

A (des)articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no Polo-Base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá-MT

I¹ Karem Dall'acqua Vargas, ² Maria Ceci Misoczky,
³ Maria Clara Vieira Weiss, ⁴ Wildce da Graça Araujo Costa I

Resumo: Este artigo se origina de uma pesquisa cujo objetivo foi avaliar as estratégias locorregionais de articulação entre os níveis de cuidado à saúde, considerando tanto a adequação às normas existentes (estratégia deliberada), quanto os desenvolvimentos criativos (estratégias emergentes) realizados nos contextos locorregionais estudados. A referência para *julgamento* (ato inerente à pesquisa avaliativa) foi a coerência com os princípios constitucionais definidores do SUS. Na realização do estudo de caso aqui relatado, foram obtidas informações através de documentos secundários, observação direta extensiva, questionários e entrevistas em profundidade com informantes-chave. Os resultados mostraram, com relação à articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção à saúde dos Bororo no Polo-Base Rondonópolis, o predomínio de um modelo de organização dos serviços voltado para ações especializadas e de alto custo, em detrimento da valorização dos conhecimentos populares e das práticas de saúde tradicionais. Além disso, a estratégia deliberada para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas foi transformada, tendo emergido uma estrutura como a preconizada pela noção de distrito sanitário sem atenção às especificidades da saúde indígena. Confirmou-se a suposição geral que orientou este estudo, segundo a qual existe uma enorme distância entre o que é declarado e formalizado nos planos elaborados de acordo com as normatizações e o que efetivamente ocorre no cotidiano dos serviços e no fluxo dos usuários.

► **Palavras-chave:** serviços de saúde; estratégia; saúde indígena.

¹ Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Coletiva, responsável técnica pela Área Estratégica de Saúde Indígena da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Endereço eletrônico: karem.vargas@yahoo.com.br

² Médica, Professora Doutora da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Endereço eletrônico: mcamisoczky@ea.ufgrs.br

³ Nutricionista, Professora Pós-Doutora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Endereço eletrônico: mcweiss@cpd.ufmt.br

⁴ Enfermeira, Professora Doutora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Endereço eletrônico: edney.wildce@terra.com.br

Recebido em: 08/07/2009.
 Aprovado em: 28/05/2010.

Introdução

As mudanças deflagradas pela instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a Constituição de 1988, trazem uma série de desafios para a concretização dos princípios orientadores do campo da saúde no Brasil. Um desses desafios se refere à criação de formas organizacionais e de articulação interorganizacional, bem como de métodos de trabalho, que sejam coerentes tanto com a descentralização interna ao sistema, quanto com a necessidade de estabelecer relações de responsabilidade solidária que garantam a qualidade das ações e serviços de saúde e o atendimento das necessidades de populações territorialmente situadas.

No período recente, o processo de institucionalização do SUS tem sido marcado pela ênfase na atenção básica, segundo a qual o PSF deve se constituir em estruturante do sistema. Ao mesmo tempo, através de mecanismos indutores e de dispositivos normativos, existe um esforço para organizar o sistema de referência e contrarreferência como forma de garantir o acesso dos usuários a todos os níveis de cuidado, segundo suas necessidades.

Partindo de duas suposições complementares, pesquisadores de três universidades – UFRGS, UFMT e UFPE – se reuniram para submeter ao CNPq um projeto de pesquisa. A primeira suposição era que o processo de implantação do planejamento do sistema de referência e contrarreferência tem se constituído em espaço de articulação e de troca entre organizações no espaço do SUS, sendo um passo importante para a concretização de uma rede efetiva de cuidados. A segunda é que, dada a excessiva formalidade do processo, não se permite a sistematização e disseminação de práticas criativas que possam se desenvolver na busca de soluções para esse desafio. Ou seja, acreditamos que exista uma multiplicidade de relações entre trabalhadores de saúde, entre organizações e entre setores, construída no cotidiano e com o propósito de atender às necessidades imediatas de usuários e de grupos populacionais, com as quais temos muito que aprender.

A pesquisa¹ se propôs a realizar a avaliação das estratégias locorregionais de articulação entre os níveis de cuidado à saúde através de um estudo de múltiplos casos nos estados do Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Pernambuco. Este artigo é o relato de um dos casos do Mato Grosso: o do Polo-Base Rondonópolis, que organiza a atenção básica à saúde dos Bororo nas aldeias.

Nos itens que se seguem, são apresentados o referencial da formação de políticas públicas, central para a concepção do Projeto; os aspectos metodológicos

e procedimentos realizados; e a tipologia construída para analisar os fluxos entre os níveis de atenção. Na sequência, o caso do Polo-Base Rondonópolis é apresentado e discutido.

A abordagem da formação de políticas públicas

Uma concepção central ao projeto do qual se originou este artigo é que as políticas públicas são *formadas* ao longo de processos de interação entre atores sociais. Esta concepção difere da abordagem usual, segundo a qual as políticas públicas são *formuladas*. Aqui se encontra a suposição de uma ação consciente, que antecede a ação, formulada através de um processo predominantemente intelectual. A estratégia é, neste sentido, equivalente a um plano, a um conjunto de intenções explícitas que precedem e controlam as ações que devem ser, então, implementadas (FACHIN, 1992). Como destaca Mintzberg (1978, p. 947), essa “dicotomia entre formulação e implementação é falsa sobre certas condições comuns, porque ignora o aprendizado”.

A separação entre formulação e implementação caracteriza a estratégia como um exercício estático no qual se pode prever o futuro (PETTIGREW, 1992). Entretanto, “a estratégia não é um plano fixo, nem muda sistematicamente em tempos pré-arranjados exclusivamente pela vontade do gerenciamento” (MINTZBERG, 1978, p. 947). Ela não é pensamento a ser implementado em ação, mas sim a ação em si mesma (MINTZBERG, 1995), não se constituindo sempre num processo intencional, como preveem os planos formulados.

Apesar da existência de críticas a esse modelo, algumas formuladas por autores de referência no campo das políticas públicas há pelo menos três décadas, como Aaron Wildavsky (1974), a dicotomia entre formulação e implementação continua dominando. Mintzberg (1995) tem sistematicamente criticado esta dicotomia. Como alternativa, propõe que se adote a definição de *estratégia como pauta de ação*.

A estratégia é, em geral, definida como plano; nós propomos chamá-la estratégia *intencional*. Além disso, desejamos propor outra definição: estratégia como norma de ação, como coerência no comportamento através do tempo, a qual podemos denominar como estratégia *executada*. Em outras palavras, conforme esta segunda definição, um sistema tem estratégia quando se comporta com coerência, *seja intencional ou não*. [...] Considerando-se esta segunda definição, se introduz um conceito enganosamente simples. A estratégia se converte no que a organização faz, não no que diz ou afirma que espera fazer. A estratégia é coerência de comportamento, sem importar o

grau de intenção. É este último aspecto que faz com que o conceito tenha uma força enorme. Se a estratégia intencional é realmente executada, então podemos falar de uma estratégia *deliberada*; mas se a estratégia executada não era intencional, de uma maneira ou outra, devemos buscar outra denominação; nós a chamamos de estratégia *emergente*. Isto sugere que as estratégias podem *formar-se*, sem que necessariamente sejam *formuladas*. O ato pode preceder o conhecimento ou ser paralelo a ele.

Deveria ser evidente que a estratégia deliberada corresponde exatamente ao modelo tradicional, enquanto que a estratégia emergente é algo muito diferente – diferente dos modelos políticos e incremental, assim como dos tradicionais (ainda que, em nossa opinião, dificilmente desconhecida para os formuladores de políticas experimentados, exceto a denominação); e é no jogo recíproco desses dois tipos de estratégia que as coisas começam a se tornar realmente interessantes (MINTZBERG, 1995, p. 32).

Adotando este referencial,² consideramos que as estratégias podem surgir de um grande número de processos: graduais, coletivos, espontâneos, inadvertidos. Consideramos, também, que administrar não significa conceber estratégias, mas reconhecer sua emergência e intervir no momento oportuno. Se a prática ou organização que emerge for considerada destruidora, trata-se de intervir para interromper o processo; se for considerada frutífera, vale a pena observá-la, talvez cultivá-la. “Supervisionando o processo de emergência (cujos resultados podem, às vezes, ser deliberados), os administradores devem supervisionar também o padrão de convergência e divergência, e saber quando devem fomentar a mudança e quando resistir a ela” (MINTZBERG, 1995, p. 39).

Portanto, o projeto do qual se originou este artigo teve como 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 locorregionais estudados. A referência para *juízo* (ato inerente à pesquisa avaliativa) será a coerência com os princípios constitucionais definidores do SUS.

Aspectos relativos ao método e aos procedimentos realizados

Thom et al. (1999) identificam quatro possíveis concepções de avaliação: informativa estratégica – descreve um sistema social e as mudanças que nele ocorrem; resultados – mede os resultados de uma intervenção; impacto – mede os resultados de longo prazo em uma dada população; *processual*³ – descreve o que

acontece no curso da implantação de uma política ou programa. O estudo realizado se caracterizou por ser uma avaliação de processo.

Retomando o objetivo deste estudo, cabe destacar que a política compreendida como processo pode ser avaliada por meio da análise articulada de estratégias deliberadas e estratégias emergentes.

Como propõe Mintzberg (1995), a estratégia deliberada é aquela executada a partir das definições planejadas e normatizadas, o que nos conduziu a uma análise de implantação. Segundo Contandriopoulos et al. (2000), a implantação pode ser definida como a transferência de uma intervenção para os níveis operacionais. O processo de implantação se refere à integração de um projeto a um dado contexto organizacional. A análise de implantação⁴ está voltada, portanto, para as relações entre a intervenção, seus componentes e o contexto, com relação à produção de efeitos. A análise de implantação pode ser de diferentes tipos, considerando diferentes aspectos do processo: determinantes contextuais; influência das variações durante a implantação; *interação entre o contexto e a intervenção na produção de efeitos*, sejam sinérgicos, sejam antagônicos. Neste estudo adotaremos este último tipo de análise.

Por sua vez, a estratégia emergente é processada pela produção de sentido realizada pelos atores para ofertar soluções aos seus problemas práticos. Avaliá-la é interpretá-la considerando, como Minayo (1998, p. 121), que a interpretação “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. Aqui a proposta é de uma avaliação construtivista interpretativista. De acordo com Schwandt (1994, p. 118), o que une estas duas proposições é o compartilhamento do objetivo de compreender o mundo complexo como experiência vivida a partir do ponto de vista daqueles que a vivem. “Atores particulares, em lugares particulares, em momentos particulares, produzem sentidos para os eventos e fenômenos através de processos complexos e prolongados de interação social, envolvendo história, linguagem e ação.” A pesquisa construtivista busca compreender o significado contextualizado, compreender a significação das ações e interações humanas em um dado contexto.

As dimensões emocionais, linguística, simbólica, interativa e política do mundo social – e seus significados, ou falta de – são todos construídos por atores humanos agenciadores. Estas construções são influenciadas por discursos e práticas especificamente histó-

ricas, geopolíticas e culturais, e pela interação dos que a produzem. Assim, estas construções são múltiplas e plurais, contingentes e contextuais (GREENE, 2000, p. 986).

Um estudo de caso é uma investigação empírica que pesquisa um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especificamente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos (YIN, 2002). De acordo com Stake (1996, p. 134), a escolha pelo estudo de caso não é metodológica, o que escolhemos estudar é o caso – seja qual for a escolha metodológica. “Podemos estudá-lo analiticamente ou holisticamente, através de repetidas mensurações ou hermeneuticamente, orgânica ou culturalmente, e através de métodos múltiplos – mas nos concentramos sempre no caso.”

As informações foram obtidas através das seguintes fontes: documentos administrativos de organização da rede de cuidados; registros de fluxo de pacientes; observação direta extensiva em serviços nos três níveis de cuidado; dados intensivos através da aplicação de questionários adequados aos diferentes participantes no processo – trabalhadores e usuários, explicitando características relevantes (p. ex., demográficas, econômicas, culturais, etc.) de modo a capturar a diversidade de experiências e significados; entrevistas em profundidade com alguns participantes individuais – usuários, trabalhadores, gestores, líderes locais – para compreender como o processo é vivido, por que é nestas experiências contextualizadas que os significados sobre sua qualidade programa e efetividade são formados e moldados; entrevistas em profundidade para identificar o que é uma experiência típica para os diferentes tipos de usuários e como as características do contexto moldam estas definições.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller da Fundação da Universidade Federal de Mato Grosso (CEP/HUJM/UFMT) e da Comissão Nacional de Ética do Ministério da Saúde (CONEP/MS), conforme a Resolução nº 196, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde, a qual dispõe sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

Tipologia para análise dos fluxos

No que se refere ao estudo dos fluxos de referência e contrarreferência, foi criada uma tipologia comum a todos os estudos de caso que compuseram o projeto. Essa tipologia partiu dos objetivos específicos propostos inicialmente,

tendo sido adaptada a partir das análises preliminares para dar conta da realidade que se encontrou no trabalho de campo. A tipologia foi consolidada em uma oficina que reuniu os pesquisadores das três universidades envolvidas no projeto.

- a) **Fluxo planejado:** definido no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e na Programação Pactuada e Integrada (PPI), ambos coordenados pela Secretaria Estadual da Saúde; e também, no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI), no caso aqui relatado.
- b) **Fluxo formal:** definido pelo gestor municipal e formalmente indicado pelos trabalhadores de saúde aos usuários para atendimento fora do município, tendo como ponto de partida a rede municipal de atenção básica e os processos de agendamento de consultas, exames e procedimentos. No caso objeto deste artigo, há uma especificidade: os encaminhamentos são realizados também por profissionais da Casa de Saúde Indígena (CASAI).
- c) **Fluxos por conta do usuário:** fluxos realizados pelos usuários na busca por serviços de saúde, independentemente dos fluxos formais indicados pelos serviços de saúde.

O registro e a descrição do fluxo planejado de atenção à saúde da população de uma unidade da federação nos seus variados níveis de complexidade estão contidos em dois documentos, cuja responsabilidade de organização é do gestor estadual, em pactuação com os gestores municipais: o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada Integrada (PPI). A exigência para que os estados realizem o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade na atenção à saúde está contida na Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002, de 27 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002a).

O Polo-Base Rondonópolis no Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá

A Lei nº 9.836 – a Lei Arouca, como ficou conhecida (BRASIL, 1999a) – alterou a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), criando no âmbito do SUS um **Subsistema de Atenção à Saúde Indígena** e organizando-o em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), conforme as recomendações das conferências nacionais. Foram definidos os seguintes pressupostos: relacionamento entre o subsistema de saúde e os órgãos responsáveis pela política indigenista; atuação complementar

por parte de **estados**, municípios e **organizações não-governamentais**; possibilidade de representação indígena no **Conselho Nacional de Saúde**, nos conselhos estaduais e municipais; concepção de saúde integral e diferenciada; e aplicabilidade dos **princípios do SUS** no subsistema de saúde indígena.

Quadro 1 - Organização da atenção básica à saúde indígena nos DSEIs

Estrutura	Localização	Função	Profissionais de saúde
PS I	Aldeias	Acompanhamento das ações básicas nas aldeias e suporte as EMSI	Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e os Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN)
PS II	Aldeias	Apoio técnico aos AIS e AISAN nas aldeias	AIS, AISAN e Técnico de Enfermagem
PB I	Aldeias	Assistência aos usuários indígenas e encaminhamento para unidades de serviço de maior complexidade	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (médico, enfermeiro, odontólogo e técnico de enfermagem)
PB II	Município de referência próximo aos territórios indígenas	Planejamento e organização das ações, infra-estrutura e comunicação	Chefe do Polo-Base e apoio técnico - administrativo
CASAI	Municípios estratégicos de referência	Acolhimento e encaminhamento dos usuários indígenas a rede de maior complexidade do SUS	Enfermeiro-chefe, técnicos de enfermagem, operador de rádio e serviços gerais

Fonte: Brasil (2001).

A organização dos DSEIs foi legalmente estabelecida tendo em vista a necessidade de definir as diretrizes para elaboração de projetos de saúde, abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário, bem como atender de forma sistemática às necessidades assistenciais no nível de atenção básica em territórios indígenas. A organização hierarquizada dos serviços dos DSEIs deve ser composta por cinco estabelecimentos diferenciados por infraestrutura e profissionais para garantir a atenção básica nas aldeias e os encaminhamentos para os níveis de média e alta complexidade na rede do SUS nos municípios de referência: postos de saúde tipo I (PS I) e II (PS II), polos base tipo I (PB I) e II (PB II) e casa de saúde indígena (CASAI) (BRASIL, 2001) (quadro 1).

Tanto os Postos de Saúde tipo I e tipo II, quanto o Polo-Base tipo I devem estar localizados nas aldeias e dispostos estrategicamente, a fim de garantir as ações da

atenção básica de saúde à população adstrita. A existência do Polo-Base tipo II, se faz importante pela necessidade de uma unidade administrativa no território indígena para apoio logístico à organização dessas ações. A finalidade da CASAI é acolher e alojar os usuários indígenas que necessitam de procedimentos de maior complexidade, encaminhando-os à rede de serviços nos municípios de referência.

Nesse modelo de atenção, as competências dos municípios são de caráter complementar (BRASIL, 1999a; BRASIL, 2004). O Ministério da Saúde criou os Fatores de Incentivo para a Atenção Básica (FIAB) e de Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico, a fim de facilitar a pactuação dos serviços (BRASIL, 1999b). Apesar da criação do FIAB, seu valor não foi estabelecido, indicando que uma nova regulamentação definida pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (SAS/MS) e pela Funasa deveria fazê-lo, o que só aconteceu através da Portaria nº 2.656 (BRASIL, 2007). Antes disto, a pactuação ocorria verbalmente entre a Funasa e o município, e era encaminhada à SAS por meio de trâmite interno para, então, o repasse ser efetuado na modalidade fundo a fundo.

O instrumento utilizado pelo DSEI para a gestão dos serviços e das ações em saúde é o Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI). Este instrumento deve ser elaborado com a participação dos povos indígenas, profissionais de saúde e gestores através dos Conselhos Locais e Distritais, e homologado pelas instâncias superiores da Funasa, para posterior execução. Nesse instrumento foram encontrados os fluxos de referência e contrarreferência, que correspondem, na tipologia constituída para esta pesquisa, aos fluxos planejados, representando as estratégias deliberadas a fim de garantir a atenção à saúde em todos os níveis.

Segundo esse instrumento, homologado para o período de 2005 a 2007 no DSEI Cuiabá (MATO GROSSO, 2005), a atenção básica deve ser realizada por intermédio de dez Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). A estas estão integrados 45 agentes indígenas de saúde (AIS) e 28 agentes indígenas de saneamento (AISAN). Todos os profissionais são contratados pelas conveniadas Operação Amazônia Nativa (OPAN), Associação Halitinã e Fundação UNISELVA da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), que atuam em 31 Postos de Saúde localizados nas aldeias (MATO GROSSO, 2005). As unidades de referência são um dos cinco Polos-Base de Saúde: Cuiabá, Rondonópolis, Tangará da Serra, Brasnorte e Chiquitano. O Polo-Base Rondonópolis deve ser responsável pela

atenção à saúde de parte das aldeias Bororo e, de acordo com o PDSI 2005-2007, conta com uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena contratada, na ocasião da pesquisa, pela Fundação UNISELVA/UFMT (quadro 2).

Quadro 2 - Organização das equipes de saúde para atuação nas aldeias no Polo-Base Rondonópolis

Equipes	Profissionais de saúde	Territórios Indígenas e Aldeias	Localização
EMSI 1	1 médico, enfermeiro e odontólogo; 3 técnicos de enfermagem; 3 AIS; 4 AISAN	T. I. Tadarimana - A. Tadarimana, Jurigue, Pobore e Praião	Rondonópolis
		T. I. Teresa Cristina – A. Gomes Carneiro e Piebaga	Santo Antonio do Leverger
EMSI 2	1 médico, enfermeiro e odontólogo; 3 técnicos de enfermagem; 4 AIS e 2 AISAN	T. I. Perigara: A. Perigara	Barão de Melgaço
		T. I. Meruri - A. Meruri e Garças	General Carneiro
		T. I. Xavante – A. Morada Bororo	General Carneiro

Fonte: Mato Grosso (2005).

Os recursos destinados à conveniada são parte dos recursos do DSEI e são empregados na execução dos programas de saúde estabelecidos conforme as diretrizes da Funasa. Os programas de saúde priorizados no Plano Distrital de Saúde Indígena 2005-2007 (PDSI 2005-2007) estão voltados para as ações básicas e são formulados de maneira verticalizada e concentrados na demanda, implicando na falta de resolutividade da atenção básica nas aldeias e na ineficiente articulação com os outros níveis da atenção á saúde.

De acordo com o fluxo planejado no PDSI 2005-2007 (MATO GROSSO, 2005), os usuários da Terra Indígena Tadarimana devem ser encaminhados para a CASAI Rondonópolis e daí para um dos Centros de Saúde do município; quando não houver resolutividade nestes centros, devem retornar a ela para serem encaminhados a Cuiabá. No entanto, os usuários da Terra Indígena Teresa Cristina também buscam a CASAI Rondonópolis. Esta é considerada, pelo PDSI 2005-2007, uma unidade de serviços de atenção básica que conta com uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, ainda que tenha apenas profissionais de enfermagem.

No caso dos usuários das Terras Indígenas Perigara, o fluxo é planejado para a rede de serviços de saúde em Cuiabá, onde devem ser acolhidos pela CASAI Cuiabá, e os da Terra Indígena Merure devem ser referenciados para a CASAI Aragarças, localizada no Estado de Goiás e pertencente ao DSEI Xavante. Assim, os Bororo dos territórios indígenas localizados nos municípios de Barão de Melgaço e General Carneiro não são atendidos na CASAI Rondonópolis, como a referência dos demais usuários indígenas desta etnia.

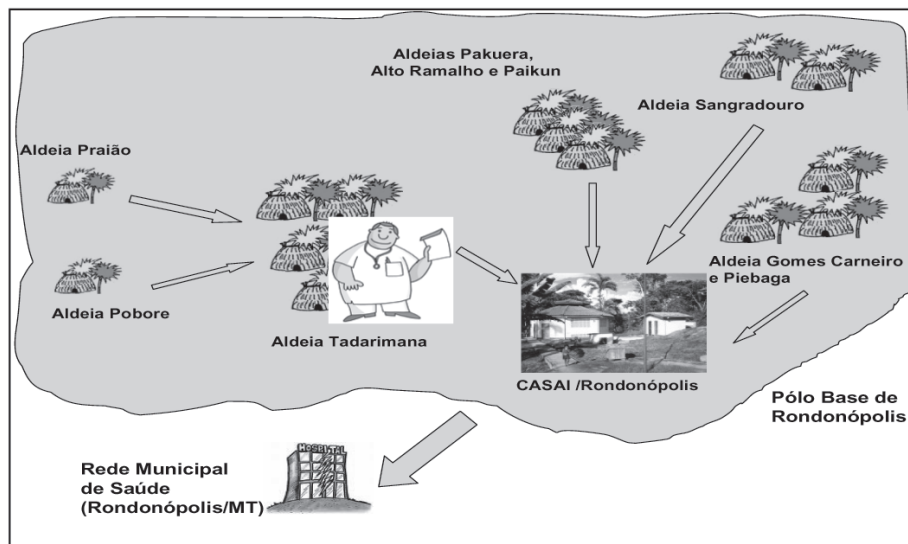
O município de Rondonópolis está localizado a sudeste do Estado de Mato Grosso e assume a posição de município-polo na Microrregião Sul Mato-Grossense (MATO GROSSO, 2006), conforme os critérios de organização preconizados pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/02 (BRASIL, 2002a), sendo referência regional para os níveis de média e alta complexidade. Entretanto, o fluxo planejado para os Bororo no Polo-Base Rondonópolis não considera a capacidade instalada da rede de serviços de saúde municipal e tampouco é coerente com o Plano Diretor Regionalizado e Programação Pactuada e Integrada para a região Sul Mato-Grossense. Esta situação evidencia a não-participação da Funasa na construção destes dois instrumentos de gestão.

Por outro lado, os depoimentos locais apontam para um frágil envolvimento dos Bororo na construção dos fluxos de referência e contrarreferência, conforme preconizam as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002b).

Os fluxos formais na atenção à saúde dos Bororo no Polo Base de Rondonópolis

No Polo-Base Rondonópolis, foram identificados os fluxos formalmente indicados aos usuários (figura 1) pelos profissionais da CASAI. Os dados mostraram que esses ocorrem em uma área extensa que se sobrepõe aos limites geográficos dos municípios de Barão de Melgaço, Santo Antônio de Leverger e Rondonópolis, onde estão localizados os territórios indígenas dos Bororo. O Polo-Base Rondonópolis recebe, também, usuários Bakairi e Xavante, munícipes de Paranatinga e Barra do Garças, respectivamente.

Figura 1- Fluxo formal no Polo-Base Rondonópolis



O atendimento de atenção básica realizado em terras indígenas ocorre periódica e descontinuamente, devido ao trabalho itinerante da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena que percorre as aldeias num período de 20 dias e folga nos outros dez. Esta rotatividade resulta em falta de resolutividade da atenção básica nas aldeias. As ações básicas deveriam ser disponibilizadas continuamente aos usuários indígenas no Polo-Base tipo I, mas, devido à falta da equipe de saúde e condições de atendimento nas aldeias, os Bororo são encaminhados para a atenção básica nos centros de saúde da rede municipal. Assim, a articulação entre os diferentes níveis de atenção se dá através das relações pessoais entre os profissionais de saúde da CASAI Rondonópolis e os da rede municipal, construindo uma estratégia emergente para garantir o acesso aos serviços de saúde locais.

Para procedimentos de atenção básica de saúde fora da aldeia, os Bororo são encaminhados para a CASAI Rondonópolis, onde ficam hospedados e são acompanhados pelos profissionais de saúde até as Unidades Básicas de Saúde, especialmente o Posto de Saúde da COHAB, que oferece atendimento médico nas especialidades de ginecologia/obstetrícia, pediatria e clínica médica, além da consulta de enfermagem pré-natal e curativos em geral. Após a consulta, o usuário indígena e seus acompanhantes retornam para a CASAI Rondonópolis ou se dirigem ao Centro de Saúde Jardim Guanabara, para realização dos exames

laboratoriais ou seu agendamento. Na CASAI Rondonópolis aguardarão a realização ou o resultado dos exames, ou serão encaminhados para a aldeia. Os contatos são por via rádio ou telefone.

No caso de urgência e emergência, os Bororo são atendidos primeiramente no Hospital de Pronto-Socorro Municipal e na Unidade de Atendimento de Urgência e Emergência do Hospital Regional Irmã Elza Giovanella. Quando dispõem de carro na aldeia, se deslocam para a unidade hospitalar, entrando em contato com a CASAI Rondonópolis durante o percurso ou assim que chegam à unidade. Se não tiverem meio de transporte imediato na aldeia, os Bororo solicitam à CASAI Rondonópolis um carro para transportar o usuário e seus familiares.

Quando necessitam de procedimentos especializados, os Bororo são encaminhados do Posto de Saúde da aldeia para a CASAI Rondonópolis e, após passarem pela Unidade Básica de Saúde, são agendados por meio da Central de Regulação (CER) ou são encaminhados através do Hospital e Pronto-Socorro Municipal ou através da Unidade de Atendimento de Urgência e Emergência do Hospital Regional Irmã Elza Giovanella.

Se necessitarem dos serviços do Centro de Especialidades, da Policlínica e do Hospital Paulo de Tarso, os profissionais de enfermagem da CASAI Rondonópolis articulam com a Central de Regulação as consultas e/ou exames necessários. Se o encaminhamento for para fisioterapia, a própria CASAI agenda o paciente no Centro de Reabilitação do Deficiente Físico Nilmo Junior, unidade de reabilitação sob gestão municipal ou na Clínica de Fisioterapia Dr. Alcides, conveniada à rede do SUS. Se a necessidade for odontológica, os pacientes são encaminhados para a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Em todos os casos, os pacientes permanecem hospedados na CASAI até o término do tratamento, quando retornam para as aldeias.

Para todos os procedimentos, observa-se a presença dos profissionais da CASAI Rondonópolis encaminhando e/ou acompanhando os pacientes às unidades de serviço no município. O atendimento e o sistema de referência e contrarreferência são estabelecidos no contexto locorregional e não conforme o previsto no PDSI, como demonstra o seguinte depoimento de um dos entrevistados:

Mas Rondonópolis, graças à Deus, é uma cidade que quase tudo se resolve aqui e de todas as unidades que eu conheço esta daqui sempre foi em primeiro lugar pelo fato de Rondonópolis ter quase tudo e ser atendido aqui. Então, quando os Bororo sai é encaminhado pela CASAI ou pelo médico direto pra Cuiabá, inclusive é a gente que leva e traz.

Comparação entre os fluxos planejado e formal na atenção à saúde dos Bororo em Rondonópolis

Comparando o fluxo apresentado no PDSI 2005-2007 com o fluxo formalmente indicado pelos profissionais da CASAI Rondonópolis, é possível verificar uma estratégia deliberada associada à estratégia emergente, que se forma pelas práticas de articulação dos profissionais para garantir a inserção dos Bororo na rede municipal de saúde.

O PDSI 2005-2007 estabelece a rede municipal de Cuiabá como referência para procedimentos de maior complexidade, no entanto as experiências vividas pelos profissionais e pelos usuários consolidam a estratégia emergente.

Quadro 3 – Comparação entre os fluxos planejado e formal para atenção básica e média complexidade na área de abrangência do Polo-Base Rondonópolis

Aldeias	Níveis de Atenção	Fluxo Planejado no PDSI	Fluxo Formal
Tadarimana e outras aldeias no município de Rondonópolis	Básica	PS Tadarimana (EMSI) ou PS Rondonópolis	PS Tadarimana (EMSI) e/ ou CASAI Rondonópolis - PS Rondonópolis
	Média complexidade M1	CASAI Rondonópolis – Cuiabá	CASAI Rondonópolis – Rondonópolis
	Média complexidade M2	CASAI Rondonópolis – Cuiabá	CASAI Rondonópolis – Rondonópolis
	Média complexidade M3	CASAI Rondonópolis – Cuiabá	CASAI Rondonópolis – Rondonópolis
Gomes Carneiro	Básica	PB General Carneiro	CASAI Rondonópolis – Rondonópolis
Piebaga	Básica	PS Piebaga e/ou CASAI Rondonópolis	CASAI Rondonópolis – Rondonópolis
Gomes Carneiro e Piebaga	Média complexidade M1	CASAI Rondonópolis – Cuiabá	CASAI Rondonópolis – Rondonópolis
	Média complexidade M2	CASAI Rondonópolis – Cuiabá	CASAI Rondonópolis – Rondonópolis
	Média complexidade M3	CASAI Rondonópolis – Cuiabá	CASAI Rondonópolis – Rondonópolis

A intencionalidade do PDSI 2005-2007 se mostra um movimento contrário à descentralização dos serviços e à qualificação das regiões de saúde para níveis

de atenção crescentes em densidade tecnológica, que visam desafogar as unidades de saúde de Cuiabá, referência para a maioria dos municípios mato-grossenses.

Além disso, ao se comparar o fluxo planejado no PDSI 2005-2007 com o fluxo formal, o que se verifica é que o planejado negligencia aspectos essenciais, tais como transporte, custo-benefício e bem-estar, propondo um longo percurso até a unidade de atendimento em Cuiabá.

Conclusões

Na avaliação da articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção à saúde dos Bororo no Polo-Base Rondonópolis, considerando tanto a adequação às estratégias deliberadas dos órgãos oficiais quanto as estratégias emergentes, os fluxos formais encontrados demonstram que no Plano Distrital de Saúde Indígena 2005-2007 não foram consideradas as articulações locorregionais dos serviços de saúde na Microrregião Sul Mato-Grossense, particularmente no município de Rondonópolis.

A este respeito, é importante destacar que a tradição teórico-metodológica dominante separa as etapas de formulação, implementação e avaliação. Com isto, não se pode constatar o que de fato está acontecendo na realidade social, já que se compara o realizado com o projetado, usualmente considerando a ausência conformidade como um fracasso ocorrido na etapa da implementação. Em consequência, são recomendadas correções para retomar as normativas formuladas, sem valorizar as alternativas construídas na dimensão do cotidiano dos serviços e da vida dos usuários.

As referências utilizadas na realização desta pesquisa partiram de uma crítica a esta tradição e permitiram evidenciar que os profissionais e, em algumas situações, mesmo os usuários e/ou suas famílias e organizações, ao produzirem fluxos que fogem às normativas para as referências e contrarreferências, estão não apenas produzindo estratégias mais efetivas, como estão dando indicações sobre possíveis correções do fluxo planejamento.

Nesse sentido, como contribuição deste artigo, se destaca a necessidade de revisar as abordagens avaliativas usuais para que possamos não apenas julgar a conformidade e tratar a não-conformidade como inexoravelmente inadequada, mas contextualizar a não-conformidade na realidade em que se inscrevem. Desse modo, seria possível aprender com os desenvolvimentos criativos que ali se

efetivam. O referencial teórico utilizado se apresenta como um dos aportes que podem contribuir nessa direção.

Outra constatação da pesquisa foi que a inexistência da estrutura física do Polo-Base tipo I no Polo-Base Rondonópolis e a dificuldade para contratar alguns profissionais da Equipe Multidisciplinar de Saúde acarretam, respectivamente, problemas logísticos ao apoio das próprias equipes e ao desenvolvimento das ações básicas de saúde nas aldeias.

Os achados evidenciaram, também, o predomínio de um modelo de organização dos serviços voltado para ações especializadas e de alto custo, em detrimento da valorização dos conhecimentos populares e das práticas de saúde tradicionais. Além disso, a estratégia deliberada para os Distritos Especiais de Saúde Indígena foi transformada, tendo emergido uma estrutura como a preconizada pela noção de distrito sanitário sem atenção às especificidades da saúde indígena. Confirmou-se a suposição geral que orientou este estudo, segundo a qual existe uma enorme distância entre o que é declarado e formalizado nos planos elaborados de acordo com as normatizações e o que efetivamente ocorre no cotidiano dos serviços e no fluxo dos usuários.

Outro aspecto importante a ser ressaltado, considerando os princípios do SUS, é a participação e o controle social. Embora a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas garanta ambos por meio dos Conselhos Locais e do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), ainda se verifica, neste caso, a verticalidade na elaboração do PDSI e a falta de articulação dos espaços de discussão com o município-sede.

Referências

AMANTINO-DE-ANDRADE, J. *Espaço público como uma rede de atores: a formação da política de erradicação do trabalho infantil*. 2004. Tese (Doutorado) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. 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, p. 018055.

_____. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999a. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras

providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*, 24 set. 1999. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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. Disponível em: <http://www.funasa.org.br>. Acesso em: 20 jul. 2007.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 479, de 13 de agosto de 2001. Estabelece as diretrizes para a elaboração de projetos de estabelecimentos de saúde, de abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário em áreas indígenas. Disponível em: <http://www.funasa.org.br>. Acesso em: 20 jul. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002a. Aprova na forma do anexo desta Portaria 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, p. 52.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002b. Aprova a política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 6 fev. 2002. Seção 1, p. 46-49.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 070, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Disponível em: <http://www.funasa.org.br>. Acesso em: 20 jul. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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. Disponível em: <http://www.funasa.org.br>. Acesso em: 20 out. 2007.

CONTANDRIOUPOULOS, A.-P. et al. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et methods. *Revue d'épidémiologie et Santé Publique*, n. 48, p. 517-539, 2000.

DONABEDIAN, A. *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México: Fondo de Cultura Económica, 1973.

FACHIN, R. C. *Sobre a formação de políticas educacionais e o papel do Conselho Estadual de Educação no Sistema Educacional do Rio Grande do Sul*. 1976. Tese (Livre-Docência) - Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

FACHIN, R.C. Em torno do conceito de estratégia. *Caderno de Administração Geral*. Porto Alegre: SEBRAE, 1992.

- GREENE, J. C. Understanding social programs through evaluation. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). *Handbook of qualitative research*: second edition. London: Sage, 2000. p. 981-1000.
- HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. (Org.). *Dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MATO GROSSO. Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde. *Plano Distrital de Saúde Indígena – PDSI 2005-2007*. Cuiabá, 2005.
- _____. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor Regionalizado*. Cuiabá, 2006.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5ª ed. São Paulo: Hucitec, 1998.
- MINTZBERG, H. Patterns of strategy formation. *Management Science*, v. 24, n. 9, p. 934-978, 1978.
- MINTZBERG, H.; JØRGENSEN, J. Una estrategia emergente para la política pública. *Gestión y Política Pública*, v. IV, n. 1, p.25-46, prim. sem. 1995.
- MISOCZKY, M. C. *O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1998: uma narrativa de sua produção social*. Porto Alegre: Dacasa, 2002.
- PETTIGREW, A. The character and significance of strategy process research. *Strategic Management Journal*, v. 13, p. 5-16, 1992.
- SCHWANDT, T.A. Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (Ed.). *Handbook of qualitative research*. London: Sage, 1994. p. 118-131.
- VIEIRA DA SILVA, L.M.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.
- STAKE, R.E. *The art of case study research*. London: Sage, 1996.
- THOM, B. et al. Alcohol: measuring the impact of community initiatives. London: Health Education Authority, 1999.
- WILDAVSKY, A. *The politics of the budgetary process*. Boston: Little, Brown & Co., 1974.
- YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2002.

Notas

¹ Este artigo tem origem em um projeto de pesquisa coordenado pela Professora Maria Ceci Misoczky, da Escola de Administração da UFRGS, financiado pelo CNPq, ao qual agradecemos o apoio.

² Como exemplo de alguns estudos realizados no Brasil e que adotam esta referência, podemos mencionar, entre outros: a pesquisa de Roberto Fachin (1976) sobre o papel do Conselho Estadual de Educação na formação da política educacional do Rio Grande do Sul; o estudo de Maria Ceci Misoczky (2002) sobre a produção da política nacional de saúde após 1988; a tese de doutorado de Jackeline Amantino-de-Andrade (2004) sobre a formação da política nacional de erradicação trabalho infantil.

³ Donabedian (1973) propõe a tipologia de avaliação de estrutura, processo e resultado. Preferimos não adotar essa diferenciação porque, segundo o referencial que empregamos nesta pesquisa, não é possível separar o processo da construção e institucionalização de estruturas. Compartilhamos, também, a crítica realizada por Vieira da Silva e Formigli (1994), segundo a qual esta classificação é limitada tanto pela abrangência quanto pela redução do real que opera.

⁴ No Brasil se destacam os estudos de análise de implantação feitos por Zulmira Hartz e colaboradores. Uma referência atual e relevante é Hartz e Vieira da Silva (2005).

Abstract

The (dis)articulation of healthcare levels among the Bororo in the Base-Pole Rondonópolis in the Indigenous Special Sanitary District of Cuiabá, State of Mato Grosso, Brazil

This paper comes from a study aiming to evaluate loco-regional strategies of articulation between the levels of health care organizations, considering both the adjustment to the existing rules (deliberate strategy), and the creative developments (emergent strategies) built in the contexts studied. The reference for *judgment* (an act inherent to evaluative research) was the coherence with the Constitutional principles that define the SUS. The case study reported was based on information obtained in secondary documents, by extensive direct observation, questionnaires and deep interviews with key informants. The results showed, in respect to the articulation of primary health care with other levels of attention of the Bororo in the Polo-Base Rondonópolis, the predominance of a model of services organization focusing on specialized high cost activities, in detriment of popular knowledge and traditional health practices. Beyond that, the deliberate strategy of Indigenous Special Sanitary Districts was transformed, having emerged a structure similar to the disseminated notion of health district without considering the specificities of indigenous health. It confirmed the assumption that guided oriented this study, according to which there is a huge gap between what is stated and formalized in plans prepared according to rules and what effectively occurs in everyday services as well as in the flow of patients.

► **Key words:** health services, strategy, indigenous health.