

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Vigilância alimentar e nutricional para os povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde”

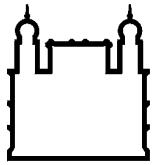
por

Aline Diniz Rodrigues Caldas

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

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Ventura Santos

Rio de Janeiro, fevereiro de 2010.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Vigilância alimentar e nutricional para os povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde”

apresentada por

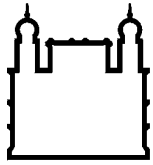
Aline Diniz Rodrigues Caldas

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Silvia Angela Gugelmin

Prof.^a Dr.^a Tatiana Wargas de Faria Baptista

Prof. Dr. Ricardo Ventura Santos – Orientador



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2010.

Aline Diniz Rodrigues Caldas

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C145 Caldas, Aline Diniz Rodrigues
Vigilância alimentar e nutricional para os povos indígenas no Brasil:
análise da construção de uma política pública em saúde. / Aline Diniz
Rodrigues Caldas. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
x,93 f., tab., mapas

Orientador: Santos, Ricardo Ventura
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Índios Sul-Americanos. 2. Estado Nutricional. 3. População
Indígena. 4. Políticas Públicas de Saúde. 5. Brasil. I. Título.

CDD - 22.ed. – 980.41

“Em projetos espaciais, uma janela representa a oportunidade para um lançamento. Os planetas alvo estão em alinhamento apropriado, mas não permanecerão assim por muito tempo. Assim, o lançamento tem que acontecer quando a janela estiver aberta, ou do contrário a oportunidade escapa. Uma vez perdida, a oportunidade pode voltar a ocorrer, mas os astronautas terão que esperar até que a janela abra-se novamente. Do mesmo modo em sistemas de políticas públicas abrem-se janelas, representando oportunidades para ação em certas iniciativas, surgindo e permanecendo abertas apenas por curtos períodos de tempo. Se os interessados não aproveitarem tais oportunidades, terão que esperar pelo momento certo até a nova oportunidade surgir.”

John W. Kingdon (1995:16)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Dr. Ricardo Ventura Santos, pela tranquilidade na orientação deste estudo e inestimáveis contribuições na sua elaboração.

Aos colegas de trabalho da FUNASA, Elaine Pasquim, Edgard Magalhães, Rosalynd Moreira, Guilherme Macedo, Aline Figueiredo, parceiros fundamentais, pelo envolvimento incondicional na trajetória de construção da experiência na saúde indígena.

Às colegas da Fiocruz, Denise Oliveira e Denise Barros pelas reflexões na caminhada de construção do projeto SISVAN Indígena.

A todos os gestores da Saúde Indígena, em especial à Presidência da FUNASA, pela colaboração durante todo o Curso.

Aos colegas da Assessoria de Saúde Indígena do Rio de Janeiro, em especial à Bernadeth Von Sohsten, pelo incentivo e paciência durante o período de elaboração do trabalho.

Às servidoras da FUNASA, Sheila Rezende e Ângela Montefusco pela disponibilidade do acesso a informações imprescindíveis para o estudo.

A todos os colegas da FUNASA e demais parceiros que atuam na saúde indígena, que embora não seja possível citar um a um, contribuíram na minha trajetória profissional e de vida.

Aos colegas de turma da ENSP pela amizade e companheirismo durante o Curso.

A todos os professores e profissionais da ENSP, em especial aos professores Carlos Coimbra Jr. e Andrey Moreira Cardoso, pelas contribuições e incentivo para o meu crescimento profissional.

Às professoras Tatiana Wargas de Faria Baptista e Silvia Ângela Gugelmin, pelas valiosas recomendações no trabalho final.

À Procuradoria da República no Rio Grande do Sul, em especial ao Dr. Paulo Gilberto Cogo Leivas, pela gentileza e disponibilidade no acesso a documentos fundamentais para a realização do estudo.

À minha família, pelo amor e paciência que tiveram neste período e pelo que me dedicam sempre.

RESUMO

Em 1999 foi criada a Política Nacional de Saúde Indígena, estabelecendo um subsistema de atenção à saúde articulado ao SUS. Sob gestão da Fundação Nacional de Saúde, foram criados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A partir de 2003, frente à escassez de informações confiáveis sobre a situação alimentar e nutricional dos povos indígenas, aliada a evidências oriundas de estudos acadêmicos que apontavam para problemas de sustentabilidade alimentar e elevadas prevalências de desnutrição em diversas sociedades indígenas, a FUNASA implantou um sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN) no subsistema. Esta dissertação é um estudo de abordagem qualitativa baseado em modelos de análise de políticas públicas (em particular na proposta analítica de John Kingdon), sobre a concepção do SISVAN no subsistema de saúde indígena. As fontes de dados consistiram em documentos relacionados à Política Nacional de Saúde Indígena e ao SISVAN Indígena, artigos disponíveis na literatura científica sobre o perfil nutricional e de saúde dos povos indígenas, sobre sistemas de vigilância alimentar e nutricional. O modelo de análise proposto por Kingdon se concentra nas fases iniciais do ciclo da política pública, quais sejam a fase de construção da agenda governamental e a de especificação de alternativas de políticas. Buscou-se responder quais condicionantes levaram os gestores do subsistema a reconhecer os déficits nutricionais dos povos indígenas como problema de saúde pública e a escolha do SISVAN como alternativa de solução. Os processos analisados evidenciaram que, na convergência de um fluxo de problemas com ambiente político favorável, abriu-se uma janela de oportunidade para a questão da insegurança alimentar e nutricional dos povos indígenas ser reconhecida como problema e ascender à agenda de decisão governamental. Como alternativa viável de política na área de saúde, os gestores elegeram o SISVAN, proposta já difundida internacionalmente e que no Brasil foi incorporada ao SUS a partir de 1990. O SISVAN foi formalizado em 2006 no subsistema de saúde indígena em nível nacional. Por meio de dados gerados pelos serviços, o sistema atualmente acompanha o estado nutricional de aproximadamente 58% das crianças indígenas menores de cinco anos em todo Brasil. A partir da sua implementação nos DSEI, diversas estratégias de intervenção nutricional estão sendo realizadas com o objetivo de melhorar o estado nutricional e de saúde desses povos.

PALAVRAS CHAVE: 1. Índios Sul Americanos. 2. Estado Nutricional. 3. População Indígena. 4. Políticas Públicas de Saúde. 5. Brasil.

ABSTRACT

The Brazilian National Policy on Indigenous Health was established in 1999. This policy created a specific health system aimed at indigenous peoples, yet articulated with the National Unified Health System (SUS). The National Health Foundation (FUNASA) was the federal institution to which the implementation of the new indigenous health policy was assigned to. As part of the implementation process of the new policy, 34 health districts (known as Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI) were established in 1999. In 2003, FUNASA created a nutritional surveillance system aimed at indigenous peoples, known as SISVAN Indígena. The creation of this surveillance system was justified on the basis of the lack of reliable information on the dietary and nutritional situation of indigenous peoples in Brazil, coupled with epidemiological evidences derived from academic research which pointed out to problems of dietary sustainability and high rates of undernutrition in these societies. This thesis analyses the implementation of SISVAN Indígena. The study is mainly based on the model of public policy making proposed by John Kingdon. This analysis uses information derived from governmental documents related to the Brazilian National Policy on Indigenous Health and on SISVAN. Other sources included scientific publication on the health and nutritional profiles of indigenous peoples in Brazil as well as on nutritional surveillance systems. The model proposed by Kingdon focuses on the initial phases of the process of public policy making, that is, agenda setting and specification of alternatives from which a choice is to be made. One of the goals of this study was to identify which factors led FUNASA administrators to recognize the nutritional deficits of indigenous peoples as a major health problem and the choice of SISVAN as an alternative to tackle it. The results show that three separate streams flowing through the policy system came together at a critical time. First, the problem of the high levels of undernutrition in indigenous children was recognized (problem stream); second, SISVAN, an strategy already in use in Brazil and which was originally proposed by FAO/WHO/UNICEF in the 1970s, was chosen (policy stream); third, a political change took place in the period, which was the recognition of hunger as an important social problem in the country (politic stream). The coupling of these three streams created the conditions for SISVAN to become part of the new health system aimed at indigenous peoples. According to FUNASA, by 2010, 58% of the indigenous children under five years of age were being monitored by SISVAN Indígena. New initiatives aimed at improving the nutritional and health conditions of indigenous peoples are being implemented at the DSEI as part of SISVAN Indígena.

KEY WORDS: Indigenous peoples in Brazil; health public policy; nutritional status; nutritional surveillance system.

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

FIGURA 1 - Mapa com a localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)-----	11
FIGURA 2 - Modelo de “Multiple Streams” de John Kingdon (1995)-----	19
TABELA 1 - Frequências de crianças indígenas com baixa estatura para idade e determinantes relacionados em estudos selecionados entre a década de 1990 e o ano de 2003-----	30
GRÁFICO 1 - Evolução dos recursos (em reais) do Plano Plurianual da Ação “Promoção da Segurança Alimentar dos Povos Indígenas” de 2004 a 2009-----	40
FIGURA 3 - Modelo de construção da agenda do SISVAN Indígena-----	77

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABRASCO**- Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- AIS**- Agente Indígena de Saúde
- BEMFAM**- Bem-Estar Familiar no Brasil (ONG)
- BIRD**- Banco Interamericano de Reconstrução Nacional
- CADSUS**- Cadastramento Nacional dos Usuários do Sistema Único de Saúde
- CF**- Constituição Federal
- CGPAN**- Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
- CGPAS**- Coordenação Geral de Planejamento e Avaliação de Saúde Indígena
- CISI**- Comissão Interinstitucional de Saúde Indígena
- CNS**- Conselho Nacional de Saúde
- CNSI**- Conferência Nacional de Saúde Indígena
- COMIN**- Conselho de Missão entre Índios
- CONDISI**- Conselho Distrital de Saúde Indígena
- CONSEA**- Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
- CORE**- Coordenação Regional da FUNASA
- DESAI**- Departamento de Saúde Indígena
- DSEI**- Distrito Sanitário Especial Indígena
- EMBRAPA**- Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
- EMSI**- Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
- ENAP**- Escola Nacional de Administração Pública
- ENDEF**- Estudo Nacional de Despesas Familiares
- ENSP**- Escola Nacional de Saúde Pública
- FAO**- Food and Agriculture Organization
- FIOCRUZ**- Fundação Oswaldo Cruz
- FSESP**- Fundação de Serviços de Saúde Pública
- FUNAI**- Fundação Nacional do Índio
- FUNASA; FNS**- Fundação Nacional de Saúde
- IBGE**- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICP**- Inquérito Civil Público
- IMC**- Índice de Massa Corporal

INAN- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MAPA- Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento
MDA- Ministério do Desenvolvimento Agrário
MDS- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MESA- Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Nutricional
MMA- Ministério do Meio Ambiente
MPF- Ministério Público Federal
MS- Ministério da Saúde
NCHS- National Center for Health Statistics
OIT- Organização Internacional do Trabalho
OMS- Organização Mundial da Saúde
OPAS- Organização Pan Americana da Saúde
PBA- Programa Bolsa Alimentação
PBF- Programa Bolsa Família
PNAE- Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN- Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNDS- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNSI- Política Nacional de Saúde Indígena
PNSN- Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
PPA- Plano Pluri Anual
PPACI- Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas
SAPS- Serviço de Alimentação da Previdência Social
SES- Secretaria Estadual de Saúde
SIASI- Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena
SIM- Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SINAN- Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUCAM- Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS- Sistema Único de Saúde
UNICEF- United Nations Children's Fund

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO-----	01
2 POVOS INDÍGENAS NO BRASIL-----	04
2.1 Aspectos gerais-----	04
2.2 Contexto epidemiológico-----	06
2.3 Política de saúde indígena-----	08
3 MATERIAL E MÉTODOS-----	12
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	
4.1 Fluxo de problemas-----	22
4.2 Fluxo de alternativas de políticas-----	49
4.3 Fluxo político-----	60
4.4 Janelas de oportunidade e construção da agenda-----	69
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	78
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	80
ANEXOS-----	91

1 - INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 estabeleceu importantes mudanças na forma de relação do Estado brasileiro com os povos indígenas. Foi assegurado o reconhecimento dos direitos indígenas, assim como o dever do Estado em proteger e preservar tais direitos (Aith, 2009).

O artigo 231 indica as bases de proteção aos direitos indígenas: *“são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens”*. No novo desenho constitucional, a União assume o reconhecimento do direito dos povos indígenas de viverem de acordo com seus próprios princípios culturais e sociais, ou seja, o direito de serem diferentes de demais segmentos da sociedade nacional, e assim se manterem (Santos et al., 2008).

Até então, a lei 6001 de 1973, conhecida como Estatuto do Índio, enfatizava a integração dos indígenas à sociedade nacional. Pautava-se na perspectiva de que, com o passar do tempo, as sociedades indígenas deixariam de existir como dimensões diferenciadas, “integrando-se” à sociedade nacional (Santos et al., 2007:22). O Estatuto do Índio, ainda que claramente defasado face à realidade indígena atual, permanece em vigor. Tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei 2057/1991, que visa substituir o Estatuto do Índio, atualizando a legislação de acordo com os novos preceitos constitucionais (Lima & Barroso-Hoffman, 2002).

Quanto à formulação de políticas públicas específicas, como a de saúde, a inclusão da questão da saúde indígena na agenda da reforma do setor aconteceu ainda na década de 1980. Na ocasião, contou com ativa participação do chamado Movimento Sanitário Indigenista, parte do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que militava por direitos dos povos indígenas, incluindo o direito à saúde (Chaves et al., 2006).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI) ocorreu concomitantemente à 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e referendou a recomendação de que a atenção à saúde dos povos indígenas deveria ser coordenada pelo Ministério da Saúde de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1999, a Lei 9836, de autoria do Deputado Sérgio Arouca, criou a Política Nacional de Saúde Indígena (PNSI), estabelecendo um subsistema de atenção à saúde

diferenciado, articulado ao SUS, de modo a contemplar as especificidades dos povos indígenas. A responsabilidade de gestão desse subsistema foi atribuída à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão vinculado ao Ministério da Saúde. Para organização da oferta de serviços de saúde aos povos existentes no Brasil, foram criados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (Cardoso et al., 2007).

A oferta de serviços de saúde deve considerar a enorme sociodiversidade dos povos indígenas no Brasil, que se manifesta, além de outros aspectos, em cerca de 220 povos, 180 línguas e diferentes experiências de contato com a sociedade nacional. Além da diversidade sócio-cultural, as transformações experimentadas pelos povos indígenas após o contato com a sociedade envolvente têm gerado um complexo e diversificado conjunto de perfis de saúde e doença (Santos & Coimbra Jr., 2003).

Há uma grande carência de informações sobre o processo saúde-doença dos povos indígenas no Brasil. A limitação de informações estende-se ao conhecimento do perfil alimentar e nutricional. Os grandes inquéritos nacionais realizados desde a década de 1970 no país, e que vem subsidiando a formulação de políticas públicas nessa área, não incluíram os povos indígenas como segmento específico de análise (Santos & Coimbra Jr., 2003; Leite et al., 2007).

Nos primeiros anos de criação do Subsistema de Saúde Indígena, grandes esforços foram direcionados para a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde e estabelecimento de uma estrutura organizacional de gestão na FUNASA. O estabelecimento dos 34 DSEI em 1999 foi acompanhado por um aumento considerável de recursos financeiros destinados à saúde indígena, com incremento no número de profissionais e na oferta de programas de saúde (Langdon, 2007). Entretanto, permaneceram diversas lacunas. A sistematização da coleta de informações sobre a situação nutricional dos povos indígenas nos DSEI, assim como de outros componentes do processo saúde-doença, exceto por algumas iniciativas esparsas e locais, tem ocorrido de forma lenta e incompleta (Sousa et al., 2007; Santos & Coimbra Jr., 2003; Garnelo et al., 2003).

O que se sabe a respeito da ocorrência de desnutrição energético-protéica em crianças indígenas advém, sobretudo de inquéritos antropométricos realizados em algumas poucas comunidades, em sua maioria na Amazônia. Os resultados em geral apontam para elevadas frequências de baixa estatura para a idade, superando os valores reportados para crianças não indígenas no Brasil (Santos & Coimbra Jr., 2003; Leite et al., 2007).

A partir de 2002, na elaboração dos planos de atenção à saúde para o biênio 2003-2004, considerando a necessidade de melhoria dos perfis de morbi-mortalidade em comunidades indígenas, a FUNASA passou a discutir estratégias de ações no seu âmbito de atuação. As condições nutricionais passaram a ser valorizadas como importantes determinantes dos perfis de saúde e doença desses povos. Frente à escassez de informações em nível nacional, aliada ao conhecimento sobre a desigualdade da situação nutricional oriunda dos estudos acadêmicos existentes, o Departamento de Saúde Indígena (DESAI) priorizou em 2003 a implantação de um sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN) nos DSEI.

O SISVAN nos DSEI é uma proposta de objetivos bastante amplos que emergiu no âmbito das discussões sobre os desafios, avanços e lacunas do estabelecimento da Política Nacional de Saúde Indígena. Em sua concepção, a proposta considerava a necessidade de obtenção de informações que orientassem o estabelecimento e a avaliação de ações e políticas de promoção da segurança alimentar e nutricional para os povos indígenas.

De acordo com Viana e Baptista (2008), as políticas de saúde comportam diferentes ações coletivas e individuais, realizadas por diferentes instituições públicas e privadas, para responder ao risco das populações adoecerem em distintos momentos históricos. Tais políticas integram a política social e suas instituições em cada país conformam sistemas de proteção social. A análise de políticas públicas tem como objetivos analisar criticamente a ação pública, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas conseqüências. Permite ainda a identificação dos condicionantes internos e externos que envolvem o desenvolvimento de uma política, servindo de insumo para novas formulações. A análise tem se mostrado um instrumento metodológico de grande valor na comparação com outras realidades, possibilitando aprendizado mútuo e troca de experiências.

O objetivo dessa dissertação é analisar a implantação do SISVAN no âmbito do subsistema de saúde indígena, que começou a ser planejado a partir de 2003. Os aspectos envolvidos na análise incluem o reconhecimento da problemática alimentar e nutricional dos povos indígenas na agenda política da área de saúde, sua relação com os objetivos estratégicos governamentais, as propostas de solução colocadas em pauta com a formulação da política e a tomada de decisão sobre o estabelecimento do SISVAN no contexto de uma política com recorte de especificidade como a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas. Busca-se analisar mais especificamente os elementos que

despertaram a atenção dos formuladores de políticas de saúde indígena para a necessidade de estabelecer ações para melhoria dos déficits nutricionais dos povos indígenas, a relação do contexto político de combate à fome do governo federal com a prioridade que o tema alcançou no subsistema e o papel exercido por diversos atores, governamentais e não governamentais, nesses processos. Como veremos adiante, uma convergência de fatores culminou na escolha do SISVAN como alternativa para o enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional dos povos indígenas, formalizado legalmente em 2006.

O modelo de análise proposto, que se baseia em Kingdon (1995), considera a relação de diversos condicionantes na formulação e implementação de políticas públicas. No presente estudo, a identificação destes condicionantes, quais sejam processos e atores, foi facilitada devido a minha inserção no projeto de implantação do SISVAN. Como servidora do Ministério da Saúde, assumi a gerência técnica do projeto durante o período de 2003 a 2006, acompanhando os diversos processos e reconhecendo os atores que influenciaram decisivamente a formação desta agenda de política pública no subsistema de saúde indígena.

2 - POVOS INDÍGENAS NO BRASIL

2.1 Aspectos Gerais

A definição do que é ser índio, ou indianidade, é complexa. O Fórum Permanente de Assuntos Indígenas das Nações Unidas utiliza a seguinte definição: “os povos indígenas são os habitantes originais de uma região, os descendentes desses habitantes originais que foram colonizados e os que vivem de maneira indígena e são aceitos pela comunidade indígena. Povos indígenas podem também ser aqueles que mantêm comportamentos ancestrais, com ou sem terras tradicionais. Na América Latina e no Caribe, assim como em muitas outras partes do mundo, povos indígenas são em geral definidos como os descendentes daqueles que habitavam os territórios antes da chegada dos conquistadores europeus” (Montenegro & Stephens, 2006: 1859).

De acordo com Santos et al. (2007), no Brasil, o Estatuto do Índio (Lei n.6001, de 19 de dezembro de 1973), como é conhecida a lei que regulamenta a situação indígena no país, define índio como “todo indivíduo de origem e ascendência pré-

colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distingue da sociedade nacional”.

Sob um ponto de vista socioantropológico, com a utilização das expressões “índio” ou “indígena”, simplifica-se o que é uma categoria extremamente complexa. Com o termo índios, conquistadores rotulavam populações as mais diversas de todo o continente americano (Melatti, 1987).

A diversidade cultural e social dos povos indígenas manifesta-se em múltiplos aspectos, sendo um deles o número de línguas faladas. São aproximadamente 180 diferentes línguas indígenas no Brasil. Os índios no Brasil não constituem um único povo, mas sim uma multiplicidade deles. Cada qual tem usos e costumes próprios, assim como acervos tecnológicos, atitudes estéticas, crenças religiosas, organização social e filosofias peculiares, resultantes de experiências de vida acumuladas e desenvolvidas ao longo de milhares de anos.

Com o reconhecimento dado pela CF/1988 sobre o direito dos povos indígenas às suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos sociais e territoriais, o estabelecimento de políticas públicas passou a contemplar a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, além da participação dos povos indígenas na sua implementação (Garnelo et al., 2003).

A maior parte dos povos indígenas no Brasil apresenta reduzido tamanho populacional, em geral com poucas centenas de pessoas. Estima-se que, das cerca de 230 povos existentes no Brasil, 50% têm uma população de até 500 pessoas; 40% de 500 a 5000; 9% de 5000 a 20000; e apenas 0,4% mais de 20000 pessoas (Santos et al., 2007).

Quanto a outros aspectos demográficos dos povos indígenas no Brasil, alguns pontos merecem destaque. O primeiro refere-se à questão das diversas fontes de informação (ver Pagliaro et al. 2005). As principais são oriundas da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Desde sua criação em meados da década de 1960, a FUNAI nunca chegou a manter um cadastro demográfico atualizado e acessível. Quanto ao IBGE, somente a partir de 1991 passou a incluir a categoria indígena em seus instrumentos de coleta de dados (na pergunta sobre cor/raça), mas sem possibilitar informação sobre etnia específica dos indígenas recenseados. Há ainda os dados disponíveis no Sistema de Informação de Saúde Indígena (SIASI) implantado pela FUNASA/Ministério da Saúde, que atua sob uma base populacional adstrita ao subsistema de saúde indígena, mas que, devido a diversos

problemas, tem confiabilidade limitada (ver Sousa et al. 2007). As diversas fontes de dados apontam para um contingente indígena no Brasil entre 445 a 734 mil indivíduos, que representa menos de 0,5% em relação ao total da população nacional, sendo uma das menores porcentagens de população indígena dentre todos os países das Américas (Santos et al., 2007).

2.2 Contexto Epidemiológico

A influência exercida pelas frentes de expansão das sociedades nacionais ao longo dos séculos sobre os determinantes de saúde e doença dos povos indígenas no Brasil vem sendo analisados por diversos autores (Coimbra Jr. et al., 2002; Garnelo et al., 2003; Pagliaro et al., 2005; Santos & Coimbra Jr., 2003).

Os estudos indicam que os povos indígenas existentes no país interagem com a sociedade envolvente em diferentes níveis de intensidade. Existem desde alguns poucos grupos vivendo relativamente isolados na região amazônica, até um crescente número nas periferias de cidades brasileiras. Entretanto, uma condição é comum entre eles: a marginalidade em relação à sociedade brasileira, que se reflete nos precários perfis de saúde e condições econômicas e na dificuldade em obter acesso a serviços de saúde, educação e outros serviços sociais (Coimbra Jr. et al., 2002; Garnelo et al., 2003; Pagliaro et al., 2005; Santos & Coimbra Jr., 2003).

Para maioria dos povos indígenas no Brasil o que pode ser generalizado, segundo os estudos indicados acima, é que as taxas de mortalidade e morbidade tendem a ser mais altas que as nacionais, enquanto a esperança de vida ao nascer é muito mais baixa. A disponibilidade de informações sobre a saúde e demografia dos povos indígenas no Brasil é ainda pequena, assim como informações sobre a mudança desses padrões, à medida que as sociedades indígenas interagem com os sistemas envolventes. Entretanto, apesar deste quadro, alguns povos experimentam elevadas taxas de crescimento populacional.

Outro aspecto destacado na literatura diz respeito à importância do reconhecimento que as diferentes experiências de interação podem levar a perfis de saúde e doença radicalmente diferentes do restante da sociedade brasileira, que por sua vez, vem experimentando nas últimas décadas importante transição demográfica e epidemiológica (Coimbra Jr. et al., 2002; Garnelo et al., 2003; Pagliaro et al., 2005; Santos & Coimbra Jr., 2003, entre outros).

As doenças infecciosas continuam a ocupar um papel importante no perfil epidemiológico dos povos indígenas. A tuberculose é uma das principais endemias que acometem essas populações, com coeficientes de incidência bastante superiores às médias nacionais. Outra endemia presente nas áreas indígenas é a malária, que resulta em elevadas taxas de mortalidade, sobretudo na Amazônia. Nas crianças com menos de cinco anos, as infecções respiratórias e as diarreias são as principais causas de adoecimento e morte (Santos & Coimbra Jr., 2003; Santos et al., 2008).

Quanto ao perfil nutricional mais especificamente, estudos de caráter acadêmico, principalmente realizados a partir da década de 1990, apontam para elevadas prevalências de baixa estatura para idade entre os menores de cinco anos que podem variar de 10% a mais de 50%, comparados com prevalências médias na ordem de 10% ou menos nas crianças não indígenas. São também elevadas as prevalências de anemia por deficiência de ferro, por vezes acima de 50% no segmento materno infantil. Nos adultos, já são emergentes os casos de sobrepeso e obesidade, além de doenças associadas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemias, cenário interpretado como resultante de transformações socioeconômicas. Em comunidades específicas, a proporção de adultos com Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 25 kg/m² pode superar 50% em certas faixas etárias. Quanto à alimentação, há tendência de redução do consumo de alimentos tradicionais, em favor do consumo de alimentos industrializados. Em decorrência de alterações nas estratégias de subsistência e nos padrões de assentamento, alteram-se também os padrões de atividade física, refletindo uma gradual e importante mudança no perfil epidemiológico dessas populações, em que as doenças crônicas não transmissíveis passam a assumir um papel expressivo (Gugelmin & Santos, 2001; Santos & Escobar, 2001; Leite et al., 2007).

A ocorrência de agravos por causas externas e por transtornos mentais (alcoolismo, suicídios e drogadição) também vem sendo relatado em diferentes grupos, em crescente número (Santos & Coimbra Jr., 2003).

A partir da implantação do subsistema de saúde indígena, segundo dados da FUNASA, houve tendência de redução da mortalidade infantil, um importante indicador das condições de vida de uma população (74,6% em 2000, 53,1% em 2005). Entretanto, os valores observados ainda são superiores aos registrados no restante da população brasileira (Santos et al., 2008).

2.3 Política de Saúde Indígena

O Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPI) foi criado em 1910 e marca o início da ação indigenista organizada no Brasil em 1910. Sua atuação visava minimizar os conflitos gerados pela ocupação de territórios indígenas por diversos agentes econômicos em expansão como fazendeiros, madeireiras, empresas de garimpo e outras agroempresas, com a idéia de proteção aos povos indígenas. Em 1967 foi criada a FUNAI que substituiu o SPI (Garnelo et al., 2003).

Além do reconhecimento dado pelo artigo 231 da CF/1988 que o Estado deve garantir as condições para que os índios vivam de acordo com seus princípios culturais e sociais, sem a perspectiva da inevitável integração ao restante da sociedade nacional, outro importante dispositivo constitucional, o artigo 232, refere-se ao direito a auto-representação indígena na defesa de seus interesses, que promove a superação da tutela como figura jurídica orientadora a relação entre índio e a sociedade nacional. O Código Civil Brasileiro de 1916 até então os considerava como incapazes ou semi-incapazes de compreender seus direitos e responsabilidades legais e de responder judicialmente por seus atos (Garnelo et al. 2003; Santos et al., 2008).

Em 1986, o Movimento Sanitário Indigenista, parte do Movimento pela Reforma Sanitária brasileira, constituído por profissionais de diferentes áreas, que militavam por direitos dos povos indígenas incluindo o direito à saúde, promoveu a inclusão da questão da saúde indígena na agenda da reforma do setor. A realização da 1ª CNSI ocorreu então concomitantemente à 8ª Conferência Nacional de Saúde, que referendou a recomendação da conferência de saúde indígena de que esta deveria ser coordenada pelo Ministério da Saúde, por meio de um subsistema de serviços de saúde vinculado ao SUS. As recomendações da 1ª CNSI contribuíram para a transferência, em 1991 da coordenação da saúde indígena da FUNAI do Ministério da Justiça para a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) do Ministério da Saúde. Foi criada neste mesmo ano a Fundação Nacional de Saúde (FNS), partindo da fusão da FSESP e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), que passou a ser responsável por esta Coordenação.

Em 1994, frente a impasses e conflitos entre FUNAI e FNS, com a primeira enfrentando problemas de escassez de recursos humanos e financeiros, e a segunda tentando administrar as dificuldades criadas pela fusão aliado a falta de experiência com

povos indígenas, a coordenação da política de saúde indígena retornou para a FUNAI. Esta passou a liderar a recém-criada Comissão Intersetorial, dividindo as atribuições de atenção à saúde entre a FNS e a FUNAI, sendo a primeira responsável pelas ações de prevenção e controle de agravos à saúde, saneamento básico e capacitação de recursos humanos, e a segunda pelas ações de assistência médica sanitária. Em 1993, quase que paralelamente a este processo, viria a acontecer a 2ª CNSI indicado pela 9ª Conferência Nacional de Saúde, que também aprovou a criação de um modelo de atenção à saúde indígena diferenciado. Temendo colocar os povos indígenas à mercê das oscilações políticas locais, o Movimento Sanitário Indigenista questionou a municipalização radical das ações de saúde, tônica da 9ª Conferência Nacional de Saúde, levando à formulação de uma política específica para esses povos. Foi proposta a criação da Política Nacional de Saúde Indígena, com uma organização de serviços diferenciada articulado ao SUS, organizada em distritos sanitários especiais, como forma de solucionar o dilema da descentralização sem municipalização.

Para gestão desta política foi indicado o nível federal, pensado para proteger essas populações das diferentes capacidades de implementação dos níveis locais. O Movimento Sanitário Indigenista, com base nas recomendações da 2ª CNSI, encaminhou ao então deputado Sérgio Arouca um documento solicitando a elaboração de projeto de lei para criação de um subsistema diferenciado de saúde indígena, aprovado na Câmara dos Deputados cinco anos depois, que se constituiu na Lei 9836/99, chamada de Lei Arouca. Durante o período de tramitação do projeto de lei, o conflito interinstitucional permaneceu. Em 1998 a Procuradoria Geral da República considerou inconstitucional a manutenção da coordenação de saúde indígena na FUNAI/MJ. A Medida Provisória n.1911-8/1999 transferiu recursos humanos e materiais da FUNAI para a FNS, que em 1999 adotou a sigla FUNASA (Chaves et al., 2006).

A partir de então, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena começou a ser estruturado e organizado em 34 DSEI. Os DSEI devem prestar atenção básica à população indígena aldeada, mediante atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) nos moldes do Programa de Saúde da Família (PSF), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e Agentes Indígena de Saúde. Esses serviços devem ser integrados e articulados à rede do SUS, de forma hierarquizada, sendo os pólos-base as instâncias regionais. O financiamento da saúde indígena na sua maioria é oriundo de fontes públicas, composto por recursos

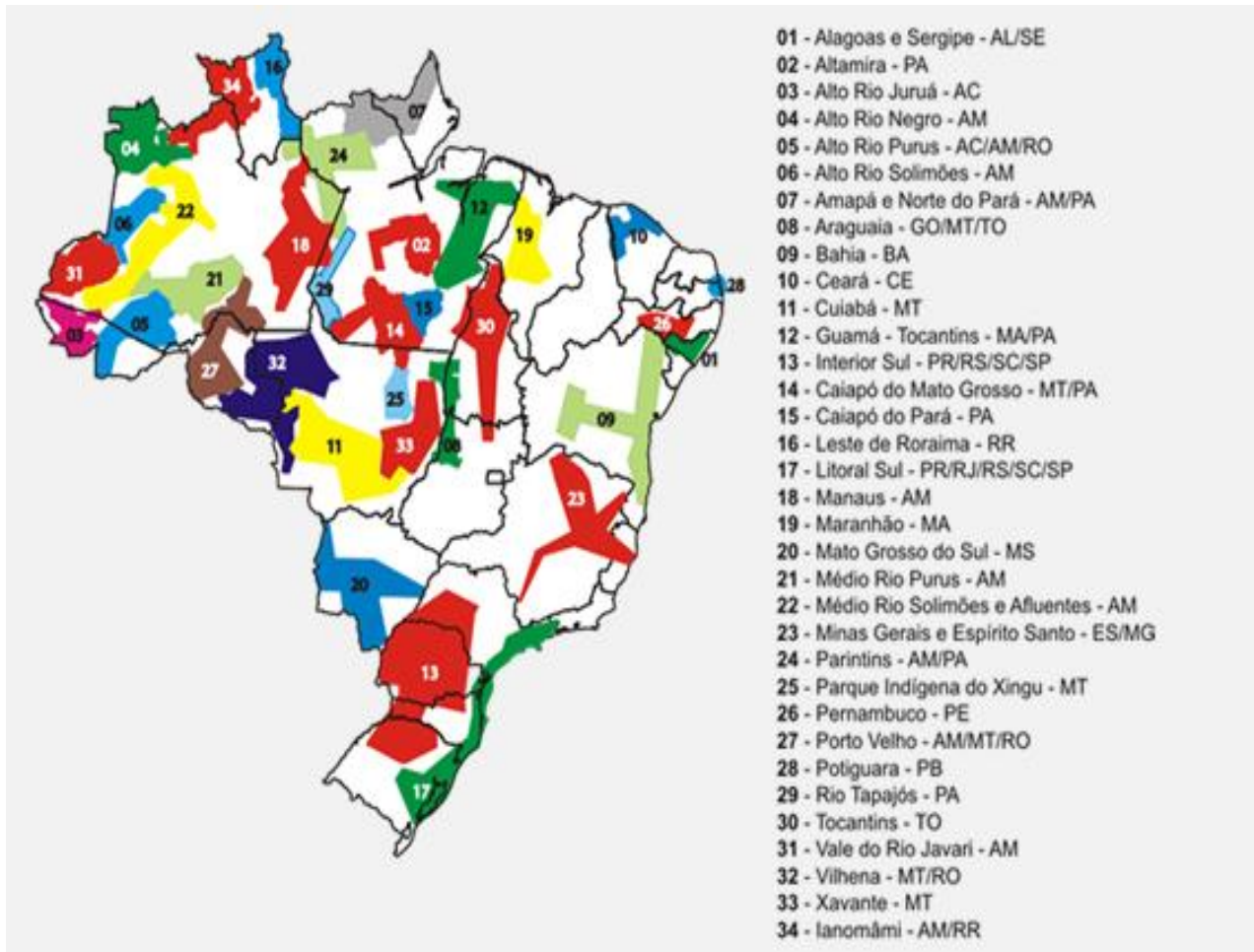
orçamentários do Ministério da Saúde, e de estado e municípios que têm populações indígenas. As ações de saúde indígena podem ser executadas de forma direta, pelos municípios ou estados ou por organizações não governamentais de forma indireta (Garnelo et al., 2003).

Decorridos dez anos da formulação deste subsistema, até hoje não foi realizada uma ampla avaliação de seu funcionamento, apesar das insistentes demandas por parte da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), integrante do Conselho Nacional de Saúde. Em 2003, o Banco Mundial, através de Acordo de Empréstimo com o Governo Brasileiro, realizou uma avaliação parcial do subsistema de saúde indígena a fim de subsidiar o componente 2 (Saúde Indígena) do Projeto Vigisus II. As conclusões desta avaliação apontaram para problemas de capacidade de gestão da FUNASA em relação ao subsistema e a lacunas de informação quanto ao estado nutricional da população indígena, quanto ao alcoolismo e conhecimento sobre práticas de medicina tradicional (Sanigest, 2003).

Em 2007, o Tribunal de Contas da União (TCU) divulgou relatório de auditoria operacional com o principal objetivo de avaliar a adequação dos meios postos à disposição da FUNASA de acordo com seus objetivos institucionais. Segundo o relatório, “os dados disponíveis demonstram que a Fundação não vem conseguindo alcançar as metas fixadas para os seus indicadores de desempenho, há indícios de que a Fundação apresenta baixa eficiência administrativa” (Brasil/TCU, 2008: 164-165).

Em setembro de 2008 foi enviado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 3958/2008, para a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, de uma Secretaria de Atenção Primária, transferindo competências e atribuições exercidas pela FUNASA quanto à saúde indígena ao Ministério da Saúde. Concomitantemente, foi assinada pelo Ministro da Saúde a Portaria 1922 de 11/09/08, com o objetivo de criar grupo de trabalho para “discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas”. A definição que a FUNASA deixará de ser o órgão responsável pelas ações de saúde indígena está em pauta na agenda governamental, porém ainda não está claro como isto ocorrerá. Apesar de prever a manutenção dos DSEI, com autonomia financeira e administrativa, a transferência dessa competência diretamente ao Ministério da Saúde encontra resistências por parte de alguns representantes indígenas, devido ao temor de uma municipalização dos serviços de atenção à saúde.

FIGURA 1 – Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).



Fonte: DESAI/FUNASA/MS, setembro de 2009

3 - MATERIAL E MÉTODOS

Esta dissertação se baseia em estudo descritivo de abordagem qualitativa sobre o processo de concepção e estabelecimento do SISVAN no âmbito da atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Trata-se, portanto, de uma análise de política pública.

Nas últimas duas décadas do século XX, segundo Viana & Baptista (2008), abriu-se um novo campo de estudos de análise de políticas públicas. Política pública envolve questões ligadas a Estado, pacto social, interesses e poderes. É o Estado em ação, ou seja, é o processo de construção de uma ação governamental para um setor, que envolve recursos, atores, arenas, idéias e negociação. Ainda para essas autoras, a análise de uma política aborda os processos e atores envolvidos na construção da política, identificando as formas de intervenção adotadas pelo Estado, as relações entre atores públicos e privados, os pactos, objetivos, metas e perspectivas do Estado e da sociedade.

De acordo com Souza (2007), o foco analítico da política pública envolve a identificação do problema que a política visa solucionar, a chegada desse problema ao sistema político e à sociedade política, o percurso nessas duas arenas e as regras e instituições que irão modelar a decisão e a implementação da política pública.

Contemporaneamente, há uma importante vertente da análise de políticas públicas que se apóia nos trabalhos de autores como Harold Laswell (1951). Baseia-se na desagregação do processo de uma política em fases ou estágios (“ciclo da política” ou *policy cycle*). Essa perspectiva analítica compreende a abordagem de cinco grandes fases: o reconhecimento do problema, que corresponde à fase de entrada de um conflito na agenda política; a definição de propostas de soluções, que corresponde à fase de formulação da política; a escolha de uma solução, que corresponde à fase de tomada de decisão: o momento de colocar uma solução em prática, o que corresponde à fase de implementação; e finalmente, o monitoramento de resultados ou fase de avaliação da política. Cada uma dessas fases envolve processos distintos e redes próprias de atores sofrendo diversas influências do contexto político mais geral, em um processo dinâmico e constante de negociação.

Segundo Viana (1996), os estudos sobre os caminhos da ação estatal, ou o modo de operar do Estado, que se traduz no ato de “fazer” políticas públicas, têm como ponto de partida a identificação das características das agências públicas “fazedoras” de políticas; dos atores participantes desse processo; dos mecanismos, critérios e estilos decisórios utilizados pelas instituições responsáveis por “fazer” políticas; das inter-

relações entre estas variáveis, agências e atores; e das variáveis que influenciam esse processo.

Entre os autores que vem discutindo a fase da formação de agenda, os seja, os processos pré-decisórios para a formulação de uma política, John Kingdon (1995) é amplamente conhecido. O seu modelo, que denominou de múltiplos fluxos (*multiple streams*), foi construído a partir da análise do desenvolvimento de políticas de saúde e transporte do governo federal norte-americano. Durante quatro anos, o autor realizou entrevistas com indivíduos envolvidos no processo de decisão nessas áreas, tanto os atores governamentais como os não governamentais. O modelo se concentra nas duas primeiras fases do ciclo da política, quais sejam, as fases de estabelecimento da agenda e de especificação ou formulação de alternativas de políticas da qual uma escolha é feita.

As análises realizadas nesta dissertação, cujo objeto de estudo é o SISVAN na saúde indígena, se baseiam em larga medida no modelo de Kingdon (1995). Abaixo se recupera, de maneira sintética, os elementos centrais desse modelo analítico.

3.1 Modelo de análise:

Para Kingdon (1995), a primeira questão a ser levantada é por que alguns problemas e assuntos se tornam proeminentes na agenda governamental, enquanto outros não, e por que certas alternativas são escolhidas enquanto outras são negligenciadas. Segundo o autor, as fases “pré-decisionais” permanecem pouco exploradas no cenário das políticas públicas. Nesse sentido, é importante definir para efeito de análise de políticas o termo agenda, que tem vários usos, mesmo em contextos de políticas governamentais. Segundo Kingdon (1995), o termo agenda é definido como a lista de assuntos ou problemas que, em um dado momento, chamam a atenção dos agentes governamentais e de pessoas em torno dele. Desse modo, o processo de estabelecimento de uma agenda relaciona-se com a lista de assuntos que estão sendo considerados e que de fato tornam-se o foco de atenção. O interesse do modelo é saber não somente porque uma agenda é estabelecida, mas também porque muda em determinados períodos de tempo.

Ainda segundo o autor, as agendas variam entre as diversas escalas governamentais. O Presidente e os agentes nos níveis mais elevados da escala governamental têm como agenda os temas nacionais maiores, as questões mais amplas,

como as questões macroeconômicas, reformas tributárias, crises internacionais, etc. As demais escalas tratam de agendas mais especializadas, como as de saúde, transporte, dentre outras. Mesmo nas agendas mais especializadas, existem itens que dominam mais a atenção das pessoas que outros. No caso da área de saúde, a oferta de serviços é um exemplo.

Kingdon (1995) enfatiza que deve ser feita uma distinção entre a agenda governamental, como a lista de assuntos que chamam a atenção dos governantes, mas que ainda não serão decididos, e a agenda de decisão, como a lista de assuntos da agenda governamental que serão decididos.

Em paralelo ao conjunto de assuntos ou problemas que estão na agenda, uma lista de alternativas para ação governamental relacionada à solução de tais problemas entra na pauta dos agentes governamentais com capacidade de decisão. Se um problema se torna proeminente na agenda, os formuladores de políticas levarão em conta uma série de alternativas relacionadas a este problema. Assim, o processo de especificação de alternativas relaciona-se com a uma lista de alternativas, previamente concebidas, a partir da qual se fará a escolha. De acordo com Kingdon (1995), a distinção entre agendas e alternativas torna-se muito importante do ponto de vista da análise, pois a formação da agenda e a especificação de alternativas são influenciadas, cada uma, por diferentes atores e processos.

Duas variáveis influenciam a construção da agenda governamental (*agenda setting*) e a especificação de alternativas de políticas governamentais, de acordo com o modelo de análise adotado: participantes ativos ou atores e processos pelos quais alguns itens da agenda e alternativas se tornam proeminentes.

3.1.1 Participantes ativos

Quanto aos participantes ativos ou atores, estes se dividem em participantes ou atores governamentais e participantes ou atores não governamentais. Os atores governamentais atuam diretamente dentro dos governos e incluem o Presidente da República, o membros do Poder Legislativo, burocratas do alto *staff* do executivo, servidores designados para cargos de confiança (comissionados) nas diversas agências governamentais e os demais servidores públicos de carreira (não comissionados). Os atores não governamentais são aqueles sem posição formal no governo e incluem

grupos de interesse, a mídia, partidos políticos, o público em geral, pesquisadores, acadêmicos e consultores.

Kingdon (1995) faz uma distinção entre atores governamentais e não governamentais, mas apenas como efeito prático para diferenciar os atores que atuam diretamente nas agências do executivo responsáveis pela formulação e implementação de políticas públicas e os que não atuam diretamente. Os grupos acadêmicos são considerados como atores não governamentais pelo autor. No presente caso de estudo também serão considerados não governamentais, por não atuarem diretamente nessas agências (exceto quando assumem cargos em comissão), embora possam pertencer a universidades e instituições públicas

O Presidente da República, o Congresso Nacional, burocratas nos cargos executivos e várias forças fora do governo, incluindo mídia, grupos de interesse, partidos políticos e público em geral, podem ser fontes de itens para a agenda governamental e para as alternativas de políticas. Esses são atores que têm poder suficiente para estabelecer agendas governamentais.

A formação da agenda pode ainda envolver a transferência de itens de uma agenda não governamental (agenda sistêmica) para uma agenda governamental formal, em parte por meio da mobilização de participantes ativos. As questões podem alcançar a agenda por meio de difusão de idéias em círculos profissionais ou por ação de técnicos governamentais envolvidos na área da política em questão. As mudanças na agenda podem ocorrer também, segundo Kingdon (1995), pelas mudanças ideológicas provocadas pelas eleições governamentais. O modelo proposto pelo autor analisa a frequência e sob que condições cada um destes participantes são importantes e determina que tipo de interação existe entre eles. Do ponto de vista analítico, é central a idéia de que alguns atores são influentes na definição da agenda governamental, enquanto outros exercem maior influência na definição de alternativas de políticas públicas.

3.1.2 Processos de formação da agenda:

Além da mobilização dos vários participantes envolvidos, as características do jogo, ou seja, os processos pelos quais as agendas são formadas e as alternativas escolhidas são objeto de análise do modelo de Kingdon (1995). O autor lida com três tipos de processos, que constituem os múltiplos fluxos (*multiple stream*), quais sejam:

fluxo de problemas (*problem stream*), fluxo de alternativas de políticas (*policy stream*) e fluxos políticos (*politics stream*).

Para a construção do modelo de múltiplos fluxos, o autor considerou que as características das organizações formuladoras de políticas influenciam os tipos de processos e a maneira de selecionar os problemas (Viana, 1996). O autor utilizou principalmente o chamado Modelo de *Garbage Can* (ver Cohen, March e Olsen, 1972). Em sua proposição original, esse modelo considerava as instituições do Poder Executivo norte-americano como “anarquias organizadas”, que têm características próprias: preferências problemáticas, tecnologias não claramente específicas e participação fluida. Essas organizações, segundo os autores, são uma coleção de soluções procurando por problemas para os quais podem ser a resposta, problemas buscando por situações oportunas de decisão nas quais podem ser divulgados, e ainda agentes com poder de decisão buscando por ação. Percorrendo toda a estrutura organizacional, fluxos de problemas, soluções, participantes e oportunidade de escolha acontecem de maneira independente, tendo cada um sua vida própria, constituindo um “*mix*” de problemas, soluções e participantes com recursos de poder específicos.

Uma adaptação desse modelo foi desenvolvida por Kingdon (1995), que deu origem ao modelo de múltiplos fluxos. Segundo o autor, um dos elementos que influencia uma agenda governamental é a carga de problemas que pressiona o sistema de políticas públicas. Partindo do princípio que os agentes governamentais não conseguem prestar atenção a todos os problemas ao mesmo tempo, alguns serão considerados enquanto outros serão ignorados. Uma crise ou evento de destaque pode sinalizar para a emergência de tais problemas. Outro elemento sinalizador pode ser a mudança nos valores de indicadores. O aumento de incidência de uma doença infecciosa ou no número de mortes por acidente de trânsito são exemplos de indicadores produzidos rotineiramente e acompanhados pelos formuladores de políticas, formando o fluxo de problemas (*problem stream*).

Outras contribuições para a construção das agendas governamentais e a especificação de alternativas referem-se ao acúmulo gradual de informações gerado por especialistas de determinada área e a geração de propostas para solução de problemas desenvolvidos por tais especialistas. O reconhecimento do problema pode vir ainda do *feedback* de ações já em curso nas agências governamentais, ou do acompanhamento de metas pelos agentes públicos.

Seguindo um curso ou fluxo independente do conhecimento e ciência dos problemas por parte dos formuladores de políticas governamentais, idéias ou propostas podem surgir em comunidades de políticas (*policy communities*). Segundo Kingdon (1995), as comunidades de políticas são compostas por especialistas em determinada área de política pública, como saúde, proteção do meio ambiente, educação, transporte, justiça criminal dentre outras. Esses especialistas podem ser acadêmicos, servidores técnicos do legislativo, analistas de grupos de interesse e servidores do executivo, entre outros. Dentro dessas comunidades, idéias e propostas de políticas circulam por meio da publicação de artigos e da realização de palestras em eventos científicos ou pela apresentação de propostas legislativas. Tais processos muitas vezes levam anos. Essa difusão de idéias tem um papel na formação da agenda e na geração de alternativas, se constituindo no processo das alternativas de políticas (*policy stream*).

O terceiro processo que afeta a agenda governamental é o político propriamente (*politics stream*). Mudanças no “clima nacional” sobre determinado tema, resultados de eleições e mudanças na administração pública podem ter um forte efeito na formação da agenda de uma política pública.

Os três fluxos decisórios (fluxos de problemas, fluxo de alternativas de políticas e fluxo político) seguem cursos independentes, permeando toda organização governamental. Em determinados momentos, esses fluxos convergem, produzindo mudanças na agenda. Na perspectiva analítica de Kingdon (1995), a mudança na agenda governamental para a agenda de decisão resulta da convergência desses três fluxos: problemas; propostas de políticas, soluções ou alternativas; e fluxo político. O autor denomina de *policy windows*, ou janelas de oportunidade, a convergência dos fluxos, que são influenciadas principalmente pelo fluxo de problemas (*problems streams*) e pelo fluxo político (*politics stream*).

O fluxo de soluções (*policy stream*) não exerceria influência direta sobre a agenda, sendo que as propostas, as alternativas e as soluções elaboradas nas comunidades de políticas (*policy communities*) chegam à agenda apenas quando problemas percebidos, ou demandas políticas, criam oportunidades para essas idéias serem estabelecidas. Entretanto, um problema tem muito mais chance de entrar na agenda se uma solução já elaborada e viável estiver disponível.

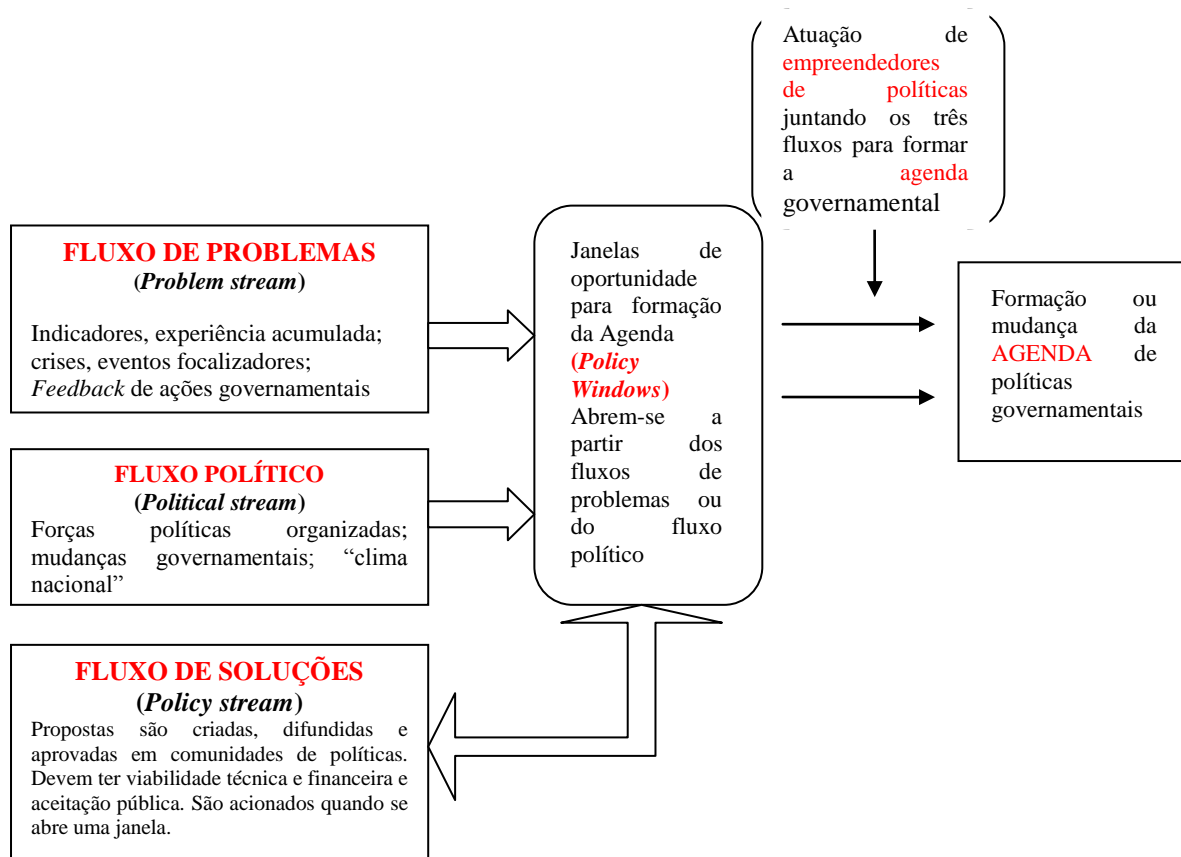
As mais importantes mudanças em determinada agenda governamental acontecem, portanto, quando os três fluxos se unem. Esta junção de fluxos ocorre em momentos em que as *policy windows* se encontram abertas. Janelas se abrem, sobretudo

a partir de fluxos de problemas e políticas. No seu interior, alguns eventos acontecem de forma periódica e previsível, como em situações de mudanças no governo e em algumas fases do ciclo orçamentários (momento de inclusão ou revisão de propostas orçamentárias, por exemplo). Outros eventos ou janelas se desenvolvem de maneira imprevisível. Assim, a oportunidade de mudança pode se dar tanto de forma programada como de maneira não previsível.

Da mesma forma que as “janelas” se abrem, também se fecham. A oportunidade de mudança na agenda cessa quando um dos fluxos se desarticula com relação aos demais. Mudanças de governo criam oportunidades para o acesso de uma questão à agenda, porém novas mudanças podem “fechar a janela” para uma idéia. Quando há percepção pelos agentes governamentais que um problema foi resolvido, a atenção dos formuladores de políticas tende a se voltar para outros assuntos. No fluxo de soluções ou alternativas de políticas, quando as propostas não surtem efeitos, levando os formuladores de políticas a julgar inúteis os seus esforços, também há possibilidade de fechar a janela de oportunidade.

Além da participação dos atores nas várias etapas do processo, há ainda um terceiro componente sem o qual as mudanças na agenda não são promovidas. Segundo Kingdon (1995), este componente é a atuação dos *empreendedores de políticas* (*policy entrepreneurs*). Esses indivíduos podem estar no governo ou fora dele (em grupos de interesse, academia, ou na mídia). O empreendedor é geralmente um especialista em uma área, com habilidade em representar idéias de outros indivíduos e grupos, podendo ainda desfrutar de uma posição importante no processo decisório, que faz com que o processo de formulação de políticas seja receptivo as suas idéias. Os empreendedores mantêm múltiplas conexões políticas, além de serem persistentes na defesa de suas idéias, levando suas concepções de problemas e propostas a vários fóruns. Tendem a se comportar como sempre atentos à abertura de janelas, conseguindo “amarrar” os três fluxos. Quando as janelas se abrem, entram em ação. Desempenham assim, papel fundamental, unindo soluções a problemas, propostas a momentos políticos, eventos políticos a problemas. Sem um empreendedor, a ligação entre os fluxos pode não ocorrer: idéias não são defendidas, problemas não encontram soluções, momentos políticos favoráveis à mudança são perdidos por falta de propostas.

Figura 2 - Modelo de “Multiple Streams” de John Kingdon (1995).



Fonte: Modificado de Capella (2007)

3.2 Fontes de Dados

Como fontes de dados para esta dissertação foram utilizados documentos de acesso público, legislação brasileira e documentos oficiais de acesso restrito e público referentes à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e do SISVAN Indígena, no âmbito da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, artigos científicos disponíveis em sítios eletrônicos sobre o perfil nutricional dos povos indígenas, sobre os sistemas de vigilância alimentar e nutricional no mundo e no Brasil e sobre modelos de análise de políticas públicas. Também foram utilizadas matérias de jornais de grande circulação nacional sobre casos de desnutrição entre povos indígenas no Brasil entre 2001 e 2006, e os dados do Inquérito Civil Público (2002) sobre casos de desnutrição em indígenas, da Procuradoria Federal da República no Rio Grande do Sul. Além disso, a experiência da autora na gerência técnica do projeto de implantação do SISVAN Indígena, durante o período de 2003 a 2006, possibilitou a identificação dos processos e atores envolvidos na construção da política.

Aplicando o modelo desenvolvido por Kingdon (1995) (Figura 2), identificamos os elementos do fluxo de problemas por meio da existência de indicadores produzidos por estudos acadêmicos, da divulgação na mídia de crise provocada pela ocorrência de desnutrição em determinadas aldeias indígenas e pelos documentos de avaliação e planejamento de ações para a saúde indígena elaborados pelo próprio órgão executor da política, e por avaliação realizada pelo Banco Mundial (BIRD). Para análise do fluxo da alternativa escolhida, buscamos artigos científicos sobre a formulação do SISVAN no Brasil e no mundo. Para identificação do fluxo político, os documentos referentes às Conferências Nacionais de Saúde Indígena, documentos e memórias da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena do Conselho Nacional de Saúde, além da legislação relativa à estruturação dos Ministérios no âmbito federal após da mudança de governo ocorrida a partir de 2003.

3.3 Aspectos Éticos

Esta dissertação se baseia em análise documental, parte da qual de livre acesso (disponíveis em biblioteca, internet, entre outros) e parte relacionada a acervos institucionais específicos (no caso da FUNASA).

Para a utilização dos documentos de acesso restrito, foi solicitada e obtida autorização da FUNASA. Deve-se destacar que, no âmbito do presente estudo, não foram realizadas entrevistas ou identificados nominalmente dirigentes ou usuários do subsistema de saúde indígena.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, de acordo com as resoluções 196/96, sendo aprovado por meio do parecer nº 122 de 14/08/2009.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como indicado anteriormente, a análise da construção da agenda e das alternativas escolhidas para o estabelecimento de uma política pública pressupõe, segundo o modelo de Kingdon (1995), a identificação dos elementos envolvidos no reconhecimento de um problema pelos formuladores de políticas públicas e na escolha de alternativas para resolução desse problema. No presente estudo, as perguntas a serem respondidas referem-se aos condicionantes que levaram ao reconhecimento dos elevados déficits nutricionais dos povos indígenas como problema de saúde pública pelos gestores governamentais da saúde indígena e a escolha da implantação da vigilância alimentar e nutricional nos DSEI como alternativa mais viável.

Segundo o modelo de Kingdon (1995), conforme já exposto, em geral duas categorias de fatores afetam a construção da agenda e a especificação de alternativas de políticas: os participantes que são ativos e os processos pelos quais os itens de uma agenda e as alternativas são definidos, quais sejam, fluxo de problemas, fluxo político e fluxo de alternativas de políticas. A seguir, analisaremos o processo de formação da agenda e especificação de alternativas para o estabelecimento do SISVAN indígena, seguindo os elementos acima apontados.

4.1 Fluxo de problemas

Na identificação do fluxo de problemas, denominado por Kingdon (1995) como *problem stream*, o importante é saber inicialmente como as questões se transformam em problemas, chamando a atenção dos gestores e despertando a necessidade de ação. Segundo o autor, três elementos básicos estão envolvidos no fluxo de problemas: (1) existência de indicadores ou acúmulo de informações e experiências sobre determinado problema; (2) eventos, crises ou símbolos; (3) *feedback* de ações governamentais.

De acordo com Kingdon (1995), freqüentemente problemas chamam a atenção dos formuladores de políticas governamentais não necessariamente por algum tipo de pressão política ou percepções simples das conjunturas nacionais, mas porque alguns indicadores, obtidos de forma sistemática ou pontual, mostram que existe um problema em determinada área. Tais indicadores surgem no ambiente político porque tanto as agências governamentais como as não governamentais monitoram rotineiramente várias atividades e eventos, como, por exemplo, mortes por acidentes de trânsito, taxas de

morbidade e mortalidade, taxas de imunização, preços de itens de consumo, etc. Uma segunda contribuição para as agendas governamentais, além do monitoramento rotineiro por meio de sistemas oficiais de informação, constitui-se no acúmulo de informações e experiências oriundas da realização de estudos, freqüentemente conduzidos sobre um problema em particular, em certos momentos ou espaços de tempo, tanto por iniciativa do próprio governo ou por grupos de pesquisa.

Para análise do fluxo de problemas que motivaram à implantação do SISVAN Indígena, buscaremos, em primeiro lugar, a existência de indicadores ou de produção de informações e acúmulo de experiências que descrevam a situação alimentar e nutricional desses povos.

Um dos maiores desafios enfrentados pela FUNASA ao assumir a atenção à saúde dos povos indígenas a partir de 1999 constituía-se na precariedade de informações sobre indicadores epidemiológicos e demográficos da maior parte dos povos indígenas no Brasil. A FUNAI, até então responsável pelos serviços de saúde, não gerava de forma sistematizada esses indicadores. Via de regra, os dados eram inexistentes ou sem confiabilidade (Santos & Coimbra Jr., 2003). Quanto ao perfil nutricional, mesmo após os primeiros anos de implantação dos DSEI, os registros existentes eram esparsos, não sendo registrados no SIASI (Sousa et al., 2007). Outros sistemas de informação do Ministério da Saúde, como Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) ou o próprio SISVAN nacional vinculado ao SUS, também não eram utilizados. No caso do SISVAN-SUS, não é possível a sua utilização para o delineamento da situação alimentar e nutricional desses povos de acordo com as suas especificidades étnicas, culturais e organização social. O sistema utiliza as categorias “raça/cor”, seguindo o modelo do IBGE como uma das variáveis de identificação dos usuários dos serviços de saúde, com as seguintes categorias: branca, preta, amarela, parda, indígena, onde a categoria indígena não distingue povos ou etnias específicos. Outra variável de identificação, o município de nascimento do usuário, também não distingue aldeias, de acordo com a organização dos povos indígenas que não tem relação com limites municipais ou estaduais. Além disso, os estudos nacionais, como o Estudo Nacional da Despesa Familiar (1975), a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (1990), a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996) e a Pesquisa de Orçamento Familiar do IBGE (2003), não incluíram os povos indígenas como segmento específico de análise (Santos & Coimbra Jr., 2003).

No momento de implantação da nova política de saúde indígena, essa escassez de informações dificultava o estabelecimento de ações, uma vez que não se conhecia a magnitude da ocorrência dos problemas nutricionais na população indígena, assim como os seus fatores de determinação. O conhecimento disponível sobre o perfil nutricional dos povos indígenas advinha, sobretudo de estudos de caráter acadêmico, realizados em geral a partir da década de 1990 em algumas etnias específicas e principalmente na região da Amazônia Legal.

No início da década de 1990, Santos (1993) conduziu uma revisão da literatura referente aos estudos antropométricos voltados para questões nutricionais de populações indígenas do Brasil. Foi destacada a escassez de estudos, com predomínio de publicações em língua inglesa, com pouca visibilidade para os formuladores de políticas de saúde. Além do número reduzido, os estudos caracterizavam-se por possuir metodologias heterogêneas e eram baseados em pequenas amostras, dificultando comparações. O autor enfatizou a pouca tradição na coleta e análise de dados nutricionais indígenas, tanto nos serviços de saúde, quanto por pesquisadores, recomendando que o estabelecimento de banco de dados sobre crescimento físico e estado nutricional das populações indígenas não deveria ser tarefa a cargo unicamente de grupos de pesquisa. Foi sugerido também o estabelecimento de sistemas de vigilância nutricional nos serviços de atenção primária à saúde para a população indígena, que abrangesse, além de dados nutricionais, informações a respeito dos serviços de atendimento à saúde, das condições de saneamento, do perfil de morbimortalidade, do padrão de consumo de alimentos, entre outros fatores. Apesar do reduzido número de trabalhos e a fragmentação das informações disponíveis na ocasião, os resultados dos estudos analisados por Santos (1993) apontaram para médias de estatura e peso de crianças indígenas inferiores às reportadas para populações-referência utilizadas na época.

Recentemente, autores como Santos & Coimbra Jr. (2003), Leite et al. (2007) e Lício (2009) realizaram revisões detalhadas sobre a situação alimentar e nutricional dos povos indígenas, mostrando que aconteceu uma importante acumulação de conhecimentos desde o início da década de 1990, quando foi publicada a revisão de Santos (1993). Tais trabalhos, em geral produzidos por pesquisadores ligados a centros de pesquisa e a universidades, tiveram um papel importante no sentido de identificar e alertar para o problema da desnutrição nos povos indígenas, chamando atenção dos

formuladores de políticas, até o que SISVAN começasse a ser estabelecido no subsistema política de saúde indígena, o que ocorreu a partir de 2003.

Coimbra Jr. & Santos (1991) descreveram os resultados de uma avaliação realizada com 147 crianças de 0-8,9 anos da comunidade indígena Suruí, em Rondônia. Os resultados indicaram elevadas prevalências de baixa estatura para idade (46,3%), peso para idade (31,9%) e peso para estatura (6,6 %), comparados com a população-referência do *National Center for Health Statistics* (NCHS). Foram também detectadas altas prevalências de anemia (71,2%) e parasitismo intestinal (>75%). Segundo os autores, a precariedade do estado nutricional das crianças Suruí refletia carências alimentares devido à redução da capacidade de produção de alimentos e inadequadas condições sanitárias nas diversas aldeias. Outro ponto destacado se referiu ao rápido processo de mudanças sócio-culturais e econômicas experimentado pelos Suruí. Os hábitos alimentares e o estado nutricional dos povos indígenas são diretamente afetados por tais mudanças, em geral levando à redução da variabilidade alimentar e causando maior dependência em produtos industrializados. O estudo também chamou atenção para as elevadas prevalências de doenças infecto-parasitárias, contribuindo para o comprometimento do estado nutricional.

Em outro estudo, também publicado no início dos anos 1990, Santos & Coimbra Jr. (1991) avaliaram a situação nutricional de três povos Tupí-Mondê de Rondônia e Mato Grosso (Gavião, Suruí e Zoró). Foram coletadas diversas medidas antropométricas em crianças de 0-10,9 anos de idade. Os resultados demonstraram que, como em vários grupos amazônicos, as crianças Tupí-Mondê eram baixas para a idade (55,4%), mas com adequação do peso para estatura (0,8%) em relação à população de referência do NCHS. Os autores interpretaram os resultados como evidências de estado nutricional precário, associado a mudanças sócio-econômicas e ambientais em curso em um momento quando aquela área da Amazônia recebia fortes contingentes migratórios não-indígenas, aliado à presença de doenças infecciosas e parasitárias.

Martins & Menezes (1994) analisaram dados antropométricos coletados em três momentos de uma amostra de 70 crianças menores de cinco anos em aldeias indígenas Parakanã, no Pará, de 1989 a 1991. Os autores procuraram caracterizar na população estudada o impacto de medidas de prevenção primárias e secundárias adotadas sobre o seu estado nutricional, além da participação de fatores ambientais na gênese da desnutrição. Os resultados indicaram prevalências elevadas de baixa estatura para idade (50,6%) e de baixo peso para idade (10,1%) comparada com a população referência do

NCHS. Os resultados demonstraram diferenças nas prevalências de baixa estatura para idade entre as aldeias estudadas, sendo as maiores prevalências de déficits nutricionais na aldeia de maior tempo de contato com a sociedade envolvente.

Dados antropométricos (peso e estatura) de 94 crianças indígenas menores de 10 anos nas aldeias Parakanã (Pará) analisados por Xavier et al. (1998) revelaram que 26,6% apresentavam baixa estatura para idade, quando comparadas com os padrões de referência do NCHS.

Os hábitos alimentares e estado nutricional de 172 crianças menores de 10 anos das aldeias da região do Alto Xingu em Mato Grosso foram avaliados por meio de questionários e de dados antropométricos por Mattos et al. (1999). Os resultados revelaram percentuais de baixa estatura para idade de 16% em menores de um ano, 21,8% em crianças de um a cinco anos e 18,8% entre os maiores de cinco e menores de dez anos de acordo com os critérios de Gomez para classificação do estado nutricional.

As condições nutricionais e de saúde de crianças Teréna foram investigadas por Ribas et al. (2001). O estudo envolveu uma amostra de 100 crianças de 0-59 meses de idade, residentes em Mato Grosso do Sul. As prevalências de déficits nutricionais encontradas foram de 16% de baixa estatura para idade e 8% de baixo peso para idade, a partir das curvas do NCHS. Os autores analisaram a adequação percentual média dos nutrientes que compõem a dieta infantil, indicando o não atendimento às recomendações nutricionais nas diferentes faixas de idade.

Gugelmin et al. (2001) realizaram inquérito transversal para avaliar o estado nutricional de crianças Xavante (MT) entre cinco a dez anos de idade. Foi observado que 9% das crianças apresentavam baixa estatura para idade, porcentagem próxima daquela de crianças não indígenas brasileiras. Os autores destacaram as precárias condições de saneamento ambiental das aldeias. Sob condições menos adversas, segundo os autores, as crianças Xavante poderiam apresentar menores déficits estaturais.

Capelli & Koifman (2001) investigaram o estado nutricional de uma comunidade indígena Parkatêjê, Pará, envolvendo uma amostra de 278 pessoas (90,8% da comunidade). Quando comparados com as curvas de referência do NCHS, observou-se a prevalência de 8,6% de baixa estatura para idade nas 104 crianças menores de 10 anos avaliadas. Os autores também observaram que 6,7% das crianças apresentavam sobrepeso.

Baruzzi e colaboradores (2001) conduziram levantamento das condições de saúde de índios Panará habitantes da região sul do Pará. Foi caracterizado o estado nutricional e realizada busca ativa de casos de tuberculose. Os resultados da avaliação nutricional de 75 crianças menores de 10 anos indicaram percentual de 12% de baixa estatura para idade em relação às curvas do NCHS.

Os resultados da avaliação nutricional de crianças indígenas Terena menores de 10 anos no Mato Grosso do Sul realizada por Alves et al. (2002) mostraram que 14% encontravam-se baixas para estatura quando comparadas com a população de referência do NCHS. Segundo os autores, a “enteropatia ambiental assintomática” apresentada por uma parcela das crianças era indicativa de condições ambientais inadequadas.

Com o objetivo de determinar o estado nutricional e estimar a composição corporal de crianças índias do Parque Nacional do Xingu (MT), Fagundes et al. (2002) avaliaram 164 crianças índias, sendo 89 meninas e 75 meninos, por meio da antropometria e da mensuração da impedância bioelétrica. Como a idade das crianças era desconhecida, o escore Z do indicador de peso para estatura de acordo com as curvas do NCHS e o índice de massa corporal foram empregados para avaliação do estado nutricional. Os resultados revelaram baixas frequências de desnutrição e obesidade (1,8% e 3,0%, respectivamente), levando-os a crer que na manutenção da qualidade das condições de nutrição das crianças do Parque Indígena do Xingu, nas últimas três décadas. O IMC da população estudada foi significativamente menor que aquele encontrado entre crianças índias norte-americanas.

É importante destacar que a prevalência do déficit de peso para altura é baixa no Brasil (em torno de 5%), tendo pouca relevância epidemiológica. O que pode ocorrer é que, em populações com comprometimento nutricional de longa data, já existam déficits de estatura para idade, e a relação peso para altura seja satisfatória devido a uma adequação do peso para uma estatura deficiente. Assim, a ausência de déficit de peso para altura de maneira isolada não deve ser interpretada como ausência de déficit nutricional (Brasil, 2002).

A partir de inquérito antropométrico realizado na década de 1990 com 70 crianças indígenas entre 0-6 anos de idade do povo Enawenê-Nawê, residente no noroeste do Mato Grosso, Weiss (2003) reportou que 50% das crianças estavam abaixo de -2 escore Z para o indicador estatura para idade (curva de referência do NCHS), indicando elevada prevalência de déficit de crescimento.

Morais e colaboradores (2003) analisaram informações oriundas de inquéritos nutricionais realizados com crianças indígenas do Alto Xingu entre 1974 e 1980 e em 1992, com objetivo de analisar a evolução do peso e estatura entre o primeiro e quarto ano de vida. Os resultados do inquérito realizado em 1980 revelaram prevalência de 12,2% de baixa estatura para a idade entre os menores de 60 meses de idade (a partir das curvas do NCHS). Já os resultados de 1992 indicaram prevalência de 20,4% de baixa estatura para idade na mesma faixa de idade. Não foram estudados determinantes para tal situação, contudo o aumento dos déficits de estatura para a idade nos diferentes períodos de observação chamou a atenção para a necessidade de realização de novos inquéritos nutricionais nas populações investigadas.

Crianças indígenas Pakaanóva, de Rondônia, tiveram o seu estado nutricional investigado mediante a realização de inquérito transversal (Escobar et al., 2003). Chamou à atenção dos autores a elevada frequência de baixa estatura para idade (45,8%) nas 113 crianças de 2 a 10 anos avaliadas. O estudo sinalizou para a necessidade da incorporação de rotinas de avaliação nutricional nos serviços de saúde.

Leite et al. (2003) realizaram investigação na Terra Indígena Xavante de Sangradouro (MT). Observaram prevalência de 28,3% de baixa estatura para idade em menores de cinco anos e de 15,3% de baixo peso para idade (em relação às curvas do NCHS). Os autores destacaram que problemas de auto-sustentação, falta de saneamento e descontinuidade do atendimento básico à saúde estavam diretamente relacionados ao estado nutricional das crianças avaliadas.

Na década de 1990 foram divulgados os I e II Mapa da Fome em Terras Indígenas, publicados, respectivamente, em 1994 e 1995. Os resultados apontaram cerca de 1/3 das terras indígenas no país com problemas de sustentabilidade alimentar. Entretanto, como observaram Leite et al. (2007), uma limitação dessas iniciativas foi a coleta de informações por meio de questionários enviados a comunidades, não sendo realizados inquéritos nutricionais propriamente ditos.

Em geral, no contexto dos estudos de avaliação antropométrica, vários autores investigaram também a ocorrência de anemia. Entre os Suruí de Rondônia, crianças menores de nove anos apresentaram prevalência de 71,2% (Coimbra Jr. & Santos, 1991). Em crianças Guarani de São Paulo e Rio de Janeiro menores de cinco anos, a prevalência global encontrada foi de 68,5% (Serafim, 1997). Entre os Xavante da Terra Indígena Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, estudo realizado na década de 1990 por Leite (1998) evidenciou anemia em 48,3% dos homens e 62,9% das mulheres

examinadas. A prevalência variou de acordo com a idade, atingindo 73,7% nos menores de dez anos e 64,6% na faixa etária de 10-15 anos. Baruzzi et al. (2001) observaram que 56,1% dos indivíduos da etnia Panará entre 6 meses e 14 anos de idade apresentavam anemia. Por meio de um censo em aldeias Guarani do Rio de Janeiro, Cardoso et al. (2002) observaram que 39,6% dos indivíduos menores de 15 anos de idade apresentavam anemia. Guerrero et al. (2003) investigaram idosos indígenas do Leste de Roraima, evidenciando 44,4% de indivíduos anêmicos do sexo masculino e 29% do sexo feminino.

Em resumo, os resultados de estudos nutricionais realizados entre o final dos anos 1980 e início dos anos 2000 em diversas comunidades indígenas apontaram para importantes desafios quanto à questão alimentar e nutricional. Uma síntese dos resultados dos estudos detalhados acima, assim como de outros não especificamente abordados, pode ser encontrada na Tabela 1. Por meio dessas investigações ficaram evidentes, entre outros aspectos, a escassez de informações sobre o estado nutricional das populações indígena representativas das diversas regiões do país e a heterogeneidade metodológica dos estudos. Não obstante, em seu conjunto, os resultados apontavam para elevadas prevalências de déficits de crescimento físico e de anemia nas crianças indígenas.

Tabela 1 - Frequências de crianças indígenas com baixa estatura para idade e determinantes relacionados em estudos selecionados a entre a década de 1990 e o ano de 2003.

Fonte	Etnia e Localização	Faixa Etária	% (≤ 2 escores Z)	Determinantes Relacionados aos Déficits Nutricionais
Coimbra Jr. e Santos (1991)	Suruí (RO)	0-8,9 anos	46,3	Carências alimentares; redução da capacidade de produção de alimentos; condições sanitárias inadequadas aldeias.
Santos e Coimbra Jr (1991)	Tupî-Mondê (MT e RO)	0-10,9 anos	55,4	Doenças infecciosas e parasitárias e dietas pobres.
Martins e Menezes (1994)	Parakanã (PA)	0-5 anos	50,6	Redução de disponibilidade de alimentos tradicionais (caça e roças); adensamento populacional; tempo de contato com a sociedade; doenças infecciosas
Xavier et al. (1998)	Parakanã (PA)	0-10 anos	26,6	Não foram relacionados
Mattos et al. (1999)	Alto Xingu (MT)	0-1 ano 1-5 anos 5-10 anos	16,6 21,8 18,8	Não foram relacionados
Ribas et al. (2001)	Teréna (MS)	0-5 anos	16,0	Dietas inadequadas, não atendendo recomendações nutricionais
Capelli e Koifman (2001)	Parkatêjê (PA)	0-10 anos	8,6	Acelerado processo de modificação dos meios de subsistência, dieta e padrão de atividade física.
Gugelmin et al. (2001)	Xavante (MT)	5 – 10 anos	9,0	Precárias condições de saneamento ambiental das aldeias
Baruzzi et al. (2001)	Panará (PA)	0-10 anos	12	Não foram relacionados
Coimbra Jr. et al. (2002)	Xavante-Pimentel Barbosa	0-48 meses	27,7	
Alves e colaboradores (2002)	Terena (MS)	0-10 anos	1,0	Condições ambientais das aldeias inadequadas
Weiss (2003)	Enawenê-Nawê (MT)	0-60 meses	50,0	Não foram relacionados
Morais et al. (2003)	Povos do Alto Xingu (MT)	0-60 meses	20,4	Não foram relacionados
Escobar et al. (2003)	Pakaanóva (RO)	2-10 anos	45,8	Elevada frequência de doenças infecciosas e parasitárias, como diarreias, pneumonia, malária e tuberculose nas aldeias estudadas
Leite et al. (2003)	Xavante (MT)	0-5 anos	28,3	Problemas de auto-sustentação falta de saneamento e descontinuidade do atendimento básico à saúde

Fonte: Santos et al. (2003), Leite et al. (2007) e Lício (2009)

O modelo de Kingdon (1995) atribui uma grande importância aos indicadores ou informações quantitativas. A demonstração da existência de indicadores e a agregação de outros sobre um problema para a qual uma solução precisa ser estabelecida constituem preocupação efetiva dos participantes do processo das políticas, tanto para os formuladores, quanto para aqueles que exercem pressão para mudanças políticas. Segundo o autor, os problemas que podem ser descritos quantitativamente assumem uma importância mais destacada do que problemas com menor possibilidade de serem quantificados. Quanto à interpretação, Kingdon (1995) destaca, contudo, que os indicadores não significam reconhecimento direto dos fatos. Além disso, as metodologias de coleta dos dados e a interpretação dos resultados utilizadas na identificação de um problema podem tornar-se itens de constantes questionamentos nos sistemas de políticas.

Sobre os questionamentos relativos aos dados quantitativos, tal como descrito por Kingdon (1995), há em alguns estudos realizados sobre as condições nutricionais dos povos indígenas uma discussão acerca da validade dos indicadores utilizados para avaliação do estado nutricional de crianças indígenas, quais sejam, as curvas de crescimento baseadas em populações de referência norte-americanas preconizadas por órgãos internacionais (Santos, 1993; Santos e Coimbra Jr., 2003; Gugelmin & Santos, 2001; Morais et al., 2003). As elevadas prevalências de baixa estatura para idade encontradas nas populações indígenas estudadas, superiores as relatadas em estudos de população não indígenas em regiões economicamente desfavorecidas como Norte e Nordeste, poderiam sugerir, segundo Santos (1993:51-53), a inadequação dos pontos de corte empregados, colocando em dúvida a real existência de um problema de saúde pública. Entretanto, o próprio autor destaca que os dados existentes sobre as condições de saúde dos grupos indígenas revelam coeficientes de mortalidade infantil superiores e esperança de vida ao nascer inferiores às médias nacionais. Além disso, um grande número de estudos, incluindo os que evidenciaram condições nutricionais inadequadas, indica elevadas prevalências de doenças infecto-parasitárias, carências de micronutrientes, precárias condições ambientais das aldeias, redução da diversidade de alimentos, além de deficiência na qualidade da atenção à saúde. Portanto, as evidências sugerem, segundo o autor, que os elevados déficits nutricionais, em especial o comprometimento de estatura revelado nas avaliações antropométricas realizadas, relacionem-se efetivamente com condições de saúde e nutrição inadequadas em comunidades indígenas.

Vale destacar que estudos mais recentes, que conduziram novas avaliações nutricionais em comunidades investigadas na década de 1990, por vezes têm apontado para importantes reduções nas prevalências de desnutrição. Segundo estudo realizado por Orellana et al. (2006), que teve por objetivo avaliar o perfil nutricional de crianças indígenas Suruí de Rondônia menores de 10 anos, houve redução expressiva da desnutrição quando comparados com os resultados de inquérito anterior realizado em 1987 (46,3% em 1987 e 26,7% em 2005). Os autores mencionam que um maior acesso aos serviços de saúde pode ter sido um dos fatores envolvidos.

Na ausência de um sistema de informação nacional e de inquéritos nacionais, o acúmulo de informações e experiências sobre os déficits nutricionais em comunidades específicas produzidos por investigadores ligados a centros de pesquisa no Brasil se constituiu em elemento de grande importância no delineamento do quadro de insegurança alimentar e nutricional dos povos indígenas. Essa produção de informações sobre determinado problema, tal como descrito no modelo de Kingdon (1995), representa um dos elementos do fluxo de problemas capaz de chamar a atenção dos formuladores de políticas públicas.

Ao se analisar o documento elaborado pela equipe de consultores e técnicos do DESAI e do Projeto Vigisus II intitulado “Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde” (http://www.funasa.gov.br/internet/.../vigisus/Vigisus_saudeIndigena.pdf, acessado em 21.09.2009), que delineava o planejamento de ações visando à melhoria da oferta de serviços de saúde para os povos indígenas, fica evidente a utilização dos resultados de alguns desses estudos como fonte de informações para a elaboração da justificativa de inclusão da “Área de Intervenção 3-Vigilância Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas” no referido projeto. Entre os estudos citados estão Coimbra Jr. & Santos (1991), Santos & Coimbra Jr (1991), Coimbra Jr. et al. (2002), Capelli & Koifman (2001), Leite et al. (2003), Martins & Menezes (1994), Morais et al. (2003), Ribas et al. (2001) e Weiss (2003).

Segundo Kingdon (1995), apesar de sua grande legitimidade, as evidências providas pelos indicadores não são suficientes para influenciar os formuladores de políticas. Muitas vezes os problemas precisam ser focalizados em eventos capazes de chamar a atenção das pessoas que estão dentro e em torno do processo governamental. Este foco de atenção pode ser gerado por uma crise ou desastre, que momentaneamente destacam um determinado assunto, que passa a ser difícil de ignorar.

Ao que tudo indica, um importante evento focalizador que ajudou sobremaneira a colocar na agenda de debate a questão alimentar e nutricional dos povos indígenas no Brasil foi a ocorrência de mortes de crianças indígenas na Reserva Indígena de Guarita, no Rio Grande do Sul, em 2001. A desnutrição como causa básica de óbito foi noticiada em jornais de circulação nacional e local, como pode ser visto nas transcrições a seguir:

“11/03/2001 Crianças indígenas morrem de desnutrição em reserva no RS (Agência Folha, em Porto Alegre): *Pelo menos 11 crianças indígenas com menos de três anos morreram por desnutrição clinicamente confirmada na reserva da Guarita, em Redentora (RS). Outras seis mortes estão sendo analisadas. Todas as crianças eram caingangues e guaranis. Além dos 11 casos confirmados entre 17 mortes infantis desde dezembro, 16 crianças com sintomas de desnutrição estavam ontem nas UTIs (Unidades de Terapia Intensiva) de cidades vizinhas e no Hospital Santa Rita, de Redentora, que não tem UTI.”*

“12/03/2001 O GLOBO (Porto Alegre) - *Nos últimos três meses, 12 crianças morreram por desnutrição na reserva indígena de Guarita, no município de Redentora, no Rio Grande do Sul. O procurador da República Osmar Veronese deu um prazo de dez dias para que a Fundação Nacional do Índio (Funai) e o Ministério da Saúde implantem um programa de emergência de controle de mortalidade na reserva. (...)* (pág. 11).”

“12/03/2001 ZERO HORA (RS) - *Técnicos tentam estancar mortandade de crianças índias: A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e o governo do estado deverão fornecer a partir de hoje recursos para a alimentação dos índios da Reserva de Guarita, em Redentora. Desde dezembro, a desnutrição provocou a morte de 12 crianças indígenas menores de três anos do município.* (pág. 22)

Esse caso teve tal impacto que foi levado pelo Conselho de Saúde do DSEI Interior Sul, com o apoio da CISI, para discussão em instâncias para além no nível local/ estadual. Especificamente, tornou-se tema de debate no âmbito da Presidência da Fundação Nacional de Saúde. De acordo com relatório da CISI (Brasil/MS/CNS, 2006:35):

“Atendendo ao apelo de representantes indígenas para a melhoria dos serviços de saúde para população indígena a Cisi articulou um encontro na sede da

Funasa, com o presidente da Funasa (...), e o diretor do Departamento de Saúde Indígena (Desai), (...) em 24 de abril de 2001. O objetivo do encontro foi tratar de urgentes soluções para demandas dos Distritos Sanitários. Um dos itens de pauta da reunião da Cisi, com o presidente da Funasa foi um ofício do Conselho Distrital Interior Sul que relatava os problemas enfrentados no Rio Grande do Sul, especialmente no que se refere ao aumento da desnutrição e da mortalidade infantil. A Coordenadora da Cisi, (...) entregou pessoalmente os documentos do Distrito Sanitário Interior Sul ao presidente da Funasa, sugerindo o encaminhamento de uma resposta ao respectivo Conselho.”

Outros atores se mobilizaram em torno do caso. Em julho de 2002, o Ministério Público Federal (MPF), por meio da Procuradoria da República no Rio Grande do Sul, convocou uma audiência civil pública que teve como objetivo discutir a ocorrência de casos de desnutrição, em especial de crianças, nutrizes e gestantes indígenas do Estado do Rio Grande do Sul. A audiência foi motivada pelo grande número de internações hospitalares, principalmente de crianças na faixa etária de 0 a 6 anos de idade, tendo a desnutrição como causa. A audiência pública contou com a participação de diversas instituições como: FUNASA, FUNAI, Secretaria Estadual da Saúde do RS, Secretarias Municipais de Saúde, outras secretarias estaduais do RS, como do Trabalho, da Educação, de Assistência Social, e Agricultura, Conselhos Estaduais dos Povos Indígenas e de Assistência Social, representantes dos hospitais dos municípios onde existem populações indígenas do RS, Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER), além de lideranças indígenas e a organização não governamental Conselho de Missão entre Índios (COMIN). A audiência pública originou a instauração pelo MPF e pela Procuradoria da República no Rio Grande do Sul do Inquérito Civil Público n.06/2002, o que ocorreu em setembro de 2002.

No âmbito deste Inquérito, foi constituído um Grupo de Trabalho (GT) formado por representantes das instituições acima mencionadas para a proposição e acompanhamento de ações de combate à desnutrição nas aldeias, além de fornecer subsídios para atuação do Ministério Público em tais questões. A partir dos resultados do GT, em outubro de 2002, diversas recomendações foram feitas pelo MPF, dentre estas o estabelecimento pelo Ministério da Saúde de um programa de alimentação e nutrição abrangendo crianças indígenas entre seis meses e menores de sete anos, nutrizes e gestantes em situação de insegurança alimentar e nutricional no Estado do

Rio Grande do Sul. As recomendações incluíam a inserção das famílias indígenas no então Programa Bolsa Alimentação do Ministério da Saúde. Uma das maiores dificuldades apontadas pelo GT era a ausência de um diagnóstico da situação alimentar e nutricional das comunidades indígenas no Estado (Brasil/MPF, 2002). As referidas recomendações chegaram ao conhecimento da Coordenação Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (CGPAN) do Ministério da Saúde, instância responsável pela implementação das diretrizes da referida política no SUS, e do DESAI-FUNASA.

É oportuno destacar que o DESAI até então não contava com grupo técnico na área de alimentação e nutrição. Foi no contexto da crise do RS que, ainda em 2002, a CGPAN enviou uma profissional de nutrição para realizar um diagnóstico da situação nutricional das comunidades afetadas. O resultado da avaliação revelou que mais de 50% das crianças avaliadas encontravam-se anêmicas, a frequência de baixa estatura para idade de acordo com as curvas de crescimento do NCHS era elevada e a aldeia apresentava problemas de contaminação ambiental, falta de saneamento básico, além da comunidade apresentar condições sociais inadequadas (Pasquim, 2002).

Paralelamente, em resposta às recomendações do MPF, técnicos do DESAI e da CGPAN iniciaram ainda em 2002 a elaboração de proposta de criação de um programa de promoção saudável em comunidades indígenas. Esse programa, que embora tenha alcançado formalização legal, não chegou a ser implementado, será discutido adiante nesta dissertação, no item sobre o fluxo de alternativas de políticas.

No âmbito estadual do RS já havia iniciativas em andamento. Entre setembro de 2001 e novembro de 2002, um programa de controle da desnutrição e mortalidade das crianças foi estabelecido na Terra Indígena Guarita (TI Guarita) pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS) e a organização não-governamental COMIN, com a participação das lideranças indígenas das 12 aldeias da TI Guarita e equipe de saúde. O programa consistia em: (a) prover a cada criança o cartão de acompanhamento da saúde desenvolvido pelo Ministério da Saúde; (b) acompanhar trimestralmente o estado nutricional dos menores de cinco anos; (c) incluir as crianças desnutridas ou em risco de desnutrição e suas mães em uma intervenção nutricional; e (d) identificar fatores sociais associados à desnutrição das crianças, como subsídio para políticas e ações governamentais potencialmente efetivas para a melhoria da saúde dessa população indígena (Menegolla et al., 2006). Ressalte-se que os objetivos incluídos no referido projeto local contemplavam parte do desenho de sistemas de vigilância alimentar e nutricional.

A partir da descrição acima fica evidente que, tal como proposto no modelo de Kingdon (1995), um problema já evidenciado por indicadores ou acúmulo de experiências pode ter sua percepção aumentada pelos formuladores de políticas por meio do acontecimento de crises ou eventos focalizadores. Foi isso que aconteceu a partir da situação de desnutrição e óbitos de crianças indígenas no RS, um dos estados mais desenvolvidos do país.

O terceiro grupo de elementos do fluxo de problemas se constituiu no chamado *feedback* de ações governamentais. No curso normal de planejamento governamental, agentes públicos, normalmente servidores públicos do executivo, monitoram o funcionamento dos programas em curso. Segundo Kingdon (1995), atividades de implementação que não se enquadram com a interpretação das normas que as regem, problemas novos que surgem como resultado de desempenho de um programa ou conseqüências não antecipadas de problemas que precisam ser remediadas além de programas que não estejam funcionando como planejado podem em particular chamar a atenção dos formuladores. Muitas vezes a identificação de problemas deriva do monitoramento sistemático das atividades e de estudos de avaliação. Noutras vezes o retorno pode ser mais informal, através da reclamação de cidadãos e usuários de determinada política ou mesmo da ausência da mesma. Segundo o modelo, o acompanhamento de problemas por parte de servidores públicos envolvidos na gestão de programas governamentais representa uma das suas maiores contribuições para a formação da agenda. A necessidade de mudanças de rumo de determinado programa pode então ocasionar mudanças na agenda governamental.

Durante a construção da proposta da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, as informações existentes sobre a situação de saúde já sinalizava para os atores envolvidos quanto aos desafios para o subsistema. O documento elaborado pelo Ministério da Saúde (2000) sobre as diretrizes e contexto da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas descrevia:

“Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA (...).” – “Em relação à morbidade, verifica-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento

de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas” (Brasil/MS, 2000:9-10).

Em 2002, o DESAI e Departamento de Planejamento Institucional (DEPIN) do nível central da FUNASA iniciaram o planejamento das ações que comporiam o Plano Operacional da Saúde Indígena para o biênio 2003-2004, visando à oferta de serviços de saúde em todos os DSEI. Segundo o documento (Brasil/MS, 2003), o plano para aquele biênio seguiu os objetivos setoriais do Ministério da Saúde, segundo as prioridades políticas do governo federal, além de detalhar as diretrizes previstas para serem implementadas no Plano Plurianual (PPA) elaborado pelo Ministério do Planejamento para execução no quadriênio de 2004 a 2007. Nesse Plano Operacional, a implantação do sistema de vigilância alimentar e nutricional figura como uma das ações propostas.

Segundo os documentos analisados, o plano operacional visando à constituição do PPA 2004-2007 foi elaborado para “avançar na constituição de um modelo de atenção à saúde dos povos indígenas em consonância com o Sistema Único de Saúde”, e dentre suas diretrizes e programas para área indígena encontram-se:

Diretriz 1: Promover atenção integral à saúde dos povos indígenas, respeitando as especificidades etnoculturais e geográficas, atuando intersetorialmente com outras instâncias de governo e no âmbito do SUS.

Objetivo 1.2: Reduzir os coeficientes de morbimortalidade das populações indígenas.

Ação 1.2.2: Implantar a Vigilância Alimentar e Nutricional no DSEIs.

O PPA é um instrumento de planejamento governamental que foi estabelecido juntamente com as diretrizes orçamentárias, sendo os orçamentos anuais da União estabelecidos pelo artigo 165 da CF/88. O parágrafo 1º do artigo 165 dispõe: “A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada”.

Segundo Garcia (2000), o PPA é concebido sob uma clara perspectiva de coordenação das ações governamentais e com o poder de subordinação aos seus objetivos de todas as iniciativas não planejadas inicialmente. A totalidade dos planos e programas nacionais, regionais e setoriais dispostos na CF/88, assim como outros que vierem a ser instituídos por determinado governo, e ainda as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e os orçamentos anuais, precisam ser compatíveis com o que

dispõe o PPA. Constitui-se crime de responsabilidade qualquer investimento iniciado cuja execução ultrapassar um exercício financeiro sem prévia inclusão no PPA ou sem lei que autorize tal inclusão.

Segundo documento da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), intitulado “PPA: Elaboração do Plano e Gestão por Programa” (Brasil/MPOG, 2003), a formulação e a seleção dos programas que integram o PPA 2004-2007 têm como base a Orientação Estratégica de Governo. Esta tem como ponto de partida a “Estratégia de Desenvolvimento de Longo Prazo”, documento que foi originalmente debatido nos vários ministérios, com participação de técnicos e agentes governamentais, divididos entre representantes das áreas responsáveis pela implementação de políticas e dirigentes dos órgãos da administração pública federal em seminário realizado em abril de 2003. A “Estratégia” era composta de três megaobjetivos:

- 1 - Inclusão social e redução das desigualdades sociais;
- 2 - Crescimento com geração de emprego e renda, ambientalmente sustentável e redutor das desigualdades regionais;
- 3 - Promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia.

Para o alcance dos megaobjetivos, foram estabelecidos desafios, que expressavam os alvos a serem superado na implementação da “Estratégia”. Dentre os 30 desafios propostos pelos órgãos governamentais, segundo os documentos da ENAP (Brasil/MPOG, 2003), pelos menos dois eram diretamente relacionados com a questão da segurança alimentar e nutricional e com a questão da garantia de direitos dos povos indígenas: “*combater à fome visando sua erradicação e promover a segurança alimentar e nutricional¹, garantindo o caráter de inserção e cidadania*” (Desafio 1 do Megaobjetivo 1); “*garantir a integridade dos povos indígenas respeitando sua identidade cultural e organização econômica*” (Desafio 23 do Megaobjetivo 3).

No modelo de planejamento e gestão do PPA, as ações executadas são estruturadas em programas voltados para atendimento das demandas da sociedade. Os programas são divididos em ações. As ações são operações da qual resultam produtos (bem ou serviço) ofertado à sociedade e que deve contribuir para atender aos objetivos

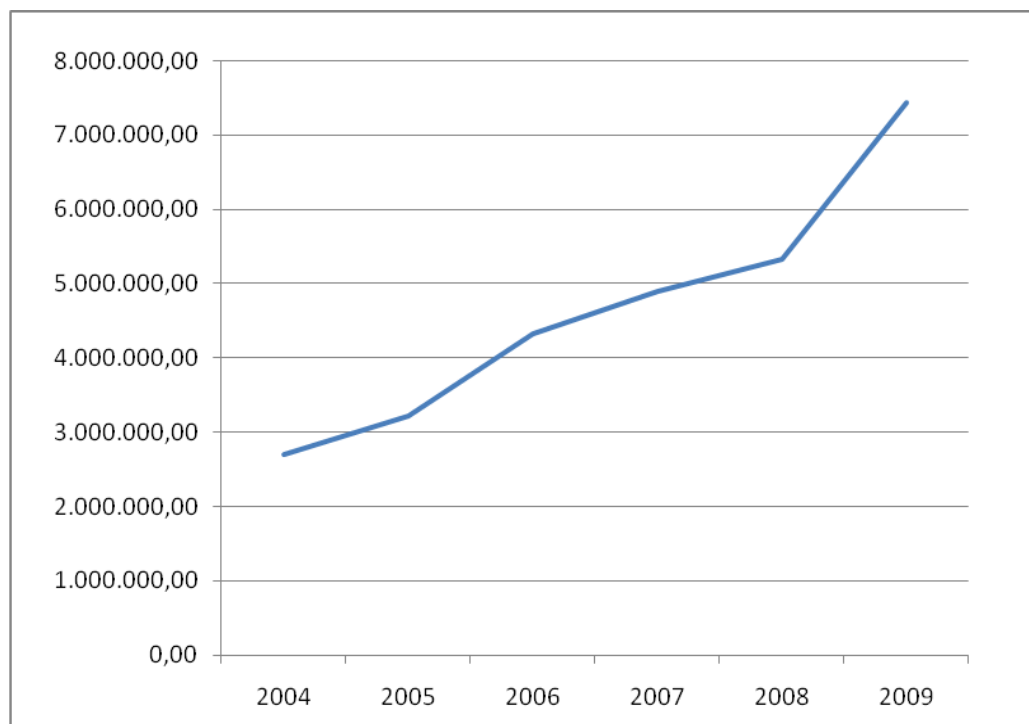
¹ O conceito Segurança Alimentar e Nutricional vem sendo debatido no Brasil em Conferências Nacionais sobre o tema desde 1994. A partir da Lei – 11346 de 15/09/2006 que Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências, o seu artigo 3º dispõe: “A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis”.

de um programa (Brasil/MPOG, 2003). A partir da elaboração do Plano Operacional da Saúde Indígena, a Ação 6140 (“Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas”) se constituiu em uma daquelas sob a competência da área de saúde do Programa 0150 do PPA do Ministério da Justiça (“Identidade Étnica e Patrimônio Cultural dos Povos Indígenas”). As ações deste Programa foram divididas de acordo com as responsabilidades de cada órgão, sendo que as relativas à atenção à saúde ficaram sob responsabilidade do DESAI/ FUNASA.

Assim, ao planejar a oferta e serviços de saúde aos povos indígenas para o período de 2004 a 2007, os técnicos e gestores responsáveis pelo subsistema de saúde indígena incluíram uma ação específica, “promoção da segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas”, visando dentre outros objetivos, o conhecimento de situação alimentar e nutricional dos povos no âmbito de abrangência dos DSEI. Tal ação, uma vez executada, traria subsídios para o estabelecimento de demais políticas para redução dos distúrbios nutricionais.

Os recursos planejados no PPA para o quadriênio de 2004 a 2007 referentes à ação 6140 (“Promoção da segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas”) foram autorizados pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Sob responsabilidade da FUNASA, foram alocados R\$2.700.000,00 para o ano de 2004, aumentando a cada ano, até atingir R\$ 7.442.720,00 em 2009 (ou seja, no segundo ano do PPA 2008-2011) (Gráfico 1).

Gráfico 1- Evolução dos Recursos em Reais (R\$) do Plano Plurianual da Ação “Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas” de 2004 a 2009.



FONTE: CGPAS/DESAI/FUNASA, 2009

O PPA não se constituiu na única fonte de recursos e de planejamento de ações para melhoria da oferta de serviços na área da saúde indígena. Em 1998, o chamado “Componente B: Saúde Indígena” foi incluído no Projeto Vigisus, oriundo do Acordo de Empréstimo do Governo Brasileiro com o Banco Mundial (Banco Interamericano de Reconstrução Nacional-BIRD). O Projeto Vigisus tem como principal objetivo a modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa apoiar a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde na descentralização das ações de vigilância epidemiológica no Brasil. A primeira fase do Projeto Vigisus ocorreu entre 1998 e 2004. A partir de 2005, foi iniciada a segunda fase intitulada Projeto Vigisus II, planejada para ser executado até dezembro de 2008 (Brasil/MS, 2005).

Na segunda fase do projeto, o Componente Saúde Indígena teve por objetivo, *“dinamizar e apoiar a assistência sanitária aos povos indígenas, assim como desenvolver a capacidade de organização, gestão, atenção e administração do Subsistema de Saúde”*. Para este fim, a FUNASA propôs *“um processo de fortalecimento institucional que aborda aspectos macroinstitucionais, da esfera central,*

aspectos institucionais em relação ao papel das Coordenações Regionais (Cores), assim como um processo de fortalecimento dos Dseis na relação com a gestão” (Brasil/MS, 2005: 5).

O Componente Saúde Indígena do Vigisus II foi elaborado a partir dos resultados de uma avaliação promovida pelo Banco Mundial em 2003 (Sanigest, 2003), quando foram apontadas as principais necessidades para a melhoria do subsistema de saúde indígena. As questões levantadas envolveram a necessidade de fortalecimento da capacidade institucional da FUNASA, de ações inovadoras em saúde indígena, que incluíam um melhor conhecimento da situação alimentar e nutricional, das causas de alcoolismo e suicídio, e o fortalecimento da medicina tradicional indígena, além de apoio a iniciativas das próprias comunidades indígenas para promoção da saúde.

A partir dos subsídios dessa avaliação, com a identificação das principais lacunas do subsistema, propostas de intervenção para construção do projeto foram formuladas por técnicos do DESAI e por consultores externos contratados com recursos do Banco Mundial (http://www.funasa.gov.br/internet/.../vigisus/Vigisus_saudeIndigena.pdf. acessado em 21.09.2009). Após ser submetida para avaliação de técnicos do Banco Mundial, a proposta de projeto constitui-se no Componente B: Saúde Indígena, dividido em quatro subcomponentes:

- ▶ Subcomponente 1: Fortalecimento da capacidade institucional
- ▶ Subcomponente 2: Ações Inovadoras em saúde indígena:
 - Área de Intervenção 1: Saúde mental
 - Área de Intervenção 2: Medicina tradicional indígena
 - Área de Intervenção 3: Vigilância alimentar e nutricional
- ▶ Subcomponente 3: Iniciativas comunitárias em saúde indígena
- ▶ Subcomponente 4: Saneamento em áreas quilombolas

Em seguida, para atuar na gerência técnica da Área de Intervenção 3 do Subcomponente 2, o DESAI, que não contava com profissionais de nutrição em seu quadro de servidores no nível central em Brasília, solicitou ao Ministério da Saúde, a cessão de uma servidora com aquele perfil, a fim de constituir uma Área Técnica de Alimentação e Nutrição.

Para adequação de todos os subcomponentes do projeto elaborados inicialmente pelos consultores e técnicos às exigências dos instrumentos de planejamento e execução, acompanhamento e avaliação do projeto pelo agente financiador e

conseqüente aprovação do empréstimo, foram realizadas oficinas de trabalho com o *Task Manager* do Banco Mundial durante o primeiro semestre de 2004.

O plano operacional referente à “Área de Intervenção 3: Vigilância Alimentar e Nutricional”, após as oficinas com técnicos do Banco Mundial, foi definido pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição do DESAI, recém constituída sendo compatibilizado com o plano operacional da saúde indígena elaborado pelo DESAI e DEPIN, que subsidiou o PPA 2004-2007. O objetivo foi de que, embora contasse com duas fontes de financiamento, se constituísse em um plano único, com as mesmas estratégias de implementação e sob a gerência de um único grupo técnico. A partir de então, algumas ações eram financiadas pelo Banco Mundial, enquanto outras por recursos do PPA, entretanto sem sobreposição, e com objetivos únicos.

No final do ano de 2003, antes da formalização do plano operacional do DESAI para todo o subsistema de saúde indígena, o DSEI Mato Grosso do Sul (DSEI MS) já contava com uma experiência local de vigilância alimentar e nutricional com acompanhamento de cerca de 90% dos menores de cinco anos de suas aldeias. Com o objetivo de conhecer a experiência para a finalização do plano operacional, a Área Técnica de Alimentação e Nutrição realizou visita a aldeias dos pólos-base de Dourados e Amanbai. Os dados existentes do SISVAN no DSEI MS revelavam prevalências de desnutrição superiores às médias nacionais, ratificando a necessidade de priorizar ações nesta área de atuação.

Pode-se afirmar a partir da análise dos documentos referentes ao *feedback* de ações governamentais que a ação foi motivada pelas informações sobre as necessidades do subsistema para a redução dos coeficientes de morbi-mortalidade, por meio do acompanhamento das ações de atenção à saúde realizadas pela própria instituição, assim como de avaliações externas, como a realizada pelo Banco Mundial. Além disso, o planejamento seguiu as orientações estratégicas do PPA, caracterizando uma adesão à agenda governamental mais ampla do governo federal.

Em resumo, no presente estudo foi possível identificar os diversos elementos que podem constituir o fluxo de problemas segundo o modelo de Kingdon (1995), quais sejam: a existência de informações produzidas a partir de investigações acadêmicas indicando a ocorrência de precárias condições nutricionais nas comunidades indígenas; a ocorrência de um evento focalizar, no caso a morte de crianças indígenas em RS; finalmente, o *feedback* de ações governamentais, que envolveram atingir metas de melhoria das condições de saúde dos povos indígenas. Esses elementos, articulados

entre si, foram capazes de despertar a atenção dos formuladores de políticas para um problema que necessitava de políticas públicas específicas para seu enfrentamento.

4.1.1 Participação de Atores no Fluxo de Problemas

Conforme já mencionado, além do processo pelo qual certos itens se destacam na agenda de políticas públicas, o modelo de Kingdon (1995) considera também a atuação dos atores envolvidos no processo das mudanças nas políticas governamentais, denominados como “participantes ativos”. Podem ser atores governamentais ou não-governamentais, com cada categoria desempenhando papéis específicos nas diversas fases do ciclo da política. A distinção entre esses atores nem sempre é fácil de ser determinada. Grupos de interesse constantemente exercem influência e são influenciados por agentes governamentais. Por exemplo, os pesquisadores e grupos acadêmicos podem ter relações de contato regular com servidores dentro do governo, muitas vezes agindo como consultores e outras vezes convocados para responder a sessões parlamentares ou em outros contextos. Ou seja, os envolvidos podem transitar dentro e fora do governo, muitas vezes ocupando posições governamentais e em certas ocasiões atuando como “lobistas”, consultores ou como referências para determinado assunto. Para Kingdon (1995), os canais de comunicação entre os que estão formalmente dentro do governo e os que estão fora dele tendem a permanecer em constante atividade, com idéias e informações circulando na rede de envolvidos.

A seguir, analisaremos o papel desempenhado por grupos acadêmicos (acadêmicos, pesquisadores e consultores) no fluxo de problemas. O modelo considera que esta categoria se constitui, depois dos grupos de interesse, na mais importante no grupo de atores não governamentais (os que não têm posição formal no governo).

Segundo Kingdon (1995), com frequência a literatura oriunda de produção acadêmica é utilizada em debates por agentes governamentais, burocratas e lobistas. Além disso, regularmente, agências governamentais e comitês legislativos, além de técnicos do executivo, acionam a *expertise* de pesquisadores em audiências, encontros e painéis consultivos. As atividades e os impactos promovidos por grupos acadêmicos variam de diversas formas. Em primeiro, tendem a atuar mais na especificação de alternativas do que na formação da agenda. Os estudos realizados por Kingdon (1995) para elaboração de seu modelo analítico revelaram que, muitas vezes, a agenda é definida por atores dentro do processo decisório governamental, que por sua vez

acionam a comunidade de especialistas para estabelecimento de propostas que possam constituir soluções para os problemas. Outro aspecto relevante acerca do papel dos grupos acadêmicos diz respeito aos efeitos de curto e longo prazo. Os efeitos de longo prazo referem-se à discussão e difusão de idéias que vão sendo promovidas por produção acadêmica ao longo do tempo e que afetam os formuladores de políticas. Os de curto prazo acontecem quando as análises e propostas oriundas de grupos de pesquisa estão diretamente relacionadas aos problemas que estão ocupando a atenção dos agentes governamentais em determinado momento, ou ainda quando um pesquisador passa a ocupar uma posição dentro do governo.

Neste estudo sobre o SISVAN indígena, como já citado, grupos acadêmicos tiveram papel fundamental na produção de informações sobre o perfil nutricional dos povos indígenas, tendo sido utilizadas pelos formuladores de políticas de saúde indígena como justificativa para a inclusão do SISVAN no planejamento de ações de atenção à saúde. Uma vez que os estudos já vinham sendo produzidos desde a década de 1990, a difusão de informações teve um efeito de longo prazo. Adiante nesta dissertação, na discussão sobre fluxo de alternativas de políticas, veremos o papel dos grupos acadêmicos na difusão de idéias e especificação de propostas de políticas.

A partir dos documentos analisados foram identificadas outras participações dos grupos acadêmicos. Assim, pesquisadores atuaram em diversos eventos relacionados ao SISVAN Indígena após o mesmo ter sido estabelecido no plano operacional da FUNASA e do Projeto Vigisus II. Esses eventos relacionaram-se à divulgação e discussão da proposta e das diretrizes estabelecidas pelo DESAI para implementação do SISVAN nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (ANEXOS). Deste modo, tal como disposto no modelo, a *expertise* dos pesquisadores foi acionada pelos técnicos responsáveis pela Área de Alimentação e Nutrição do DESAI nos encontros e discussões realizadas sobre o tema com os profissionais que atuavam diretamente nos DSEI.

Outras categorias de atores não-governamentais que participaram do fluxo de problemas relacionado aos eventos focalizadores incluíram a mídia e as instituições envolvidas no Controle Social, incluindo o Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), a CISI e o MPF. Vale destacar que Kingdon (1995) descreve o papel da mídia na formação da agenda de políticas públicas. As demais categorias de atores relevantes no presente estudo (ou seja, os Conselhos de Saúde e o MPF) não são

formalmente descritos no modelo norte-americano, já que são produtos particulares do sistema de saúde e de justiça brasileiros.

A Lei 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, estabelecendo a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A legislação citada define o Conselho de Saúde como órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, sendo suas decisões homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. A Resolução 333/2003 redefine a atuação do Conselho de Saúde como órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e inclui os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas (CONDISI), sob a coordenação dos Conselhos de Saúde na esfera correspondente.

Segundo Côrtes (1998), a participação dos conselhos municipais de saúde no processo decisório do setor, incluindo representantes dos usuários dos serviços de saúde, tem sido evidenciada em diversos estudos. Tais investigações, segundo a autora, contrariam afirmações presentes em literatura internacional do início da década de 1990 sobre o contexto de reformas setoriais da saúde em países em desenvolvimento, onde haveria dificuldade na criação de canais participativos devido aos perfis das instituições políticas dominadas por pactos elitistas e fragilidade da sociedade civil. Para Côrtes (1998), em determinados casos e conjunturas, os Conselhos Municipais de Saúde têm sido arena representativa dos interesses dos setores populares e de participação nos processos de tomada de decisão política.

Langdon & Diehl (2007) afirmam que, desde a implantação do subsistema de saúde indígena em 1999, são poucas as reflexões sobre a participação indígena e controle social na política do setor. O estudo de caso das autoras derivou de participação em um CONDISI específico, qual seja, o CONDISI Interior Sul. Segundo elas, diversos problemas interferiam na efetividade de atuação do Conselho, dentre os quais: (1) ambigüidade de papéis dos membros do Conselho, onde alguns indígenas eram funcionários da FUNAI ou FUNASA, mas atuavam como representantes dos usuários; (2) a pouca participação de trabalhadores não indígenas, pois, apesar da legislação demandar paridade entre gestores e trabalhadores, o Conselho era composto

majoritariamente de indivíduos ligados à gestão do subsistema. Segundo as autoras, essa composição comprometia a atuação do Conselho na medida em que se tornava “fiscal de si próprio”; (3) ausência de representatividade de algumas etnias da área de abrangência do DSEI no Conselho; (4) problemas na organização e funcionamento do CONDISI Interior Sul, que reproduz o funcionamento dos conselhos de saúde não-indígenas, e pode não condizer com a realidade da representatividade dos povos indígenas. As autoras concluem que o funcionamento do CONDISI Interior Sul se caracterizava por uma atuação burocrático-administrativa, com reduzido impacto nos processos de gestão, programação, execução e avaliação das ações de saúde.

Apesar das limitações quanto à efetividade de atuação do CONDISI Interior Sul, apontadas pela análise de Langdon e Diehl (2007), as evidências levantadas no presente estudo, segundo os documentos da CISI (2006), mostraram que esse mesmo Conselho conseguiu atuar de maneira articulada. Isso porque, juntamente com a CISI, levou ao conhecimento da Presidência da FUNASA, instância máxima do órgão, a desfavorável situação nutricional das crianças das aldeias do Rio Grande do Sul, chamando a atenção dos gestores nacionais da saúde indígena para o reconhecimento de um problema que demandava soluções prioritárias.

Machado (2008) comenta que, a partir do estabelecimento da CF/88, que em seu artigo 196 assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado, segmentos da sociedade civil têm buscado a concretização desses direitos até então não garantidos na prática. De acordo com esse autor, o campo do direito tem se apresentado como meio efetivo para superar os limites quanto à universalização do acesso aos serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde. Diversas instâncias judiciais vêm sendo acionadas pela sociedade civil visando à garantia do direito à saúde. Tais instâncias incluem o Poder Judiciário, o Ministério Público (MP) e a Defensoria Pública. O artigo 127 da CF/88 dispõe: *“O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”*.

Ainda de acordo com Machado (2008), a atuação do MP na busca da garantia dos direitos sociais tem sido relatada em diversos estudos, sendo a Ação Civil Pública seu principal instrumento. O padrão mais comum tem sido resolver os conflitos nas fases pré-processuais, de modo que poucos inquéritos civis chegam a Ação Civil Pública, sendo muitas disputas resolvidas pela assinatura de um Termo de Ajustamento de Conduta. Segundo o mesmo autor, a inserção do Poder Judiciário e MP na área de

saúde evidenciam a “judicialização” da política, ou seja, uma forma de expansão do Poder Judiciário na atuação dos demais Poderes.

No caso dos episódios de desnutrição no RS, conforme já mencionado, o MPF do Rio Grande do Sul instaurou um Inquérito Civil Público (n.º 06/2002), que não chegou a se constituir em Ação Civil Pública. Entretanto, por meio da convocação de Audiência Pública e da instauração de Inquérito Civil, os diversos encaminhamentos e recomendações resultantes levaram diversos órgãos governamentais na direção de uma atuação conjunta. Foram geradas ações voltadas para a redução da desnutrição e mortalidade infantil nas aldeias indígenas, além de chamar a atenção de autoridades no nível central do DESAI e da CGPAN do Ministério da Saúde para o problema dos elevados índices de desnutrição entre crianças indígenas.

Conforme enfatiza Kingdon (1995), a mídia ocupa potencialmente um papel de destaque na construção de agendas, pois a atenção da opinião pública normalmente se volta e segue as questões governamentais cobertas pelos meios de comunicação de massa. Se uma questão governamental passa a ser pautada pela mídia como problema, o público em geral tenderá a citá-lo como importante, o que também influenciará os legisladores e gestores. Em nosso estudo de caso, conforme já indicado, inclusive com a reprodução de matérias em jornais de ampla circulação, a mídia desempenhou o papel de focalizar uma questão que já vinha sendo descrita por grupos de pesquisa, embora até então não haviam sido identificados estudos sobre as condições nutricionais de populações indígenas do Sul do Brasil. O evento das mortes das crianças indígenas por desnutrição, que foram manchetes em diversos jornais e que também se fizeram presentes em outros meios de comunicação (rádio, televisão, internet, entre outros), ajudou a mobilizar segmentos de atores.

O *feedback* de ações, ou seja, o acompanhamento da implementação de ações visando o alcance de metas, contou principalmente com a participação de atores governamentais. Servidores públicos e servidores com *status* de gestores e poder de decisão por força da responsabilidade em responder por cargos comissionados de gestão e planejamento estão entre os atores envolvidos nesse processo. O modelo de Kingdon (1995) enfatiza diferenças entre a atuação dos diversos atores governamentais e entre estes e os atores não governamentais. Se os atores não governamentais atuam mais na especificação de alternativas, como já sinalizado, os atores governamentais atuam principalmente na formação da agenda de uma política pública. Entretanto, mesmo dentre os atores governamentais, há aqueles mais envolvidos na formação da agenda

propriamente dita, enquanto outros participam da elaboração de alternativas e das fases de implementação da política. Os servidores públicos de carreira (os que não estejam exercendo cargos comissionados), apesar de possuírem diversos atributos para formação da agenda, como *expertise* necessária em suas áreas de competência, dedicação aos objetivos que compõem os seus programas e estabilidade em suas agências governamentais, não foram destacados como muito influentes na formação da agenda, nos estudos de Kingdon (1995).

No presente estudo, quanto à implantação do SISVAN, as atividades de servidores públicos de carreira e de servidores de cargos comissionados podem ser identificadas pela elaboração do plano operacional da FUNASA e pela elaboração do plano plurianual do órgão para as ações de saúde indígena, no qual participam essas duas categorias de atores. Nos documentos do plano é clara a relação do planejamento de ações de alimentação e nutrição com os indicadores de morbi-mortalidade, o que indica *feedback* da implementação das ações de saúde. A elaboração do plano conta com participação de técnicos e servidores públicos de carreira, mas a formalização do plano operacional para sua inclusão no PPA depende de autorização dos servidores comissionados com poder de decisão. Ou seja, mesmo que servidores de carreira participem da elaboração de propostas, estes dependem da receptividade dos servidores comissionados para o seu encaminhamento.

Outros atores governamentais são considerados no modelo de Kingdon (1995), como os membros do Congresso Nacional e os assessores que atuam nessas instâncias de decisão legislativa. Como o presente objeto de estudo trata de uma agenda especializada dentro de uma agenda mais ampla como a agenda da política de saúde indígena, não identificamos esses membros como especificamente influentes na formação da agenda do SISVAN Indígena. Uma análise que contemplasse a formação da política nacional de saúde indígena certamente poderia incluir a participação de tais atores.

Outra importante atividade de avaliação de ações em curso na saúde indígena se constituiu no Projeto Vigisus II, que também conta com participação das duas categorias de atores tanto para elaboração da avaliação como para a autorização para execução. No presente estudo, em mais uma vez surgem categorias de atores não descritas no modelo de Kingdon (1995), o que segundo o próprio modelo está de acordo com a peculiaridade que cada situação apresenta. Neste sentido, destacamos o Banco Mundial como um importante ator no *feedback* de ações governamentais.

O Banco Mundial é uma das agências de fomento envolvidas no alcance das chamadas Metas de Desenvolvimento do Milênio. Após a realização da Reunião de Cúpula do Milênio das Nações Unidas em Nova Iorque (Estados Unidos) em 2000, da Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e as Formas Conexas de Intolerâncias, que ocorreu em Durban (África do Sul) em 2001, e da Reunião de Cúpula das Américas em Québec (Canadá), em 2001, diversos governos e órgãos internacionais incorporaram a questão étnica em suas agendas, refletindo as diretrizes emanadas nas referidas cúpulas internacionais. Com o apoio do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento, diversos países, incluindo o Brasil, passaram a produzir informações demográficas e socioeconômicas que melhor permitissem caracterizar desigualdades do ponto de vista étnico (OPAS, 2003).

A atuação do Banco Mundial como agência de fomento na formulação de políticas de saúde em todo o mundo tem sido debatida na literatura. Segundo Mattos (2001), ao longo dos anos 1990 agências de financiamento internacionais passaram a se envolver em questões no plano das políticas de saúde, em particular nos países em desenvolvimento. A partir de sua atuação em temas como as reformas dos sistemas de saúde e a organização dos governos na área de saúde, o Banco Mundial se tornou um agente importante no plano internacional no que diz respeito às questões da saúde.

No tocante à saúde indígena no Brasil, o Banco Mundial teve um papel importante no que diz respeito à implantação do SISVAN Indígena. Isso porque atuou não somente como financiador de avaliações que levaram ao *feedback* das principais lacunas do subsistema de saúde indígena, como também em atividades de acompanhamento das estratégias de implementação da ação que vem sendo colocadas em curso desde 2005 até o presente. Nesse período, missões de acompanhamento do alcance de metas do Projeto Vigisus II por técnicos do Banco Mundial têm sido realizadas semestralmente (Brasil/MS, 2009).

4.2 Fluxo das alternativas de políticas

De acordo com o modelo de Kingdon (1995), os fluxos de problemas, de alternativas de políticas e o político seguem cursos independentes até a construção da agenda, quando pode ocorrer a convergência entre eles.

O fluxo de alternativas e de propostas de políticas públicas, segundo o modelo, é influenciado por diversos elementos, que incluem: a participação de comunidades de

políticas, a circulação das idéias nessas comunidades, a sensibilização de diversos atores para determinada proposta, os critérios para uma proposta ser escolhida entre as alternativas e a importância da existência de uma proposta viável estar disponível quando surgem as oportunidades políticas para determinado problema, além do papel dos empreendedores de políticas no encaminhamento das propostas.

A geração de alternativas e propostas de políticas é elaborada nas comunidades de políticas (*policy communities*) e, segundo Kingdon (1995), lembra o processo de seleção natural, na vertente biológica. Assim como as moléculas, que antes do surgimento da vida como conhecemos hoje flutuavam no que os biólogos chamam de “caldo primordial” (“*primeval soup*”), as idéias também “flutuam” nas comunidades. Algumas dessas idéias podem ser viáveis, como foram as moléculas que deram origem à vida. Por outro lado, muitas idéias emergem e depois desaparecem. Aquelas que “sobrevivem” passam por um longo processo de disseminação ou sensibilização, que Kingdon (1995) chama de “*soften up*”: idéias circulam, e são aprimoradas, projetos de leis são apresentados, palestras são feitas, propostas são elaboradas e modificadas em resposta a reações da comunidade, circulam novamente, e assim por diante. As idéias se confrontam com outras, e combinam-se com outras de várias maneiras. O “caldo” de idéias muda não somente pelo aparecimento de novos elementos, mas principalmente pela recombinação de elementos previamente existentes. Algumas idéias sobrevivem e prosperam ao longo do tempo.

Um elemento importante nessa dinâmica é o papel de empreendedores de políticas, ou atores, que desempenham o papel de advogar por uma proposta no sentido de promover uma idéia. Eles podem estar ou não no governo, nos grupos de interesse, ou nas instituições de pesquisa. Segundo Kingdon (1995), os empreendedores se caracterizam pela disposição em investir recursos (tempo, reputação e às vezes dinheiro) na esperança de retorno futuro. Esse retorno pode ser em forma de políticas aprovadas, satisfação de participar do processo de decisão ou ganhos pessoais na forma de segurança em seus empregos ou promoções.

Outro elemento importante no fluxo de alternativas é o valor que Kingdon (1995) destina às idéias. A disseminação de idéias faz parte do processo decisório dentro e em torno do governo. Os agentes governamentais com poder de decisão e os que os assessoram encontram propostas e idéias, as avaliam, debatem com outros agentes, levantam evidências e argumentos em sua sustentação ou oposição, persuadem os demais envolvidos e envolvem-se em dilemas intelectuais. Essa maneira de trabalhar

com problemas e propostas, em contraste a trabalhar com lobby ou mobilização de pessoas exercendo pressão é, segundo o autor, um fato real em comunidades de políticas. Oficiais governamentais freqüentemente julgam os méritos de uma causa assim como os custos e benefícios políticos dessa causa. As melhores idéias, aquelas que se revertam em benefícios políticos, tenderão a ser as escolhidas.

De acordo com o modelo de análise, o “*softening up*”, ou “sensibilização” para as propostas, também é considerado fundamental no fluxo das alternativas. Até certo ponto, as idéias circulam livremente no “caldo” de políticas. Porém, os empreendedores levam suas idéias em diferentes fóruns, tentando sensibilizar tanto as comunidades de políticas, que tendem a ser resistentes a grandes mudanças, quanto o público em geral, habituando-os às novas idéias possibilitando aprovação para suas propostas. Quando uma oportunidade rara de promover suas propostas surge, os envolvidos com a política e o público em geral já estão sensibilizados. Para Kingdon (1995), o “*softening up*” é extremamente importante antes de uma proposta ser levada adiante. Muitas propostas não encontram receptividade porque chegam antes que público em geral, o público especializado ou as comunidades de políticas estejam preparados para ouvi-las. Eventualmente, tais propostas podem ser reapresentadas, mas somente depois de um novo período de amadurecimento.

Quanto à sobrevivência de determinadas idéias, certos critérios foram observados por Kingdon (1995). Propostas que não encontrarem viabilidade técnica, ideologias aceitáveis de acordo com a comunidade de políticas, custos toleráveis, aceitação antecipada do público em geral e uma razoável chance de aceitação por parte dos formuladores de políticas dificilmente terão probabilidade de serem consideradas como propostas viáveis de aceitação.

A existência de alternativas disponíveis é de suma importância para ajudar um problema a entrar na agenda de decisão. Muitas vezes certos temas importantes para o governo não entram na agenda por não terem uma solução pronta e bem difundida ligados a eles. Antes de uma questão alcançar uma posição de destaque na agenda de decisão, uma alternativa viável deve estar disponível para a apreciação dos agentes governamentais com poder de decisão. Não é suficiente haver um problema, mesmo que seja um problema com forte poder de pressão. É necessário haver também uma proposta de solução pronta para ser executada, que já tenha sido difundida e debatida, além de ser viável tecnicamente e financeiramente. Kingdon (1995) lembra que a disponibilidade de uma alternativa viável não é condição suficiente para um problema alcançar uma

prioridade elevada na agenda de decisão, mas suas chances aumentam se uma solução estiver acoplada a ele.

Tal como o modelo de Kingdon (1995) descreve, a proposta de SISVAN não foi elaborada especificamente para o subsistema de saúde indígena. Ou seja, não houve uma escolha racional baseada em uma lista de problemas existentes para se enfrentar no subsistema e/ou a elaboração de uma solução ideal específica para tal problema. Pelo contrário, buscou-se uma solução já debatida, amplamente circulada e adotada internacional e nacionalmente, como ocorreu com o SISVAN no SUS.

O conceito de vigilância alimentar e nutricional foi formulado inicialmente com alcance internacional na Conferência Mundial de Alimentação, realizada em Roma no ano de 1974. Naquela ocasião, recomendou-se à Organização Mundial de Saúde (OMS), à *Food and Agriculture Organization* (FAO) e ao Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) o estabelecimento de uma metodologia para um sistema de vigilância das condições de alimentação e nutrição de populações em risco. O objetivo do sistema consistia em se avaliar de forma rápida e permanente os fatores que afetam os padrões de consumo alimentar e o estado nutricional da população (PAHO, 1988).

A vigilância alimentar e nutricional foi consequência de uma estratégia internacional conhecida como “*planificação nutricional*”, que foi introduzida em países da América Latina. Visava à melhoria da qualidade de vida das populações destes países, utilizando-se o estado nutricional como indicador. Na época, não existia sistema de informações de condições de vida que pudesse proporcionar os dados necessários para determinar o estado nutricional da população, e assim avaliar o alcance das metas da planificação (Castro, 1995). Neste contexto, e como parte dos esforços em promover o desenvolvimento, considerou-se que os instrumentos da vigilância nutricional permitiam medir o progresso econômico e social. Países de América Latina e Caribe assumiram a liderança no estabelecimento de sistemas de vigilância nutricional (Mock & Bertrand, 1993).

A partir das recomendações da já referida Conferência Mundial de Alimentação, um Comitê Técnico Misto formado pela FAO/UNICEF/OMS elaborou um informe técnico intitulado “*Metodologia para la Vigilancia Nutricional*”, que estabeleceu o objetivo geral da vigilância nutricional: “*A vigilância deve proporcionar informação contínua sobre a situação nutricional da população, e os fatores que as influenciam. Esta informação deverá servir de base para as decisões dos encarregados de formular*

as políticas, planejar e administrar os programas de melhoria do consumo alimentar e estado nutricional” (OMS, 1976: 8-9).

O SISVAN, tal como concebido pela FAO, deveria reunir dados de diferentes setores, como agricultura, economia e saúde, configurando um sistema de caráter intersetorial, que pudesse dar respostas para os formuladores de políticas públicas, quanto às deficiências alimentares e nutricionais, cujos determinantes são multifatoriais. Vale indicar que, desde a sua concepção até os dias de hoje, essa definição conceitual vem assumindo, de acordo com os objetivos estratégicos em cada país, características próprias (Engstrom, 2002).

No Brasil, assim como em outros países da América Latina, as primeiras experiências em vigilância alimentar e nutricional surgiram no setor saúde, baseado no conceito de vigilância das enfermidades. Batista Filho & Rissim (1993) descreveram as experiências de implantação do SISVAN a partir da década de 1980. Segundo os autores, as primeiras experiências ocorreram por iniciativa do extinto Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), sobretudo nos estados de Pernambuco e Paraíba entre 1983 e 1984, mas foram interrompidas por falta de financiamento. As experiências seguintes envolveram diversos estados do Brasil e o apoio de instituições como o UNICEF, a ex Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), atual FUNASA, e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), com apoio do CNPq. O SISVAN somente foi regulamentado nacionalmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com a publicação da Portaria 1.156 publicada em 31 de agosto de 1990. Essa portaria estabeleceu o monitoramento do perfil nutricional, estimulando a organização da produção de dados, antropométricos de grupos materno-infantis em centros e postos de saúde do SUS (<http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php>. acessado em 04.01.10).

A partir da regulamentação no SUS, o monitoramento nutricional contemplou principalmente os beneficiários do já extinto Programa Leite é Saúde (PLS) (1993), que consistia na distribuição de leite e óleo para crianças em risco nutricional e desnutrição, pelas unidades de saúde. Em seguida, a partir da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-96), reafirmou-se a necessidade do SISVAN para captação e monitoramento dos casos de risco nutricional, sendo requisito para repasse de recursos financeiros aos municípios que tivessem implantado o Programa Incentivo de Combate às Carências Nutricionais, que substituiu o PLS (Engstrom, 2002).

Em 1999, foi definida a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Portaria MS 710 de 10 de junho de 1999), sendo estabelecido como uma de suas diretrizes o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população brasileira (MS, 2003).

No contexto mais recente, no âmbito do SUS, o desafio do SISVAN tem se voltado para a organização e produção dos dados, diante da atual estratégia do Ministério da Saúde para Atenção Básica, que prevê a mudança no modelo assistencial para a estratégia de saúde da família, envolvendo equipes multidisciplinares e agentes comunitários de saúde (Silva et al., 2002).

Atualmente, de acordo com o Ministério da Saúde o SISVAN, é concebido a partir dos seguintes eixos: formulação de políticas públicas; planejamento e acompanhamento e avaliação de programas sociais relacionados à alimentação e nutrição; e avaliação da eficácia das ações governamentais, cumprindo o papel de auxiliar os gestores públicos no planejamento de políticas de alimentação e nutrição. Constitui-se em instrumento para obtenção de dados de monitoramento estado nutricional e consumo alimentar de pessoas que freqüentam as Unidades Básicas do SUS. São contempladas pela Vigilância Alimentar e Nutricional as diversas fases do ciclo de vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes. O sistema envolve uma combinação de diferentes estratégias de vigilância epidemiológica, como: sistema informatizado, chamadas nutricionais, inquéritos populacionais, fomento e acesso a produção científica, indicadores de saúde e nutrição (<http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php>, acessado em 04.01.10). O Programa Bolsa-Família (PBF) do Governo Federal utiliza o SISVAN como instrumento de acompanhamento de seus beneficiários, sendo uma das condicionalidades para a manutenção das famílias no PBF (Romeiro, 2006).

Ao longo dos anos, alguns autores vêm avaliando a proposta de SISVAN no Brasil. Em análise realizada por Batista Filho & Rissim (1993), os autores destacaram: a precária sustentação política do sistema, sem que as autoridades envolvidas valorizassem os indicadores do estado nutricional no tratamento dos problemas econômicos e sociais, do mesmo modo como são valorizados os indicadores mais tradicionais, como mortalidade infantil, taxa de analfabetismo, entre outros; o SISVAN resumia-se basicamente a informações antropométricas, não alcançando indicadores relativos à qualidade, quantidade, consumo de alimentos ou a outros problemas como deficiências de micronutrientes, sendo um instrumento limitado mesmo para o setor saúde, devido a não abarcar uma análise mais integrada dentro de um modelo causal

racionalmente concebido e validado dos fatores mais relevantes que determinam a situação alimentar e nutricional da população; cobertura geográfica e populacional reduzida, além de qualidade duvidosa dos dados; componente de análise e interpretação dos resultados deixados em segundo plano; e, finalmente, como consequência de todos estes aspectos, a pouca utilização do SISVAN, já que os dados produzidos praticamente não originaram intervenções governamentais, tampouco o uso imediato e individual da informação pelo profissional que presta assistência na maioria dos casos, não existindo o necessário *feedback* entre as informações, a ação e os resultados finais.

Santana e Santos (2004) publicaram os resultados de uma avaliação do processo de implantação e execução do SISVAN em um conjunto de municípios baianos, realizada no período de 1997 a 1998. Foram investigados municípios onde o Programa Leite é Saúde² estava sendo executado. As autoras descrevem que o próprio Ministério da Saúde reconhecia em 1993 que as ações de vigilância nutricional eram poucas ou sequer executadas nos municípios. Foi quando aconteceu a integração da vigilância nutricional ao Programa “Leite é Saúde” como estratégia para implementação do SISVAN. Para receber os recursos destinados ao “Leite é Saúde”, o município deveria realizar um diagnóstico antropométrico da população materno infantil e gerar mensalmente informações do estado nutricional de crianças e gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde com o objetivo de obter informações contínuas sobre o perfil antropométrico dessa população. Nesse novo arranjo, esperava-se que o sistema teria melhores condições para a geração, o processamento e a análise de informações, que subsidiariam a reorganização das ações específicas necessárias à atenção integral à saúde das crianças e de gestantes. Tais informações seriam importantes para instrumentalizar a tomada de decisões para a formulação de políticas de alimentação e nutrição no município, estado e país.

Os resultados da avaliação realizada por Santana e Santos (2004) apontaram para uma incipiente implantação do SISVAN nos 35 municípios visitados, tanto como pré-requisito para o Programa Leite é Saúde, ou como instrumento gerencial nas unidades básicas de saúde. Uma vez que 20% dos municípios avaliados não realizaram o

² O Programa de Atenção aos Desnutridos e Gestantes em risco nutricional “Leite é Saúde” teve início em 1993, no governo Itamar Franco, como linha de atuação do Ministério da Saúde no “Plano de Combate à Fome e a Miséria” do Governo Federal. Consistia na distribuição diária a crianças de 6 a 23 meses que se encontrassem abaixo do percentil 10 (indicador peso/idade), de 120 g de leite em pó ou 1 litro de leite fluido pasteurizado e uma lata de óleo de soja/mês; um irmão na faixa de 2 a 5 anos, assim como gestantes em risco nutricional, deveriam receber metade da dosagem de leite/dia referida acima sem receber óleo de soja.

diagnóstico antropométrico anterior à implantação do programa “Leite é Saúde”, verificou-se a limitação do papel do SISVAN como instrumento de ação para definição de políticas e para apontar tendências sobre as condições nutricionais da população. Outro fator observado foi a pequena institucionalização do SISVAN que, restrito a geração de dados, era pouco utilizado como indicador de nós críticos na operacionalização de ações de atenção à saúde da criança. Outros aspectos incluíram a discutível qualidade dos dados, além do seu encaminhamento para uma instância superior sem as análises necessárias e a geração de ações pela equipe local de saúde, tal como descrito por Batista-Filho & Rissim (1993) no estudo anterior. Santana & Santos (2004) destacaram a necessidade de evolução do SISVAN em um sistema capaz de produzir mudanças na prática de ações de nutrição, por meio da utilização do perfil epidemiológico nutricional da população, especialmente de crianças nos níveis locais e municipais.

Mais recentemente, o estudo de Romeiro (2006) avaliou o processo de implantação do SISVAN no Brasil a partir de 2004, quando o Ministério da Saúde desencadeou diversas estratégias visando uma padronização nacional e informatização do sistema, em mais uma iniciativa de consolidação desde a sua regulamentação pelo SUS em 1990. O estudo visou analisar a qualidade dessas estratégias por meio da percepção dos coordenadores locais do SISVAN em estados e municípios, dificuldades e problemas encontrados na implantação, além de fazer recomendações pertinentes. Abrangeu 27 estados e 271 municípios, sendo os dados coletados por meio de questionários disponibilizados aos gestores na página eletrônica do Ministério da Saúde na internet. Foram definidos por indicadores de processo, e por um modelo validado de classificação, graus de implantação do SISVAN (crítico, aceitável e satisfatório). Os resultados mostraram que 44% dos Estados apresentam grau aceitável de implantação do SISVAN e 100% das capitais apresentam grau crítico. Alguns problemas identificados incluíram a rotatividade de profissionais, falta de equipamentos e materiais, problemas com a operacionalização do sistema, baixa qualidade dos dados, além da priorização inadequada da ação. A autora conclui que o sistema não está implantado conforme o esperado pelo Ministério da Saúde. Embora tenha ocorrido um conjunto de incentivos políticos e estratégicos, estes ainda não foram suficientes para garantir a utilização das informações como ferramenta de vigilância epidemiológica nutricional, e como instrumento gerencial de planejamento de ações de alimentação e nutrição nos níveis locais de gestão.

Desse modo, sistemas de vigilância alimentar e nutricional vêm sendo propostos por comunidades de políticas ligadas à alimentação e nutrição e saúde como FAO e OMS para países da América Latina e Caribe desde a Cúpula Mundial de Alimentação em 1974. Após diversas iniciativas experimentais realizadas no Brasil nos anos 1980, foi incorporado ao SUS a partir da década de 1990. A partir do ano 2000, o Ministério da Saúde, conforme descrito no estudo de Romeiro (2006), estabeleceu novas estratégias para sua consolidação. Apesar de enfrentar diversos problemas para se consolidar, a proposta de sistemas de vigilância alimentar e nutricional como forma de monitorar as condições nutricionais das populações e oferecer subsídios para o estabelecimento de políticas é defendida pelas comunidades de políticas de alimentação e nutrição e de saúde no Brasil até os dias de hoje.

Ao reconhecer o problema dos déficits nutricionais em comunidades indígenas, a alternativa escolhida pelo DESAI foi a de incluir no seu plano operacional uma ação que já encontrava consenso na área de alimentação e nutrição nacional e internacional. Deste modo, tal como o modelo de Kingdon (1995) descreve, a alternativa de ação não foi elaborada especificamente para o problema da insegurança alimentar e nutricional dos povos indígenas, mas sim escolhida com base em alternativas de políticas já existentes na área de nutrição e alimentação.

Vale mencionar que, por meio dos documentos analisados, encontramos uma proposta de alternativa que chegou a ser elaborada e formalizada para os povos indígenas, mas que não alcançou a fase de implementação. Conforme já exposto, o MPF do Rio Grande do Sul instaurou em 2002 um Inquérito Civil Público (ICP) com o objetivo de discutir a ocorrência de casos de desnutrição, principalmente em crianças de aldeias indígenas daquele estado. Dentre as recomendações oriundas do ICP, constava o estabelecimento pelo Ministério da Saúde, por meio da CGPAN, de um programa de alimentação e nutrição abrangendo crianças indígenas, gestantes e nutrizas.

Além da mobilização do MPF, o estabelecimento de ações intersetoriais para a promoção da segurança alimentar e nutricional nas comunidades indígenas, foi pauta na agenda de trabalho da CISI a partir das propostas da 3ª CNSI, ocorrida em 2001. Durante o ano de 2002, a CISI convocou diversos órgãos governamentais objetivando o desenvolvimento de propostas de para promover a segurança alimentar em terras indígenas, o que incluía o Ministério da Saúde e DESAI/FUNASA (Brasil/MS/CNS, 2006). A inclusão dos povos indígenas no cadastro de acesso ao Programa Bolsa

Alimentação³ (PBA) do Ministério da Saúde era debatida pela CISI, assim como por lideranças indígenas que recorriam ao Ministério da Saúde para solicitarem inclusão no programa. O PBA consistia em transferência de renda a famílias com crianças em situação de risco nutricional e necessitava o preenchimento em um cadastro no Sistema Único de Saúde, qual seja o CADSUS (Cadastramento dos Usuários do Sistema Único de Saúde), para o qual muitos indígenas não possuíam a documentação necessária. A própria adequação do programa, que consistia em transferência de recursos financeiros aos beneficiários, foi debatida entre representantes indígenas, técnicos do Ministério da Saúde, gestores locais dos Distritos Indígenas, além de pesquisadores ligados à saúde indígena.

Com base nessas recomendações e discussões, foi apresentada na CISI por técnicos do Ministério da Saúde, com a participação de técnicos do DESAI e da FUNAI, uma proposta de adaptação do então Programa Bolsa Alimentação do Ministério da Saúde para os povos indígenas. A proposta apresentada se constituiu na criação do Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas (PPASCI). O programa teria como objetivo “promover a segurança alimentar e nutricional, de forma sustentável, e consolidar as ações de alimentação e nutrição no âmbito da atenção básica à saúde prestada às populações indígenas, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças”. A Portaria MS n.º 2405/GM (Brasil, 2002) estabelecendo o programa foi assinada a quatro dias do final do Governo Fernando Henrique Cardoso, em 27 de dezembro de 2002. Contudo, o volume de recursos, orçado em R\$ 20.000.000,00 (vinte milhões) não foi destinado no orçamento do Ministério da Saúde para o ano seguinte, impossibilitando o Programa de ser executado.

Não é objetivo aqui avaliar a adequação da referida proposta para promoção da segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas. Entretanto, de acordo com os documentos analisados, a proposta foi elaborada por técnicos do Ministério da Saúde e DESAI/FUNASA com participação de pesquisadores e acadêmicos, no ano de 2002,

³ Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde: "Bolsa-Alimentação". Criada pela MP 2206-1/2001, destinava-se à promoção das condições de saúde e nutrição de gestantes, nutrizes e crianças de seis meses a seis anos e onze meses de idade, mediante a complementação da renda. Foi incorporado ao Programa Bolsa Família a partir de 2004.

sendo aprovada e apresentada na CISI, e finalmente estabelecida em portaria do Ministério da Saúde no mesmo ano.

Tomando como referência os pressupostos de Kingdon (1995) para a sobrevivência de idéias, verificamos o pouco tempo de circulação da proposta do PPACI em diversos fóruns, e o grande volume de recursos necessários para a sua execução, assim como ausência de um plano claro de implementação, comprometendo alguns dos critérios de aceitabilidade proposto pelo modelo, como a viabilidade orçamentária e técnica. Além disso, tratava-se de proposta alternativa ao PBA, que foi extinto com a posse no novo governo em 2003, sendo seus beneficiários incorporados ao Programa Bolsa Família, assim como toda a estrutura de gestão do programa transferida para o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Uma vez que o programa não chegou a ser implementado, a portaria de criação do PPACI foi revogada posteriormente pela portaria FUNASA 984/2006, que estabeleceu o SISVAN nos DSEI (Brasil/MS, 2006).

4.2.1 Atores no Fluxo de Alternativas de Políticas

Nesse fluxo identificamos os atores envolvidos na especificação de alternativas. Conforme já exposto, os atores que atuam especialmente na formulação de propostas de políticas constituem as comunidades de políticas. Nessas comunidades normalmente as propostas são elaboradas, circulam, podem ser modificadas e eventualmente aceitas, para somente após o processo de difusão e sensibilização dos diversos atores que integram as comunidades de políticas encontrarem aceitabilidade pelos formuladores de políticas.

Com relação à construção da proposta do SISVAN, tais atores se constituíram em participantes de comunidades de políticas de alimentação e nutrição, em órgãos que atuam nessa área no circuito internacional, como FAO, UNICEF e OMS e nacional como o extinto INAN, a própria FUNASA e atualmente o Ministério da Saúde, desde as experiências iniciais realizadas no Brasil. Esses militantes do SISVAN têm atuado tanto no nível governamental, tentando até os dias de hoje consolidar a proposta, como nos meios acadêmicos, por meio das avaliações realizadas como o intuito de fornecer subsídios aos formuladores da política.

Outra categoria de atores descrita no modelo que surge também no fluxo de alternativas, além de pesquisadores e acadêmicos e já comentada no *feedback* de ações

governamentais, é a de servidores públicos de carreira. Conforme discutido anteriormente, esses atores podem atuar mesmo que não exclusivamente no fluxo de alternativas. No presente caso, identificamos a participação de técnicos do Ministério da Saúde e da FUNASA, que além atuarem nas propostas do SISVAN no Brasil, estiveram envolvidos também na elaboração do PPACI. Este programa, conforme já comentado, não chegou até a fase de implementação.

É importante lembrar que a participação dos diversos atores pode ocorrer nas diversas fases do ciclo da política, assim como nos diversos fluxos que interferem nas fases de formação da agenda e especificação de alternativas. O que distingue a atuação dos atores é que, enquanto uns atuam mais nas especificações de alternativas, outros tem forte papel na formação da agenda. Vimos que a elaboração de alternativas conta principalmente com a participação de grupos acadêmicos e servidores públicos de carreira, mas que estes não têm poder de formar a agenda, cujo poder recai aos servidores comissionados, e demais atores governamentais, como veremos a seguir na análise do fluxo político.

4.3 Fluxo político

De maneira independente dos problemas e do fluxo de alternativas de políticas, ocorre o fluxo político. Segundo Kingdon (1995), este é composto por um “clima” nacional (*national mood*), campanhas de grupos de pressão ou forças políticas organizadas, resultados das eleições, formação ideológica do Congresso Nacional e mudanças na administração pública, entre outros. Tais mudanças no cenário político de uma nação têm um forte poder de influência nas agendas à medida que novos itens se tornam proeminentes e outros podem ser “engavetados” até um momento oportuno ocorrer. Segundo o autor, algumas vertentes de análise de políticas públicas costumam tratar esses eventos políticos como externos ao processo de formação de políticas. A noção de formação de políticas estaria concentrada apenas entre especialistas, burocratas governamentais e do Congresso, além de pesquisadores, conforme o descrito no fluxo de alternativas. Para Kingdon (1995), essa noção é equivocada, já que o fluxo político é de fundamental importância, sendo parte integral do *policy making*.

Um dos elementos que compõe o fluxo político são as forças políticas organizadas ou grupos de interesse que, segundo o autor, constituem um elemento tradicional na ciência política, sendo amplamente descrito na análise de políticas

públicas. A principal preocupação do modelo em relação a esse elemento é o modo como essas forças atuam no fluxo político e como as pessoas dentro e em torno do governo percebem e reagem às várias atividades organizadas. Importante no entendimento desse elemento é a existência de consenso e/ou conflito entre as forças de interesse organizadas. Se agentes com poder de decisão dentro do governo percebem que os diversos grupos de interesse e outras forças organizadas se alinham na mesma direção, o ambiente se torna propício para aquela proposta. Do contrário, se houver conflito entre as forças organizadas, isto indicará ao formulador de políticas o preço a ser pago em aceitar determinada proposta que não tem consenso ou contraria demasiadamente certos grupos.

Um segundo elemento é definido por Kingdon (1995) como “clima” ou “humor” nacional (*national mood*), que leva em consideração o papel dos movimentos sociais, e da opinião pública. Esse elemento é complexo e vago segundo reconhece o próprio autor. O “clima nacional” pode mudar em determinados períodos, sendo essas mudanças importantes na agenda e nos resultados das políticas. A percepção dos participantes governamentais sobre este elemento do fluxo político contribui para promover alguns itens nas suas agendas de políticas, promovendo um “solo fértil” para determinadas questões ou para impedir que outras se destaquem.

Na perspectiva de Kingdon (1995), um terceiro componente do fluxo político está relacionado como o governo propriamente dito. Mudanças na administração trazem com elas importantes mudanças nas agendas políticas. A mudança na agenda ocorre quando os agentes com poder de decisão e autoridade mudam suas prioridades e estabelecem novos itens, ou os agentes nessas posições mudam o que também traz novas prioridades para a agenda por meio dessa transição.

No nosso caso de estudo, descreveremos em primeiro lugar os elementos encontrados no fluxo político relacionados ao papel das forças políticas organizadas ou grupos de interesse.

Conforme já mencionado no fluxo de problemas, os grupos de interesse no modelo de Kingdon (1995) são representados principalmente por grupos ligados a negócios e indústria, frente às características das políticas públicas norte-americanas, com forte participação do setor privado. Segundo o próprio modelo, grupos de interesse também podem ser compostos por grupos de interesse público. Em nosso estudo de caso, identificamos a CISI e o MPF nessa categoria.

O tema segurança alimentar e nutricional foi debatido na 1ª e 2ª CNSI, entretanto foi na 3ª CNSI, ocorrida em maio de 2001, que teve como finalidade analisar os obstáculos e avanços do SUS na implantação dos DSEI e propor diretrizes para a sua efetivação, que o tema alcançou destaque central.

O documento final da 3ª CNSI dispõe em seus princípios gerais “*O incremento demográfico dos povos indígenas, aliado às transformações decorrentes de um contínuo processo de redução territorial e degradação ambiental, exige a formulação e a execução de uma política de segurança alimentar, desenvolvimento sustentável e recuperação do meio ambiente nas áreas indígenas*” (Brasil/MS, 2001:01).

Uma das propostas do eixo de discussão: “*As comunidades indígenas e a produção e comercialização de alimentos: as novas necessidades*” era: “*Realizar pesquisa alimentar e nutricional junto às comunidades indígenas com o objetivo de obter um quadro da situação nutricional, para que a FUNASA defina uma política de nutrição em parceria com organizações governamentais e não-governamentais, respeitando os hábitos alimentares de cada povo*”. Uma das moções aprovadas na plenária final no âmbito do tópico “*Modelo de gestão e organização de serviços: parcerias e articulação com o SUS*” foi o seguinte: “*Nós, Delegados na III Conferência Nacional de Saúde Indígena, nos manifestamos a favor da construção de um novo Modelo de Assistência à Saúde às Mulheres Indígenas, garantindo: (...) criação de um sistema de vigilância nutricional adequado à realidade de cada povo*” (Brasil/MS, 2001: 21).

Com a realização da 3ª CNSI, a CISI incluiu em sua pauta de trabalho, acompanhar a implementação das propostas da 3ª CNSI, constando dentre as prioridades: “*Realizar articulações intersetoriais para promover a segurança alimentar e o saneamento básico e ambiental nas comunidades indígenas*” (Brasil/MS/CNS, 2006:41). Ao longo de 2002, diversas reuniões intersetoriais foram realizadas, com o objetivo de “*desenvolver propostas concretas de fomento às atividades de segurança alimentar em terras indígenas*” (Brasil/MS/CNS, 2006: 42). Foram convocados diversos órgãos governamentais, como o Ministério do Desenvolvimento Agrário, Meio Ambiente, Agricultura (através da Embrapa), Educação (através do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE), Ministério da Saúde, além da FUNASA e a FUNAI. Outros segmentos incluíram organizações não governamentais, instituições acadêmicas, instituições bancárias, e instituições de investimento social e econômico. No final de 2002, as entidades decidiram pela realização de 17 oficinas regionais em todo o país,

com a participação de representantes indígenas para levantamento de propostas que fornecessem subsídios para elaboração de uma política de segurança alimentar e nutricional para os povos indígenas no Brasil.

Este grande movimento de consulta, realizado de dezembro de 2002 a outubro de 2003, reuniu cerca de 700 representantes indígenas em todo o Brasil. Em novembro de 2003, foi realizado em Sobradinho (DF) um fórum de sistematização das propostas oriundas das oficinas regionais. As propostas foram consolidadas no documento, “Fórum Nacional para Elaboração da Política Nacional de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Sustentável dos Povos Indígenas do Brasil” (Fórum, 2003). O mesmo foi entregue por lideranças indígenas e pela CISI à Câmara Federal dos Deputados. Dentre as propostas consolidadas no documento destacamos:

“Mostra-se necessário a realização de um processo permanente de compilação, análise e distribuição das informações para a manutenção de um conhecimento atualizado do estado nutricional dos povos indígenas, identificando mudanças, causas e tendências, a fim de predizer possíveis variações e decidir oportunamente as ações preventivas ou corretivas indispensáveis que cada caso demande. Para tanto, deve-se priorizar a implantação de um sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para formação de uma base de dados da condição nutricional em cada região, através de parcerias entre as comunidades e instituições responsáveis pelo atendimento à saúde”. (Fórum, 2003:12-13).

A participação de técnicos e principalmente de gestores do DESAI foi constante durante todas as reuniões da CISI ao longo do período no qual a necessidade de articulações intersetoriais para promoção da segurança alimentar e nutricional foi pautada. Estiveram presentes também nas oficinas macrorregionais realizadas. Dentre as limitações apontadas por representantes dos órgãos envolvidos para o planejamento de ações, encontrava-se a precariedade de informações sobre a situação alimentar e nutricional dos povos indígenas. Nessas reuniões, conforme os documentos da CISI, o DESAI era convocado para apresentar dados referentes aos índices de desnutrição nos DSEI. As pautas de reunião da CISI no período de 2003 a 2006 incluíam a solicitação de que, cada órgão, e principalmente a FUNASA, apresentasse as ações em elaboração para atender as demandas do I Fórum de Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas (Brasil/MS/CNS, 2006).

O MPF, conforme já descrito no fluxo de problemas, foi outra instância que atuou com recomendações para a articulação intersetorial de diversos órgãos relacionados com a questão indígena no desenvolvimento de ações de promoção de segurança alimentar e nutricional.

Essas forças organizadas de interesse público exerceram pressão política sobre os gestores da saúde indígena, além de demandar e acompanhar a execução de ações para enfrentamento dos elevados déficits nutricionais. Kingdon (1995) considera em seu modelo a possibilidade de ocorrência de conflitos entre as propostas existentes. No caso em análise, não foram detectados interesses antagônicos, sendo que os segmentos organizados já vinham expressando a proposta de monitoramento nutricional em seus documentos e nos movimentos de mobilização com demais órgãos governamentais.

Quanto ao “clima nacional” relacionado ao tema, que na perspectiva do modelo de Kingdon (1995) envolve a noção de um grande número de pessoas em determinado país compartilhando determinadas questões (opinião pública), será analisado a seguir, considerando as interfaces entre o segmento populacional indígena e os demais setores fora da área da saúde.

A necessidade de ações para melhoria das condições nutricionais dos povos indígenas foi pauta de importantes espaços de discussão sobre as questões indígenas, por pressão das forças políticas organizadas e grupos de interesse, conforme já citado. Ao longo de 2003, a partir de demandas da CISI, e da realização das 17 oficinas macrorregionais de discussão sobre o tema em todo o Brasil, que culminaram com a realização no mesmo ano do I Fórum de Segurança Alimentar e Nutricional e Desenvolvimento Sustentável dos Povos Indígenas, diversos órgãos governamentais passaram a discutir estratégias intersetoriais de ações de combate à fome, o que motivou um espaço de articulação de natureza interinstitucional. Um acordo para estabelecimento de ações intersetoriais entre os órgãos citados chegou a ser proposto em 2004. Foi preparada uma minuta de acordo para formalizar a atuação de cada órgão, que envolveria o estabelecimento de ações em conjunto para a promoção da segurança alimentar e nutricional para as comunidades indígenas. Mesmo com uma minuta circulando e com a participação da FUNASA aprovada pelos gestores da saúde indígena, inclusive parecer favorável da sua Procuradoria Federal (Brasil/AGU, 2004), o acordo não chegou a ser formalizado. Entretanto, os órgãos envolvidos continuaram a sua atuação em parceria, citando-se como exemplo o apoio da FUNASA e FUNAI na realização das Oficinas da Carteira Fome Zero e Desenvolvimento Sustentável de Povos

Indígena dos Ministérios do Meio Ambiente e Desenvolvimento Social e Combate à Fome, lançada em maio de 2004.

No Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), foi criada em 2004 uma Comissão Permanente de Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas, cuja coordenação foi atribuída a uma representante indígena. Posteriormente, em 2006, a 4ª Conferência de Saúde Indígena, ocorrida em Caldas Novas (GO), ampliou o debate sobre o tema, estabelecendo como um dos eixos de discussão a temática “Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável” (Brasil/MS, 2007).

A partir do exposto acima, fica evidente que a temática passou a ser recorrente nos fóruns de discussão sobre os principais desafios enfrentados pelos povos indígenas no Brasil, alcançando proeminência não só no setor saúde, mas merecendo destaque em ministérios e órgão governamentais de outras áreas.

O terceiro elemento do fluxo político identificado e considerado fundamental no modelo para a formação da agenda de uma política pública são as mudanças governamentais. No estudo do SISVAN Indígena, consideramos a mudança no governo federal ocorrida a partir de 2003. Essa mudança trouxe para a agenda política prioritária a promoção da segurança alimentar e nutricional e o combate à fome no país, conforme já exposto.

As mudanças de governo, incluindo a renovação das cadeiras do Congresso, podem causar importantes impactos na transição de uma agenda governamental (Kingdon, 1995). Os administradores públicos, ou os que compõem a administração pública, estão no topo da lista de atores da arena de decisão sobre políticas públicas. O primeiro ano de uma nova administração é o “*prime time*” para preocupação com os principais temas de mudança que virão a caracterizar a agenda de políticas.

Como amplamente divulgado, o combate à fome e a promoção da segurança alimentar e nutricional foram plataformas centrais do Governo Luís Inácio Lula da Silva (Governo Lula) expressamente anunciadas desde o período de campanha. A mensagem presidencial contida no PPA para o quadriênio 2004-2007 indicava: “*Desde o primeiro dia de mandato o novo Governo se propôs a enfrentar o desafio histórico de eliminar a fome e a miséria que envergonham a Nação e atingem milhões de irmãs e irmãos*” (Brasil/MPOG, 2003:13).

Ao formalizar sua organização, o novo governo estabeleceu por meio da lei 10.683, de 28 de maio de 2003, a criação do Conselho Nacional de Segurança

Alimentar e Nutricional, integrando a Presidência da República, como um dos órgãos de assessoramento imediato ao Presidente. O seu artigo 9^a estabelece: “*Ao Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional compete assessorar o Presidente da República na formulação de políticas e definição de diretrizes para a garantia do direito humano à alimentação, e especialmente integrar as ações governamentais visando ao atendimento da parcela da população que não dispõe de meios para prover suas necessidades básicas, em especial o combate à fome*”. No mesmo ano, através da lei 10.683/03, foi criado o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome, com a competência de “*formular e coordenar a implementação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, com o objetivo de garantir o direito humano à alimentação no território nacional*”.

É importante destacar, contudo, lembrando o que já foi exposto sobre o fluxo de formulação de alternativas de políticas, que no âmbito da formulação de políticas públicas dificilmente são adotadas idéias completamente novas. Como vimos, as propostas de políticas são, em geral, oriundas de modificações ou recombinações de propostas já conhecidas. Nesse sentido, é importante enfatizar que a agenda de combate à fome vem sendo parte do cenário de políticas governamentais antes do Governo Lula, não sendo, portanto uma completa inovação deste.

Segundo Vasconcelos (2005), em estudo que analisou as ações de combate à fome no Brasil desde a década de 30, desde o Governo Vargas até o Governo Lula, as mudanças na política social de alimentação e nutrição acompanharam, de forma articulada, a trajetória desses setenta anos de modernização conservadora da sociedade brasileira. Segundo o autor, a partir dos anos 1980, as categorias da política e dos programas de combate à fome no país têm transitado: “*do planejamento autoritário ao participativo; da centralização à descentralização administrativa; da universalização à focalização de benefícios; do controle estatal ao social; dos programas de distribuição de alimentos em espécie aos de tickets e aos de transferência de renda em dinheiro; do financiamento público às parcerias entre público e privado, entre sociedade civil e Estado, entre instituições governamentais e não governamentais; das ações emergenciais ou assistenciais às mediatas ou estruturais; das ações compensatórias às de emancipação*” (Vasconcelos, 2005:452-453).

No período de 1940 até 2003, esse mesmo autor identificou 17 programas de alimentação e nutrição, começando pelo Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), vinculado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, até o Programa

Fome Zero, que engloba ações em diversos órgãos governamentais. Portanto, a temática vem fazendo parte da agenda nacional pelo menos ao longo dos últimos setenta anos. Se há essa persistência, por outro lado no momento atual há o diferencial de ter sido incluída na plataforma da campanha presidencial, no Programa Fome Zero.

A inclusão do combate à fome no planejamento das ações do novo governo pode ser evidenciada no PPA para o quadriênio 2004-2007, conforme já citado. O “Desafio 1: Combater à fome visando a sua erradicação e promover a segurança alimentar e nutricional garantindo a inserção social e cidadania” (Brasil/MPOG, 2003), orientou o planejamento de ações de todos os órgãos federais, cujas missões institucionais se relacionam direta ou indiretamente com o tema.

Do mesmo modo que se observa a difusão e persuasão de idéias no fluxo de alternativas de políticas, quando uma idéia é aceita e se propaga em comunidades de políticas, conquistando adesões, ocorre o crescimento de coalizões no fluxo político. Contudo, as dinâmicas diferem. No fluxo político, o crescimento de uma proposta acontece por processo de barganha e negociação. Fortes coalizões se estabelecem sustentadas por promessas de algum benefício em potencial. Segundo Kingdon (1995), são nesses momentos que ocorrem as reais oportunidades de mudança, ou seja, as janelas de oportunidade, que abordaremos mais adiante. Num dado momento, os diversos participantes das políticas públicas concluem que é hora de “pegar o trem”, denominado pelo autor de *bandwagon*.

A mudança governamental ocorrida a partir de 2003 também levou a alterações na gestão da saúde indígena. Embora as ações de alimentação e nutrição fossem planejadas no âmbito de ações gerais de atenção à saúde, os novos gestores incluíram no PPA da FUNASA, no programa Identidade Étnica e Patrimônio Cultural dos Povos Indígenas, a ação nº 6140 (“Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional”), com destinação de recursos específica. Além disso, o novo Diretor do DESAI propôs uma reorganização do Departamento para a execução do projeto. Desde que a saúde indígena foi transferida da FUNAI para FUNASA em 1999, não existia na estrutura do DESAI uma área técnica específica para gerenciar as ações de alimentação e nutrição. Em novembro de 2003, embora não tenha havido uma mudança na estrutura do DESAI com criação formal de uma Coordenação para essa área, o então Diretor estabeleceu uma “Área Técnica de Alimentação e Nutrição” com o encargo de gerenciar o projeto de Implantação do SISVAN nos DSEI (Brasil, 2003). Deste modo, ações de alimentação e nutrição, que até 2002 não eram sistematizadas no plano nacional de

atenção à saúde indígena, passaram a contar a partir de 2004 com área técnica no DESAI e ação específica com destinação de recursos no PPA 2004-2007 e no Projeto Vigisus II. Esses elementos demonstram o reconhecimento do então gestor da saúde indígena da necessidade de estabelecer ações para melhoria das condições nutricionais dos povos indígenas, aderindo à agenda presidencial de promoção da segurança alimentar e nutricional.

4.3.1 Atores no Fluxo Político

Nesse fluxo figuram os atores considerados por Kingdon (1995) como os mais importantes na formação de uma política governamental: os participantes da alta administração pública. Por “administração” o autor se refere, além do Presidente da República, ao alto *staff* do executivo mais ligado a ele, além dos servidores com cargos de confiança nas agências governamentais. Os participantes envolvidos com a formulação de políticas públicas dentro e fora do governo estão, em tese, sempre atentos em relação à “administração”. Quando esta considera um dado tema como altamente prioritário, os demais participantes também o consideram.

No estudo sobre o SISVAN Indígena, identificamos a importância do Presidente da República na formação da agenda política de combate à fome e promoção da segurança alimentar e nutricional. Apesar do Presidente não estar envolvido diretamente na formação da agenda do SISVAN Indígena, por se tratar de agenda especializada, a macro agenda prioritária do governo federal influenciou diversos segmentos governamentais para sua adesão. Instrumentos formais de planejamento governamental, a criação do CONSEA como órgão de assessoramento ligado diretamente à Presidência, a criação do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome (MESA), além do Programa Fome Zero, confirmam o estabelecimento de agenda de promoção segurança alimentar e nutricional como prioritária.

No fluxo político da saúde indígena, identificamos a alta administração da FUNASA como agente que deu visibilidade à agenda do SISVAN indígena. A mudança de servidores comissionados, a partir de 2003, com a nova administração federal, trouxe outras propostas para elaboração do plano operacional da saúde indígena, como a inclusão da já referida ação 6140 (“Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional”) no PPA do órgão, o que demonstra a importância do então gestor da saúde indígena na construção da agenda. Mesmo que os servidores públicos tenham sido importantes na

elaboração do plano operacional, assim como na sua implementação, sem o aval dos servidores comissionados para aprovação e encaminhamento dos planos de ação nenhuma agenda especializada pode ser estabelecida.

Além disso, outro ponto identificado como fundamental na implantação do SISVAN, foi a atuação do então Diretor do DESAI, estabelecendo, em novembro de 2003, uma Área Técnica de Alimentação e Nutrição, até então inexistente no Departamento para assumir a execução do projeto, o que demonstrou o seu compromisso com a proposta do SISVAN.

Segundo Kingdon (1995), mesmo sendo vitais para a construção da agenda, uma questão quanto aos agentes comissionados diz respeito à instabilidade nos cargos. A instabilidade da permanência desses agentes ocorreu na gestão da saúde indígena, fato que poderia comprometer a manutenção de uma agenda. Entretanto, os demais Diretores e Presidentes que se sucederam na FUNASA não só mantiveram como elevaram a pauta da segurança alimentar e nutricional. Além do apoio na sua implementação no subsistema de saúde indígena, o SISVAN Indígena foi formalizado por meio da Portaria 984 de 06 de julho de 2006. O fato da transição de gestores não ter afetado a construção da agenda será debatida em seguida nesta dissertação, por ocasião da discussão sobre a atuação dos empreendedores de políticas.

Tal como o modelo de Kingdon (1995), em nosso caso de estudo a elaboração de novas estratégias na atenção à saúde dos povos indígenas foi motivada pela renovação de servidores comissionados em consonância com a agenda presidencial e pela atuação dos servidores públicos. Esses agentes trabalharam no acompanhamento de ações e programas sob sua responsabilidade, visando o alcance de metas, no caso a redução dos coeficientes de morbi-mortalidade das populações indígenas.

Os demais atores, como grupos de interesse e forças políticas organizadas como Controle Social e MPF, foram abordados na discussão sobre o fluxo político.

4.4 Janelas de oportunidade, convergência de fluxos e construção da agenda governamental.

“Janela de oportunidade” é o momento para os empreendedores de políticas apresentarem suas propostas de solução, ou o momento de chamar atenção para determinados problemas. A partir de entrevistas realizadas com um analista de um grupo de interesse, Kingdon (1995) escreveu:

“Quando você faz lobby por alguma questão, o que você tem que fazer é reunir toda sua coalizão, você tem que se preparar, alinhar as suas forças políticas, e aí sentar e esperar pelo evento fortuito.(...) É assim como eu vejo, pessoas que estão tentando advogar por mudanças são como surfistas esperando pela grande onda. Você vai lá, você tem que estar preparado para ir, preparado para remar. Se você não estiver preparado para remar quando a grande onda surgir, você não conseguirá pegá-la” (Kingdon, 1995:165)

As “*policy windows ou janelas políticas*” são as oportunidades para ação que se apresentam em determinados momentos e permanecem abertas por curtos períodos de tempo. Muitas vezes se abrem de maneira previsível, como na renovação de um programa governamental já conhecido. Outras vezes se abrem de forma não previsível, quando os empreendedores devem estar preparados, ou a oportunidade passa.

Os diferentes fluxos seguem cursos independentes para dentro do sistema de políticas. Um problema é reconhecido, uma solução já desenvolvida está disponível nas comunidades de políticas, e uma mudança política cria o momento certo para a formação de uma política pública, além de não haver fortes restrições em potencial para aquela proposta. Os três fluxos juntam-se nesses momentos. Os resultados e o desenvolvimento da política dependem da variedade de elementos presentes e de como esses elementos são reunidos.

Uma janela aberta afeta o tipo de agenda, fazendo uma questão passar da agenda governamental para a agenda de decisão. Basicamente, uma janela se abre devido a mudanças no fluxo político ou porque um novo problema chama a atenção dos agentes governamentais e daqueles que estão próximos a eles.

Devido a poderem se abrir geralmente em resposta ao desenvolvimento nos fluxos de problemas ou nos fluxos políticos surgem assim duas categorias de janelas (as de problemas e as políticas) que são relacionadas. Quando uma se abre devido a um problema que exerce pressão, as alternativas geradas como solução fluem melhor se também tiverem aceitação política. A solução pode parecer ser a ideal para um determinado problema, mas se encontrar resistência da alta administração pública tenderá a não ter continuidade. Do mesmo modo, quando um evento político abre uma janela, os participantes tentam achar um problema para o qual uma solução pode ser ligada.

Problemas ou decisão política por si só podem estruturar uma agenda governamental. Mas a probabilidade desse tema ascender à agenda de decisão aumenta muito mais se os três fluxos (problemas, alternativas de políticas e fluxo político) estiverem alinhados. Para Kingdon (1995), nenhum dos fluxos é, individualmente, suficiente por si só para colocar um item firmemente em uma agenda de decisão. Daí a importância da convergência dos fluxos, pois se um dos três elementos não existir, se uma solução não estiver disponível, um problema não puder ser confirmado e não houver suporte do fluxo político, então o lugar desse tema na agenda de decisão será transitório.

Kingdon também salienta que pouquíssimas agendas emergem exclusivamente por um único fator. Normalmente a ascensão de um tema é devido ao efeito da junção de diversos fatores que acontecem em conjunto em determinado ponto no tempo, e não o efeito isolado de um ou outro fator. Geralmente nenhum fator domina ou precede os outros. Cada um tem sua vida própria e sua dinâmica específica. A combinação desses três fluxos, assim como seu desenvolvimento em separado, é a chave para entender uma mudança de agenda.

Kingdon (1995) credita aos empreendedores de políticas a habilidade da junção dos fluxos. Tais empreendedores são descritos como indivíduos que advogam por propostas de políticas, e que estão dispostos a investir seus recursos, tempo, energia, reputação e algumas vezes até dinheiro para promover determinada posição em troca de retornos futuros. O autor destaca que certas características são fundamentais para um empreendedor de políticas, incluindo a capacidade de expor suas idéias, habilidade em negociar e manter conexões políticas, além de persistência e determinação quanto as suas propostas. As qualidades dos empreendedores de políticas são úteis também nos processos de “*soften up*” ou na sensibilização para determinada proposta, descrito no fluxo de alternativas.

No presente estudo, identificamos os três fluxos envolvidos na construção do SISVAN no subsistema de saúde indígena: o fluxo de problemas, com seus três elementos, por meio da existência de experiência acumulada oriunda de estudos acadêmicos e demais indicadores de morbi-mortalidade produzidos pelos próprios serviços de saúde indígena, indicando as precárias condições nutricionais e de saúde dos povos indígenas; eventos focalizadores, como a divulgação em jornais de circulação nacional sobre mortes de crianças indígenas por desnutrição indicando uma situação de calamidade frente aos déficits nutricionais; e ainda o *feedback* de ações governamentais,

através de elaboração de planos operacionais para a melhoria da oferta de ações de saúde aos povos indígenas, momento em que as próprias agências governamentais reavaliam suas ações e metas.

No caso da saúde indígena, dois mecanismos de *feedback* impulsionaram a avaliação da situação de saúde e o planejamento de ações. O primeiro, como planejamento de rotina, que subsidiaria o PPA da FUNASA, e o segundo, um acordo de empréstimo entre o governo brasileiro e o Banco Mundial que incluiu um componente saúde indígena. Os três elementos envolveram a participação de diversos atores, com papéis diversos no sistema de políticas, conforme já descrito. Os elementos em conjunto formaram um fluxo específico de problemas capaz de chamar a atenção dos formuladores de políticas de saúde indígena para a questão da insegurança alimentar e nutricional dos povos indígenas, aliado a precariedade de informações mais amplas sobre a sua magnitude e fatores de determinação.

Na conjuntura política, identificamos a mudança governamental ocorrida em 2003, com a promoção da segurança alimentar e nutricional e combate à fome integrando a agenda prioritária do Governo Federal, que por sua vez estabeleceu diretrizes para a elaboração dos planos de ação governamentais. A mudança conseqüentemente gerou renovação de secretários e diretores de agências governamentais como o Ministério da Saúde e FUNASA. Conforme o modelo descreve, a pauta estabelecida pelo Presidente conforma com os novos secretários e diretores do alto *staff* governamental um movimento de coalizão em torno dos temas de pauta. Deu-se ainda o papel de forças organizadas, como Conferência de Saúde Indígena, CISI e MPF, exercendo pressão para o estabelecimento de ações visando à melhoria das condições nutricionais dos povos indígenas. Esta conjuntura criou um terreno fértil para evidenciar e valorizar os problemas que já vinham sendo apontados pelos estudos acadêmicos, pela ocorrência de casos graves de desnutrição em aldeias e pela avaliação das lacunas nas ações de atenção à saúde.

Ao buscar as propostas de solução para o enfrentamento do problema dos déficits nutricionais, os envolvidos nos processos de decisão aceitaram como alternativa uma proposta que já transitava há décadas nas comunidades de políticas de alimentação e nutrição. Como já indicado, o SISVAN foi incorporado ao Sistema Único de Saúde em 1990 e compõe as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição desde 1999. Portanto, foi a alternativa disponível e viável encontrada pelos gestores de saúde indígena para tratamento do problema da escassez de informações que limita o

estabelecimento de ações para promoção da segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas. Na convergência dos fluxos de problemas com o fluxo político, abriu-se uma janela de oportunidade para a questão de a insegurança alimentar dos povos indígenas ser reconhecida como problema e ascender à agenda de decisão sobre a necessidade de estabelecimento de políticas.

O SISVAN Indígena foi estabelecido na agenda de políticas de saúde indígena por meio da Portaria 984 de 06 de julho de 2006 (Brasil/MS, 2006). Entretanto, desde o planejamento no plano operacional da FUNASA e no Projeto Vigisus II, em 2003, até a formalização legal, identificamos a atuação da Área Técnica de Alimentação e Nutrição do DESAI como empreendedora de políticas, atuando na junção dos três fluxos. A Área Técnica constituída em novembro de 2003, pelo então Diretor do DESAI para gerenciar o projeto, identificou a abertura da “janela de oportunidade”, que se deu pela convergência dos fluxos de problemas, de políticas com o fluxo político favorável.

Mudanças na administração tanto abrem como podem fechar janelas. Em julho de 2004, ocorreu uma mudança na Direção do DESAI, o que trouxe novas prioridades para a saúde indígena. Foi necessário que a Área Técnica de Alimentação e Nutrição, composta até então por duas profissionais de nutrição cedidas pelo Ministério da Saúde, trabalhasse no sentido de sensibilizar a equipe desse novo gestor utilizando os indicadores produzidos pela literatura científica, a crise ocorrida em aldeias no Rio Grande do Sul e a agenda nacional de combate à fome do governo federal para manter o projeto em pauta. O objetivo era chamar a atenção para a dimensão da problemática alimentar e nutricional dos povos indígenas e os custos políticos em declinar da ação, em meio a todo esse contexto.

Em 2005 um novo evento focalizador voltou a evidenciar as precárias condições nutricionais dos povos indígenas. Nas reservas indígenas de Dourados (Mato Grosso do Sul), mortes de crianças indígenas foram destaque na imprensa nacional e internacional. Uma das profissionais da Área de Alimentação e Nutrição do DESAI coordenou em conjunto com a equipe de saúde do DSEI Mato Grosso do Sul uma investigação nutricional e o estabelecimento de ações emergenciais para redução da desnutrição em crianças menores de cinco anos na reserva (Pasquim, 2007).

Pela convergência desses diversos fatores, a situação alimentar e nutricional dos povos indígenas alcançou prioridade para aquela gestão, e a Área de Nutrição foi incorporada à Assessoria Técnica do Gabinete do Diretor do Departamento. O DESAI passou a compor diversos espaços de articulação intersetorial representado pela Área

Técnica de Alimentação e Nutrição, como Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), Comissão de Avaliação de Projetos da Carteira Fome Zero e Desenvolvimento Sustentável dos Povos Indígenas (Ministério do Meio Ambiente e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome), além da própria CISI, que estabeleceu como pauta permanente em suas sessões regulares, o acompanhamento de ações de promoção da segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas. Esses espaços representaram oportunidade de divulgação da proposta do SISVAN Indígena e dos avanços alcançados na implementação do sistema até então, agregando apoio de demais órgãos envolvidos no tema. A FUNASA passou a assumir posição central no fornecimento de informações nutricionais para o subsídio de ações intersetoriais nessa área, devido à capilaridade dos DSEI na atenção à saúde dos povos indígenas.

Ainda em 2005, nova mudança ocorreu na FUNASA, Dessa vez não só houve a transição na Direção do DESAI, como na Presidência do órgão. A atuação da Área Técnica foi fundamental para manter o andamento da agenda, pois a essa altura o projeto já contava com diversas estratégias de implementação em curso, como a elaboração de um Manual Técnico com as diretrizes para implantação do SISVAN nos DSEI, a capacitação de profissionais iniciadas em alguns DSEI para a implementação do SISVAN, a proposta de parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública e Fiocruz-Brasília para realização cursos de formação de profissionais e formação de rede de implantação do SISVAN nos DSEI, além da elaboração de termo de referência para realização de um Inquérito Nutricional Nacional dos povos indígenas.

Pela participação da Área Técnica no CONSEA e na articulação com demais integrantes governamentais e não governamentais de comunidades de políticas de alimentação e nutrição, foram promovidos dois importantes eventos com os novos gestores. O primeiro, uma reunião entre o Presidente do CONSEA e o Presidente da FUNASA, no intuito de sensibilizar o último sobre a importância da construção do SISVAN Indígena no âmbito dos DSEI. O segundo foi a participação do novo Diretor do DESAI na reunião mensal do plenário do CONSEA, cujo tema era a situação de insegurança alimentar e nutricional indígena. Uma das pautas da reunião foi a apresentação da proposta do SISVAN Indígena pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição do DESAI. Os conselheiros presentes na plenária, após a apresentação do projeto, recomendaram ao novo Diretor do DESAI o compromisso manter o apoio a implantação do SISVAN nos DSEI. A recomendação compôs um documento, com

diversas outras propostas, enviado à Presidência da República pelo Presidente do CONSEA (Brasil, 2005).

A temática firmou-se nos espaços de discussão sobre as questões indígena sendo inserida na IV Conferência de Saúde Indígena, ocorrida em Caldas Novas (GO), em março de 2006. O SISVAN mereceu destaque no discurso de abertura da CNSI, proferida pelo então Presidente da FUNASA:

“Nós estamos tendo uma preocupação fundamental hoje e, sabe bem o Ministro (...), com os problemas de alimentação e nutrição das populações indígenas dos seus grupos mais vulneráveis. Montamos o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), estamos lutando para implementá-lo, porque só assim teremos indicadores objetivos que nos sinalizarão quando possíveis problemas de desnutrição ou má nutrição vierem a ocorrer nas comunidades indígenas” (Brasil, 2007: 31).

O Eixo temático 5 – Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável, discutido na IV CNSI originou diversas propostas, dentre as quais:

“Formulação e implantação da política de vigilância nutricional para os povos indígenas, pesquisas e diagnósticos para os povos indígenas” (Brasil, 2007: 165).

Essa recomendação foi ainda desdobrada em demais propostas, dentre estas:

*“A **Funasa** criará, em cada Dsei e na esfera central, coordenação de alimentação e nutrição, constituída, de preferência, por nutricionistas, para acompanhamento do estado nutricional das comunidades, e formulação de estratégias de intervenção nutricional, contando com a participação das comunidades indígenas, respeitando-se a diversidade cultural”* (Brasil, 2007: 166).

Os novos gestores mantiveram o apoio ao SISVAN Indígena, participando pessoalmente das reuniões e oficinas realizadas para disseminar a proposta nos DSEI.

Os eventos que contaram com o apoio dos Diretores do DESAI e dos Presidentes que vem se sucedendo na FUNASA estão listados no Anexo.

Desde o início do projeto em 2003, além da mobilização para a construção da agenda do SISVAN na saúde indígena, diversas estratégias vêm sendo executadas pela

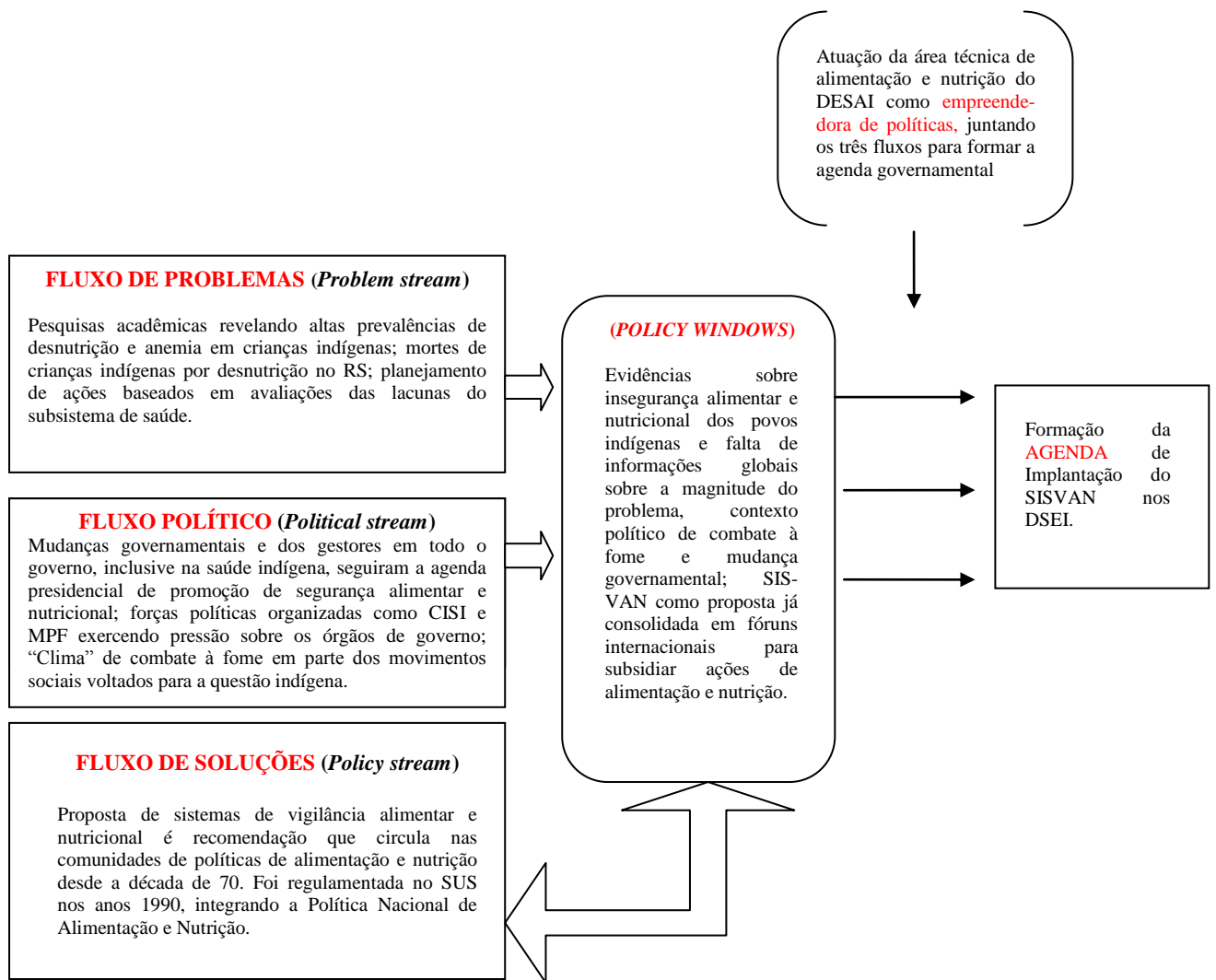
Área Técnica de Alimentação e Nutrição para a sua implementação nos DSEI onde se destacam: (1) a elaboração de um manual de diretrizes operacionais, sobre o fluxo de dados e atividades para implantação do SISVAN Indígena; (2) a contratação ou designação de profissionais de saúde nos DSEI como responsáveis técnicos formando uma rede de implantação do SISVAN, com expressiva inserção de profissionais de nutrição no subsistema, até então restrito a alguns DSEI; (3) a realização oficinas de capacitação em SISVAN nos DSEI; (4) a parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública- FIOCRUZ para oferta de Cursos de Especialização, Aperfeiçoamento e Atualização em Vigilância Alimentar e Nutricional para Saúde Indígena aos profissionais que atuam nos DSEI; (5) a aquisição de equipamentos de antropometria; (6) a realização do I Inquérito Nacional Nutricional e de Saúde dos Povos Indígenas em parceria com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

Conforme o modelo descreve, a entrada do SISVAN na agenda da saúde indígena foi condicionada por diversos processos e atuação de atores governamentais e não governamentais que convergiram em determinado momento propiciando a abertura para a construção da política. Mesmo que as agendas não surjam da atuação de um grupo isoladamente, houve a fundamental participação da Área Técnica de Alimentação e Nutrição do DESAI na junção dos fluxos no momento de abertura da janela de oportunidade.

De acordo com Kingdon (1995), o ciclo de formação de uma política pública engloba diversas fases que incluem: 1- o estabelecimento de uma agenda; 2- a especificação de alternativas de políticas de onde uma proposta é escolhida; 3- a formalização da escolha de uma proposta entre as alternativas, por meio de um marco legal; 4- a implementação da decisão. O sucesso em uma das fases não implica necessariamente no sucesso nas demais fases. Um item pode ser proeminente na agenda, sem subsequente passagem na legislação. A formalização legal não garante necessariamente a implementação.

No presente estudo, nos concentramos nos dois primeiros processos, assim como se concentra o modelo. O SISVAN foi estabelecido na agenda da saúde indígena, mas isto não garante o sucesso de sua implementação, que envolve outra dinâmica de atores e processos (Figura 3), e pode ser analisada como objeto de estudos futuros.

Figura 3- Modelo de Formação da Agenda do SISVAN Indígena.



Fonte: Baseado em Kingdon (1995) e Capella (2007)

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo visou analisar a construção de uma política pública de vigilância alimentar e nutricional no âmbito da saúde dos povos indígenas no Brasil. Segundo Capella (2007), os processos de formação de agendas de políticas governamentais são ainda pouco explorados na produção acadêmica no Brasil. Compreender como certas questões tornam-se importantes em determinados momentos, mobilizando esforços e recursos, são pontos fundamentais para conhecer a dinâmica da ação do Estado.

O modelo de análise de Kingdon (1995) considera que o processo decisório da elaboração de políticas públicas não ocorre sob processos racionais de problema-solução. Para este autor, o processo decisório envolve a convergência de diversos processos e atores, que operam de acordo com as características das instituições que formulam as políticas. Segundo Faria (2003), esta seria uma perspectiva pós-positivista do processo de formulação de políticas.

No modelo de análise utilizado (Kingdon,1995), um item pode se tornar proeminente na agenda de decisão, alcançar a formalização legal e não ser implementado. O SISVAN Indígena de fato alcançou a fase de implementação, pois conforme já citado, diversas estratégias vem sendo executadas pela FUNASA com tal propósito. Atualmente, segundo informações do órgão, o acompanhamento nutricional médio mensal do primeiro semestre de 2009 foi de 36.246 crianças menores de cinco anos. Em 2003, quando o foi iniciada a elaboração do projeto, esse número não passava de 9000 crianças, e em apenas um DSEI. Os dados atuais são oriundos de 28 DSEI e das Assessorias de Saúde Indígena dos estados de SP, RJ, e RS (Distritos Interior e Litoral Sul). Ainda segundo a FUNASA, esse total representa a cobertura de acompanhamento do estado nutricional de cerca de 58% das crianças menores de cinco anos dos distritos que enviam dados (FUNASA, 2009).

Outro exemplo de visibilidade da questão nutricional indígena em fase de conclusão é o I Inquérito Nutricional dos Povos Indígenas que, com amostra populacional estratificada, foi planejado para avaliar o estado nutricional de aproximadamente 5000 crianças menores de cinco anos e 5000 mulheres de 14 a 49 anos de idade (Caldas et al., 2008). Os dados do Inquérito serão capazes de delinear a situação nutricional desses segmentos populacionais nas cinco regiões do Brasil, conformando a linha de base do SISVAN Indígena. Essas informações serão representativas dos povos indígenas localizados em todo o Brasil, o que tornará visível

a situação nutricional dos povos indígenas, que até então era restrita a algumas comunidades.

Não se pode deixar de destacar que, motivadas pela implementação do SISVAN no subsistema de saúde indígena, além do referido Inquérito, diversas ações de alimentação nutrição vem sendo implementadas nos DSEI. Exemplos incluem a formação das áreas técnicas, a implantação dos programas de suplementação de micronutrientes do Ministério da Saúde, assim como de diversas iniciativas locais de intervenção nutricional. Ainda que seja premente discutir a adequação das intervenções que vem sendo adotadas, é inquestionável que as ações que vem sendo implementadas a partir do SISVAN comprovam o reconhecimento dos déficits nutricionais dos povos indígenas pelo setor saúde e a necessidade de ações para melhoria desse quadro.

O SISVAN foi concebido com o objetivo de descrever de forma contínua a situação alimentar e nutricional dos povos indígenas, assim como seus fatores determinantes, a fim de subsidiar políticas, programas e intervenções. Entretanto, mesmo com os avanços alcançados até então, de acordo com Hartz & Silva (2005:11), vários fatores de ordem teórica e prática podem influenciar a reprodutibilidade operacional ou a transferência, do nacional ao local, de uma intervenção em saúde. Uma importante iniciativa futura para o SISVAN no subsistema de saúde indígena seria a análise de implantação ou implementação, que segundo as autoras tem exatamente como foco da avaliação a relação entre a intervenção (políticas, programas, serviços, ações) e seu contexto de inserção na produção de efeitos. A compreensão das diversas injunções de natureza técnica, ética e/ou política relacionadas ao sucesso ou resistência organizacional, é um próximo passo indispensável no campo dos estudos sobre políticas de saúde para os povos indígenas no Brasil.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aith F. Saúde Indígena no Brasil: Atual quadro jurídico-administrativo do Estado Brasileiro e desafios para a garantia do direito à saúde da população indígena. Revista de Direito Sanitário 2009; 9 (3):115-132.

Alves GMSA, Moraes MB, Fagundes-Neto U. Estado nutricional e teste de hidrogênio no ar expirado com lactose e lactulose em crianças indígenas terenas. Jornal de Pediatria 2002; 78 (2): 113-19.

Baruzzi RG, Barros VL, Rodrigues D, Souza, ALM, Pagliaro H. Saúde e doença em índios Panará (Kreen-Akarôre) após vinte e cinco anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência de tuberculose (Brasil Central). Cadernos de Saúde Pública 2001; 17(2): 407-12.

Batista-Filho M, Rissim A. Vigilância Alimentar e Nutricional: Antecedentes, Objetivos e Modalidades. A VAN no Brasil. Cadernos de Saúde Pública 1993; 9 Supl. 1: 99-105.

Brasil. Advocacia Geral da União. Procuradoria-Geral Federal. Procuradoria Federal-FUNASA. Parecer nº 418/PGF/PF/FUNASA/2004. Assunto: Minuta de Acordo de Cooperação Técnica.

Brasil. Lei 10683 de 28 e maio de 2003. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências. Diário Oficial da União 2003; 29 mai.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Intersetorial de Saúde Indígena. Memória da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena-Cisi/CNS 2000-2006. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Relatório Final. Luziânia-GO. 2001 (<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorio.htm>, acesso em 21.09.2009)

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (<http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php>. acessado em 04.01.10).

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 4º Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente-GO, 27 a 31 de março de 2006: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Plano Operacional da Saúde Indígena 2003/2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 984 de 06 de julho de 2006. Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (SISVAN-Indígena). Diário Oficial da União 2006; 10 jul.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Projeto Vigisus II - Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - Componente II - Saúde Indígena (http://www.funasa.gov.br/internet/.../vigisus/Vigisus_saudeIndigena.pdf, acessado em 21.09.2009).

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Projeto Vigisus II. Relatório Subcomponente 2 Vigilância Alimentar e Nutricional. 2º semestre de 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Norma Técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 (http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/biblioteca/sauInd_vigAlim.pdf, acessado em 13.12.2009).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2251 de 25 de novembro de 2003. Autoriza cessão de servidor pertencente ao Quadro de Pessoal desse Ministério para a FUNASA. Diário Oficial da União 2003; 26 nov.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2405 de 27 de dezembro de 2002. Cria o Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas- PPACI. Diário Oficial da União 2002; 30 dez.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº. 333 de 4 de novembro de 2003: Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União 2003; 04 dez.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2ª edição revista. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Projeto Vigisus II. Manual Operativo Volume 3. Saúde Indígena. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Escola Nacional de Administração Pública-ENAP. Curso PPA: Elaboração do Plano e Gestão por Programa PPA 2004-2007. Plano Brasil de Todos. Brasília: Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão; 2003.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Plano plurianual 2004-2007: mensagem presidencial. Brasília: Ministério do Planejamento; 2003.

Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Rio Grande do Sul. Inquérito Civil Público nº 06/2002. Porto Alegre: Ministério Público Federal; 2002.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990: 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 1990; 31 dez.

Brasil. Presidência da República. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. E. M. nº 016-2005 (<https://www.planalto.gov.br/Consea/exec/index.cfm>, acesso em 04.01.2010).

Brasil. Tribunal de Contas da União. Relatório de Auditoria Operacional. TC-009.240/2007-5. Acórdão 668/2008: 164-165.

Caldas ADR, Pasquim EM, Moreira RVR, Santos LMP. Desafios na Construção do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome 2008; 10: 43-54.

Capella ACN. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. In: Hochman G, Arretche M, Marques E, organizadores. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 87-122.

Capelli JCS, Koifman S. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará. Cadernos de Saúde Pública 2001; 17(2): 433-37.

Cardoso AM, Mattos IE, Koifman, RJ . Prevalência de Parasitose Intestinal e Anemia nos Índios Guarani do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Epidemiologia 2002; Suplemento Especial: 67-67.

Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Políticas públicas em saúde para os povos indígenas. In: Barros DC, Silva DO, Gugelmin SA, organizadoras. Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 75-91.

Castro IRR. Vigilância alimentar e nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.

Chaves MBG, Cardoso AM, Almeida C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública 2006; 22 (2): 295-305.

Cohen MD, March JG, Olsen JP. A garbage can model of organizational choice. Administrative Science Quarterly 1972; 17 (1): 1-25.

Coimbra Jr. CEA, Flowers NM, Salzano FM, Santos RV. The Xavante in Transition: health, ecology, and bioanthropology in central Brazil. The University of Michigan Press; 2002.

Coimbra Jr. CEA, Santos RV. Avaliação do Estado Nutricional num Contexto de Mudança Sócio-Econômica: o Grupo Indígena Suruí do Estado de Rondônia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 1991; 7(4): 538-62.

Côrtes SMV. Conselhos Municipais de Saúde: A possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. Ciência e Saúde Coletiva 1998; 3(1): 5-32.

Crianças indígenas morrem de desnutrição em reserva no RS. Folha de São Paulo 2001; 11 mar. <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u24157.shtml> (acessado em 06/02/2009).

Engstrom EM, organizadora. SISVAN: Instrumento para o Combate aos Distúrbios Nutricionais em Serviços de Saúde. O Diagnóstico Nutricional. 2ª edição. Editora Fiocruz; 2002.

Escobar AL, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Avaliação nutricional de crianças indígenas Pakaanóva (Wari), Rondônia, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil 2003; 3(4): 457-61.

Fagundes U, Oliva CAG, Fagundes-Neto U. Avaliação do Estado Nutricional de Crianças Índias do Alto Xingu, Brasil. Jornal de Pediatria 2002; 78 (5): 383-88.

Faria CAP. Idéias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas. Revista Brasileira de Ciências Sociais 2003; 18 (51): 21-29.

Fórum Nacional para Elaboração da Política Nacional de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Sustentável dos Povos Indígenas do Brasil. Sobradinho-DF. Documento Final. Brasília, 2003. Mimeografado.

Garcia RC. A Reorganização do Processo de Planejamento do Governo Federal: O PPA 2000-2003. Texto para Discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada 2000; 726. http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td_726.pdf (acessado em 10/06/2009).

Garnelo L, Macedo G, Brandão L C. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

Guerrero AFH, Mainbourg EMT, Guerrero JCH. Condição nutricional de um grupo de idosos indígenas no Distrito Sanitário Leste de Roraima. In: CEA Coimbra Jr., RV Santos, AL Escobar, organizadores. *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 89-103.

Gugelmin SA, Santos RV, Leite, MS. Crescimento Físico de Crianças Indígenas Xavantes de 5 a 10 anos de idade em Mato Grosso. *Jornal de Pediatria* 2001; 77(1): 534-41.

Gugelmin SA, Santos RV. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavante, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17(2): 323-31.

Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliando a Implantação das Intervenções em Saúde: Novas Contribuições. In: Hartz, ZMA, Silva LMV, organizadoras. *Avaliação em Saúde. Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Rio de Janeiro/Salvador: Editora Fiocruz e Editora da Universidade Federal da Bahia; 2005. p. 9-11.

Kingdon JW. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Harper Collins College Publishers. USA, 1995.

Langdon EJ, Diehl EE. Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade* 2007; 16(2): 19-36.

Langdon EJ. Diversidade Cultural e os Desafios da Política Brasileira de Saúde do Índio. *Saúde e Sociedade* 2007; Editorial Especial 16(2): 7-12.

Lasswell HD. The policy orientation. In: Lerner D, Lasswell HD, edits. *The policy science: recent developments in scope and method*. Stanford: Stanford University Press, 1951.

Leite MS, Gugelmin SA, Santos RV, Coimbra Jr CEA. Perfis de saúde indígena, tendências nacionais e contextos locais: reflexões a partir do caso Xavante, Mato Grosso. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 105-26.

Leite MS, Santos RV, Coimbra Jr CEA, Gugelmin SA. Alimentação e nutrição dos povos indígenas no Brasil. In: Kac G, Schieri R, Gigante DP, organizadores. *Epidemiologia Nutricional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 503-17.

Leite MS. Avaliação do estado nutricional da população Xavante de São José, Terra Indígena Sangradouro – Volta Grande, Mato Grosso. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.

Licio JSA. Estado nutricional de crianças indígenas no Brasil: uma revisão sistemática da literatura científica. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

Lima ACS, Barroso-Hoffmann M. Estado e povos indígenas no Brasil. In: Lima ACS, Barroso-Hoffmann M, organizadores. *Estado e Povos Indígenas: bases para uma nova política indigenista II*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ LACED; 2002a. p. 07-24.

Machado FRS. Contribuições ao Debate da Judicialização da Saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário* 2008; 9 (2): 73-91.

Martins SJ, Menezes RC. Evolução do estado nutricional de menores de cinco anos em aldeias indígenas da Tribo Parakanã na Amazônia Oriental Brasileira (1989-1991). *Revista de Saúde Pública* 1994; 28 (1):1-8.

Mattos A, Moraes MB, Rodrigues DA, Baruzzi RG. Nutritional status and dietary habits of Indian children from Alto Xingu (Central Brazil) according to age. *Journal of the American College of Nutrition* 1999; 18(1): 88-94.

Mattos RA. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001; 6 (2): 377-89.

Mellati JC. *Índios do Brasil*. São Paulo: Hucitec; Brasília: Editora UnB; 1987.

Menegolla IA, Drachler ML, Rodrigues IH, Schwingel LR, Scapinello E, Pedrosa MB, Leite JCC. Estado nutricional e fatores associados à estatura de crianças da Terra Indígena Guarita, Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(2): 395-406.

Mock NB, Bertrand WE. Marco conceptual para los sistemas de vigilancia nutricional. Bol Of Sanit Panam 1993; 115 (6): 511-21.

Montenegro RA, Stephens, C. Indigenous Health in Latin America and the Caribbean. Lancet 2006; 367:1859-69.

Morais MB, Fagundes Neto U, Mattos AP, Baruzzi RG. Estado Nutricional de Crianças Índias do Alto Xingu em 1980 e 1992 e evolução pondero-estatural entre o primeiro e o quarto ano de vida. Cadernos de Saúde Pública 2003; 19 (2): 543-50.

Nos últimos três meses, 12 crianças morreram por desnutrição na reserva indígena de Guarita, no município de Redentora, no Rio Grande do Sul. O GLOBO (Porto Alegre) 2001; 12 mar. http://www.radiobras.gov.br/anteriores/2001/sinopses_1203.htm (acessado em 06/02/2009).

Orellana JDY, Coimbra Jr CEA, Lourenço AEP, Santos RV. Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. Jornal de Pediatria 2006; 82 (5): 383-89.

Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. 132ª Sessão do Comitê Executivo. Etnicidade e Saúde. Washington, D.C.: Organização Mundial da Saúde; 2003.

Organization Mundial de la Salud. Serie de Informes Tecnicos nº 593. Metodologia de la Vigilancia Nutricional. Informe de um comitê mixto FAO/UNICEF/OMS de Expertos. Ginebra: Organization Mundial de la Salud; 1976.

Pagliari H, Azevedo M, Santos R. Demografia dos Povos Indígenas no Brasil: um panorama crítico. In: Pagliaro H, Azevedo M, Santos RV. Demografia dos Povos Indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz & ABEP, 2005. p.11-32.

Pan American Health Organization. Conferencia Internacional sobre Vigilancia Alimentaria y Nutricional en las Américas. Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana 1988; 104 (5): 490-91.

Pasquim EM. Nutrição entre Kaingáangs e Guaranis de Guarita no Rio Grande do Sul. In: Anais do XII Congresso Brasileiro de Nutrição. BAHIA; 2002.

Pasquim EM. The management of emergency deaths caused by malnutrition in the District of Mato Grosso do Sul, Brazil at 2005. In: International Symposium on the Social Determinants of Indigenous Health. The International experience and its policy implications. Adelaide: Australia; 2007. p. 14.

Ribas DLB, Sganzerla A, Zorzatto, JR, Philippi, ST. Nutrição e saúde materno infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17(2): 323-31.

Romeiro AAF. Avaliação da Implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN no Brasil [Dissertação de Mestrado]. Brasília-DF: Universidade de Brasília; 2006.

Sanigest International. Programa de Saúde Indígena - Brasil. Avaliação do Programa de Saúde Indígena do Brasil. Sanigest International; 2003.

Santana LAA, Santos SMC. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na implementação do programa Leite é Saúde: avaliação em municípios baianos. *Revista de Nutrição* 2004; 17(3): 283-90.

Santos RV, Cardoso AM, Garnelo L, Coimbra Jr. CEA, Chaves MBG. Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / Cebes; 2008. p.1035-56.

Santos RV, Coimbra Jr. CE, Cardoso AM. Povos indígenas no Brasil. In: Barros DC, Silva DO, Gugelmin SA, organizadoras. *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 21-46.

Santos RV, Coimbra Jr. CE. Socioeconomic transition and physical growth of Tupi-Monde Amerindians children of the Aripuana Park, Brazilian Amazon. *Human Biology* 1991; 63(6): 795-819.

Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: CEA Coimbra Jr., RV Santos e AL Escobar, organizadores. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.p.13-47.

Santos RV, Escobar AL. Saúde dos povos indígenas no Brasil: perspectivas atuais. Cadernos de Saúde Pública 2001; 17(2): 258-259.

Santos RV. Crescimento Físico e Estado Nutricional de Populações Indígenas Brasileiras. Cadernos de Saúde Pública 1993; 9 (supl.1): 46-57.

Serafim MG. Hábitos alimentares e nível de hemoglobina em crianças indígenas Guarani, menores de 5 anos, dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1997.

Silva DO, Engstrom EM, Zaborowski EL. SISVAN: Instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais na atenção à saúde. O Diagnóstico Coletivo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

Sousa MC, Scatena JHG, Santos RV. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. Cadernos de Saúde Pública 2007; 23(4): 853-61.

Souza C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: Hochman G, Arretche M, Marques E, organizadores. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p.65-81.

Técnicos tentam estancar mortandade de crianças índias. Zero Hora 2001; 12 mar. http://www.radiobras.gov.br/anteriores/2001/sinopses_1203.htm (acessado em 06/02/2009).

Vasconcelos FAG. Combate à fome no Brasil: Uma análise histórica de Vargas a Lula. Revista de Nutrição 2005; 18(4): 439-57.

Viana AL, Baptista TWF. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / Cebes; 2008. p. 65-105.

Viana AL. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. Revista de Administração Pública, 1996; 30(2): 5-43.

Weiss MC. Contato Interétnico, perfil saúde e doença e modelos de intervenção em saúde indígena: O caso Enawenê-Nawê, Mato Grosso. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.p.187-96.

Xavier FB, Miranda RA, Menezes, R C. Estado nutricional de crianças indígenas de uma tribo da Amazônia Brasileira. Revista Paraense de Medicina, 1998; 12 (1): 18-22.

ANEXOS

Eventos relativos à Vigilância Alimentar e Nutricional e a participação de atores estratégicos:

a) 32ª Sessão do Comitê Permanente de Nutrição da ONU: Oficina Nutrição para Grupos populacionais específicos.

Local e Data: Brasília, 16 de março de 2005

O espaço para realização da Oficina foi oferecido pelo Ministério da Saúde, promotor da 32ª Sessão, para realização de oficina que discutisse os desafios para o enfrentamento dos problemas nutricionais de grupos populacionais específicos, como os povos indígenas. A Oficina foi organizada pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição do DESAI, contando com recursos da FUNASA e Projeto Vigisus II. Foi solicitado que cada Distrito enviasse um técnico que atuasse nos níveis distritais de atenção à saúde indígena para conhecer e debater a proposta de implantação do SISVAN nos DSEI. Até aquele momento somente alguns DSEI contavam com profissionais de nutrição e já tinham iniciado a implementação do SISVAN.

Atores: Diretor do DESAI, Coordenador da Coordenação de Apoio a Grupos Populacionais Específicos do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Área Técnica de Alimentação e Nutrição do DESAI, Membros do Grupo Técnico de Saúde Indígena da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), pesquisadores da área de alimentação e nutrição, técnicos de diversas categorias profissionais que atuam no nível dos DSEI.

b) Seminário: Diretrizes para o SISVAN Indígena

Local e data: Brasília, de 23 a 25 de novembro de 2005

O seminário teve como objetivo reunir os responsáveis técnicos designados ou contratados pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas para apresentação e discussão sobre as propostas do SISVAN Indígena, além de promover o a integração entre tais técnicos. Foi organizado pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição do DESAI. Na ocasião 13 dos 34 DSEI já contavam com profissionais responsáveis técnicos pelo SISVAN, comparecendo no evento 29 profissionais de nutrição.

Atores: Diretor do DESAI, Coordenador Geral de Atenção à Saúde Indígena, Pesquisadores e acadêmicos ligados a área de saúde indígena e à área de alimentação e nutrição, responsáveis técnicos pelo SISVAN nos DSEI; técnicos da Área Técnica de Alimentação e Nutrição do DESAI.

c) Reunião com Chefes dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas e Assessorias de Saúde Indígena.

Local e Data: Brasília, 06 de julho de 2006

Objetivo: Sensibilizar os Chefes de Distrito Sanitários para apoiar a implementação do SISVAN indígena.

Atores: Presidente da FUNASA, Presidente do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), Representantes do Banco Mundial, Representante de Ação Brasileira de Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH), Pesquisadores da Área de Saúde Indígena e da Área de Alimentação e Nutrição, Chefes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Técnicos da Área de Alimentação e Nutrição do DESAI.

d) Curso de Atualização para Formação da Rede do SISVAN Indígena promovido pela Fiocruz Brasília em parceria com a FUNASA

Locais e Data: Brasília, outubro de 2006, dezembro de 2006 e Abril de 2007.

Objetivo: Capacitar os técnicos responsáveis pelo SISVAN nos DSEI em conteúdos relativos ao diagnóstico individual, coletivo e a sistematização e divulgação de informações, e intervenções nutricionais como o manejo nutricional da paciente desnutrido grave. O Curso também visava formar uma rede de implementação nos DSEI para o SISVAN Indígena. No total comparecerem profissionais de 32 DSEI.

Atores: Presidente da FUNASA, Diretor do DESAI, Área Técnica de Alimentação e Nutrição do DESAI, Pesquisadores da Área de Alimentação e Nutrição, Profissionais de Saúde de diversas categorias dos DSEI responsáveis pelo SISVAN.

e) Reunião para Discussão da Suplementação de Vitamina A e Ferro para Povos Indígenas

Local e Data: Brasília, 28 de julho de 2006

Objetivo: Discutir com técnicos do Ministério da Saúde e pesquisadores envolvidos com o tema a ampliação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, especificamente a suplementação de micronutrientes, vitamina A e ferro para populações indígenas.

Atores: Coordenador Geral de Atenção à Saúde Indígena, Área Técnica de Alimentação e Nutrição e técnicos da área de saúde da criança do DESAI, técnicos da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, responsável técnico pelo SISVAN, Coordenação da FUNASA de Manaus, pesquisadores e acadêmicos da área de alimentação e nutrição e da área de saúde indígena.

f) Reunião para Implantação do Projeto Piloto do Programa Nacional de Suplementação de Ferro em áreas indígenas.

Local e Data: Brasília, 30 de julho de 2007

Objetivo: Discutir a operacionalização do Programa Nacional de Suplementação de Ferro do Ministério da Saúde em áreas indígenas em seis DSEI como piloto para posterior extensão do programa nos demais DSEI.

Atores: Técnicos da Área Técnica de Alimentação e Nutrição do DESAI; responsáveis técnicos pelo SISVAN nos DSEI piloto; pesquisador representante da ABRASCO.