completa desassistência pelo Estado a ações essencialmente assistenciais, pontuais, desarticuladas e esporádicas por parte das instituições que assumiram a responsabilidade da saúde desta população (do SPI à FUNAI).

Foi comum, nas entrevistas, a referência às equipes de saúde responsáveis pela atenção básica em aldeia como equipes volantes de saúde²¹, lógica de organização à saúde realizada pela FUNAI, contrapondo-se aos pressupostos do atual modelo de atenção à saúde indígena, com ênfase na promoção de saúde. A quantidade de encaminhamentos por falha na atenção básica e ou pela ausência de profissionais é um reforço à continuidade das práticas assistenciais.

Agora nós contamos nas aldeias com as equipes volantes, multidisciplinar (Gestor nº 4, junho 2007)

²¹ Em 1967 é extinto o Serviço de Proteção ao Índio e cria-se em substituição a Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Na atenção à saúde organizada pela FUNAI, foram criadas as Equipes **Volantes de Saúde** (EVSs), que realizavam atendimentos médicos, de enfermagem e odontológicos de forma esporádica. Devido a dificuldades estruturais, financeiras, a EVS deixa de realizar o atendimento em aldeias e passa a atender fixamente nas sedes administrativas dos centros urbanos regionais da Instituição.

Com a deficiência na resolubilidade das ações nas aldeias, para atenção da população na CASAI Tangará da Serra foi contratado um médico; porém, apesar de resolver o problema de suporte técnico das equipes, com a contratação foi gerado um viés de acessibilidade à população, que, ao contrário do preconiza a Política Nacional de Saúde Indígena, se vê obrigada a realizar grandes percursos para assegurar o seu atendimento na CASAI Tangará da Serra.

A contratação, na CASAI, de um médico para acompanhamento da população Paresi, ao invés de ir diretamente nos serviços municipais de atenção básica, recobre um cenário de desrespeito ao princípio da universalidade. O direito universal à saúde, além de gratuito, deve garantir o acesso irrestrito, sem barreiras étnicas, culturais e sociais, e, em várias falas, foi apontado o preconceito sofrido pela população Paresi nos serviços municipais de Tangará da Serra. A forma preconceituosa no atendimento fez afastar a população dos serviços públicos de saúde, fazendo com que esta população pague pelo serviço, por meio da Associação ou por recursos próprios. O preconceito fere a universalidade de forma mais sutil que a negação do atendimento, fato também vivenciado por este povo, ao tentar acessar os serviços municipais de atenção básica e especializada de Sapezal. Indígenas que possuem suas moradias em terras próximas ao serviço municipal se veem obrigados a buscar outras localidades, que, muitas vezes, se traduz em maior distância para ter o direito ao acesso.

A dificuldade de atendimento não apareceu de forma clara em todos os municípios de referência. Mas, ao se analisar a barganha realizada com o recurso DAB /SAS, para se estabelecer uma referência de saúde para esse povo e, ao se constatar que a facilidade atendimento está relegada à expressão política de seus representantes, percebe-se que a universalidade é frágil em quase toda a região. O direito e a qualidade ao acesso estão relegados às habilidades individuais de ocupantes de cargos estratégicos, à concepção de solidariedade desses gestores e na troca de interesses, em detrimento do direito garantido constitucionalmente.

Verificou-se que os gestores do subsistema local se utilizam da proposta do envio de recurso DAB/SAS para o município como uma forma de buscar parceria para atendimento da população indígena, embora o atendimento a essa população esteja contemplado no orçamento, com o repasse feito aos municípios. Em conversa

com funcionários da FUNASA, observou-se que esta é uma estratégia emergente aplicada amplamente, e que o recurso para este fim vem sendo enviado em uma quantidade crescente, chegando a ultrapassar os recursos enviados por meio do convênio da FUNASA com suas conveniadas.

Os cortes orçamentários dos convênios com a FUNASA e o aumento do repasse de recursos aos municípios para atenção à saúde indígena são claramente caracterizados como uma estratégia enquanto pretexto. Para (MINTZBERG, 2006), a estratégia como pretexto não está na ação e sim, na manobra, é utilizada para manobrar o oponente.

A implementação da Política Nacional de Saúde Indígena se insere num contexto maior de descentralização da responsabilidade sanitária aos municípios, entrando esta política em choque com a diretriz organizacional que mais vem avançando no SUS desde a sua criação.

Dessa forma, os recursos enviados aos municípios estão induzindo, mesmo que de forma sutil, a inserção dos usuários indígenas nos serviços municipais de saúde para a atenção básica. O envio desses recursos aos municípios é utilizado então como pretexto, de modo que parece objetivar a descaracterização da responsabilidade federal sobre a questão indígena e assim, retirar gradativamente o caráter particular da PNSI. Apesar de se apresentar como uma tendência nacional, esta estratégia deve ser melhor analisada, visto que fere o princípio da equidade, tanto reivindicado para o trato da população.

O acesso é dificultoso nos municípios de Tangará da Serra e Sapezal, mas, uma vez nos serviços em Tangará da Serra, há dificuldade para acesso aos outros níveis de atenção à saúde. Precisando entrar na fila na Central de Regulação como os outros municípios, a demora gerada nessa situação fez com que os profissionais se utilizassem do incentivo hospitalar e da rede privada para acessibilidade ao Sistema.

Considerando a equidade como princípio de justiça, é mister a abordagem diferenciada em situações específicas. Segundo CAMPOS (2006), é necessário que as políticas públicas adotem uma postura flexiva, capaz de adaptar as realidades gerais às regras específicas. De acordo com KERSTENETZKY (2006), somente o direito social garantindo universalmente não garante a finalidade da política social;

para que se tenha resultados justos, de acordo com essa autora, é necessário a focalização das políticas voltadas para realidades históricas, econômicas e sociais.

A povo indígena Paresi, concorrendo como os municípios às especialidades na Central de Vagas, efetiva uma certa desigualdade. O atendimento aos municípios acaba por suprimir o da população indígena, gerando demora para as necessidades destes.

Ao sair do território indígena e permanecerem nos municípios para o atendimento, os Paresi, por questões de ordem cultural, geram problemas de acessibilidade econômica e temporal, os quais eles são prejudiciais. Desta forma, como vem sendo tratada a particularidade indígena na questão, só há agravamento da desigualdade no acesso aos serviços especializados, e, assim, a política pública de saúde, enquanto política social, não consegue ser redistributiva.

Toda essa situação vivida pelos Paresi em Tangará da Serra e Sapezal pode ter sido conseguido historicamente, pela forma como se deu o processo de ocupação da região. Migrantes vindos de outras regiões do país em busca de enriquecimento encontraram, na população indígena, a representação adversa aos seus interesses. A região, atualmente, representa um dos principais polos econômicos do estado, mas a população indígena local representa, mais uma vez, uma barreira a seus interesses.

Tangará da Serra é um importante produtor agrícola, e Sapezal, é um dos principais produtores de soja. Frente a essas duas potências econômicas que necessitam de terras para as suas monoculturas, a população indígena ocupa uma posição estratégica, tanto para a produção como para o seu escoamento. Geralmente, os gestores que ocupam cargos políticos, inclusive os de saúde, são representantes deste setor produtivo e, a partir daí, passa a surgir grande adversidade nesse campo.

Para exemplificar o fato, pode-se destacar a tensão ocorrida em Sapezal para atenção à saúde Paresi. Como descrito anteriormente, Sapezal é um grande produtor de soja, e o escoamento da sua produção precisa passar pela Terra Utiariti, uma vez que as estradas presentes neste território diminuem o tempo para o transporte e permite o trânsito em época de chuva. A população Paresi cobra pedágio para o tráfego em suas terras, e o custo por esta atividade gera descontentamento dos caminhoneiros e produtores, ocasionando uma tensão na região. De forma pouco

surpreendente, o município de Sapezal foi onde se relatou maior dificuldade para articulação do atendimento.

Uma outra situação de inequidade vivenciada pela população nos dois principais municípios de referência, Tangará da Serra e Campo Novo do Parecis, é o não-tratamento dos indígenas pelos profissionais, de acordo com as especificidades dos conceitos de vida e do adoecer indígena nos serviços. Todos profissionais de saúde destes dois municípios afirmaram que não há nenhum tratamento diferenciado a esta população quando estão utilizando os serviços municipais de saúde. Confirmaram, ainda, que todos são tratados nas unidades sem qualquer observância da sua particularidade.

Não o atendimento é feito como na população em geral mesmo (...) (Profissional de Saúde Nº 3, julho 2007).

Não... em nenhum momento [quando questionada se ao atender pacientes indígenas há mudança na dinâmica do serviço] (Profissional de Saúde Nº 2, julho 2007).

De acordo com o princípio trazido pela Constituição, a saúde é resultante de questões relacionadas a terra, a cultura, a trabalho, etc., e todos os fatores que se relacionam com a saúde possuem uma dimensão social, que é construída de forma particular em relação a povo. Tratar a população indígena de forma não diferenciada traz prejuízos à acessibilidade aos serviços por sua vertente cultural e prejuízos à equidade.

[...] e o próprio indígena também, tem a questão da confiança. Ele fala certas coisas para aquele que ele confia senão... Ele se sacrifica ali, tá passando mal mas ele não vai colocar aquilo que ele tá sentindo para uma pessoa estranha [...] (Gestor Nº 1, julho 2007).

Há de se destacar que raramente foi observado o preconizado pelo PDSI, quanto aos encaminhamentos de média e alta complexidade para Cuiabá. Cabe ressaltar que, até meados de 2007, o PDSI não apresentava qualquer informação sobre o planejamento dos fluxos para atenção à saúde dos Paresi.

Assim, observou-se que o fluxo formal leva em consideração o planejamento dos profissionais indígenas de saúde, que, por sua vez, consideram a regionalização

de saúde apontada pelo PDR para encaminhamento aos diferentes níveis de atenção à saúde, apresentando grande parte da resolubilidade dos problemas na própria Microrregião de Saúde do Médio Norte do estado. A organização local reafirma a descontinuidade de como a formulação e a implementação são tratadas no planejamento.

Para finalizar, o que se observou na organização formal dos fluxos foi o campo fértil de surgimento das estratégias emergentes. Como destaca MINTZBERG (2006), as estratégias emergentes surgem da necessidade do campo, e muitas vezes, podem emergir sem qualquer planejamento. A pouca flexibilidade do planejamento pelo PDSI, por pouco apreender a realidade, fez com que aparecessem propostas criativas para a sua implementação, assim como se evidenciaram os fluxos espontâneos pelo próprio usuário.

5.5 O FLUXO POR CONTA DOS PARESI PARA ATENÇÃO À SAÚDE

Que nem o meu tio mesmo fala, o povo chega lá e fala que eles tem tanto direito, e chega na hora que eles mais precisa que é na saúde, eles não encontra esse direito que eles têm, né! (Usuário Indígena nº 3, nov. 2007).

Sistematizou-se chamar aqui de “fluxos por conta dos usuários” os estabelecidos pelo próprio indígena sem qualquer encaminhamento profissional e por deslocamento próprio.

Considerando o fluxo por conta do usuário como o realizado pelos Paresi para resolução do seu problema de saúde, independentemente de planejamento ou encaminhamento, pode-se destacar o fluxo realizado pelos moradores das aldeias Estação Rondon (microrregião 3 da divisão territorial estabelecida pela Associação Halitinã); o das aldeias Juininha, Três Lagoas e Uirapuru, localizadas na Microrregião 2, e o de Queimada, localizada na Microrregião 1.

Apesar de haver um acordo com a Associação Halitinã para atendimento da população indígena nos municípios de Nova Marilândia, Conquista D'Oeste e Campo Novo do Parecis, e apesar de esses dois últimos municípios receberem recurso do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS) para atenção à população indígena, R\$ 39.000,00 e R\$ 350,00 mensais, respectivamente, o acesso aos serviços de saúde pode-se dar pela iniciativa própria do usuário, sem o encaminhamento ou transporte das unidades com representatividade para tal da FUNASA, considerando-se assim fluxo por conta do usuário.

Nos registros de atendimento das unidades da CASAI Tangará da Serra e da Secretaria de Saúde de Campo Novo do Parecis, observa-se que, com moderada frequência, os indígenas acabam realizando outro fluxo, estabelecido por eles próprios para resolução dos problemas de saúde. Assim, há registro de usuários que possuem o Polo Bacaval como referência e são atendidos na CASAI Tangará da Serra, sendo o inverso também verdadeiro. Há registro ainda de usuários indígenas de outros Polo -base do DSEI Cuiabá sendo atendidos ou na CASAI Tangará ou nas unidades municipais de referência do Polo-base Bacaval.

Em novembro de 2008, em entrevista com a Secretária de Conquista D'Oeste, foi informado que os indígenas Paresi também passaram a buscar atendimento no município de Nova Lacerda, vizinho a Conquista D'Oeste, para atendimento de saúde. O estabelecimento desse novo fluxo para atenção à saúde dos Paresi, demonstra o quão dinâmico é o processo de criação das estratégias, que estas surgem na medida que as necessidades se criam, podendo surgir independentemente da elaboração formal e prévia de diretrizes.

5.5.1 Fluxos por Conta dos Usuários da Aldeia Estação Rondon

A aldeia Estação Rondon está na área de abrangência dos municípios de Diamantino e Nova Marilândia e da microrregião 3, na divisão para organização da atenção básica da Associação Halitinã, sob a responsabilidade da EMSI 01.

O Fluxo por conta do usuário se estabelece quando, não estando a EMSI 01 em área, os usuários da aldeia Estação Rondon se deslocam até o município de Nova Marilândia para acesso aos serviços de saúde. Diferente do que foi relatado no fluxo formal a respeito das atividades das equipes em área, foi relatada uma descontinuidade nas ações da equipe que atende essa microrregião, o que levaria a um aumento na busca pelos serviços municipais de saúde; porém, nos dias de permanência no município para coleta de dados, não foi verificada a presença de indígenas Paresi nas unidades.

[...] a equipe ela passa assim, ela de mês em mês, já demorou até de três a quatro meses pra equipe chegar aqui na Estação Rondon[...] Agora na Associação Halitinã, tanto dos Trópicos que eles falavam que os Trópicos não prestava, mas tinha dentista, a dentista todo mês tava, era pontual ela, e agora depois que entrou eles, o dentista não vem mais, o dentista passa ano sem vim aqui na Estação Rondon. Agora mesmo vai fazer um ano em dezembro, dia dezessete de dezembro faz um ano que a dentista teve aqui.[...] [questionado o porquê da vinda dos indígenas ao Município de Campo Novo] Porque a equipe demora pra passá lá, e também eles não vai resolvê os problema também..vai tê que tá fazendo encaminhamento, aí como que eu tô te falando, essa demora né, demora um mês até mais pra sê atendido.. meu tio tá lá esperando, não sabe nem quando que vem o carro buscá ele, muitas vezes só o ano que vem né, já tá findando o ano. (Usuário Indígena Nº 3, Nov. 2007).

Não há, como nos fluxos estabelecidos através da CASAI e Polo-base Bacaval, o transporte ou acompanhamento profissional desses pacientes às Unidades de Saúde. Frente a essa situação, os indígenas dessa aldeia passam a depender de carona dos fazendeiros para o deslocamento até as unidades, o que gera dificuldades para acesso aos serviços de saúde.

[...] Esse dia cobra mordeu meu tio e ele veio de Bicicleta de lá [...] eles (falando sobre os indígenas da aldeia estação Rondon) tem uma dificuldade pra chega até o Município, só isso né? Porque eles depende da carona de lá pra cá, não tem um carro disponível da saúde lá... então eles depende disso... A carona é dos fazendeiros que tem ali, só também... E tem uns fazendeiros que não dá carona, mas os que conhece mais dá, mas tem uns que não dá.... (Usuário Indígena Nº 3, nov. 2007).

Uma vez no município, os usuários não vão diretamente aos serviços de saúde. Procuram uma indígena residente no município, que os acompanha até o PSF municipal, sendo o município referência para atenção básica para a população.

Nos serviços municipais não foi constatada a observância à particularidade cultural que a saúde indígena requer, o que leva o prejuízo ao cuidado e à eficácia dos serviços na atenção dessa população.

[Questionado sobre a mudança na dinâmica do atendimento para atenção a população Paresi] [...] Não, nenhuma. Inclusive assim, a gente só vê depois do atendimento que eles são índios, entendeu? Mas eles é assim normal [...] Mas antes a gente tinha muita dificuldade porque eles procuravam a gente aqui, mas eles não tinham confiança, entendeu? Então o que eles queriam? Atendimento em Tangará, mesmo eles sendo atendidos aqui, eles solicitavam o carro da Funai, aí tinha que vir todo o pessoal de Tangará pra atendê-los, porque eles não tinham confiança [...]. (Profissional de Saúde nº 6, nov. 2007).

Caso o usuário necessite de algum procedimento não oferecido em Nova Marilândia, ele é encaminhado pela Central de Regulação ao município de Arenópolis (Quadro 19). Segundo dados de pesquisa, a indígena residente no município é que se responsabiliza, por vontade própria, pelo agendamento e repasse destas informações aos indígenas nas aldeias.

Quando o município de Arenópolis não possui a complexidade necessária para o problema, a Central de Regulação de Nova Marilândia entra em contato e encaminha o paciente à CASAI Tangará da Serra (Quadro 19). Dados de pesquisa revelaram que este encaminhamento à CASAI Tangará da Serra é frequente devido à pouca resolubilidade de saúde no município. A CASAI também é acionada de maneira freqüente pela dificuldade de transporte dos indígenas até Arenópolis, dependendo do envio de viatura da CASAI Tangará da Serra para promover o deslocamento (Figura 27).

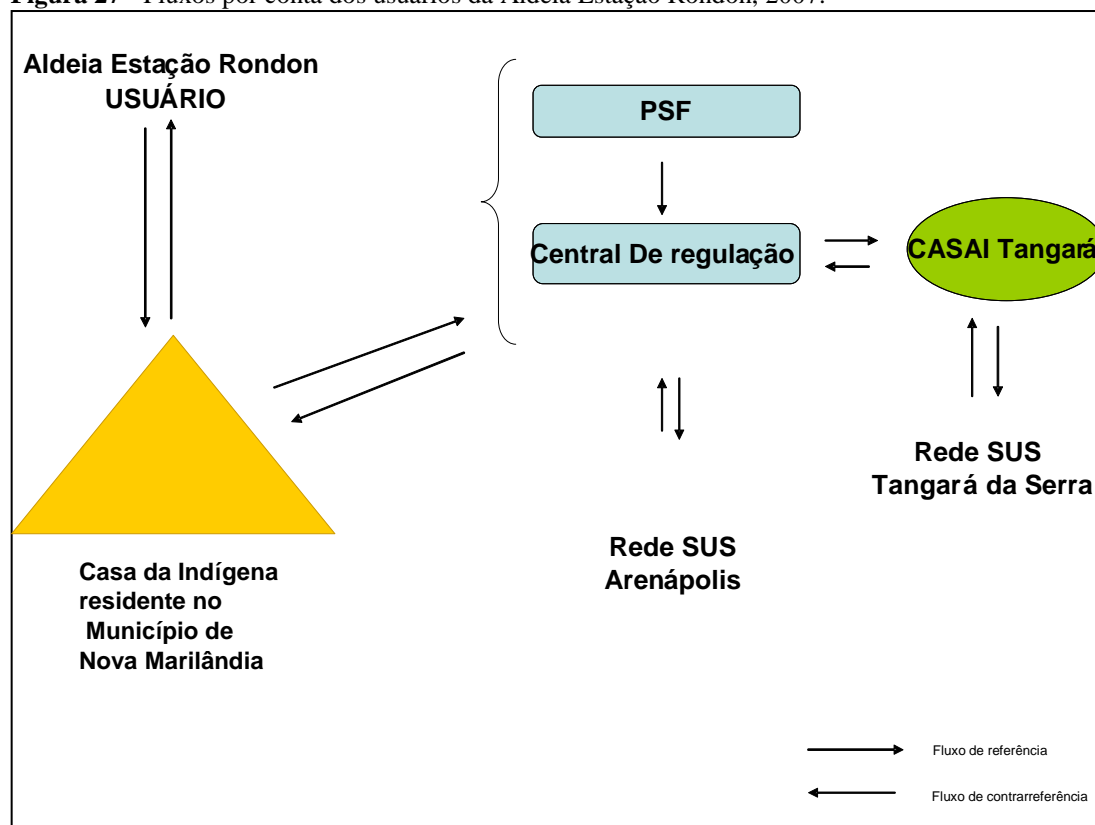
Quadro 19- Unidades de saúde municipais utilizadas pelos usuários indígenas da aldeia Estação Rondon 2007.

Aldeia	Município Pertencente	Município Referência	Unidade Referência	Especialidades de Saúde ofertadas	Exames Ofertadas	Nível da Referência
Estação Rondon	Diamantino e Nova Marilândia	Nova Marilândia	PSF	Clínico Geral Pediatra Ginecologia Odontologia Fisioterapia	Ultrassom, Hemograma, EAS, Glicemia, Tipagem Sanguínea, Prova do Laço	AB e M1
		Arenópolis	Centro de Raio X	-	Raio X	M1
			Lab. Pronto Análise		Bioquímicos não oferecidos pelo PSF	M1 e M2
			Hospital Arenópolis	Internações, Parto	-	M2

Fonte: Pesquisa de Campo, 2007.

Sem uma CASAI presente no município, durante todo o tempo de permanência no Município de Nova Marilândia, os Paresi contam com a solidariedade de parentes e de moradores da região para o transporte e hospedagem. O retorno à aldeia é providenciado por eles próprios. A distância da cidade de Nova Marilândia à aldeia Estação Rondon é de 25Km de estrada de terra, levando-se aproximadamente, 1 hora para o deslocamento.

Figura 27 - Fluxos por conta dos usuários da Aldeia Estação Rondon, 2007.



Fonte: Dados Pesquisa de campo, 2007.

5.5.2 Fluxos por Conta dos Usuários das Aldeias Juininha, Três Lagoas e Uirapuru

As aldeias Juininha, Três lagoas e Uirapuru estão na área de abrangência dos municípios de Pontes e Lacerda e Conquista d'Oeste, da microrregião 2, conforme a

divisão organizacional da atenção básica da Associação Halitinã, sob a responsabilidade da EMSI 03.

Aí eles espera carona de novo, espera um dia, se não passa, fica para outro dia e assim vai... (Usuário Indígena Nº 3, nov. 2007).

O Fluxo real se estabelece quando, não tendo acesso à atenção básica pela EMSI 03 em área, os usuários indígenas das aldeias Juininha, Três Lagoas e Uirarupu se deslocam até o município de Conquista D'Oeste para acesso aos serviços de saúde. Não há, como nos fluxos estabelecidos através da CASAI Tangará da Serra e Polo-base Bacaval, o acompanhamento profissional desses pacientes até as unidades de saúde do município, nem o encaminhamento e transporte para esta referência. Os usuários indígenas Paresi utilizam transporte próprio ou o ônibus escolar, que transporta os indígenas até a escola municipal, para o deslocamento até os serviços municipais de Conquista D'Oeste.

Analisando os arquivos dos PSFs do município, constatou-se a existência de prontuários dos indígenas dessas aldeias nessas unidades. Os arquivos registram atendimento às três aldeias e, pelo número de prontuários, compatível ao número de seus habitantes, acredita-se que praticamente toda a população Paresi da região seja atendida no município. As datas confirmam periodicidade nos atendimentos, e todos são por demandas da atenção básica.

Foram detectados prontuários de pacientes que buscam o serviço municipal desde o final da década de 1990 até de recém-nascidos no ano de 2008. Apesar desse indicativo da permanente relação entre os Paresi e os serviços municipais, nas duas idas a campo para pesquisa, não foi detectada presença indígena nos serviços e nem no município.

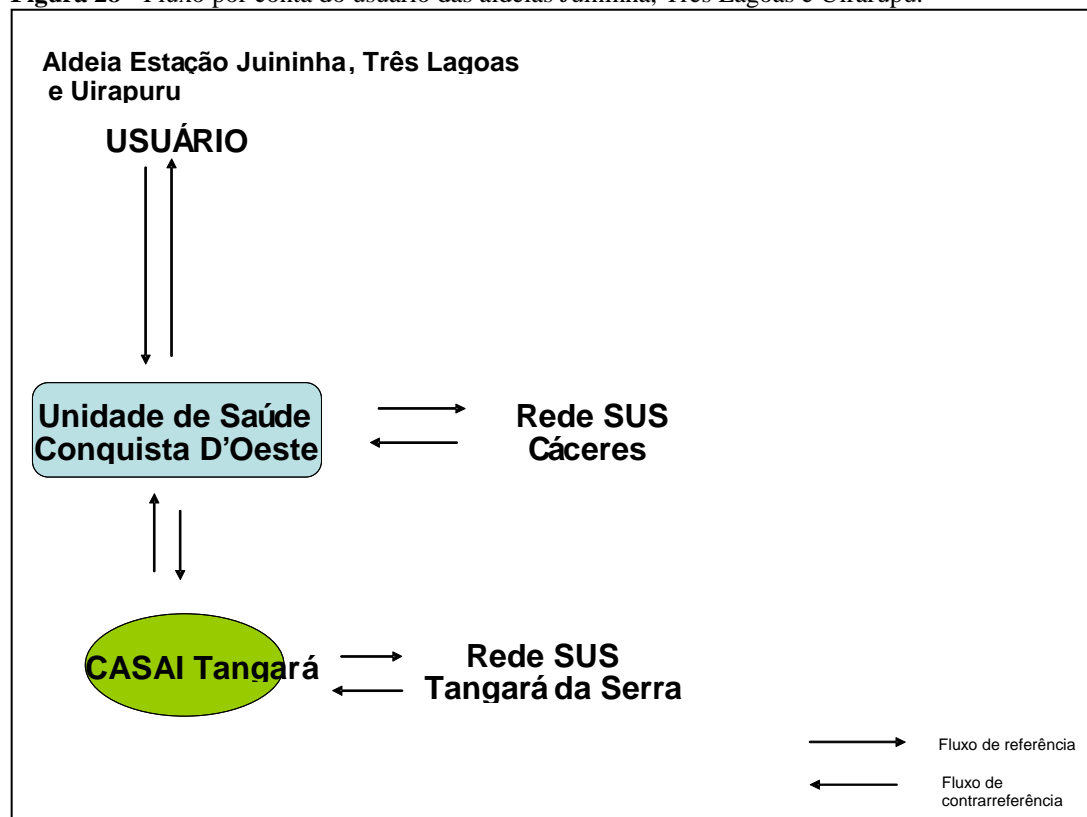
Entrevistando os profissionais de saúde municipais, foi relatada a dificuldade nos atendimentos assistenciais, devido às barreiras culturais e à necessidade do fortalecimento de atividades que supram essas deficiências.

Porque assim, eu sou clínico mesmo, eu trabalho muito com anaminese , então fica muito difícil o inquérito. O inquérito é difícil! Tudo que você pergunta, porque a gente aprende assim: sem induzir. Então pergunto: O

que você sente? A quantos dias sente? Essa relação de tempo não existe, alguns tem, mas a maioria não tem! Então quando vem uma enfermeira que vem junto, ou quando a mãe vem junto, tem uns que são mais esclarecidos, assim com o nosso tempo né? Aí a gente consegue ter uma noção, mas se não, a gente não consegue. A gente pergunta assim: Faz três dias que começou isso? Eles: huhum. Depois vou perguntar de novo para testar: faz uma semana que começou né mãe? Eles: huhum. [risos] . É difícil! (Profissional de Saúde nº 7, nov. 2008).

Quando é necessária a permanência do indígena no município, devido à ausência de uma casa de apoio a esta população, a Secretaria Municipal de Saúde de Conquista D'Oeste aloja os indígenas nas dependências de uma das suas unidades de saúde, até a resolução do problema. Caso o indígena necessite de algum procedimento não oferecido no município, ele é encaminhado ao Serviço Municipal de Saúde de Cáceres. Somente quando o município de Conquista D'Oeste ou Cáceres não possui a complexidade necessária para o problema é que a Secretaria de Saúde de Conquista D'Oeste entra em contato e encaminha o paciente a CASAI Tangará da Serra (Figura 28).

Figura 28 - Fluxo por conta do usuário das aldeias Juininha, Três Lagoas e Uirapuru.



Fonte: Pesquisa de campo, 2007.

Foram detectados raros casos onde houve a necessidade de encaminhamento dos indígenas a outros municípios. Os atendimentos são majoritariamente por deficiência da atenção básica.

[falando dos motivos pela procura de serviço dos Paresi] Mais é doença de pele, na maioria das vezes.... é... coceira, irritação de pele, sarna. Tuberculose acontece mas não é tanto, desnutrição tem lá, tem baixo peso né? [...] Então, mas creio que o índice maior, eu creio que em 2º lugar são doenças respiratórias (Profissional de Saúde nº 6, nov. de 2008).

É sempre infecções respiratórias. Crianças com muita infecção respiratória por causa da desnutrição. São crianças desnutridas com má alimentação (Profissional de Saúde nº 7, nov. de 2008).

Além das atividades de atenção básica desenvolvida pela EMSI 03, sob gestão da Associação Halitinã, as aldeias Juininha, Três Lagoas e Uirapuru têm acesso aos serviços de atenção básica em aldeia em função do atendimento dos profissionais que atendem no município. Segundo informações de pesquisa, em parceria com um fazendeiro local, está-se construindo um Polo-base na aldeia Três Lagoas, a fim de fixar o atendimento em área indígena²². Cabe ressaltar que, no município de Conquista D'Oeste há várias fazendas e empresas de mineração, e, muitas vezes, a mão-de-obra indígena é utilizada nessas locais.

Tem enfermeiro que vai lá direto com eles né? Médico vai também. Eles vão na aldeia fazer o atendimento, fazer avaliação de peso, acompanhamento geral né? (Profissional de Saúde nº7, Nov. 2008)

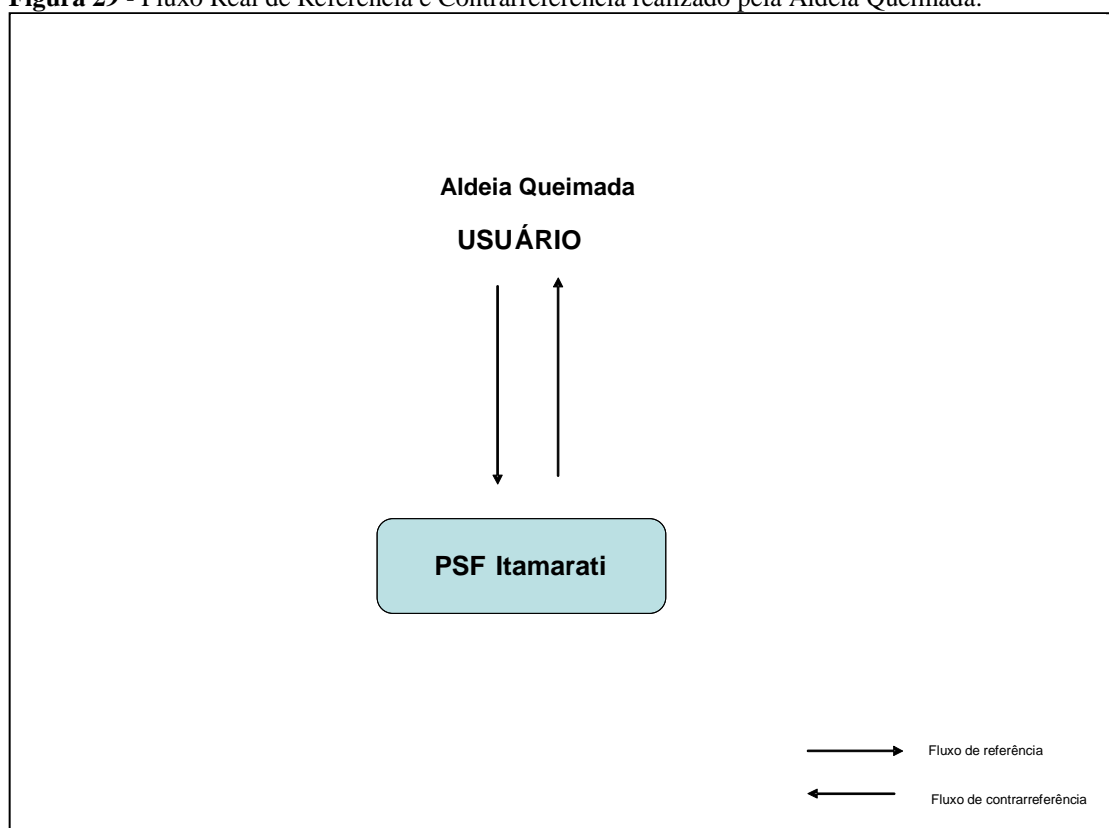
[Quando questionado onde está sendo construído o Pólo e se essa construção era com recurso municipal] Tá em Três Lagoas.[...] Não, é um fazendeiro que em contrapartida de um recurso que ele adquiriu, não sei a fundo né, ele tá fazendo esse investimento social, tanto a escola, ampliação da escola, e a questão da construção desse posto indígena... parceria fazendeiro, município (Profissional de Saúde nº08, Nov. 2008).

²² Durante a apresentação dos resultados da pesquisa no Polo-base Tangará da Serra, as lideranças presentes confirmaram a construção do Polo, porém negaram a inteira participação dos recursos na sua construção, ficando esta de forma majoritária a cargo do Estado e da Associação Halitinã.

5.5.3 Fluxo por Conta dos Usuários da Aldeia Queimada.

A Aldeia Queimada está localizada na área de abrangência do município de Tangará da Serra, mas alguns indígenas da aldeia procuram o PSF Itamarati (PSF rural), pertencente ao Município de Campo Novo do Parecis, para o acesso à atenção básica (Figura 29).

Figura 29 - Fluxo Real de Referência e Contrarreferência realizado pela Aldeia Queimada.

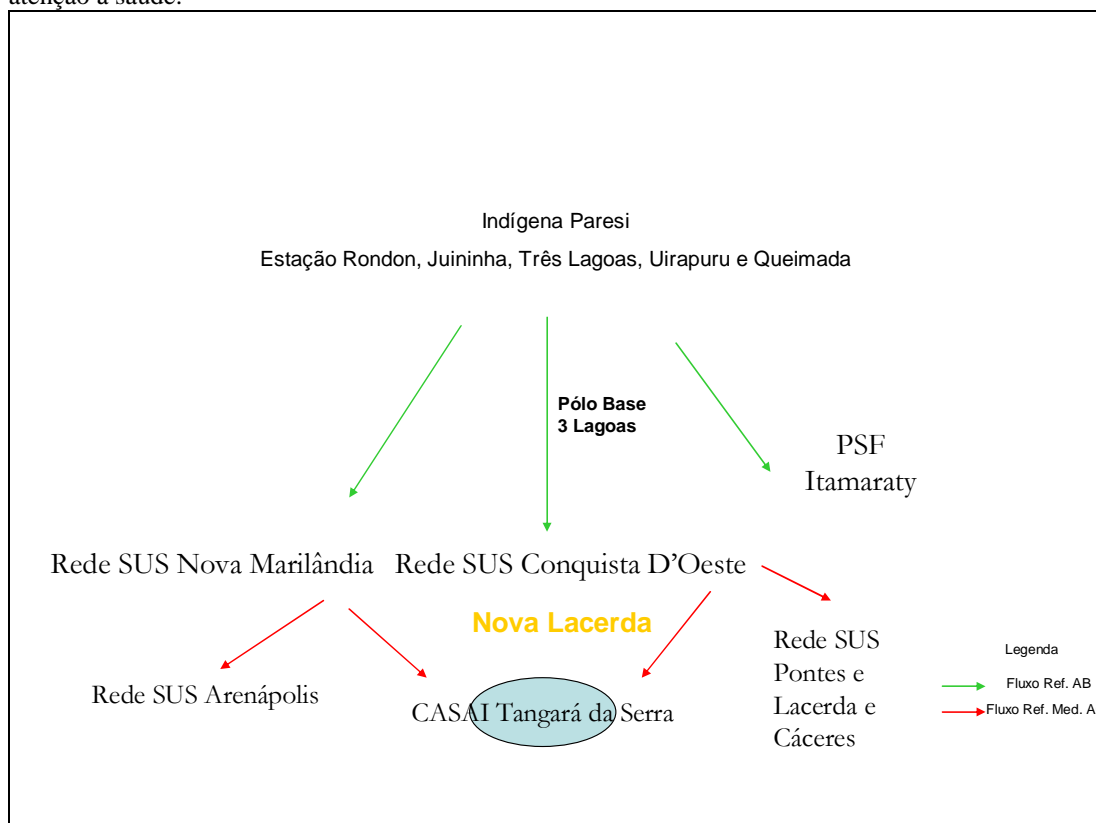


Fonte: Pesquisa de Campo, Campo Novo dos Parecis, Novembro 2007.

Não tendo acesso à atenção básica pela EMSI 02 em área, alguns indígenas da Aldeia Queimada se deslocam até o PSF Itamarati para acesso aos serviços de saúde. Entre os serviços procurados pelos indígenas estão o atendimento médico com clínico geral e aplicação de vacinas. Por ser um fluxo estabelecido pela demanda espontânea, o transporte é feito pelo próprio indígena, e a via para esse deslocamento é terrestre.

Para finalizar, os fluxos realizados por conta do próprio usuário Paresi para atenção a saúde, pode ser sintetizado da seguinte forma: (Figura 30):

Figura 30 - Síntese do Fluxo realizado por conta do próprio usuário Paresi para acesso aos níveis de atenção à saúde.



Fonte: Dados de pesquisa de campo, 2007-2008.

Analisando os fluxos realizados por conta do próprio usuário Paresi,, pode-se chegar à seguinte síntese e conclusões:

- Os achados apontam para o fato de que, independente de planejamento ou encaminhamento profissional, o paciente indígena Paresi usa de estratégias para a resolução do próprio problema, que não necessariamente condiziam com o planejado para o atendimento. Reforça o conceito de que políticas públicas são formadas ao longo do processo, situação decorrente da interação entre os atores participantes, portanto, dinâmica e ação em si mesma (MINTZBERG, 2006).
- As necessidades surgem pelas lacunas deixadas pela atenção básica em área indígena, demandas que poderiam ter sido resolvidas nas aldeias, conforme prevê a Política Nacional de Saúde Indígena. Esta procura não é rotineira e, provavelmente, se estabelece quando as equipes não estão em área.

- As experiências surgidas na construção desse caminho em busca do atendimento apontam para a dificuldade da efetivação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Foram detectadas dificuldades quanto aos meios de transporte, ausência de unidades que procedem ao acolhimento de usuários indígenas e ainda há prejuízos na acessibilidade devido a barreiras étnicas. Não tendo a percepção para o singular, a equidade, quando no sentido de justiça, é prejudicada. As práticas relatadas nesse fluxo foram puramente de cunho assistencial. A pouca articulação entre as instituições fragmenta um sistema de saúde e uma desejável rede de informações, que prejudica qualquer projeto de atenção integral.
- Outro fato a ser observado é o indicativo de deficiência do controle social pela etnia Paresi perante a construção desses fluxos. De acordo com o que é preconizado por essa diretriz, os Conselhos de Saúde devem partir da realidade social e aí deliberar sobre ações que visem o atendimento das necessidades de saúde de uma população. A deficiência dos meios de transporte, a ausência de instalações para acomodação dos usuários nas referências municipais e até mesmo a dificuldade para o atendimento das suas particularidades, indicam prejuízos no papel essencial do controle social
- No caso Paresi, a construção dos fluxos reais dão uma amostra dos prejuízos que uma municipalização da gestão da saúde indígena traria a esta etnia.

6 CONCLUSÃO

Para o acesso aos diferentes níveis da atenção à saúde do povo Paresi são estabelecidos, no Polo-base Tangará da Serra, fluxos planejados, formais e os realizados pelos próprios usuários Paresi.

O fluxo planejado é concebido, neste estudo, como aquele estabelecido pelo Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Cuiabá (2008-2010), onde se encontra o planejamento para o acesso da população Paresi aos serviços de saúde.

Tomando como partida a atenção Básica em aldeia, o PDSI (2008-2010) estabelece como referência de saúde: as 3 EMSI; os Polos-base Tangará da Serra e o Bacaval; a CASAI Tangará da Serra e os serviços municipais de atenção básica desse mesmo município, de Campo Novo do Parecis, Sapezal, Conquista D'Oeste e Nova Marilândia. Para acesso aos níveis secundários e terciários, o município planejado para a referência é o de Cuiabá, Capital do Estado de Mato Grosso.

O Plano Distrital do DSEI Cuiabá planeja a constituição das equipes multidisciplinares com estrutura técnica deficitária, tanto por categoria quanto por número de profissionais. Somado a este fato, não são levadas em consideração a articulação institucional e a organização regional dos serviços, o que torna inaplicável a sua intenção.

Tais posturas adotadas pelo planejamento trazem prejuízos ao atendimento da população, à medida que leva a maior procura pelos serviços de atenção básica fora da aldeia e torna inaplicável o acesso aos demais níveis da atenção. O distanciamento da realidade é característica da estratégia planejada, à maneira que há um distanciamento da realidade no processo de elaboração e adota uma postura pouco flexível para a dinâmica apresentada no campo.

Essas posturas adaptativas, dinâmicas, foram observadas no fluxo formal, ou melhor, naquele estabelecido pelo encaminhamento de profissionais de saúde com representatividade institucional local para o Subsistema. Ao depararem-se com um planejamento pouco sensível à realidade local, os profissionais de saúde criaram

inúmeras estratégias para adaptar as suas atividades à realidade do campo e, assim, garantir o acesso à saúde pelo Povo Paresi.

A configuração da CASAI Tangará da Serra como unidade de atenção básica, a criação do Polo-base Bacaval, a barganha pela pactuação da referência, utilizando-se dos recursos previstos na Lei nº 1.163/99, e a utilização da organização da região de saúde, são alguns exemplos de estratégias emergentes que foram desenvolvidas localmente.

Pelo Plano Diretor de Regionalização do Estado de Mato Grosso, Tangará da Serra e Cáceres são municípios-polo e sede dos consórcios intermunicipais de saúde, o que os torna referências para as aldeias indígenas da região, não necessitando do deslocamento a Cuiabá, para acesso à media e alta complexidade, como prevê o PDSI.

Estratégia criativa, desenvolvida pelo próprio usuário Paresi, também foi observada neste estudo. Frente às lacunas deixadas pela atenção básica em aldeia, os indígenas criam fluxos para atenção nos municípios de Conquista D'Oeste, Nova Marilândia e Campo Novo do Parecis (através do seu PSF rural Itamaraty). Dificuldades para o transporte, para o acolhimento, para atendimento às suas especificidades, foram observadas na construção destes fluxos.

Independentemente do fluxo estabelecido, o formal e o realizado pelo próprio usuário, a todo momento os princípios do SUS são testados, quando os indígenas Paresi acessam os serviços de saúde na região.

A Universalidade se vê ameaçada devido à recusa de atendimento em referências municipais, pela discriminação dos serviços, pelo pagamento para acesso a serviços da média e alta complexidade, bem como pelos inúmeros problemas que se referem à acessibilidade (geográfica, cultural e econômica), que se constroem durante a realização dos fluxos.

A equidade, enquanto princípio de justiça, também não se vê aplicada, à medida que a organização de saúde não consegue ser redistributiva, conferindo-se ainda estruturas que reafirmam a desigualdade de acesso aos serviços de saúde.

Quanto à integralidade, é possível fazer algumas observações. Relacionados os dados da pesquisa, com a capacidade da organização local em articular ações preventivas às assistenciais, observa-se deficiência na construção da integralidade.

Seja por problemas estruturais do Subsistema local, seja pela postura histórica adotada no trato à questão indígena, as ações ofertadas a essa população são dadas de maneira desconectada. Pela análise documental, pelos relatos, observou-se nenhuma articulação entre as práticas, tendo um predomínio de práticas de assistências, em detrimento das preventivas e de promoção.

Entre os princípios organizativos, destaca-se o da descentralização como ponto de discussão no caso Paresi. O princípio da descentralização, trabalhado pela Política Nacional de Saúde, prevê o empoderamento municipal como unidade gestora do sistema de saúde. O trato da questão indígena prevê a responsabilidade federal na gestão indígena no Brasil. Essa particularização quanto à gestão da saúde indígena é resultante da reivindicação dos movimentos populares, que defendem a particularização da política, como forma de se atingir a equidade.

Atualmente, o que se observa é uma tendência de indução à municipalização dos serviços da saúde indígena. Antes de se adotar esta estratégia, há de se analisar os prejuízos trazidos pela atitude, visto os prejuízos observados no atendimento à população Paresi nos municípios. Dificuldade para acesso aos serviços, inobservação das particularidades culturais no atendimento são algumas das posturas adotadas nessas referências. Ao formalizar esta estratégia sem a possibilidade de uma ampla discussão entre os atores envolvidos no processo, corre-se o risco de se reprisarem as grandes injustiças sociais deflagradas contra essa população na história.

Por fim, o princípio da participação social é utilizado por essa etnia como um instrumento de enfrentamento da sua desigualdade sanitária, presente na região. Devido ao exercício de ferramentas decorrentes do processo da sua própria gestão econômica e social, a etnia cria instrumentos que a torna capaz de construir, ativamente, um cenário regional mais justo, como por exemplo na criação das associações indígenas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou analisar a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde do povo Paresi, demonstrando que a articulação da atenção básica com os demais níveis do cuidado apresenta-se ainda como um grande desafio para a etnia.

No Polo-base Tangará da Serra, os princípios doutrinários do SUS são constantemente testados, em razão do impasse real para a garantia do acesso em alguns municípios, ora detectado pela recusa do atendimento, ora pelo acesso de forma discriminatória ou sem a observação da suas particularidades étnicas. Analisando a história de ocupação do Estado de Mato Grosso, a situação presente no campo da saúde parece ser um reflexo, somente mais uma faceta da conflituosa relação do contato inter-étnico na região. No passado, de um lado, os bandeirantes e os imigrantes em busca de ouro, do outro, índio e terra, os “invisíveis” defensores destas riquezas. Hoje, líderes agrícolas na produção de grãos e gado frente aos detentores das reservas de terra da região, os Paresi.

Perante a essa conflituosa realidade, uma rica gama de estratégias surgiu, vindas tanto dos gestores indígenas quanto dos profissionais ou usuários, a fim de melhor lidar com o cenário pouco apreendido pelo planejamento.

Somado ao caráter distanciado do planejamento, ao analisar o arcabouço normativo que conduz a descentralização no país e seu reflexo na realidade local, observou-se um intenso fortalecimento do município enquanto gestor e a inobservância da FUNASA enquanto elemento constituinte do sistema. Todo este impasse insere-se num contexto maior de fortalecimento do processo de municipalização preconizado nas Conferências Nacionais de Saúde, mas que, por outro lado, fere a luta pelos direitos constitucionais das sociedades indígenas.

Levando-se em consideração a instabilidade institucional na qual se insere a gestão da saúde indígena, bem como a inobservância à diversidade e o despreparo dos serviços municipais no atendimento às particularidades étnicas, este estudo aponta para a necessidade de se fomentar o processo emancipatório dos povos

indígenas, para a formulação de planos e políticas na atenção à saúde, visto ser esta estratégia que tem buscado um quadro mais equânime na região.

8 REFERÊNCIAS

AMM – Associação Mato-Grossense de Municípios [homepage na internet]. Cuiabá: 2008 [acesso em 28 de jul 2008]. Disponível em: <http://amm.org.br/amm>

Athias R; Machado M. A saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários: discursos antropológicos e médicos [opinião]. Cadernos de Saúde Pública [periódico na internet]. 2001 [acesso em 20 jul 2009]; 17(2):425-431. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200017&lng=en

Ayres JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. Ciênc e Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2004 [acesso em 29 ago 2008]; 9(3):583-582. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232004000300011&lng=en; 9: 583 -592

Barros MCV. A Questão Ambiental e os professores Paresi do Município de Tangará da Serra [dissertação de mestrado] Cuiabá: Instituto de Educação da Universidade Federal de Mato Grosso; 2002.

Bech J. Princípios Fundamentais de Atenção à Saúde. In: Misoczky MCA, Bech J, organizadores. Estratégias de Organização da Atenção à Saúde. Porto Alegre: Bookman; 2002. p. 11-20.

Bechara E. A nova ortografia. 4 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2008.

Bortoloni AP. Líder Indígena: gerente de fazenda confessa assassinato. Notícias do Ministério Público. 2009 jan 14 [acesso em 5 maio 2009]. Disponível em: www.mp.mt.gov.br/noticias.php

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.

Brasil. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 dez 1990; Seção 1:025694.

Brasil. Decreto 23, de 4 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. Diário Oficial da União. 5 fevereiro de 1991.

Brasil. Decreto 1.141, de 19 de maio de 1994. Dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas. Diário Oficial da União. 20 maio 1994; Seção 1: 007443.

Brasil. Decreto 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde pelo ministério da Saúde, altera os dispositivos dos Decretos 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 ago 1999; Seção 1: 37.

Brasil. Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei 8.080, de 19 setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União. 24 set 1999; Seção 1:1.

Brasil. Projeto de Lei nº 3958 de 29 de agosto de 2008. Propõe a alteração da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, que cria secretaria na estrutura do Ministério da Saúde; e cria cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS, destinados ao Ministério da Saúde.

Brasil. Decreto 6. 878, de 18 de junho de 2009. Altera e acresce artigo ao Anexo I do Decreto nº 4.727, de 9 de junho de 2003, que aprova o Estatuto e o Quadro demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 de junho; Seção 1: 5.

Brianeze T. Povo Paresi: Os indígenas sojicultores do Mato Grosso. Reporter Brasil, Campo Novo dos Pareci. 2009 maio 27 [acessado em 27 abril 2009]. Disponível em: <http://www.reporterbrasil.org.br/exibe.php?id=1540>

Campos GWS. Reflexões Teóricas sobre equidade e Saúde: o caso do SUS. Saúde e Sociedade [periódico na internet]. 2006 maio/ago [acessado em 16 abr 2009]; 15 (2): 23-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200004

Canova L. Os doces bárbaros: Imagens dos índios Paresi no contexto da conquista portuguesa em Mato Grosso (1719 - 1757) [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Departamento de História da Universidade Federal de Mato Grosso; 2003.

Carvalho BG, Petris AJ. Controle Social em Saúde. In: Andrade SM, Soares DA; Junior LC, organizador. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: UEL; 2001. p.93-109.

Caregnato R, Mutti RMV. Pesquisa Qualitativa: Análise do discurso versus Análise do Conteúdo. Textos, Contextos Enferm [periódico na internet]. 2006 [acesso em 16 jun 2008];15 (4): 679-684. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>

Castanheira MEM, Pereira JR. Ação Coletiva no Âmbito da economia solidária e da autogestão. Rev. Katál [ensaio]. 2008 jan/jun [acessado em 20 jun 2009]; 11(1): 116-122. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802008000100011&lng=en&nrm=isso

Chaves MBG, Cardoso AM, Almeida C. Implementação da política de saúde indígena no Polo-base Angra dos Reis. Cad. Saúde Pública. 2006; 22 (2): 295 -305.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: 2007. 8 v.

Costa RMR. Cultura e contato: um estudo da sociedade Paresi, no contexto das relações interétnicas [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro;1985.

Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cad. de Saúde Pública [periódico na internet].1997 [acessado em 20 jun 2008];13 (1): 103-107. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n1/0228.pdf>

Duarte MCR. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva. 2000; 5: 443-463.

EMBRAPA – Empresa Brasileira de pesquisa agropecuária. Estado de Mato Grosso, Vegetação e Uso de suas terras [mapa na internet]. Brasília; 2003 [acessado em 5 mai 2009]. Disponível em: www.qmdmt.cnpem.embrapa.br

Faria CAP. A Política de Avaliação de Políticas Públicas. Rev. Brasileira de Ciências Sociais [periódico na internet]. 2005 [acessado 10 jul 2008]; 20 (59): 97-110. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/107/10705907.pdfv>

Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. Texto elaborado para bibliografia básica do Projeto Gerus/Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. Brasil; 1995. p. 177-184.

Fernandes CA. Análise do discurso: reflexões introdutórias. 2. ed. São Carlos: Clara Luz; 2007.

Ferreira JCV, Silva JM. Cidades de Mato Grosso – origem e significado de seus nomes. Cuiabá: Buriti; 1998.

Ferri LV. MPF / MT pede investigação da PF em Juína. Notícias do Ministério Público Federal Cuiabá. 2007 dez 6 [acessado em 5 maio 2009] . Disponível em: <http://noticias.pgr.mpf.gov.br/noticias-do-site/indios-e-minorias/mato-grosso-mpf-pe-de-investigacao-da-pf-em-juina>

Flick U. Uma introdução a pesquisa qualitativa. Trad. de Netz S. 2.ed. Porto Alegre: Bookman; 2007.

Fontoura RT; Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. Rev. bras. Enferm [periódico na internet]. 2006 julh/ago [acesso em 27 maio 2009]; 59(4):532-537. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a11v59n4.pdf>

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde. Distribuição territorial dos DSEIs no mapa do Brasil [mapa]. Brasília: 2003.

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde. Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá. Plano Distrital de Saúde Indígena – PDSI 2004. Cuiabá: 2004

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde. Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá. Plano Distrital de Saúde Indígena – PDSI 2005-2007. Cuiabá: 2005.

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde. Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá. Morbidade povo Paresi, 2006. [gráfico]. Cuiabá: 2006a.

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde. Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá. Pirâmide populacional Paresi, 2006. [gráfico]. Cuiabá: 2006b.

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde. Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá. Plano Distrital de Saúde Indígena. Recursos da Portaria 1163/99 e 2656/2007, etnia Paresi. Cuiabá: 2008.

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde. Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá. Plano Distrital de Saúde Indígena – PDSI 2008-2010. Cuiabá; 2008.

FUNAI- Fundação Nacional do Índio. População Paresi em Novembro de 2006. Cuiabá; 2006.

Furtado JP. Um método construcionista para avaliação em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2001; 6: 165 – 181.

Garnelo L. Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: Análise situacional do período de 1990 a 2004. [Documento de trabalho nº 9. Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia/CESIR]. Porto Velho; 2004.

Guillerm A, Bourdet Y. Autogestão: uma mudança radical. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad. Saúde Pública [periódico disponível na internet]. 2004 [acessado em 6 jun 2009]; 20(2): 5331-5336. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>

Houaiss A, Villar MS. Minidicionário Houaiss de língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2003.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico; 2007 [acesso em 10 maio 2007]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesaf>.

IGEO – Instituto de Geociências da UFRJ [homepage na internet]. Tratado de Tordesilha [mapa na internet] Rio de Janeiro: 2009 [acesso em 6 mai 2009]. Disponível em: www.igeo.ufrj.br/fronteiras/mapas

Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992. Edita Editar a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92).

ISA – Instituto Socioambiental [homepage na internet]. Brasília; 2008 [acesso em 15 jan 2008]. Disponível em: http://www.socioambiental.org/home_html

Iwamoto HM. Autogestão: Origens, Tendências e Experiências. In: Cançado, HC; Pereira JR; et al. Economia solidária, cooperativismo e autogestão: as experiências de Palmas TO. Palmas: NESol UFT; 2007.

Joyeux M. Autogestão: Gestão Direta, Gestão Operária. Brasília: Novos Tempos; 1988.

Kalckmann S, Santos CG, Batista LE; Cruz VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? [Saúde Sociedade](#) [periódico na internet]. 2007 [acessado em 09 maio 2009];16(2): 146-155. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200014

Kerstenetzky CL. Políticas Sociais: focalização ou universalização. Rev. Economia Política [periódico na internet]. 2006 [acesso em 15 ago 2009]; 26(4): 564-574. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rep/v26n4/06.pdf>

Lobo T. Descentralização: Conceitos, Princípios e Prática Governamental. Cad. Pesq. 1990; 74: 5-10.

Lucchese PTR. Equidade na Gestão Descentralizada no SUS: Desafios para a redução de desigualdades em saúde. Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2003 [acessado em 09 abr de 2009]; 8 (2): 439 - 448. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200300020009&lng=pt.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Cuiabá; 2006.

Marques IMSF. A Política de Atenção à Saúde Indígena: Implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá – MT [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ; 2003.

Marques RM, Mendes A. Democracia, saúde pública e universalidade: o difícil caminhar. Saúde e Sociedade [periódico na internet]. 2007 set/dez [acesso em 20 abr 2009]; 16 (3):35-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000300005

Marsiglia RM, Silveira C, Carneiro Junior N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. Saúde e Soc. 2006; 4 (2): 69-76.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2004 [acessado em 03 jun 2009]; 20 (5):1411-1416. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>

Mercado FJ, Hernades N, Tejada LM, Springett J, Calvo A. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero – América no início do século XXI. In: Bosi MLM, Mercado FJ. Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde. Petrópolis:Vozes; 2006.p.22-56

Minayo, MC. O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Minayo MCS, organizador, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa Qualitativa: Teoria, método e criatividade. 20.ed. Petrópolis:Vozes; 2002.

Minayo MCS (org). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005a.

Minayo MCS (org). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005b.

Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF; 1986.

Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, 24 de maio 1993.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica 01/96. Diário Oficial da União. 6 nov. 1996. Seção I: 22932-22940

Ministério da Saúde. Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999a. Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Diário Oficial da União: 01 out. 1999; Seção 1.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.163, de 14 de setembro de 1999b. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde e dá outras providências.

Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002a. Aprova a política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas e dá outras providências. Diário Oficial da União. 6 fev 2002; Seção 1: 46-49.

Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002b. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/02 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismo para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União. 28 fev 2002; Seção 1: 52.

Ministério da Saúde. Portaria nº 70, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União: 17 set.2004; Seção1.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.656, de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas [portaria na internet].[acesso em 03 maio de 2009]. Disponível em: <http://www.funasa.org.br>

Mintzberg H, Lampel J, Quinn JB, Ghoshal S. O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados. 4.ed. Porto Alegre: Bookman; 2006.

Morgan GO. Imagens da Organização. 2. ed. São Paulo: Atlas; 2002.

Nascimento C. A Autogestão e o Novo Cooperativismo [Texto para discussão]. Brasília: Ministério de Trabalho e Emprego; 2004.

Neves JL. Pesquisa Qualitativa: Características, usos e possibilidades. Cad. Pesquisa em Administração [periódico na internet].1996;1 (3): 1-5. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>.

O GLOBO. No ano passado, 68 índios morreram no país por falta de atendimento de saúde, diz Cimi. Disponível em <<http://oglobo.globo.com/pais/mat/2009/05/05/no>

ano-passado-68-indios-morreram-no-pais-por-falta-de-atendimento-de-saude-diz-cimi-755707434.asp>

Oliveira CE. Famílias e Natureza: As relações entre famílias e ambientes na construção da colonização de Tangará da Serra – MT. Cuiabá, 2002 [dissertação de mestrado] Cuiabá: Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal de Mato Grosso; 2002.

Paim JS. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. Saúde Soc [periódico na internet]. 2006 [acessado em 5 jun de 2009]; 15(2):34-46. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>.

Pinho LB; et al. A integralidade do cuidado em saúde: resgate de parte da produção científica da área. Revista eletrônica de enfermagem. 2007; 9: 835- 846.

Povos indígenas no Brasil [homepage na internet]. História do contato. [acesso em 01 junho 2009] Disponível em: <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/paresi/2033>

Rocha D, Deusdará B. Análise do Conteúdo e Análise do Discurso: aproximação e afastamento na (re) construção de uma trajetória. ALEA: Estudos Neolatinos.2005; 7: 305-322.

SEPLAN - Secretaria de Planejamento do Estado de Mato Grosso. Mato Grosso em Números: Edição 2006 [acessado em 07 set 2007]. Cuiabá; 2006. Disponível em: <http://www.seplan.mt.gov.br>

SEPLAN - Secretaria de Planejamento do Estado de Mato Grosso. Mato Grosso em Números: Edição 2008 [acessado em 10 mai 2008]. Cuiabá; 2008. Disponível em: <http://www.seplan.mt.gov.br>

Scatena JHG; Tanaka OY. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. Saude Soc. [periódico na internet] 2001 [acessado em 20 junho 2008];10.(2): 47-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2>

Schwandt TA. Três posturas epistemológicas para investigação qualitativa: Interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: Denzin NK, Lincoln YS. Trad. de Netz S. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Siqueira EM. História do Mato Grosso: Da ancestralidade aos dias atuais. Cuiabá: Entrelinhas; 2002.

Travassos C. Equidade e o Sistema único de Saúde: uma contribuição para o debate [opinião]. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 1997 [acessado em 19 jul 2008]; 13(2): 325-330. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000200024

Varga IVD. Fronteiras da urbanidade sanitária: sobre o controle da malária. *Saúde e Soc* [periódico na internet]. 2007 [acesso em 20 junho 2008]; 16 (1):28-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/04.pdf>

Vargas KD. Avaliação das estratégias loco-regionais de articulação entre os níveis de atenção à saúde: o caso do Polo-base Rondonópolis, Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá (DSEI Cuiabá), Mato Grosso [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da UFMT; 2008.

Vasconcellos CM; Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, GWS; et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2 ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Fiocruz; Rucitec; 2008.

Volpato LRR. *A conquista da terra no universo da pobreza – formação da fronteira oeste do Brasil 1719 – 1819*. São Paulo: Hucitec; 1987.

YIN RK. *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Trad. de Grassi D. Porto Alegre: Bookman; 2005.

ANEXOS

Anexo 1 : Roteiro de Entrevista com Gestor Municipal do Polo-base Tangará da Serra

<p>Universidade Federal de Mato Grosso Instituto de Saúde Coletiva Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva Roteiro de Entrevista com Gestor do Município (Secretário Municipal de Saúde)</p>
<p>Data da entrevista: ____/____/____ Município: _____</p>
<p>Entrevistador: _____</p>
<p>Nome do entrevistado: _____</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1) Qual é a sua formação? 2) Há quanto tempo é responsável pela saúde do município? 3) Quais são as áreas prioritárias de saúde no município? 4) Como o Sr. percebe a saúde no seu município? 5) Quais são as maiores qualidades do sistema de saúde do seu município? 6) Na sua opinião, quais são os maiores problemas do sistema de saúde de seu município? 7) Por gentileza, fale sobre as questões de saúde indígena no seu município. 8) A sua Secretaria atende indígenas? Existe maior procura em determinado período do ano? 9) O que o Sr. acha de atender indígenas nos serviços de saúde no município? 10) Qual a orientação da sua Secretaria quanto ao atendimento dos indígenas? 11) Há algum tipo de acordo (formal ou tácito) entre o município e o FUNASA (CORE, DSEI, CASAI ou Associação Halitinã) na área da saúde? 12) O Sr. tem conhecimento se há atendimento de indígenas Paresi em outros municípios? 13) O Conselho Municipal de Saúde discute o atendimento de indígenas? Se sim, quais são os tópicos discutidos e como são encaminhados? 14) Há representantes indígenas participando 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 indígena? (sim/não) Se sim, quais? 16) O Sr. tem conhecimento quanto custa ao seu município o atendimento dos indígenas Paresi ? 17) O município tem em seu planejamento algum recurso direcionado ao atendimento dos Paresi? 18) Existe articulação de entre as ações das diversas instituições (SMS, FUNASA, SES) para atenção a saúde indígena ? Como ela ocorre?

19) O Sr. imagina um trabalho em conjunto com a FUNASA/SMS para oferecer melhor cobertura de atendimento para a população dos 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 indígena local? (PPI, PDR). Quem conduziu esse processo? Quanto tempo levou? Como foi abordada a referência indígena?

21) Existe registros deste processo?

22) Que fatores anteriores importaram na definição das referências para referência indígena?

23) Qual a sua opinião dos atendimentos/resultados prestados pelos serviços de referência em relação a saúde indígena?

24) O que os indígenas fazem quando não tem encaminhamento no município?

25) Gostaria de fazer mais algum comentário sobre o Sistema de Saúde Indígena nessa região?

Anexo 2 : Roteiro de Entrevista com Marcadores de Consulta da Central de Regulação ou CASAI Tangará da Serra

<p style="text-align: center;">Universidade Federal de Mato Grosso Instituto de Saúde Coletiva Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva</p> <p style="text-align: center;">Roteiro de Entrevista com Marcadores de Consulta da Central de Regulação ou CASAI Tangará da Serra</p> <p>Data da entrevista: ____/____/____ Município: _____ Entrevistador: _____ Nome do entrevistado: _____</p> <ol style="list-style-type: none">1) Qual é a sua formação/função?2) Há quanto tempo o Sr. agenda as consultas?3) Como o Sr. percebe a saúde no seu município?4) Esta unidade recebe encaminhamentos de indígenas? O que se faz?5) Quais são os tipos de atendimentos mais procurados nesta unidade pelos indígenas Paresi?6) Nesta Unidade é feito algum registro dos atendimentos prestados aos indígenas Paresi? Que tipo de registro?7) Como faz para identificar os indígenas no seu município ou de outro para proceder o encaminhamento?8) O Sr. tem conhecimento indígenas Paresi deste município que buscam atendimentos em serviços de saúde de outro município? Se sim, quais serviços? Como eles conseguem tais atendimentos?9) Como o Sr. faz para encaminhar os Paresi para determinado serviço?10) Qual o tempo de espera para marcação de consulta? (Como atende a demanda reprimida?).11) Existe um controle de comparecimentos ou não às consultas/procedimentos agendados para os Paresi? Como é feito? O que vocês fazem com essa informação?12) O Sr. tem noção do que os pacientes indígenas pensam sobre os serviços para os quais eles são encaminhados? Fale sobre isso.

Anexo 3 : Roteiro de Entrevista com Profissionais de Saúde do Polo-base Tangará da Serra

<p style="text-align: center;">Universidade Federal de Mato Grosso Instituto de Saúde Coletiva Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva</p> <p style="text-align: center;">Roteiro de Entrevista com Profissionais de Saúde do Polo-base Tangará da Serra</p> <p>Data da entrevista: ____/____/____ Município: _____</p> <p>Entrevistador: _____</p> <p>Nome do entrevistado: _____</p> <ol style="list-style-type: none">1) Qual é a sua formação?2) Há quanto tempo o (a) Sr.(a) atua no Serviço de Saúde deste Município?3) Quais são as áreas prioritárias de saúde no município?4) Como o Sr. percebe a saúde no seu município?5) Quais são as maiores qualidades do sistema de saúde do seu município?6) Na sua opinião, quais são os maiores problemas do sistema de saúde de seu município?7) Por gentileza, fale sobre a saúde indígena.8) Esta unidade atende indígenas Paresi? (Se sim), o atendimento dos indígenas interfere na dinâmica do serviço? De que forma?9) O Sr. saberia me dizer quais são os tipos de atendimentos mais procurados nesta unidade pelos indígenas nessa unidade?10) Como faz para identificar os indígenas residentes nesse município e de outros para o atendimento?11) O Sr. tem conhecimento se os indígenas Paresi buscam atendimentos em serviços de saúde em outros municípios? Se sim, quais municípios? Que motivos o Sr. considera que as pessoas teriam para procurá-los?13) O Sr. acha que deveria haver um projeto conjunto entre a FUNASA/SMS para melhor atender a população indígena? Se sim, quais seriam as prioridades desta proposta?14) Gostaria de fazer mais algum comentário sobre o Sistema de Saúde Indígena?

Anexo 4 : Roteiro de Entrevista com Conselheiros Indígena de Saúde

Universidade Federal de Mato Grosso
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Roteiro de Entrevista com Conselheiros Indígena de Saúde

Data da entrevista: ____/____/____ Município: _____

Entrevistador: _____

Nome do entrevistado: _____

- 1) Quem o Sr. representa no Conselho Municipal de Saúde?
- 2) Qual é a sua formação?
- 3) Há quanto tempo participa do Conselho Municipal de Saúde?
- 4) Você recebeu alguma formação para a atividade de conselheiro?
- 5) Quais são as áreas prioritárias de saúde no município?
- 6) Como o Sr. percebe a saúde no seu município?
- 7) Quais são as maiores qualidades da saúde no seu município?
- 8) Na sua opinião, quais são os maiores problemas do sistema de saúde de seu município?
- 9) Por gentileza, fale sobre as questões de saúde indígena.
- 10) Além de você, outros indígenas participam/assistem às reuniões do CMS? O inverso ocorre?
- 11) Como são as reuniões do CMS?
- 12) O Conselho Municipal de Saúde discute o atendimento de indígenas? Se sim, quais são os tópicos discutidos e como são encaminhados?
- 13) O Sr. tem conhecimento de quanto o município gasta com o atendimento prestado aos usuários indígenas?
- 14) O Sr. tem conhecimento quais são os tipos de atendimento mais procurados no município pela população indígena?
- 15) O Sr. tem conhecimento de algum acordo (formal ou informal) entre o município e a FUNASA para atendimento em saúde? Quais são?
- 16) O Sr. tem conhecimento os indígenas Paresi utilizam algum serviço em outros municípios além desse? Qual o tipo de atendimento é buscado?
- 17) A última Conferência Municipal de Saúde contemplou discussões acerca da assistência à saúde indígena? (sim/não) Se sim, quais?
- 18) Na sua opinião, como deveriam funcionar os serviços de saúde para um trabalho conjunto com entre as instituições que trabalham com saúde indígena, considerando a estrutura física e os recursos humanos existentes?
- 19) O CMS participou do processo de regionalização para saúde indígena?
- 20) O Sr. tem conhecimento de como os indígenas resolvem seus problemas de saúde quando não conseguem o atendimento ou os encaminhamentos necessários?
- 21) Como é ser conselheiro de saúde?
- 22) Quais estratégias têm sido adotadas no município e pela FUNASA para o fortalecimento da participação social dos índios?
- 23) Gostaria de fazer mais algum comentário sobre o Sistema de Saúde Indígena?

Anexo 5 : Roteiro para Conversa com os usuários Paresi

Universidade Federal de Mato Grosso
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Roteiro para Conversa com os usuários Paresi

1. Motivo da vinda ao serviço de saúde**2. Acesso à unidade de saúde**

Identificar:

- Formas de acesso,
- Distância,
- Tempo de deslocamento,
- Possíveis dificuldades.

3. Percepção do usuário sobre a forma de recepção na unidade

Identificar forma de acesso ao serviço, agendamento e possíveis dificuldades;

4. Resolução do problema/causas para não resolução**5. Necessidade de retornar à unidade**

Itens como: não conseguiu atendimento no dia, profissional não estava, etc.

6. Necessidade de realização de exames complementares

Identificar:

- Local;
- Forma de ida/volta;
- Documentos de encaminhamento

7. Formas de aquisição de medicamentos prescritos**8. Referenciamento para outro serviço**

Identificar:

- Local;
- Forma de ida/volta;
- Documentos de encaminhamento

9. Referenciamentos anteriores**10. Influência do fato de ser no atendimento****11. Percepção sobre o atendimento****12. Sugestões para a melhoria dos serviços de saúde utilizados.**

Anexo 6 : Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da 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

Pesquisadores Responsáveis: Prof. Dr^a. 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 Prof. Dr^a 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

Anexo 7 : Termo de Aprovação da Pesquisa na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

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 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*" (AELR) Nº 947/2006 registrado no CONEP sob o nº 13204, Processo nº 25000.112887/2006-11 registrado no Comitê de Ética - 243/CEP/HU/IM/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.


Prof.ª Dr.ª Maria Clara Vieira Weiss
PPGSC/MSC/UFMTem afastamento PDS - PPGA/UFRRS



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 gerar 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 referência 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

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.

Cuiabá, 09 de maio de 2007.

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

Anexo 8 : Certificado de Participação no Conselho Distrital de Saúde Indígena

**ATESTADO DE PARTICIPAÇÃO**

O CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA CUIABÁ – CONDISI CUIABÁ, atesta para os devidos fins e efeitos necessários que

ELIZÂNGELA VINCUNÃ COUTO DA SILVA CINTRA

Esteve presente na I Reunião Ordinária de 2008 deste conselho, na data de 25 de março de 2008, com objetivo de apresentar o trabalho de Mestrado sobre **“ARTICULAÇÃO ENTRE OS NIVEIS DO CUIDADO NO PÓLO BASE TANGARÁ DA SERRA-MT”**.

Poconé-MT, 25 de março de 2008

José Angelo S.N. Txyalikisú

**PRESIDENTE
CONDISI CUIABÁ**

CONDISI Cuiabá
Conselho Distrital de Saúde Indígena Cuiabá
Rua: Rui Barbosa Nº 282 Bairro: Goiabeiras Cep: 7802-405 Cuiabá Mato Grosso
Fone: (65) 3624-0854/1050 Fax: (65) 3622-0291 Celular: (65) 8407-9286
e-mail: condisiCuiabá@hotmail.com

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)