

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
DIRETORIA REGIONAL DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS DE
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

ANDRESSA ARAÚJO FAGUNDES ROMEIRO

PROTOCOLO PARA QUALIFICAR AS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
OFERECIDAS NAS CASAS DE SAÚDE DO ÍNDIO (CASAI) DO BRASIL

Brasília-DF

ANDHRESSA ARAÚJO FAGUNDES ROMEIRO

PROTOCOLO PARA QUALIFICAR AS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
OFERECIDAS NAS CASAS DE SAÚDE DO ÍNDIO (CASAI) DO BRASIL

Monografia apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Diretoria Regional de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição.

Orientador: Prof. Dr. Antônio José Costa Cardoso

Brasília-DF

Julho/ 2008

ANDHRESSA ARAÚJO FAGUNDES ROMEIRO

PROTOCOLO PARA QUALIFICAR AS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
OFERECIDAS NAS CASAS DE SAÚDE DO ÍNDIO (CASAI) DO BRASIL

Essa monografia foi julgada e aprovada para obtenção do grau de especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Diretoria Regional de Brasília.

Brasília, 30 de julho de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Prof.º Dr.º Antônio José Costa
Cardoso
Doutor
Fiocruz Brasília
Orientador

Prof.º MsC Martinho Braga
Batista e Silva
Mestre
Fiocruz Brasília

Profª. MsC Antonia de Jesús
Angulo Tuesta
Mestre
Ministério da Saúde

Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Luiz Neunzig – Bibliotecária CRB 1/2.175

R763p ROMEIRO, Andhressa Araújo Fagundes
Protocolo para qualificar as ações de alimentação e nutrição
oferecidas nas casas de saúde do índio (CASAI) do Brasil /
Andhressa Araújo Fagundes Romeiro — Brasília: [s.n], 2008.
86 f.

Monografia (Especialização em Gestão de Políticas de
Alimentação e Nutrição) – Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva, Diretoria Regional de Brasília, 2008.

1. Atenção à Saúde. 2. Casa de Saúde do Índio. 3. Programas e
Políticas de Nutrição e Alimentação. 4. Saúde Indígena. 5.
Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD: 612.39

À minha filha,
grande e único amor.
Minha verdadeira realização.

AGRADECIMENTOS

Muito agradeço:

À Deus, a Quem me entrego, pela proteção, luz e força, sempre.

À Sofia, que mesmo com pouca idade, com seu jeitinho doce acaba 'entendendo' a minha ausência.

À minha amada Sandra: que bom te ter ao meu lado. Seu incentivo, apoio e carinho são essenciais.

À sempre amiga Helen Duar, com muito amor, sempre.

À Dillian e ao pequeno Giordano: mesmo que não saibam, a presença e o apoio de vocês foram fundamentais.

Ao Dr^o Ruben Maggi: professor e tutor, simplesmente pelo amor à profissão e boa vontade. Meus sinceros agradecimentos por você ter dedicado seu tempo e proposto inestimáveis colaborações. E muito mais, pelo carinho e pela nova amizade.

Ao Prof^o Dr. Antônio Cardoso, que aceitou este tema, orientando com confiança e sabedoria.

Às colegas de trabalho que contribuíram, desde o tema até o resultado final deste trabalho.

À banca examinadora, pela disposição em ler, assistir e contribuir....

... os meus sinceros agradecimentos a todos. Obrigada.

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

À Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz – Brasília, que me recebeu, ensinou e oportunizou a elaboração desta proposta.

À Coordenação do Curso de Especialização em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição, aos professores, às secretárias (em especial à Laudelina) e aos atendentes.

Ao Departamento de Saúde Indígena, da Funasa, Ministério da Saúde, cujo apoio me (nos) possibilita almejar a implantação do projeto proposto.

“O destino das nações depende daquilo e de como as pessoas se alimentam” (Brillat-Savarin, 1825)

RESUMO

FAGUNDES, Andhressa. Protocolo para qualificar as ações de alimentação e nutrição oferecidas nas Casas de Saúde do Índio (Casai) do Brasil. 83f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2008.

A saúde indígena concebida como Subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como aspecto central a implantação, em âmbito nacional, dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei). A Lei N.º 9.836, de 23 de setembro de 1999, estabelece que o “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado”. As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. Desse modo, a Fundação Nacional da Saúde - Funasa, responsável por prover as ações de saúde a esses povos mantém em funcionamento as Casas de Apoio à Saúde Indígena (Casai), como parte integrante da rede de serviços de atenção à saúde prevista na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização de serviços. As Casais têm a função de fazer a recepção e dar apoio aos pacientes e acompanhantes indígenas, referenciados pelos Dsei ou Pólos-base, para tratamento médico especializado na rede de atenção à saúde do SUS. Diversos são os problemas de saúde que acometem os povos indígenas e os levam à internação ou necessidade de atenção mais especializada. Valorizar o estado nutricional de indivíduos e coletividades é ratificar a importância das ações de alimentação e nutrição como coadjuvantes das ações básicas de saúde, trabalhando sob a ótica da promoção da saúde em consonância com a realidade epidemiológica local. A presente intervenção propõe a elaboração de um protocolo de atendimento nutricional, bem como a definição do fluxo do processo de referência e contra-referência a ser implantado nas Casas de Saúde do Índio do Brasil, visando aprimorar a qualidade de atendimento alimentar e nutricional da população indígena e garantir a continuidade ao tratamento prescrito, tanto em nível hospitalar quanto para recuperação na aldeia/ domicílio. No contexto da consolidação do acesso equitativo das comunidades indígenas ao conjunto do Sistema Único de Saúde (SUS), este desafio assume a forma de estratégia estruturante para atenção à saúde dos povos indígenas e de dispositivo valioso para a qualificação da atenção de média e alta complexidade ofertada a esses povos.

Palavras chaves: 1. Atenção à Saúde. 2. Casa de Saúde do Índio. 3. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação. 4. Saúde Indígena. 5. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

FAGUNDES, Andhressa. A service-provision protocol for nourishment and nutrition-related care offered in Brazil's Indigenous People's Health Centers (Casai). 83p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2008.

As it was conceived by the Unified Health System (SUS), the healthcare offered to Native Brazilians should strive for the nationwide implementation of the Special Sanitary Rights of Indigenous Peoples (Dsei). Brazil's Law Number 9,836, ratified on September 23 of 1999, establishes that the "subsystem for indigenous peoples' healthcare will be decentralized, hierarchical and regionalized, like the SUS". As per their needs, Native Brazilians should be guaranteed access to the SUS locally, regionally and in its specialized centers – where they are entitled to primary, secondary and tertiary care. The Funasa, which is responsible for providing these peoples with adequate healthcare, maintains Indigenous People's Health Centers (Casai). These are an integral part of the system instituted by the National Policy for Indigenous People's Healthcare – a policy which establishes a complementary and differentiated organization-system. The Casais are responsible for receiving and supporting indigenous patients (and their companions) referenced by the Dsei or base-poles for specialized treatment in SUS's network. Various health problems scourge Native Brazilians, who often require hospitalization or specialized care. To heed the nutritional state of individuals and groups is to ratify the importance of nourishment and nutrition as subsidies to core healthcare activities, promoting health according to local epidemiological realities. This paper advocates the elaboration of a service-provision protocol and a flux of reference and counter-reference to be implemented in Brazil's Indigenous People's Health Centers in order to improve nourishment and nutrition-related care given to Native Brazilians and guarantee continuity for treatment prescribed to both those hospitalized and to those who return to their homes or villages. Given the challenge of securing for indigenous communities an equal access to the SUS, the proposal offers structuring strategy for the healthcare provided to Native Brazilians. It also offers valuable means of improving the medium and high-complexity care offered to them.

Keywords: 1. Healthcare. 2. Indigenous People's Health Centers (Casais). 3. Nourishment and Nutrition-related Programs and Policies. 4. Indigenous Peoples' Health. 5. Unified Health System (SUS).

SUMÁRIO

RESUMO	ix
ABSTRACT	x
LISTA DE SIGLAS	13
I –INTRODUÇÃO	
1. SITUAÇÃO PROBLEMA	14
2. OBJETIVO	16
2.1. Objetivo Geral	16
2.2. Objetivos Específicos	17
II – DESENVOLVIMENTO	
3. JUSTIFICATIVA TÉCNICO-CIENTÍFICA	17
4. REFERENCIAL TEÓRICO	20
4.1. O Subsistema de Saúde Indígena: Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei)	20
4.2. O processo de referência e contra-referência na saúde indígena	25
4.3. Perfil epidemiológico dos povos indígenas	26
4.4. As Casas de Saúde do Índio (Casai) do Brasil	29
4.4.1. O exemplo da Casa de Saúde do Índio de Boa Vista (RR)	34
4.5. Ações Institucionais de Alimentação e Nutrição para os Povos Indígenas.....	38
5. METODOLOGIA	49
5.1. Composição do protocolo.....	44
5.2. Avaliação e monitoramento.....	57
5.3. Orçamento	58
6. ASPECTOS ÉTICOS	59
III – CONCLUSÃO	
7. ANÁLISE DE VIABILIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO	60
8. CRONOGRAMA	64
REFERÊNCIAS	66

ANEXOS

Anexo I	Legislações referentes à saúde indígena.....	67
Anexo II	Casas de Saúde do Índio do Brasil segundo Distrito e Coordenação Regional (UF)	70
Anexo III	Lei nº 9.836/99, que institucionaliza o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena	72
Anexo V	Portaria de institucionalização do Sisvan Indígena	74
Anexo IV	Proposta de memorando para gestores sobre o questionário diagnóstico sobre as ações de alimentação e nutrição das Casas de Saúde do Índio do Brasil	76
Anexo VI	Proposta de orientação para o preenchimento do questionário diagnóstico sobre as Ações de Alimentação e Nutrição das Casas de Saúde do Índio do Brasil	77
Anexo VII	Proposta de Questionário diagnóstico sobre as ações de alimentação e nutrição das Casas de Saúde do Índio do Brasil	78

LISTA DE SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
Aisan	Agente Indígena de Saneamento
Assai	Assessoria de Saúde Indígena
Atan	Área Técnica de Alimentação e Nutrição
Casai	Casa de Saúde do Índio
Cgasi	Coordenação Geral de Atenção à Saúde Indígena (da Funasa)
Coope	Coordenação de Operações (da Funasa)
Core	Coordenação Regional de Saúde do Índio
Desai	Departamento de Saúde Indígena
Desai	Departamento de Saúde Indígena (da Funasa)
Dsei	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSL	Distrito Sanitário Leste Roraima
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DSY	Distrito Sanitário Yanomami
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EVS	Equipes Volantes de Saúde
Funai	Fundação Nacional do Índio
Funasa	Fundação Nacional da Saúde
IAPI	Incentivo de Atenção aos Povos Indígenas
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
Same	Serviço de Atendimento Médico Estatístico
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde (do Ministério da Saúde)
SE	Secretaria Executiva
Sisvan	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde

I – INTRODUÇÃO

1. SITUAÇÃO PROBLEMA

A Lei N.º 9.836, de 23 de setembro de 1999, estabelece que o “*Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado, hierarquizado e regionalizado. As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.*”

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) cabe a responsabilidade pela saúde sobre determinado território indígena e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com a participação do usuário e o controle social.

A Fundação Nacional de Saúde (Funasa), responsável por prover as ações de saúde à esses povos, mantém em funcionamento as Casas de Saúde do Índio (Casai) como parte integrante da rede de serviços de atenção à saúde prevista na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização de serviço (BRASIL, 2002).

A Casai tem a função de fazer a recepção e oferecer apoio aos pacientes e acompanhantes indígenas, referenciados pelos Dsei ou Pólos-base, para tratamento médico especializado na rede de atenção à saúde do SUS. Porém, o conhecimento e a ligação entre os procedimentos realizados no Dsei e na Casai precisam ser aprimorados, de modo que venham a contribuir para a continuidade dos tratamentos iniciados ou recomendados e o fortalecimento do fluxo de informações, com melhor controle dos processos de referência e contra-referência.

Diversos são os problemas de saúde que acometem os povos indígenas e os levam à internação ou necessidade de atenção mais especializada. Na população materno-infantil não é rara a situação agravada pela desnutrição em diversas etnias. Considerando ainda suas particularidades culturais e regionais, são freqüentes as situações de alta hospitalar e retorno às aldeias sem ter concluído o tratamento.

Hoje, evidências científicas apontam, de forma inequívoca, o impacto da alimentação saudável e adequada como um dos pilares de vida saudável, contribuindo com a prevenção de mortes prematuras (BRASIL, 2006a). Valorizar o estado nutricional de indivíduos e coletividades é ratificar a importância das ações de alimentação e nutrição como coadjuvantes das ações básicas de saúde, trabalhando sob a ótica da promoção da saúde em consonância com a realidade epidemiológica local (BRASIL, 2004c).

O presente projeto de intervenção propõe, então, o delineamento para a elaboração de um protocolo de atendimento nutricional visando qualificar as ações de alimentação e nutrição, bem como um plano para sua implementação no âmbito das Casas de Saúde do Índio do Brasil. O protocolo deverá contemplar as seguintes linhas:

- i. Coleta e sistematização das informações alimentares e nutricionais
- ii. Monitoramento das condutas nutricionais prescritas
- iii. Padronização e orientações para o manejo da criança desnutrida
- iv. Padronização do fluxo do processo de referência e contra-referência.

Ressalta-se que padronizar o fluxo do processo da referência e contra-referência nas Casas de Saúde do Índio do Brasil visa aprimorar não somente as ações de alimentação e nutrição prestadas à população indígena, mas garantir a continuidade de outros tratamentos prescritos, tanto em nível hospitalar quanto para recuperação na aldeia/ domicílio, reduzindo a probabilidade de recidivas, tornando-se estratégia condicionante para a melhoria da situação de saúde desses povos.

No contexto da consolidação do acesso equitativo das comunidades indígenas ao conjunto do Sistema Único de Saúde (SUS), este desafio torna-se importante estratégia para atenção à saúde dos povos indígenas e um dos dispositivos valiosos para a qualificação da atenção integral ofertada a esses povos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Estabelecer as linhas gerais de um protocolo de assistência e seu plano de desenvolvimento e implementação nas Casas de Saúde do Índio, visando qualificar as ações de alimentação e nutrição oferecidas à população indígena.

2.2. Objetivos Específicos

- i. Ampliar o conhecimento acerca das ações de saúde que se realizam nas Casas de Saúde do Índio do Brasil.
- ii. Implantar o monitoramento e a sistematização das informações do estado nutricional dos indígenas referenciados à média ou alta complexidade, com prioridade às crianças menores de cinco anos e gestantes.
- iii. Implantar o protocolo em etapa piloto.
- iv. Implementar o Protocolo em todas as Casas de Saúde do Índio
- v. Definir o fluxo de atendimento e normatizar o processo de referência e contra-referência nas diferentes vias de atendimento quanto às ações de alimentação e nutrição (aldeia-Casai, aldeia-hospital, hospital-Casai, Casai-aldeia, Casai-hospital).

II – DESENVOLVIMENTO

3. JUSTIFICATIVA TÉCNICO-CIENTÍFICA

A população indígena no Brasil é estimada em aproximadamente 480 mil pessoas, muito aquém dos cinco milhões no início do século XVI. O principal fator de diminuição foram epidemias por doenças infecciosas determinadas em boa parte pelas mudanças no seu modo de vida imposto pela colonização e cristianização (GARNELO e SAMPAIO, 2005).

A complexidade e a diversidade cultural deste grupo populacional ficam evidentes já na sua composição, que em nível nacional agrega 210 povos e mais de 170 línguas identificadas, diferindo nos aspectos de concepção e organização social, política, econômica, de relação com o meio ambiente e ocupação do território. Diferem ainda quanto à temporalidade e experiência na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional (LACERDA, 2006).

A maior parte desses povos vive distante dos centros urbanos, onde o acesso aos serviços de saúde é prejudicado pelos aspectos logísticos e operacionais, pela precariedade da rede e devido às particularidades socioculturais (ATHIAS e MACHADO, 2001).

Reconhecendo as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas o Ministério da Saúde instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena como componente do Sistema Único de Saúde (SUS), que ficou sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (BRASIL, 2003).

Dificuldades operacionais impossibilitaram a vinculação direta do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ao SUS. Desse modo, a Funasa, por meio do Departamento de Saúde Indígena (Desai), estabeleceu diretrizes para organização de uma rede de atenção

básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com o Sistema Único de Saúde (SUS).

As doenças infecciosas e parasitárias ainda se constituem em agravos observados com grande frequência, sendo as doenças diarréicas e as respiratórias responsáveis pela maioria das mortes registradas entre as crianças, fato que revela a baixa resolutividade da assistência à saúde nestas comunidades.

A Casa de Saúde do Índio é um ponto de apoio ao atendimento à saúde, à medida que recebe o indígena e o encaminha ao hospital de referência, permanecendo com os pacientes até o momento da alta definitiva ao domicílio.

Pouco se sabe das ações de alimentação e nutrição que são realizadas nas Casais, embora seja de extrema relevância a questão alimentar e nutricional e sua relação/determinação com a saúde desses povos. Desse modo, implantar um protocolo de atendimento e padronização das ações de alimentação e nutrição para qualificar o atendimento prestado nas Casas de Saúde do Índio no Brasil torna-se importante estratégia para o aprimoramento dos programas implantados nos Distritos, a continuidade dos tratamentos prescritos nos hospitais e o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população atendida. Prevê-se que o tratamento e intervenções adequadas associadas à atuação nutricional proporcionarão melhores condições de saúde e de alta hospitalar, assim como menor possibilidade de recidivas ao retornarem para seus locais de origem.

Ainda que já tenham ocorrido tentativas de padronização de algumas ações de saúde nas Casas de Saúde do Índio, nada semelhante foi realizado ou iniciado quanto às questões alimentares e nutricionais. O projeto ora proposto envolve desafio inédito e inovador. Conforme mencionado anteriormente, a Funasa tem realizado implementação de ações de alimentação e nutrição no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), não estendidas, até o momento, para as Casais. É de fundamental importância o envolvimento de todas as instâncias de atendimento em saúde à população indígena, para que haja continuidade nos tratamentos.

O conhecimento da situação nutricional de uma população tem papel estratégico na reorganização da assistência nos serviços de saúde em nível local e na qualificação das ações

prestadas. As informações do estado nutricional e de morbidade, produzidos de forma rotineira e contínua permitem intervenções de tipo imediato, além de subsidiarem políticas e medidas de intervenção coletivas, nos diferentes níveis de gestão (BRASIL, 2007a).

Valorizar o estado nutricional do indivíduo e da coletividade é ratificar a importância da nutrição como coadjuvante das ações básicas de saúde, trabalhando sob a ótica da promoção da saúde em consonância com a realidade epidemiológica local (BRASIL, 2004c).

Segundo Claus et. al. (2001), a elaboração de um protocolo de ações de saúde tem por objetivo auxiliar os dirigentes a gestar o processo da produção do cuidado na atenção básica e, nesse sentido, tornar possível, com base na rede, pensar a organização dos serviços e seus fluxos articuladores, centrada nas necessidades dos usuários e nos seus diferentes coletivos locais.

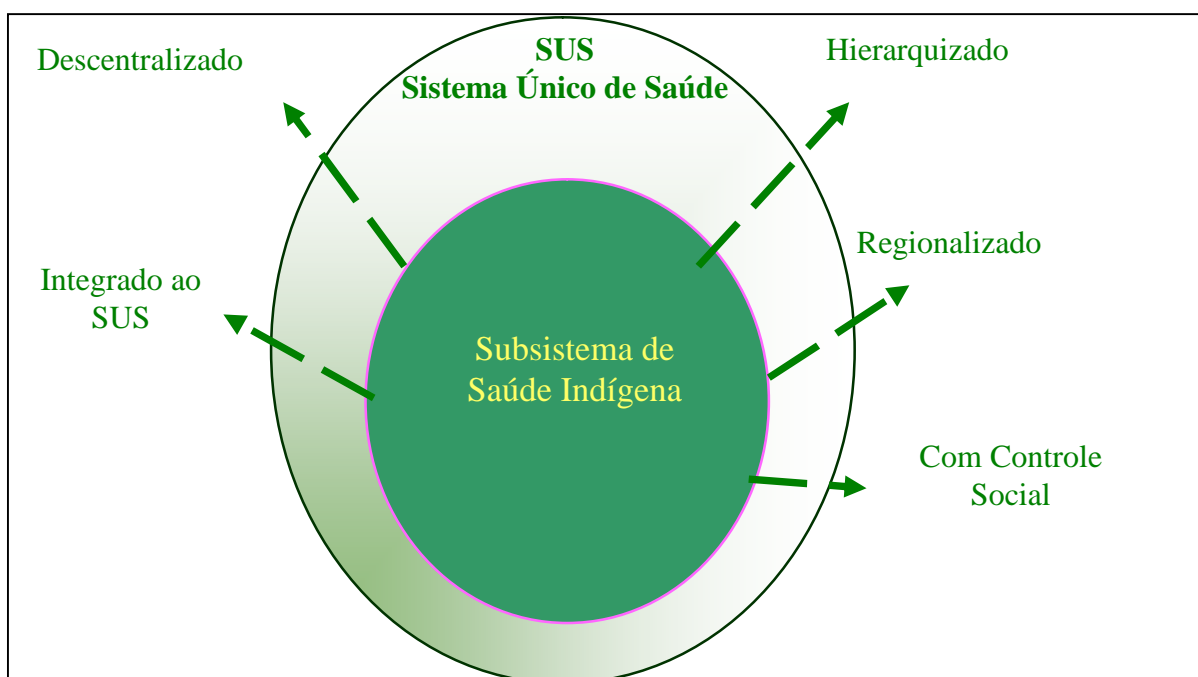
Agrega ainda como objetivos o ordenamento das ações, a unificação de condutas, a qualificação técnica das equipes de saúde, a identificação das necessidades de capacitação dos trabalhadores de saúde, a criação de um sistema de avaliação de indicadores e de desempenho da rede básica de saúde e o subsídio à implementação e à qualificação das ações de saúde, com enfoque centrado na necessidade do usuário e no trabalho interdisciplinar.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. O Subsistema de Saúde Indígena: Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei)

Desde agosto de 1999, o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde – Funasa, assumiu a responsabilidade de estruturar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS) (Figura 1). A inexistência, até então, de uma Política Setorial no SUS que atendesse a diversidade dos povos indígenas comprometia o acesso adequado às ações de saúde, impossibilitando o exercício da cidadania e a garantia das diretrizes estabelecidas na Constituição Federal, no que diz respeito ao atendimento de saúde dos índios de forma diferenciada (BRASIL, 2006b).

Figura 1. Princípios e Diretrizes do Subsistema de Saúde Indígena.



Fonte: BRASIL, 2004b.

A Funasa tinha sua própria rede hierarquizada de unidades de saúde, a qual cobria a região da Amazônia Legal e a região Nordeste, incluindo o Noroeste de Minas Gerais, o Espírito Santo e o Rio de Janeiro. A rede municipal era composta de uma Unidade de Apoio na sede do município e de unidades menores, então chamadas de Unidades Elementares, que tinham tamanhos e funções determinadas e regidas por normas e instruções internas. O trabalho era realizado junto com a população local, sendo que professores, líderes comunitários, benzedeiras e parteiras tornaram-se fonte de informação e contato entre a equipe técnica. (BRASIL, 2002)

Atualmente, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está organizado na forma de 34 (trinta e quatro) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), com a recomendação de serem unidades organizacionais articuladas com o SUS (Figura 2). Devem considerar os conceitos do processo saúde-doença da população, bem como os aspectos intersetoriais de seus determinantes, sem falar que devem ser construídos coletivamente a partir de um processo de planejamento participativo, além de possuir instâncias de controle social formalizado em todos os níveis de gestão.

O Dsei é uma base territorial e populacional com responsabilidade sanitária claramente identificada, com o encargo de ofertar o conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica. Sua delimitação geográfica e populacional deve considerar e contemplar os aspectos demográficos, étnicos e culturais dos povos indígenas.

Capote (2001) trabalha com a definição de Distrito Sanitário *como “unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde públicos e privados, organizados com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações de saúde capazes de resolver a maior quantidade possíveis de problemas de saúde”*.

As ações e serviços voltados ao atendimento da saúde da população indígena devem obedecer aos dispositivos da Lei nº 9.836/99 e seguir os princípios de descentralização, hierarquização e regionalização preconizados pelo SUS, considerando a realidade local e as especificidades culturais dos povos indígenas. O artigo 19-G parágrafo segundo, da Lei Arouca recomenda adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem

populações indígenas, para garantir o atendimento necessário e sem discriminação, em todos os níveis da atenção.

Para tanto os Distritos contam com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena composta por equipe mínima de profissionais de saúde e os Agentes Indígenas de Saúde, necessária para executar suas ações; os Pólos-base, que se constituem na primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde que atuam nas aldeias, podendo estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência; e o controle social, por intermédio dos Conselhos Local e Distrital de Saúde.

Os territórios distritais foram definidos num processo de construção com as comunidades indígenas, profissionais e instituições de saúde. Porém, a definição destas áreas não se pautou por critérios técnico-operacionais e geográficos (Unidades da Federação e Municípios) e sim pela organização das comunidades indígenas e etnias.

Pelo fato de não levar em consideração as estruturas de saúde já existentes (como os postos e as unidades básicas) e não ter uma norma única e bem definida para criação dos Dseis, o Subsistema de Saúde Indígena acabou fomentando um sistema paralelo ao SUS, do ponto de vista da assistência à saúde.

Figura 2.



Para entender a construção da saúde indígena no Brasil é preciso resgatar as últimas décadas, para deixar claro os desafios percorridos até chegar à fase atual de implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Ainda que em 1910 tenha sido criado o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), um órgão específico para lidar com a questão indígena no país, somente décadas depois foram iniciadas as primeiras tentativas de proporcionar aos povos indígenas serviços de saúde de forma sistemática (BRASIL, 2007a).

O SPI foi extinto em 1967, sendo criada a Fundação Nacional do Índio (Funai), com uma divisão de saúde implementada nesta nova agência. Haveriam serviços de saúde organizados em conformidade com o conceito de Equipes Volantes de Saúde (EVS), instaladas em pontos estratégicos do país e vinculadas aos escritórios regionais da referida Fundação. Cada EVS deveria ser composta por médico, enfermeiro, técnico de laboratório e dentista, dispondo de meios de transporte para realizar visitas periódicas às aldeias indígenas sob sua jurisdição.

É importante observar, dado o objetivo do presente projeto, que a estrutura de apoio e suporte às ações de saúde na cidade, à época, já deveria ser oferecida pelas “Casas do Índio”, que serviam para abrigar pacientes indígenas durante períodos de permanência na cidade por motivo de consulta, tratamento e convalescença (BRASIL, 2007a).

A atenção primária à saúde oferecida nas aldeias era de reduzida eficácia e centrada na distribuição de medicamentos. Com o passar do tempo, a limitação do atendimento à saúde nas aldeias colocou sob crescente pressão as Casas do Índio nas cidades, cuja infra-estrutura permaneceu constantemente sobrecarregada pelo influxo de grande número de pacientes.

De modo geral, os registros e relatos sobre a trajetória da saúde indígena no século passado evidenciam que não houve propriamente uma política de saúde indígena no país. As iniciativas planejadas eram isoladas, correndo em paralelo à saúde pública da população não-indígena. Não havia integração entre os serviços e, na maioria das vezes, os programas nacionais coordenados por setores do Ministério da Saúde não eram estendidos a esses povos.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um evento fundamental para a reformulação da Política Nacional de Saúde ao aprovar as diretrizes básicas da reforma sanitária a ser implementada com o SUS. Concomitante à 8ª, houve a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, onde foi recomendado que a saúde indígena fosse coordenada pelo Ministério da Saúde, por meio de um Subsistema de serviços de saúde articulado e vinculado ao SUS. Essa perspectiva foi reafirmada durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, quando foi aprovado esse modelo diferenciado de atenção à saúde dos povos indígenas.

A II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (1993) definiu as diretrizes da Política Nacional de Saúde para a população indígena, além de atualizar as recomendações da 1ª Conferência Nacional. Porém, somente em 1996 foi aprovada a regulamentação e a implantação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) como unidades organizacionais do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, na 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) (BRASIL, 2007a).

Neste contexto, a questão normativa da saúde é destacada por alguns avanços: a Constituição Federal, de 1988; a Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 1990; o Decreto nº 3.156, de 1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e estabelece que a Fundação Nacional de Saúde – Funasa é o órgão responsável pela execução das ações dentro do Ministério da Saúde; a Lei nº 9.836, também de 1999, que criou o Subsistema de Saúde Indígena dentro do âmbito do SUS, alterando a supracitada Lei Orgânica. (Anexo I) (BRASIL, 2007a; 2002; 2003; MAGALHÃES, 2005; LACERDA, 2006).

4.2. O processo de referência e contra-referência na saúde indígena

O primeiro nível de atenção à saúde deverá se dar continuamente na própria aldeia, por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e, periodicamente, por uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), em Postos de Saúde (PS) de referência ou de

forma itinerante nas aldeias. Cada aldeia deverá contar com uma Unidade de Apoio (UA) com estrutura para o desenvolvimento das atividades de atenção à saúde realizadas pelos AIS, sob supervisão da EMSI. Nas comunidades que contarem com sistema de abastecimento de água será incorporado à equipe o Agente Indígena de Saneamento (AISAN).

A Equipe Multidisciplinar Saúde Indígena será composta por, no mínimo, médico generalista, enfermeiro, odontólogo, auxiliar ou técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene dental e agente indígena de saúde (AIS) e agente indígena de saneamento (AISAN).

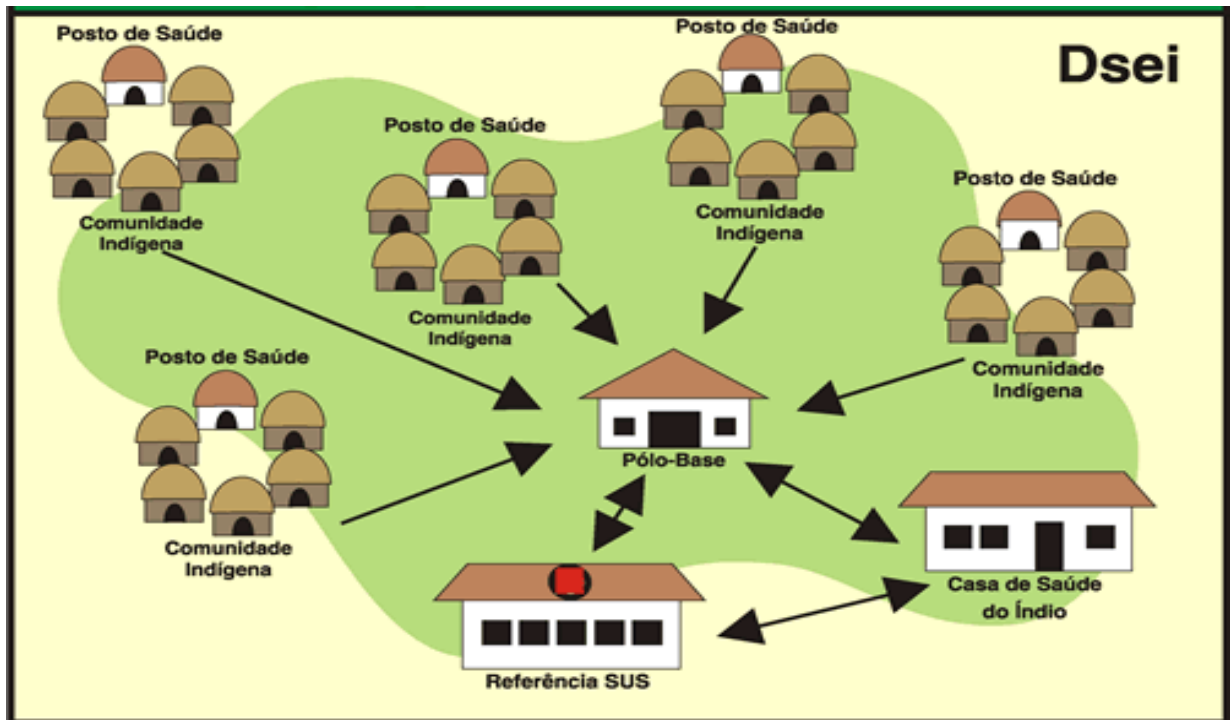
Além das Unidades de Apoio e Postos de Saúde, as comunidades indígenas deverão contar com outra instância de atendimento de saúde, os Pólos-base, constituindo a primeira referência para os AIS e EMSI que atuam nas aldeias. Podem ser localizadas numa comunidade indígena ou num município de referência. As demandas não resolvidas nos Pólos-base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS (Figura 3).

Nesses casos deverão contar com uma estrutura de apoio em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes e seu retorno ao local de origem.

Para os Pólos-base e Casai, a composição de uma equipe matricial de saúde indígena conta também com outros profissionais: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Pela persistência das dificuldades operacionais, a alternativa adotada pela Funasa em diversos locais tem sido contratação de serviços por meio de convênio com Organizações Não Governamentais, que se responsabilizam pela maioria da oferta de serviços de atenção à saúde indígena, além dos municípios e associações indígenas que se responsabilizam por assegurar a atenção em suas áreas de abrangência.

Figura 3. Apresentação do fluxo de atendimento de saúde da população indígena.



Fonte: Funasa, 2005.

Os principais fatores de risco para a população indígena são: carência alimentar, aumento do consumo de bebidas alcoólicas, vulnerabilidade as doenças sexualmente transmissíveis, precariedade de moradias em algumas aldeias e deficiência de saneamento básico, com destaque para inadequação do destino dos dejetos sólidos e líquidos, ratificando que os problemas da população indígena são passíveis de resolução majoritariamente no primeiro nível de atenção (BRASIL, 2002).

4.3. Perfil epidemiológico dos povos indígenas

Pouco se conhece sobre a situação de saúde dos povos indígenas, embora haja conhecimento sobre a condição de vulnerabilidade social a que estão sujeitos, tornando o perfil de saúde particularmente grave (BRASIL, 2007a).

Até um passado recente, epidemias de viroses, como gripe e sarampo, chegavam a dizimar milhares de indígenas num curto intervalo de tempo, exterminando aldeias e reduzindo drasticamente o número de habitantes, o que comprometia a continuidade cultural e social dos grupos atingidos. A raridade de tais eventos no presente não elimina o peso exercido pelas doenças infecciosas e parasitárias nas populações indígenas. Hepatite, tuberculose e malária têm relevância inquestionável no perfil epidemiológico de morbimortalidade da população indígena, além de surpreender que as parasitoses e infecções intestinais estejam amplamente disseminadas nas áreas indígenas (BRASIL, 2007a). Quase metade das internações hospitalares de crianças indígenas e até 60% dos óbitos das menores de um ano são por doenças associadas a gastroenterite (BRASIL, 2002).

Algumas características marcantes que favorecem essa situação de vulnerabilidade podem ser citadas: precariedade das condições de saneamento, infra-estrutura sanitária inadequada, ausência de infra-estrutura destinada à coleta de dejetos, inexistência de água seguramente potável, entre outras, além de práticas culturais de cunho ritual (sangrias, tatuagens, escarificações) que propiciam a transmissão do vírus da hepatite (BRASIL, 2007a).

No que se refere à situação epidemiológica nutricional a situação é ainda mais desconhecida, chegando a ser traduzida por alguns autores como “invisibilidade epidemiológica”. Nos inquéritos nacionais de saúde e nutrição, como o Estudo Nacional da Despesa Familiar - ENDEF (IBGE, 1975), a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN (BRASIL, 1990), as Pesquisas Nacionais sobre Demografia e Saúde – PNDS (BEMFAM, 1996 e CEBRAP, 2008) e a Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF (IBGE, 2003), os povos indígenas não foram incluídos nas amostras como segmentos de análises (BRASIL, 2004b).

As informações disponíveis são de estudos acadêmicos, com formatos restritos e de difícil comparabilidade, tendo em vista que as metodologias geralmente são distintas. O reduzido número de trabalhos e a fragmentação de informações disponíveis implicam na escassez de informações para este grupo que, conseqüentemente, impossibilitam quaisquer generalizações a respeito do perfil nutricional e de crescimento dos povos indígenas.

Assim como a população nacional não indígena, a população indígena, apresenta problemas nutricionais que atingem todas as fases do ciclo de vida, da infância ao

envelhecimento, da desnutrição à obesidade, diabetes e hipertensão (BRASIL, 2004a). Entre as crianças, os estudos apontam maior prevalência da desnutrição energético-proteica, com dados que demonstram pesos e estaturas inferiores às medianas da população-referência, além de anemia ferropriva e hipovitaminose A. Essas deficiências são consideradas problemas que trazem sérias repercussões na vida adulta, cujas ações de controle são prementes na agenda da saúde coletiva da atualidade (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2001).

Para adultos, observam-se casos prevalentes de obesidade, hipertensão, dislipidemias em algumas aldeias (BRASIL, 2004a). Essas patologias consistem em um problema de saúde pública crescente entre esses povos, uma vez que já não estão mais constantemente envolvidos em atividades de subsistência tradicionais, apresentam menores níveis de atividade física, e consomem alimentos industrializados advindos dos municípios vizinhos às aldeias (BRASIL, 2007a).

Diante do exposto, mostra-se fundamental o monitoramento da situação alimentar e nutricional dos indígenas, em todos os âmbitos de atendimento de saúde desses povos, fortalecendo e complementando o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan, que está em processo de implantação nos Distritos, possibilitando o estabelecimento de programas e ações pertinentes, junto com a continuidade dos tratamentos de saúde prescritos.

Segundo a OMS (2002), a atenção nutricional deve estar associada a ações e intervenções em nível clínico, individual e coletivo, na prevenção, no controle de agravos, e em um contexto mais abrangente, na promoção da saúde.

No contexto da consolidação do acesso equitativo das comunidades indígenas ao conjunto do Sistema Único de Saúde (SUS), este desafio assume a responsabilidade de estratégia estruturante para atenção à saúde no interior das terras indígenas e um dos dispositivos valiosos para a qualificação da atenção integral ofertada a esses povos (BRASIL, 2004b).

4.4. As Casas de Saúde do Índio (Casai) do Brasil

A Casa de Saúde do Índio (Casai) é uma estrutura da Funasa estabelecida pela Portaria nº 1.776/03, art. 106. Constitui-se em local de recepção e apoio ao índio, que vem referenciado da aldeia ou do Pólo-base e funciona, em sua maioria, como um “hotel de trânsito”.

As demandas que não forem atendidas no nível de resolutividade das aldeias ou pólos-base deverão ser referenciadas para a rede do SUS, apontando a necessidade de serem “definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas”, conforme a Portaria 1.776/2003.

A Portaria nº 70, de 20 de janeiro de 2004, que aprova as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, no Art. 1º VI define que as Casais, serão responsáveis pelos serviços de apoio as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade. São responsáveis, também, pelo agendamento de consultas médicas e exames laboratoriais, mediante encaminhamento médico, além de prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação. Os profissionais de saúde da Casai fazem o acompanhamento de pacientes por ocasião das consultas, exames subsidiários e internações hospitalares e articulam o retorno dos pacientes e acompanhantes aos seus domicílios/ aldeias.

O Brasil possui 53 (cinquenta e três) Casas de Saúde do Índio, distribuídas regionalmente (Tabela 1) de modo a atender as necessidades de saúde e deslocamento da população indígena, em especial quanto algum atendimento especializado de saúde torna-se prioritário. Não há regra para a construção da Casa de Saúde Indígena. É estabelecida conforme a necessidade do local. Assim, nem todos os Distritos tem Casai e outros possuem mais de uma Casai.

Os objetivos precípuos da Casai são (BRASIL, 2002):

- receber pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelo Dsei;
- alojar e alimentar pacientes e seus acompanhantes durante o período de tratamento;
- estabelecer os mecanismos de referência e contra-referência com a rede do SUS;
- prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação, continuando o tratamento após alta hospitalar até que o índio tenha condições de voltar para a aldeia;
- acompanhar os pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares;
- fazer a contra-referência com os Pólos bases e Distritos Sanitários, articulando o retorno dos pacientes e acompanhantes aos seus domicílios, por ocasião da alta;
- agendar os serviços especializados requeridos, dar suporte a exames e tratamento especializados;
- fazer serviço de tradução para os que não falam português;
- viabilizar seu retorno à aldeia, em articulação contínua com o Dsei.

Essas Casas de Saúde foram criadas para facilitar o atendimento dos povos indígenas nas unidades de referência do SUS. Estão localizadas em municípios de referência, inclusive, algumas nas capitais dos Estados, onde estão sendo readaptadas de acordo com as especificidades da saúde indígena, para facilitarem o acesso da população, de um ou mais Distritos Sanitários, ao atendimento secundário e/ou terciário, assim como servindo de apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS.

Tabela 1. Distribuição das Casas de Saúde do Índio (Casai) por Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) e Coordenação Regional de Saúde Indígena (Core).

Nº de Casai	Core	Dsei	Nº de Casai	Core	Dsei
01	AC	Alto Rio Purus	03	MT	Kaiapó Mato Grosso
01	AM	Alto Rio Negro	02	MT	Xavante
02	AM	Médio Solimões	01	MT	Xingu
01	AM	Alto Rio Solimões	04	PA	Guamá-Tocantins
02	AM	Médio Rio Purus	01	PA	Kaiapó Pará
01	AM	Vale do Javari	02	PA	Rio Tapajó
01	AM	Manaus	01	PA	Altamira
03	AM	Parintins	01	PR	Paraná
02	AP	Amapá/ Norte do Pará	01	SP	Sul Sudeste
01	GO	Araguaia	04	RO	Porto Velho
04	MA	Maranhão	04	RO	Vilhena
01	MG	Minas Gerais/ ES	01	RR	Leste de Roraima
02	MS	Mato Grosso do Sul	02	TO	Tocantins
03	MT	Cuiabá	01	DF	Brasília

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Funasa, 2007.

Além de darem condições para a satisfação das necessidades básicas do indivíduo (alimentação, higiene e repouso), devem oferecer suporte com relação aos seguintes aspectos (BRASIL, 2002):

- ✓ Tratamento: garantir a adesão ao tratamento com medicamentos indicados conforme sua patologia por meio de intervenção direta (administração), indireta (estímulo à adesão por informações e aconselhamento), facilitação de acesso (transporte) às Unidades de Saúde, e outros.
- ✓ Lazer: proporcionar atividades de lazer aos usuários com o propósito de integrar o grupo entre si e com outros grupos, promovendo seu bem-estar físico e mental.

- ✓ Prevenção: proporcionar informações e estimular o desenvolvimento de hábitos relacionados à prevenção da transmissão das doenças, por meio de palestras, oficinas, ou outros.
- ✓ Apoio psicológico: proporcionar suporte psicológico aos pacientes com o intuito de fortalecer sua capacidade de lidar com sua condição física, no contexto individual, familiar e social em geral, facilitando sua inserção na sua sociedade.
- ✓ Inserção familiar/ social no mercado de trabalho: oferecer apoio técnico e psicológico continuado para reintegrar os indivíduos a seu grupo sócio-cultural, núcleo familiar e mercado de trabalho, por meio de palestras, consultas individuais ou em grupo, realização de oficinas etc.
- ✓ Apoio com relação aos direitos sociais e trabalhistas: oferecer apoio com relação aos direitos dos indivíduos doentes a benefícios a que tem direito, remunerações, indenizações e outros, diretamente ou indiretamente, orientando e encaminhando os pacientes e seu acompanhante a serviços que ofereçam esse suporte.

Uma situação recorrente é o atendimento de crianças indígenas desnutridas nas Casai: o encaminhamento para média e alta complexidade, em sua maioria, passa pela Casai na internação e no período pós-alta. No entanto, as Casai não têm um papel definido no monitoramento nutricional dos pacientes, em boa parte por que não existe um protocolo de atendimento nutricional.

Em muitas situações onde o processo de contra-referência do hospital para o Pólo-Base ou Aldeia não acontece de forma adequada, a Casai deveria interferir e fazê-lo cumprir. Óbitos infantis já ocorreram pelo fato da equipe de saúde local desconhecer o retorno da criança indígena ou da família para aldeia.

Segundo Lacerda (2006), no caso das populações indígenas brasileiras, as Casa de Saúde Indígena refletem a precariedade da assistência médica na região geográfica onde a população se localiza, vinculada à ineficácia dos serviços de saúde disponibilizados pelo Estado.

A percepção dos usuários indígenas sobre as Casai foi revelada no relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Indígena (2001), aprovado no Conselho Nacional de Saúde, onde foi proposto, no modelo de gestão e organização dos serviços, parcerias e articulação com SUS que garantam, em relação às Casas de Saúde do Índio, os seguintes itens:

- ✓ Recursos específicos para sua implantação e efetivo funcionamento em todos os Distritos, respeitando as especificidades regionais;
- ✓ Integração na estrutura dos Distritos, com subordinação de suas gerências às chefias dos Dsei;
- ✓ A definição do seu papel e do quadro funcional de acordo com cada realidade e seu funcionamento obedecendo aos critérios estabelecidos pela Vigilância Sanitária, com parâmetros nutricionais adequados e representação nos Conselhos Distritais;
- ✓ Hospedagem exclusivamente para pacientes indígenas referenciados e acompanhantes, fazendo considerações junto ao órgão indigenista no sentido de viabilizar a criação ou readequação de Casas de Apoio para os índios em trânsito nas cidades;
- ✓ Normatização mínima das especificidades das Casas de Saúde do Índio, por meio de um fórum específico, com a participação de representantes de todas as Casas do país e um representante indígena dessas unidades, indicado pelos Conselhos Distritais.

O deslocamento e o ingresso de pacientes na Casai revela a falta de organização de serviço e controle pela equipe do Dsei. Os pacientes se deslocam à revelia, como constata levantamentos efetuados pelas equipes técnicas em diferentes Dsei. A população sai da área de maneira desordenada e entra nos serviços de saúde da mesma forma. A ausência de definição prévia e levantamento do número de acompanhantes por paciente têm trazido um grande problema, tanto para as Casai, quanto para a rede do SUS. Além do custo elevado de manutenção, o excesso de indivíduos em instalações com capacidade física e recursos limitados facilita o desenvolvimento de ambientes insalubres, que não atendem as determinações de legislações sanitárias (BRASIL, 2002).

Pelo exposto, o papel das Casai deve ser fortalecido com uma maior integração dos recursos humanos existentes, utilização de seus profissionais no atendimento à população e definição mais clara de suas funções e atribuições. Deve haver supervisão das atividades executadas, bem como sistematização das informações de saúde dos pacientes transeuntes.

4.4.1. O exemplo da Casa de Saúde do Índio de Boa Vista (RR)

Para realização deste projeto a Casa de Saúde do Índio de Boa Vista, situada no Estado de Roraima RR, foi visitada (Relatório Técnico), com o objetivo de acompanhar a rotina de atendimento dos pacientes e conhecer a estrutura física do local, uma vez que passou por uma reforma e foi reestruturada recentemente. As atividades desenvolvidas no local são muito bem avaliadas pelos gestores, dos níveis local e nacional.

A Casai Boa Vista, atende a população indígena dos Distritos Yanomami (DSY) e Leste de Roraima (DSL), dando cobertura a uma população de mais de 53.000 indígenas. Os Yanomamis estão distribuídos entre os estados de Roraima (87.6%) e do Amazonas (12.4%). A acessibilidade à capital Boa Vista é possível, basicamente, por via aérea, fluvial. O acesso terrestre é possível para apenas dois pólos-base, com duração média de cinco horas de viagem.

Dado os seus locais de moradia, são tradicionalmente caçadores e coletores de produtos da floresta, além de praticarem pesca e agricultura (principalmente banana, mandioca e milho). Um fator importante a ser citado em referência a esses povos é o significativo crescimento populacional evidenciado pelas migrações oriundas da Venezuela, em geral, motivados pela assistência à saúde, embora a contrapor tal evidência existam levados índices de mortalidade e morbidade.

O Distrito Leste de Roraima, que concentra a maior parte da população indígena do local (mais de 35.000 índios), possui 290 comunidades de seis distintas etnias, distribuídas em um território que abrange 32 terras indígenas, localizadas em dez dos quinze municípios roraimenses. Há que se observar, a partir dessas informações de caráter geográfico a distinta

realidade e, possivelmente, diversidade de hábitos e culturas dentre eles, fatores esses que influenciam, sobremaneira, as condições de saúde e o tipo de oferta dos serviços de assistência. Seus costumes já sofreram influência dos não índios. Seus costumes já sofreram clara influência dos não índios, mudando constantemente o seu perfil epidemiológico.

A estrutura física da Casai Boa Vista é realmente diferente da maioria encontrada no país. Os setores da Educação em Saúde e da Terapia Ocupacional contribuem, significativamente, para a redução dos casos de embriaguez, alcoolismo, brigas, evasões, higiene ambiental e pessoal. Há uma horta cujo planejamento foi realizado em parceria com a Universidade Federal de Roraima, colaborando com a produção das refeições, além de ser conduzida com fins terapêuticos para os que nela trabalham. O Serviço de Atendimento Médico Estatístico (Same), criado em 1997, arquivava as informações de saúde, de modo a colaborar com a gestão administrativa e orientação das atividades. O Centro de Nutrição e Dietética, também resultante da reforma de 2006, dispõe de estrutura física adequada às necessidades do serviço, com equipamentos novos e modernos para preparação de alimentos (BRASIL, 2008). Diferentemente de outras Casais, existe um bloco de isolamento para pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas.

Conta com uma equipe de saúde multiprofissional para o atendimento dos pacientes: médicos de diferentes especialidades, odontólogos, nutricionistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, bioquímico, técnico de laboratório, administrador, assistentes sociais, intérpretes e terapeutas ocupacionais.

Segundo o Relatório de Gestão da Casai Boa Vista (2008) alguns fatores podem explicar a relevância da Casai como referência no tratamento das comunidades indígenas:

- ✓ Risco de descontinuidade das ações devido às mudanças na política de atenção à Saúde Indígena;
- ✓ Presença constante de invasores (garimpeiros, caçadores, pescadores e piabeiros) em algumas terras indígenas levando à contínua re-introdução e doenças como gripes, DST, Tuberculose, diarreias, malária, e outras, além de incrementar os conflitos intercomunitários, por meio do fornecimento de armas, munição e álcool aos índios;

- ✓ Dificuldades operacionais e logísticas relacionadas à grande dispersão entre as comunidades;
- ✓ Inexistência de agentes indígenas de saúde totalmente formados;
- ✓ Dificuldade de se conseguir recursos humanos com perfil indigenista e qualificação técnica adequada, especialmente para difíceis condições de trabalho, como é o caso da área Yanomami;
- ✓ Os municípios interioranos não possuem suporte assistencial de referência que atenda as demandas locais e da área indígena;
- ✓ Recíproca dificuldade no processo de inserção da população indígena às comunidades tradicionais;
- ✓ Conflitos de demarcação de terras, exploração de minérios, interesses fundiários, forças políticas com preceitos anti-indigenista;
- ✓ Ausência de assistência à saúde nos países de fronteira, promovendo agravamento na patogenicidade destas populações;
- ✓ Desfavorecimento no SUS mediante baixa representatividade política;
- ✓ Dificuldade de comunicação linguística entre as equipes de saúde e os índios.

Diversos são os relatos técnicos de que o atendimento no SUS, em geral, ocorre de maneira lenta e sem adaptações que proporcione uma assistência diferenciada, adequada, aos índios. Esse estado, especificamente, tem uma situação complexa de saúde pública que influencia na qualidade dos serviços prestados: alto fluxo migratório (por ser um estado de fronteira), aberturas de estradas e os garimpos. Tais fatores sufocam a capacidade instalada da rede de assistência.

Por outro lado, diversos são os problemas de saúde atendidos que poderiam ser sanados com o adequado funcionamento da atenção básica, no nível local - aldeias e pólos-base (BRASIL, 2008).

A precária estrutura de contratação de recursos humanos da Funasa causa uma alta rotatividade dos profissionais e sérios problemas contratuais de trabalho. A ausência de profissionais para execução da assistência à saúde nas áreas indígenas acaba superlotando as Casais e onerando, em muito, o custo dos serviços.

O Distrito Yanomami (RR), cujo acesso é difícil, ficou sem profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena nas aldeias por, aproximadamente, cinco meses em meados de 2007. Em consequência, a Casai Boa Vista (RR) tem atendido e alojado indígenas (e seus acompanhantes) com problemas de saúde que demonstram a falta da provisão de ações de atenção básica: doenças infecto-parasitárias, desnutrição, crianças aguardando intervenção cirúrgica no SUS para remoção de ‘bicho de pé’ e outros. Essa situação é recorrente em diferentes locais do país. Diversas são as doenças evitáveis, que por se agravarem, são referenciadas às Casas de Saúde do Índio.

As crianças indígenas, especialmente as menores de cinco anos, apresentam problemas respiratórios e gastrointestinais de forma recorrente, devido à susceptibilidade e peculiaridade de seus locais de origem (falta de saneamento, por exemplo), sendo que acabam necessitando de atendimento mais especializado.

Cabe ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (2002) considera as crianças como um dos grupos mais vulneráveis à desnutrição protéico-energética, alteração que propicia o aparecimento de infecções, formando um ciclo vicioso que traz grandes implicações na saúde, aumentando o risco de adoecer e morrer (BRASIL, 2007a).

4.5. Ações Institucionais de Alimentação e Nutrição para os Povos Indígenas

Embora a implantação dos Dsei tenha ocorrido em 1999, a partir da constituição da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, as ações de alimentação e nutrição começaram a ser desenvolvidas, em nível central apenas no final do ano 2003 e nos Dsei em meados de 2004. A Área Técnica de Alimentação e Nutrição faz parte da Coordenação de Operações (Coope), na Coordenação-Geral de Saúde Indígena (Cgasi), do Departamento de Saúde Indígena (Desai), da Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

As informações sobre a situação alimentar e nutricional dos povos indígenas no Brasil não eram coletadas de forma sistematizada pelos Dsei e as informações disponíveis, conforme relatado anteriormente, eram de formato acadêmico, com metodologias diferentes, realizadas

em sua maioria nos povos amazônicos, não representado a totalidade da população indígena e impossibilitando comparações. Ainda assim, os resultados destes estudos, demonstravam perfis de déficit de pesos e estaturas de três a cinco vezes superiores em relação à população não indígena, principalmente nos menores de cinco anos de idade.

Visando suprir a lacuna histórica da escassez de informações nutricionais dos povos indígenas e atender aos principais problemas evidenciados nessa população, o Departamento de Saúde Indígena (Desai), da Funasa iniciou, em meados de 2004, por meio de sua Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN), a implantação das ações de vigilância alimentar e nutricional, visando o diagnóstico e o acompanhamento do estado nutricional e alimentar da população indígena brasileira, para o estabelecimento e o acompanhamento de políticas, programas e intervenções: informação para ação.

É válido ressaltar que, em 2002, antes da Funasa estabelecer o acompanhamento nutricional como ação prioritária para a saúde indígena, lideranças indígenas já demandavam ao Conselho Nacional de Saúde ações intersetoriais de promoção do acesso à alimentação saudável. A Comissão Interinstitucional de Saúde Indígena (Cisi), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) passa a convocar outros órgãos do Governo Federal, ligados à questão de acesso aos alimentos para elaboração de ações e políticas específicas para a melhoria das condições de alimentação e nutrição dos povos indígenas, contemplando-se a diversidade étnica e cultural.

Em julho de 2006, realizou-se, em Brasília-DF, uma reunião nacional com os Chefes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), quando foi assinada, pelo presidente da Funasa, a Portaria Nº. 984, de 06 de julho de 2006 que regulamenta o Sisvan no subsistema de saúde indígena (Anexo IV).

Atualmente, o Sisvan Indígena está em processo de implantação em 26 Dsei, com uma cobertura nacional de monitoramento nutricional de 45%. As informações sobre o estado nutricional, prioritariamente de crianças menores de cinco anos e de gestantes, são coletadas na rotina diária de visitas e atendimentos das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), respeitando o modelo organizacional do Subsistema - Aldeias, Pólos-Base e Distritos Sanitários, a fim de aperfeiçoar a geração de informações e garantir a universalização da atenção em nutrição e saúde.

Para implantar as ações de alimentação e nutrição a Área Técnica pautou-se no desenvolvimento de algumas atividades:

- A elaboração do Manual de Diretrizes Técnicas para a Vigilância Alimentar e Nutricional nos Dsei: foi elaborado em 2005, pela equipe técnica da Área de Alimentação e Nutrição, do Desai, em parceria com a Fiocruz–Brasília (BRASIL, 2004b).
- Formação de Recursos Humanos: está em fase de execução o Curso de Especialização e Curso de Aperfeiçoamento/ Desenvolvimento em Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena, na modalidade ensino à distância, resultado da parceria entre a Funasa/Vigisus II e a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp-Fiocruz). O Curso de Especialização foi lançado em novembro de 2007, com 241 alunos selecionados em 33 Distritos e na esfera federal. O de Aperfeiçoamento/ Desenvolvimento selecionou 204 alunos de todos os Distritos, com início previsto para final de julho/2008. Pensando na formação de uma rede de profissionais responsáveis técnicos pelo Sisvan Indígena no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas foi realizado, também em parceria com a Fiocruz-Brasília, um curso de aperfeiçoamento em Vigilância Alimentar e Nutricional dividido em três módulos complementares – diagnóstico nutricional (outubro de 2006), diagnóstico coletivo (dezembro de 2006) e atendimento à criança com desnutrição grave (abril de 2007), direcionado aos profissionais de saúde responsáveis pelo Sisvan de todos os Distritos do Brasil.
- Oficinas de Capacitação nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: a partir da elaboração do manual de diretrizes foram organizadas oficinas de capacitação nos Distritos para a implantação do Sisvan Indígena para os profissionais das equipes multidisciplinares e gestores locais da saúde indígena. Em 2007, aproximadamente, 830 profissionais de saúde entre médicos, enfermeiros, nutricionistas, Agentes Indígenas de Saúde e outros foram capacitados e preparados para o acompanhamento nutricional. Considerando os profissionais capacitados desde o início do processo de implantação do Sisvan Indígena iniciado pelo Desai em meados de 2005, soma-se a este número 702 profissionais capacitados.

- A realização do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, em 2008, com objetivo descrever a situação alimentar e nutricional e seus fatores determinantes em crianças indígenas menores de cinco anos e em mulheres indígenas de 14 a 49 anos, de 119 aldeias em todo o Brasil, por meio de: avaliação do estado nutricional, descrição da frequência de hospitalização por diarreia e infecções respiratórias agudas em crianças indígenas menores de cinco anos nos últimos 12 meses, frequência de tuberculose e malária na população de estudo nos últimos 12 meses, prevalência de hipertensão arterial e *diabetes melitus* nas mulheres indígenas de 14 a 49 anos, investigação do acesso aos serviços e programas com repercussões sobre o estado nutricional, com ênfase no pré-natal, imunização, suplementação alimentar, programas sociais e registro civil. Trata-se de iniciativa pioneira no país que trará informações estratégicas para o melhor entendimento sobre as questões nutricional e alimentar indígena, além de dados igualmente relevantes acerca de outros aspectos da saúde da criança, da mulher e da mãe indígena. O inquérito será executado pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), e envolverá pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa de todas as regiões do país, especialistas nesses temas, além de incluir as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena locais. Este inquérito foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), e é uma iniciativa do Governo Federal, por meio da Gerência de Vigilância Alimentar e Nutricional, do Projeto Vigisus II.
- Aquisição de equipamentos antropométricos e outros subsídios: Foram adquiridos e distribuídos antropômetros, computadores, balanças portáteis e fixas – pediátrica e adulto, hemocues e glicosímetros para subsidiar os profissionais de saúde na coleta, monitoramento e diagnóstico¹.
- Intervenções:
 - ✓ Implantação do Programa de Suplementação de megadoses de vitamina A nos Distritos Xavante, Mato Grosso do Sul, Tocantins, Minas Gerais e nos seis Distritos do Nordeste: Potiguara (PB), Pernambuco, Alagoas/ Sergipe (AL), Bahia, Maranhão e Ceará.

¹ Esses equipamentos foram distribuídos aos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. As Casas de Saúde do Índio não foram contempladas neste momento.

- ✓ A ação emergencial de Segurança Alimentar e Nutricional é realizada em articulação com o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, desde 2005, por meio da distribuição de cestas de alimentos para as famílias com crianças indígenas identificadas, pelo nível local, com risco nutricional. Para 2008, está prevista a distribuição de 23.813 cestas por etapa para os 23 Distritos.
- ✓ Realização do piloto para implantação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro e Ácido Fólico em cinco Dsei (Xavante, Alto Rio Solimões, Pernambuco, Tocantins, Ceará) e Assessoria Indígena Rio Grande do Sul.

Os resultados são relevantes e as ações atinentes à alimentação e nutrição, que têm sido propostas aos Dsei, estão em crescente processo de implantação. O Sisvan Indígena apresenta progresso desde o seu início, com muitos avanços registrados: em 2003, eram acompanhadas uma média de 8 mil crianças mensalmente em apenas 01 distrito; em 2007, esse número subiu para 26.000 crianças, em 26 dos 34 distritos. Em janeiro de 2008 foram registrados 28.400 acompanhamentos de menores de cinco anos em 24 Distritos. É importante frisar que a implantação padronizada nacionalmente e recomendada pela Funasa teve início em 2005.

O propósito da implantação de um Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para população indígena é subsidiar ações, políticas e programas para a melhoria das condições de saúde e nutrição desses povos, bem como aperfeiçoar continuamente as medidas de intervenção.

Com as ações descritas acima, a Funasa tem assumido o Sisvan Indígena, como estratégia e prática permanente de atenção à saúde, atendendo as recomendações da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas.

5. METODOLOGIA

Essa proposta de intervenção foi iniciada pela necessidade da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN), da Funasa em padronizar as ações atinentes à sua responsabilidade também no âmbito das Casas de Saúde do Índio, uma vez foram iniciadas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e faz-se necessário fechar o ciclo de atendimento à saúde oferecido, especialmente às crianças menores de cinco anos.

No entanto, poucas ações foram realizadas até o momento: a articulação com o Ministério da Saúde, sobre o atendimento às crianças com desnutrição e o início do planejamento para realizar o diagnóstico situacional das Casas de Saúde do Índio do Brasil (Anexos V a VII). Nesse momento, o desafio imposto à referida Área Técnica é oferecer o protocolo elaborado e impresso, segundo as diretrizes e direcionamentos descritos neste documento, e desencadear a implementação nas Casai.

O presente projeto destinar-se-á aos profissionais de saúde das Casas de Saúde do Índio, em especial o nutricionista ou responsável pelas ações de alimentação e nutrição, que serão sensibilizados quanto à importância da implantação do protocolo de padronização e qualificação destas ações e capacitados quanto às atividades a serem desenvolvidas. A área de abrangência é referente às 53 (cinquenta e três) Casas de Saúde do Índio do Brasil.

O projeto é dividido em duas partes: a primeira que se refere à elaboração do protocolo e a segunda, que será a sua implementação.

Serão envolvidos no processo de elaboração do protocolo os consultores e funcionários da Coordenação-Geral de Atenção à Saúde Indígena, do Departamento de Saúde Indígena, da Funasa, em especial os técnicos da Área de Alimentação e Nutrição, que estarão à frente do processo, e os responsáveis técnicos pelo Sisvan Indígenas nos Dsei, por serem muitas vezes o mesmo profissional responsável pelas ações de alimentação e nutrição das Casai e, essencialmente, por serem os interlocutores locais com o nível federal, no que se refere às essas ações.

Para sua implementação é primordial que sejam envolvidos e sensibilizados os gestores nacionais e locais: das Coordenações Regionais de Saúde Indígena (Core), dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) e das Casas de Saúde do Indígena (Casai) e, principalmente, os profissionais saúde que atuam na rede de atenção à população indígena: Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, Agentes Indígenas de Saúde e profissionais da Casai, além do Conselhos Distritais e Locais de Saúde, por serem interlocutores fundamentais entre o governo e a população.

A proposta de elaboração do protocolo prevê a abordagem e o delineamento das seguintes linhas de atuação:

- i. Coleta e sistematização das informações alimentares e nutricionais dos pacientes da Casai, prioritariamente crianças e gestantes;
- ii. Monitoramento das condutas nutricionais prescritas;
- iii. Padronização e orientações quanto ao manejo da criança desnutrida;
- iv. Padronização do fluxo do processo de referência e contra-referência.

É importante ponderar que a produção das refeições oferecidas nas Casas de Saúde do Índio, quando não terceirizada, fica sob a responsabilidade do nutricionista, se este profissional fizer parte do corpo de profissionais da Casai. Porém, não é objetivo deste protocolo, neste momento, fazer recomendações de padronização dessas atividades. A Área Técnica de Alimentação e Nutrição da Funasa orienta que as normas para produção de alimentos nas Casais devem observar a Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Ministério da Saúde, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação (BRASIL, 2004d).

5.1. Composição do protocolo

As linhas de atuação que comporão o protocolo das ações de alimentação e nutrição das Casai serão desenvolvidas com os seguintes delineamentos:

1) Coleta e sistematização das informações alimentares e nutricionais dos pacientes

A avaliação do estado nutricional e dos sinais clínicos da desnutrição energético-protéica faz parte do exame clínico da criança, sendo imprescindível que os serviços de saúde, qualquer que seja a sua complexidade, valorizem e implantem na rotina do atendimento a tomada do peso e estatura (altura ou comprimento) de todas as crianças atendidas. É preconizado o uso do índice Peso por Estatura para o diagnóstico do baixo peso, e os outros índices podem ser usados como forma de complementação ou avaliação individual da criança (BRASIL, 2007b).

Para as Casas de Saúde do Índio o monitoramento nutricional será recomendado, prioritariamente, em crianças menores de cinco anos e em gestantes, tendo em vista o grau de vulnerabilidade aos riscos à saúde a que estão sujeitos esses grupos populacionais.

A publicação “Manual de diretrizes para a Vigilância Alimentar e Nutricional no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas” (BRASIL, 2004b) será a referência técnica utilizada para as capacitações e servirá de base norteadora para os profissionais de saúde responsáveis pela implantação do Sisvan nas Casai.

Desse modo, os parâmetros nutricionais e ferramentas que serão recomendados para avaliação do estado nutricional dos pacientes nas Casas de Saúde do Índio do Brasil serão os mesmos recomendados e utilizados para o Sisvan Indígena implementado nos Dsei: – indicadores nutricionais, pontos de corte para classificação do estado nutricional, formulários de coletas de dados, planilhas de consolidação, periodicidade de coleta e consolidação das informações (BRASIL, 2004b).

Por meio da formação de um Grupo Técnico de trabalho, que possibilite a participação de profissionais das Casai, dos Distritos e da esfera nacional, serão discutidas as

padronizações e adequações dos materiais existentes para a realidade das Casas de Saúde do Índio, visando viabilizar a implementação das ações.

Há que se considerar a necessidade de fornecer os materiais, como balanças e antropômetros, necessários para a realização dessas ações. A Funasa, em sua linha de orçamento prevê a aquisição de equipamentos para provisão das ações de saúde. À exemplo da aquisição e distribuição de equipamentos antropométrico e outros subsídios para os Distritos, a ATAN irá providenciar, por meio da Funasa, o fornecimento para as Casas de Saúde dos Índios.

2) Monitoramento das condutas nutricionais prescritas

Crianças com baixo peso apresentam elevado risco de internação e re-internação hospitalar por recaída da desnutrição e devem ser acompanhadas sistematicamente (BRASIL, 2007b).

A publicação “Protocolo de atendimento da criança com baixo peso na atenção básica” propõe um calendário de seguimento diferenciado para avaliação da evolução de seu peso e prevenção das recaídas, com esquema mínimo de consultas de acompanhamento de crianças baseado na proposta da estratégia Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), da OMS, Unicef e Ministério da Saúde.

3) Orientações e padronização do manejo da criança desnutrida

Conforme relatado anteriormente, os índios do Brasil, em especial as crianças menores de cinco anos, ainda são amplamente acometidos pelas chamadas ‘doenças do atraso’, como as infecto-contagiosas, parasitárias, verminoses, carências nutricionais e desnutrição devido às precárias condições de vida, falta de saneamento e baixo acesso aos serviços de saúde. A prevalência de desnutrição entre as crianças indígenas menores de cinco chegam a ser três vezes maior quando comparados às crianças não indígenas (BRASIL, 2007b).

A Funasa, por meio da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN), tem se articulado com a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN),

também do Ministério da Saúde, para adaptar a publicação “Protocolo de atendimento da criança com baixo peso na atenção básica²” para a realidade da população indígena.

Este trabalho trata-se da continuidade da construção coletiva, do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), de protocolos destinados ao cuidado e atenção da criança com baixo peso nos diferentes âmbitos e níveis de atenção à saúde, que inclui também o cuidado da criança na família e na comunidade – entendida como a rede de equipamentos sociais ou instituições que cuidam ou acolhem crianças menores de cinco anos de idade, mas que não conformam a rede do SUS.

A primeira publicação finalizada desta série que visa fechar o círculo de atenção à criança com desnutrição, fomentando a atitude de vigilância na rede de saúde, na comunidade e na família foi o "Manual de Atendimento da Criança com Desnutrição Grave em Nível Hospitalar”, da OMS e Ministério da Saúde.

O protocolo destina-se à orientação das equipes multidisciplinares de saúde e tem como objetivo contribuir, garantir e qualificar o cuidado clínico-nutricional da criança baixo peso, evitando o agravamento do seu estado nutricional e possibilitando a sua completa reabilitação nutricional (BRASIL, 2007b). Desse modo acredita-se na conseqüente redução do risco de recaídas por desnutrição e necessidade de internação hospitalar.

O “Protocolo de atendimento da criança com baixo peso na atenção básica” está dividido da seguinte maneira:

- I. Avaliação da criança
 - a. Clínica
 - b. Antropométrica
 - c. Alimentar
- II. Rotina de acompanhamento das crianças com baixo peso
 - a. Crianças egressas de internação hospitalar
 - b. Crianças atendidas por demanda espontânea
- III. Conduitas nas consultas de acompanhamento nutricional

² Este material encontra-se em fase final de elaboração.

- a. Todas as crianças
 - b. Crianças egressas de internação hospitalar por desnutrição grave
 - c. Crianças com peso muito baixo para a altura
 - d. Crianças com peso baixo para a altura
- IV. Intervenção para crianças com baixo peso
- V. Intervenção dietética

O objetivo da Funasa é fazer a adaptação desse protocolo quanto às questões étnicas, culturais e de logística para sua utilização e implementação na população indígena. Nem todas as ações planejadas para a população não indígena podem ser diretamente implantadas à população indígena, uma vez que seus modos de vida são muito específicos: locais de moradia, crenças, hábitos e outros determinantes de saúde.

4) Padronização do fluxo do processo de referência e contra-referência

Para qualificar o atendimento prestado nas Casas de saúde do Índio, não apenas o nutricional, mas de saúde em geral, é essencial definir e padronizar o fluxo do processo de referência e contra-referência. Reorganizar esse procedimento visa propiciar maior adesão e continuidade aos tratamentos prescritos, tanto em nível hospitalar quanto para recuperação na aldeia/ domicílio, e a redução de recidivas.

A multiplicidade de etnias traz grandes desafios aos profissionais de saúde que atuam com a população indígena. A saúde entendida como expressão de bem estar transcende o paradigma biológico, permeando uma concepção holística do processo saúde-doença. Alguns hábitos e práticas desses povos não são compreendidos pelos profissionais de saúde. Não são raros os casos de mães indígenas que interpretam uma desnutrição como um problema inevitável ou como a vontade do 'divino' e que por isto, dispensam o atendimento e a intervenção nutricional.

É de extrema importância o acompanhamento e o rastreamento do atendimento de saúde a esses indivíduos, para conhecer e entender a intervenção realizada nos outros âmbitos dos serviços de saúde e oferecer a continuidade adequada.

Considerando então o objeto central, que consiste em propor o delineamento necessário para a elaboração de um protocolo de atendimento nutricional visando aprimorar e qualificar as ações de alimentação e nutrição oferecidas à população indígena nas Casas de Saúde do Índio, algumas estratégias, derivadas dos objetivos específicos, foram definidas e desmembradas nas atividades necessárias para sua contemplação.

O quadro a seguir apresenta detalhadamente a metodologia desta intervenção, descrevendo o delineamento dessas atividades, com o tipo, descrição e objetivo da ação, a estratégia, os instrumentos e recursos necessários e as metas previstas.

Objetivos Específicos	Tipo e descrição da ação	Objetivos da ação	Estratégia (métodos)	Instrumentos	Duração/ periodicidade	Atores envolvidos e responsáveis	Metas	Recursos
Qualificar as ações de alimentação e nutrição oferecidas à população indígena nas Casas de Saúde do Índio do Brasil	Realizar levantamento das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas nas Casai e a estrutura disponível em cada local, consolidar e analisar os questionários.	Conhecer as diferentes realidades no que se refere às ações de alimentação e nutrição	Aplicação e consolidação de um questionário diagnóstico aos gestores das Casas de Saúde do Índio do Brasil Visando facilitar o taxa de respostas dos atores/ gestores será necessário disponibilizar o questionário em correio postal e meio magnético. Levantamento e leitura dos relatórios técnicos afins existentes	Questionários elaborados para este fim. Memorando institucional Orientação de preenchimento.	03 meses para aplicação, consolidação e análise dos questionários.	. ATAN/ Funasa; . RT dos Dsei; . Gestores da Casai; . Gestores dos Dsei	100% das Casai com questionário respondido e consolidado Obter o máximo de documentos e relatórios possíveis	.Encaminha mento de correspondências tradicionais; . Telefone; . Acesso a documentos e relatórios técnicos . Acesso à internet.

	Adaptar e adequar à realidade das Casas de Saúde do Índio os materiais técnicos pertinentes para o protocolo	Fornecer subsídios técnicos para elaboração do protocolo	Formar um Grupo Técnico de trabalho (GT) com Responsável Técnico (RT) pelo Sisvan Indígena, profissional da Casai e consultor da ATAN/ Funasa, para leitura e adequação do material dos materiais ³ .	. Materiais técnicos e referências pertinentes	04 meses	. ATAN/ Funasa; . RT dos Dsei;	Conhecimento necessário para elaborar protocolo condizente com a realidade indígena e especificidade de atendimento.	. Materiais técnicos da ATAN; . Referências pertinentes; . Legislações pertinentes. . Local para realização de reuniões . Passagens e diárias para encontro do GT;
--	--	--	--	--	----------	-----------------------------------	--	--

³ Referências técnicas que deverão ser, inicialmente, adaptadas à realidade da Casai: Sisvan indígena no âmbito dos Distritos e o Protocolo de atendimento à criança com desnutrição grave na atenção básica.

Definir o fluxo de atendimento e normatizar o processo de referência e contra-referência nas diferentes vias de atendimento quanto às ações de alimentação e nutrição (aldeia-Casai, aldeia-hospital, hospital-Casai, Casai-aldeia, Casai-hospital).	Identificar os procedimentos do processo de referência e contra-referência praticado pelos profissionais atualmente para definir estratégia padronizada deste procedimento.	Monitorar e acompanhar os indígenas referenciados à média e alta complexidade, oferecendo maior garantia da continuidade aos tratamentos e redução de recidivas.	Fazer levantamento da situação atual e propor adequações factíveis e apropriadas, por meio do Grupo Técnico de Trabalho.	Materiais técnicos e referências pertinentes	02 meses	. ATAN/ Funasa; . RT dos Dsei; . Gestores da Casai; . Gestores dos Dsei.	Fluxo do processo de referência e contra-referência padronizado e implantado.	. Acesso à documentos e relatórios técnicos . Acesso à Internet; . Telefone; . Materiais técnicos da ATAN; . Referências pertinentes; . Legislações pertinentes; . Passagens e diárias para encontro do GT;
	Elaborar o protocolo de atendimento nutricional, capaz de orientar e padronizar as ações afins prestadas na Casai.	. Qualificar o atendimento nutricional e padronizar as ações de alimentação e nutrição	Elaboração do protocolo em consonância com os materiais técnicos já existentes e utilizados pela ATAN e com as legislações vigentes e materiais adaptados para realidade indígena.	Materiais técnicos e referências pertinentes	02 meses	. ATAN/ Funasa; . RT dos Dsei; . Profissionais responsáveis pelas ações de alimentação e nutrição das Casai.	Protocolo elaborado	. Interesse dos profissionais

	Realizar a validação do protocolo elaborado.	Aprimorar e identificar possíveis falhas no documento	Encaminhamento aos parceiros e atores: . Especialistas das linhas de ações contempladas no protocolo; . Áreas técnicas interinstitucionais. . Conselheiros de Saúde Indígena; Consolidar as proposições recebidas.	Protocolo proposto	3 meses	. ATAN/ Funasa; . RT dos Dsei; . Áreas Técnicas interinstitucionais; . Conselheiros de Saúde Indígena; . GT de elaboração do protocolo.	Protocolo validado	.Encaminhamento de correspondências tradicionais Telefone .Acesso à internet.
Implementar o monitoramento e sistematização das informações do estado nutricional dos indígenas referenciados à média ou alta complexidade, com prioridade às crianças menores de cinco anos e gestantes.	Implementar o Sisvan Indígena nas Casas de Saúde dos Índios	Conhecer e monitorar o estado nutricional dos pacientes atendidos nas Casas de Saúde do Índio do Brasil.	Adaptar o Manual de Diretrizes da Vigilância Alimentar e Nutricional para População Indígena nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas para a realidade das Casas de Saúde do Índio do Brasil e implementá-lo.	Protocolo de atendimento nutricional contendo um Manual de Diretrizes da Vigilância Alimentar e Nutricional para População Indígena das Casas de Saúde do Índio do Brasil.	02 meses	. ATAN/ Funasa; . RT dos Dsei; . Áreas Técnicas interinstitucionais; . GT de elaboração do protocolo.	Protocolo elaborado	. Acesso à documentos e relatórios técnicos . Acesso à Internet; . Telefone; . Materiais técnicos da ATAN; . Referências pertinentes; . Legislações pertinentes.

	Realizar oficina de apresentação do produto final e discussão da estratégia para sua implementação.	Divulgar o protocolo, visando o conhecimento da existência do instrumento e definir, coletivamente a melhor estratégia de capacitação e de implementação.	Organizar oficina interinstitucional para divulgação do protocolo e Construir o plano de implementação no âmbito das Casas de Saúde dos Índios do Brasil. Oportunizar reuniões e eventos para apresentar a publicação.	Protocolo validado	01 mês para realizar e consolidar resultado.	. ATAN/ Funasa; . RT dos Dsei; . Áreas Técnicas interinstitucionais; . Conselheiros de Saúde Indígena; . GT de elaboração do protocolo (profissionais do Dsei e Casai).	Protocolo divulgado e metodologia definida: abrangência, periodicidade, duração do treinamento, metas, recursos necessários, etc.	.Encaminhamento de correspondências tradicionais; .Telefone; .Acesso à internet; .Local para realização da oficina; .Passagens e diárias; .Protocolo impresso.
	Sensibilizar gestores	Apresentar o protocolo, seus objetivos e estratégia de implementação aos gestores locais.	Organizar ou oportunizar uma reunião nacional com os Coordenadores Regionais, Chefes de Dsei e Casai visando apresentar o material elaborado, justificativa, relevância e vantagens.	Protocolo validado	01 mês	. ATAN/ Funasa; . Gestores da Casai; .GT de elaboração do protocolo; . Coordenadores Regionais; . Chefes de Dsei; . Chefes de Casai; . Coordenadores e Diretores do Desai.	. 100% dos gestores sensibilizados e cientes da proposta.	.Encaminhamento de correspondências tradicionais; .Telefone; .Acesso à internet; .Local para realização da oficina; .Passagens e diárias; . Protocolo impresso; .Materiais de expediente.

	Sensibilizar e realizar capacitações (piloto) aos profissionais das Casas de Saúde do Índio.	Apresentar o protocolo, seus objetivos e estratégia de implementação.	Realizar oficinas de capacitação <i>in loco</i> apresentando a proposta do protocolo; Propiciar debates sobre o material e discussões sobre sua viabilidade com os profissionais da Casai; Realizar plano e pactuação da ação de implementação	. Protocolo validado; . Materiais de apoio; . Apresentações audiovisuais do protocolo; . Formulários recomendados pelo protocolo; . Dinâmicas de dramatização sobre o assunto;	02 capacitações/mês (03 meses)	. ATAN/ Funasa; . Profissionais da Casai; . GT de elaboração do protocolo.	. 100% dos profissionais participantes sensibilizados; . 100% dos profissionais participantes capacitados.	.Vontade política; .Envolvimento dos gestores locais; .Encaminhamento de correspondências tradicionais; .Telefone; .Acesso à internet;
				. Ficha de avaliação da capacitação; . Indicadores de monitoramento (facilidades, dificuldades e nós críticos no processo).			Indicadores que possam subsidiar a avaliação do processo de implementação (piloto).	.Local para realização da capacitação; .Passagens e diárias; . Protocolo impresso; .Materiais de expediente; * subsídios disponíveis ⁴ .

⁴ É necessário estar disponível na Casai os subsídios técnicos e logísticos necessários à implementação do protocolo (equipamentos antropométricos, por exemplo).

	Avaliar os pilotos	Aprimorar o plano de ação para implementação do protocolo por meio da realização das adaptações necessárias, segundo as tentativas realizadas pelos pilotos.	<ul style="list-style-type: none"> . Acompanhar o processo de implementação, por meio de contato com os profissionais locais. . Consolidar as fichas de avaliação do evento; . Monitorar os indicadores do processo da implementação. 	<ul style="list-style-type: none"> . Fichas de avaliação das capacitações; . Indicadores de monitoramento; . Percepção dos responsáveis pela implementação nas Casais piloto. 	02 meses	<ul style="list-style-type: none"> . ATAN/ Funasa; . GT de elaboração do protocolo. 	<ul style="list-style-type: none"> . 100% dos pilotos avaliados; . 100% das adaptações necessárias realizadas. 	
--	--------------------	--	--	--	----------	---	--	--

	Implementar o protocolo em todas as Casais	Padronizar o atendimento nutricional e qualificar as ações de alimentação e nutrição oferecidas pelas Casais do Brasil, a partir do resultado dos pilotos.	<ul style="list-style-type: none"> . Realização de capacitações regionais e locais de implementação do protocolo. . Acompanhamento do processo de multiplicação das capacitações. 	<ul style="list-style-type: none"> . Protocolo validado; . Apresentações audiovisuais do protocolo; . Materiais de apoio; . Formulários recomendados pelo protocolo; . Dinâmicas de dramatização sobre o assunto; . Ficha de avaliação da capacitação. 	02 capacitações/mês (pela Funasa)	<ul style="list-style-type: none"> . ATAN/ Funasa; . Profissionais da Casai; . GT de elaboração do protocolo. 	<ul style="list-style-type: none"> . 100% das Casas de Saúde do Índio capacitadas. . 100% das Casas de Saúde do Índio implementando o protocolo. 	<ul style="list-style-type: none"> .Vontade política; .Envolvimento dos gestores locais; .Encaminhamento de correspondências tradicionais; .Telefone; .Acesso à internet; .Local para realização das capacitações .Passagens e diárias; . Protocolo impresso; .Materiais de expediente; .Subsídios técnicos e logísticos disponíveis nas Casais.
--	--	--	---	--	-----------------------------------	--	--	--

5.2. Avaliação e monitoramento

Acompanhar a implementação de determinado processo significa reafirmar o monitoramento e a avaliação como processos sistemáticos que permitem analisar os resultados e quantificar a magnitude de impactos gerados pela ação, visando o seu aperfeiçoamento. E ainda, em última instância, significa analisar a efetividade e eficiência no uso dos recursos para o alcance dos objetivos propostos e a eficácia no desdobramento de ações promotoras de saúde. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) declara que:

“[...]É importante incorporar desde a concepção de uma ação, mecanismos e instrumentos que permitam acompanhar seu processo de implantação e avaliar o impacto da utilização e funcionamento do sistema e das ações desenvolvidas junto à população...]”.

Avaliações no campo da saúde pública se justificam na orientação do estabelecimento de políticas públicas, das formas de execução, além de contemplar os compromissos do setor saúde no monitoramento de estratégias para a melhoria das condições nutricionais de toda a população brasileira, que inclui os povos indígenas (BRASIL, 2004b).

Quanto à avaliação desta intervenção recomenda-se periodicidade trimestral de modo a retratarem os resultados efetivamente atingidos para que possam apoiar o desenvolvimento da proposta, por meio do preenchimento da tabela 2 (Cardoso, 2007), que deve identificar os avanços alcançados, os entraves que dificultaram o trabalho, assim como as medidas que devem ser desencadeadas para corrigir os desvios, por meio da resposta aos seguintes questionamentos:

- 1) As metas planejadas foram alcançadas?
- 2) As atividades foram realizadas no tempo previsto?
- 3) No caso das que não foram alcançadas, que ações não foram realizadas?
- 4) O que foi feito para corrigir os desvios?
- 5) O que ainda pode ser feito para corrigir os desvios?
- 6) Quais os compromissos e metas para o próximo período?

Tabela 2. Metodologia para avaliação da implementação do projeto de intervenção.

Ações	Trimestres				Observações
	1	2	3	4	
Ação 1					
Ação 2					
Ação 3					

Fonte: Cardoso, 2007.

5.3. Orçamento

O financiamento necessário à implementação da intervenção em questão será oriundo do recurso do Plano Orçamentário da Funasa, da linha de ação específica de Segurança e Vigilância Alimentar e Nutricional, cuja gestão é de responsabilidade da Área Técnica de Alimentação e Nutrição, da Funasa.

Os recursos necessários, previstos e listados para a elaboração e implantação do protocolo de atendimento nutricional das Casas de Saúde do Índio (passagens e diárias para deslocamento de consultores, materiais de expediente, impressão do protocolo, local para realização das capacitações e outros) são investimentos que a ATAN tem o interesse e condição de prever em sua linha orçamentária, uma vez que faz parte de sua atribuição precípua, além de representar grande necessidade atualmente.

6. ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização deste projeto de intervenção serão observados e adotados os padrões éticos constantes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 196/96 (BRASIL, 1996). Será contemplada, em todas as fases de desenvolvimento desse projeto, o respeito à diversidade étnico-cultural desses povos.

A fase inicial do projeto, que consiste em realizar um diagnóstico das Casais do Brasil, por se basear unicamente em aplicação de questionário e análise documental, não apresentará nenhum tipo de vulnerabilidade ou riscos, atuais ou potenciais, à saúde dos entrevistados. Dentre os benefícios trazidos à população indígenas podem ser citados:

- identificação da qualidade da estrutura existente para prestação do serviço;
- identificação da qualidade das ações de alimentação e nutrição das Casais;
- elaboração do protocolo com conhecimento das diferentes realidades do país, maximizando a viabilidade de implantação;
- melhoria no atendimento da população por meio do diagnóstico precoce dos possíveis desvios nutricionais, quando da implantação do protocolo.

É importante ressaltar que os resultados obtidos no diagnóstico inicial serão utilizados para uma reavaliação do processo, visando sanar os eventuais problemas encontrados, bem como para orientar a Funasa quanto a provisão das necessidades para viabilizar a implementação das ações.

A segunda fase, que será a implantação do protocolo, as atividades serão realizadas conforme legislações existentes, que são atinentes à população indígena e a missão da Funasa: “promover a inclusão social por meio de ações de saneamento ambiental e de ações de atenção integral à saúde dos povos indígenas, com excelência na gestão e em consonância com o SUS”.

III – CONCLUSÃO

7. ANÁLISE DE VIABILIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO

O setor da saúde no Brasil vive hoje um momento peculiar: o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais valorizar o nível local: no caso do SUS, os municípios, e no caso do Subsistema de Saúde Indígena, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (ALMEIDA, 2002).

Ainda que a Funasa tenha envidado esforços para melhoria e qualificação na oferta de serviços de saúde do âmbito local, a população indígena ainda padece da carência da oferta de serviços da atenção primária, reforçando a necessidade das Casas de Saúde do Índio como ponto de apoio para a média e alta complexidade. Seus locais de moradia, em geral longe dos centros urbanos, define a necessidade de um local de alojamento e assistência nas cidades, determinando que as Casais nos municípios sempre serão necessárias para que essa população quando há necessidade de atendimento especializado.

Tais fatores, associados à realidade epidemiológica encontrada na população indígena, especialmente pelas crianças, favorecem o momento como propício para a implantação de um protocolo que qualifique e fortaleça o atendimento nutricional a esses povos nas Casais, sendo este um aspecto fundamental para boas condições de saúde.

A implementação do protocolo em questão prevê a reorganização da rotina de trabalho e fortalecimento das ações que já deveriam existir, conforme legislações vigentes, não necessitando, portanto de custos adicionais aos que já são investidos no âmbito local.

Para o monitoramento nutricional, os formulários utilizados para realização do Sisvan Indígena nos Distritos serão adaptados para as Casas de Saúde do Índio. Quanto ao manejo da

criança com desnutrição grave, o Ministério da Saúde elaborou um protocolo de atendimento à criança com desnutrição grave (BRASIL, 2007b) que será adaptado para realidade indígena. No que concerne ao fortalecimento do processo de referência e contra-referência trata-se de uma reorganização da assistência prestada, com base nos protocolos existentes.

A resistência dos profissionais é um dos possíveis fatores de obstáculo, haja visto que o costume e o hábito em determinadas realidades de trabalho são difíceis de serem modificados. Porém, explicando a relevância, os resultados e sensibilizando-os quanto à importância de determinados procedimentos, é possível gerar mudanças de realidade, por meio da adesão e colaboração da equipe.

A Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Departamento de Saúde Indígena (Desai), da Funasa, conta com recurso orçamentário no Planejamento Anual do Governo Federal, com linha de ação específica, onde poderão ser disponibilizados recursos para o fortalecimento da implantação do protocolo no nível local.

A implantação do protocolo de atendimento nutricional na Casa de Saúde do Índio e, conseqüentemente, a qualificação das ações de alimentação e nutrição trará bons resultados à medida que proporcionará o monitoramento nutricional dos pacientes, a detecção precoce de possíveis desvios nutricionais e intervenções apropriadas.

Com o objetivo de verificar a viabilidade da intervenção adotou-se, segundo Cardoso (2007) o sistema de monitoramento e avaliação com a análise das ações a serem realizadas quanto aos critérios de decisão, operacionalização e permanência (sustentabilidade), que são interdependentes.

O critério de pontuação foi analisado segundo as possibilidades da Área Técnica de Alimentação e Nutrição, da Funasa, interessada e demandante deste processo. As ações foram avaliadas considerando uma escala de 1 (um) a 3 (três) pontos, sendo 1 (um) ponto “Baixa Viabilidade”, 2 (dois) pontos “Média Viabilidade” e 3 (três) pontos “Alta Viabilidade”. As ações pontuais não foram avaliadas quanto a sustentabilidade.

Tabela 3. Análise da viabilidade do projeto.

AÇÕES	CRITÉRIOS DE VIABILIDADE ⁵			
	Decisão (A)	Operacional (B)	Permanência (C) ⁶	Total (AxBxC)
Realizar levantamento das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas nas Casai e a estrutura disponível em cada local.	3	3	–	9
Adaptar e adequar à realidade das Casas de Saúde do Índio os materiais técnicos pertinentes sobre alimentação e nutrição já existentes	3	3	–	9
Identificar os procedimentos do processo de referência e contra-referência praticado pelos profissionais atualmente	3	3	–	9
Elaborar o protocolo de atendimento nutricional, capaz de orientar e padronizar as ações afins prestadas na Casai.	2	2	–	4
Implementar o Sisvan Indígena nas Casas de Saúde dos Índios.	3	2	2	12
Validar o instrumento elaborado.	3	2	–	6
Realizar oficina de apresentação do produto final e discussão da metodologia de capacitação	3	3	–	12
Sensibilizar gestores	3	1	2	6

⁵ Valor máximo de 27 pontos

⁶ Critério não avaliado quando se trata de uma ação pontual

AÇÕES	CRITÉRIOS DE VIABILIDADE ⁷			Total (AxBxC)
	Decisão (A)	Operacional (B)	Permanência (C) ⁸	
Sensibilizar e capacitar (piloto) os profissionais das Casas de Saúde do Índio	3	2	1	6
Realizar avaliação dos pilotos	3	3	2	12
Implementar o protocolo em todas as Casais	3	2	2	12
Realizar monitoramento das atividades implementadas	3	2	2	12
Realizar avaliação das ações implementadas	3	2	2	12

Fonte: Cardoso, 2007.

⁷ Valor máximo de 27 pontos

⁸ Critério não avaliado quando se trata de uma ação pontual

8. CRONOGRAMA

A tabela seguinte apresenta de forma sintética o cronograma das principais ações a serem desenvolvidas, e que foram descritas de forma detalhada na metodologia. A proposta está representada em meses, com enfoque nos dois objetivos específicos.

Tabela 4. Cronograma de atividades.

AÇÕES	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Realizar levantamento das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas nas Casai e a estrutura disponível em cada local.	X	X	X									
Adaptar e adequar à realidade das Casas de Saúde do Índio os materiais técnicos pertinentes sobre alimentação e nutrição já existentes	X	X	X	X								
Identificar os procedimentos do processo de referência e contra-referência praticado pelos profissionais atualmente		X	X									
Elaborar o protocolo de atendimento nutricional, capaz de orientar e padronizar as ações afins prestadas na Casai.				X	X							
Implementar o Sisvan Indígena nas Casas de Saúde dos Índios.					X	X						
Validar o instrumento elaborado.					X	X	X					
Realizar oficina de apresentação do produto final e discussão da metodologia de capacitação						X						
Sensibilizar gestores							X	X				

PRINCIPAIS AÇÕES	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sensibilizar e capacitar (piloto) os profissionais das Casas de Saúde do Índio									X	X		
Realizar avaliação dos pilotos										X	X	
Implementar o protocolo em todas as Casais											X	X
Realizar monitoramento das atividades implementadas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar avaliação das ações implementadas	X			X			X			X		X

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, E.S. *et al.* **Distritos Sanitários: Concepção e Organização.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde & Cidadania).
2. ATHIAS, R. e MACHADO, M. **A saúde indígena no processo de implantação dos distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar.** Cad. Saúde Publica, Rio de Janeiro, 17(2): 425-431, mar-abr, 2001.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004.** Brasília: Diário Oficial da União; de 16 de setembro de 2004. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br>. Acessado em junho de 2008.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996. URL: <www.saude.gov.br>. Acessado em janeiro de 2008.
5. _____. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Indígena.** Consea: 2001. URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/control/conf_nac.html> acessado em 28 de janeiro de 2008.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política da Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo alimentação saudável.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 210p. URL: <www.saude.gov.br/nutricao>. Acessado em maio de 2008.
7. _____. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. URL: <www.saude.gov.br/nutricao>.
8. _____. **Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde.** [Fagundes et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 120p. URL: <www.saude.gov.br/nutricao>. Acessado em janeiro de 2008.

9. _____. **Avaliação do Programa Bolsa-Alimentação - Primeira Fase.** Ministério da Saúde – Brasília, 2004b.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde (Funasa). **Documento técnico de desempenho das visitas de apoio e monitoramento realizada às Casas de Saúde do Índio.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
11. _____. **Relatório técnico: proposta de reestruturação da Casai.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
12. _____. **Documento técnico com relatório situacional das Casais contendo dados referentes à infra-estrutura, recursos humanos, equipamentos e serviços de logística.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
13. _____. **Relatório técnico da Casa de Saúde do Índio de Boa Vista.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
14. _____. **Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde.** Módulo introdutório. Ministério da Saúde, 2003.
15. _____. **Manual de Diretrizes para Vigilância Alimentar e Nutricional para população Indígena.** Brasil, Funasa: 2004. URL: <www.funasa.gov.br>. Acessado em janeiro de 2008.
16. _____. **Saúde Indígena** (sd). Departamento de Saúde Indígena/ Funasa. URL: <www.funasa.gov.br>. Acessado em 30 de janeiro de 2008.
17. BRASIL, Ministério da Saúde. Fiocruz. **Vigilância Alimentar e Nutricional para população indígena.** Org: Denise Cavalcante Barros, Denise Oliveira e Silva e Silvia Ângela Gugelmin Escola Nacional de Saúde Pública. Educação à Distância – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 260p.
18. _____. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília.** Brasília, 2007.
19. CAPOTE, R.. **O Processo de organização e a regionalização dos serviços.** In: Sistemas Locais de Saúde (Secretaria Estadual de Saúde, org.), pp.17-26, São Paulo: Instituto da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, 2001.
20. CARDOSO, J.C.; DE SIMONI, C..**Planejamento estratégico em saúde: negociando a mudança organizacional.** Brasília: Fiocruz, 2007.

21. CLAUS, S.M. et al.. **Elaboração de um protocolo de ações básicas de saúde: subsídio para reorganização de processos de trabalho para a implementação do SUS.** Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro, n.24, p. 44-51, 2001.
22. GARNELO, L.e SAMPAIO, S. **Organizações Indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde.**Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4): 1217-1223, jul-ago, 2005.
23. LACERDA, J. T. e ORTIGA, A. M. B. **Atenção à Saúde da População Indígena: uma proposta de integração ao Sistema Único de Saúde de Santa Catarina.** Florianópolis, 2006.
24. MAGALHÃES, E. D. (Org.) **Legislação Indigenista Brasileira e Normas Correlatas.** 3ª. ed. – Brasília: Funai/ CGDOC, 2005. 700p.

ANEXOS

Anexo I – Legislações referentes à saúde indígena

Número	Data	Tipo	Conteúdo
8.080	19/09/1990	Lei	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes. Regulamenta/ institucionaliza o Sistema Único de Saúde (SUS).
8.142	1990	Lei	Regulamenta o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS).
1.911/08	29/7/1999	Medida Provisória	Estabelece a responsabilidade da saúde indígena ao Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa).
1.163/GM	14/09/1999	Portaria	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências.
3.156	27/08/1999	Decreto	Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nº 564, de 8 de junho de 1992, e nº 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências.
12/SE e SAS	02/07/2000	Portaria Conjunta	Fixa os valores adicionais, destinados ao pagamento do IAPI, para os Estabelecimentos de Saúde e estabelece que o financiamento dos valores adicionais do IAPI será de responsabilidade do Ministério da Saúde e executado pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – Faec.

9.836	23/9/1999	Lei	Define do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
254/GM	31/01/2002	Portaria	Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
33	19/02/2002	Medida Provisória	Dispõe sobre os Sistemas Nacionais de Epidemiologia, de Saúde Ambiental e de Saúde Indígena, cria a Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças (Apec) e dá outras providências.
70/GM	20/01/2004	Portaria	Aprova diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Define as diretrizes do modelo de gestão e as competências dos órgãos envolvidos na gestão da atenção à saúde indígena.
747/MS	22/04/2004	Portaria	Estabelece normas e procedimentos para concessão e aplicação de Suprimento de Fundos Especial, para atender às especificidades decorrentes da assistência à saúde indígena, a serem observados pela Funasa.
1.081/GM	04/07/2005	Portaria	Qualifica os municípios a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde.
1.721	22/09/2005	Portaria	Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS. Inclui o IAPI nos recursos financeiros destinados à implantação do Programa.
645/GM	27/03/2006	Portaria	Institui o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde.
698/GM	03/04/2006	Portaria	Define o custeio das ações de saúde é de

2.656	2007	Portaria	responsabilidades das três esferas de gestão do SUS, observando o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Define fator de incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas na composição do PAB variável regulamenta o incentivo financeiro à atenção básica aos povos indígenas e o à assistência ambulatorial e hospitalar de apoio diagnóstico à população indígena
984	06 de julho de 2006	Portaria	Regulamenta o Sisvan no subsistema de saúde indígena.

Anexo II - Casas de Saúde do Índio do Brasil segundo Distrito e Coordenação Regional (UF).

	Core	Dsei	Casa de Saúde do Índio
1	AC	Alto Rio Purus	Casai de Rio Branco
2	AM	Alto Rio Negro	Casai de São G. Cachoeira.
3	AM	Médio Solimões	Casai de Tefé
4	AM	Médio Solimões	Casai de Eurinepé
5	AM	Alto Rio Solimões	Casai de Tabatinga
6	AM	Médio Rio Purus	Casai de Lábrea
7	AM	Médio Rio Purus	Casai de Tapauá
8	AM	Vale do Javari	Casai de Atalaia do Norte
9	AM	Manaus	Casai de Manaus
10	AM	Parintins	Casai de Parintins
11	AM	Parintins	Casai de Maués
12	AM	Parintins	Casai de Nhamundá
13	AP	Amapá/Norte do Pará	Casai de Macapá
14	AP	Amapá/Norte do Pará	Casai do Oiapoque
15	GO	Araguaia	Casai de Goiânia
16	MA	Maranhão	Casai de Imperatriz
17	MA	Maranhão	Casai de São Luiz
18	MA	Maranhão	Casai de Barra da Corda
19	MA	Maranhão	Casai de Teresina
20	MG	Minas Gerais/ES	Casai de Governador Valadares
21	MS	Mato Grosso do Sul	Casai de Amambaí
22	MS	Mato Grosso do Sul	Casai de Campo Grande
23	MT	Cuiabá	Casai de Cuiabá
24	MT	Cuiabá	Casai de Tangará da Serra
25	MT	Cuiabá	Casai de Rondonópolis
26	MT	Kaiapó Mato Grosso	Casai de Colíder
27	MT	Kaiapó Mato Grosso	Casai Kayabi
28	MT	Kaiapó Mato Grosso	Casai de Munduruku/Juara

29	MT	Xavante	Casai de Nova Xavantina
30	MT	Xavante	Casai de Aragarças
31	MT	Xingu	Casai de Canarana
32	PA	Guamá-Tocantins	Casai de Icoaraci
33	PA	Guamá-Tocantins	Casai de Marabá
34	PA	Guamá-Tocantins	Casai de Santarém
35	PA	Guamá-Tocantins	Casai de Oriximiná
36	PA	Kaiapó Pará	Casai de Redenção
37	PA	Rio Tapajó	Casai de Jacareacanga
38	PA	Rio Tapajó	Casai de Itaituba
39	PA	Altamira	Casai de Altamira
40	PR	Paraná	Casai de Curitiba
41	SP	Sul Sudeste	Casai de São Paulo
42	RO	Porto Velho	Casai de Guajará-Mirim
43	RO	Porto Velho	Casai de Ji-Paraná
44	RO	Porto Velho	Casai de Humaitá
45	RO	Porto Velho	Casai de Porto Velho
46	RO	Vilhena	Casai de Cacoal
47	RO	Vilhena	Casai de Vilhena
48	RO	Vilhena	Casai de Juína
49	RO	Vilhena	Casai de Aripuanã
50	RR	Leste de Roraima	Casai de Boa Vista
51	TO	Tocantins	Casai do Araguaína
52	TO	Tocantins	Casai de Gurupi
53	DF	Brasília	Casai do Brasília

Fonte: Funasa, 2007.

Anexo III - Lei nº 9.836/99, que institucionaliza o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte Capítulo V ao Título II – Do Sistema Único de Saúde:

Capítulo V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. § 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.”

Art. 2º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 23 de setembro de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

Fernando Henrique Cardoso

José Serra



Edição Número 130 de 10/07/2006

Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
PORTARIA Nº 984, DE 6 DE JULHO DE 2006

Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (SISVAN-Indígena).

O Presidente da Fundação Nacional de Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o art. 14 do Estatuto aprovado pelo Decreto nº 4.727, de 3 de junho de 2003, e

Considerando que o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), instituído pela Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004 do Ministério da Saúde, é uma estratégia do Sistema Único de Saúde que visa descrever e prever, de maneira contínua, tendências das condições de nutrição e alimentação de uma população e seus fatores determinantes, com fins de planejamento e avaliação de políticas, programas e ações;

Considerando que compete à Fundação Nacional de Saúde a execução das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos povos indígenas;

Considerando o estado nutricional como um fator condicionante à situação de saúde;

Considerando a necessidade de organização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como estratégia da atenção à saúde indígena, possibilitando o adequado desenvolvimento das ações de prevenção, tratamento, encaminhamento para referência no SUS, mobilização de parcerias e a identificação e o acompanhamento de grupos de risco a serem priorizados no direcionamento de políticas públicas; resolve:

Art. 1º Instituir o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, SISVAN -Indígena, no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com os seguintes objetivos:

I - Fornecer informação contínua e atualizada sobre a situação alimentar e nutricional da população indígena, nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas; manter diagnóstico atualizado dos problemas da área de alimentação e nutrição que possuem relevância em termos de saúde pública;

II - Identificar as áreas geográficas e grupos populacionais indígenas em risco, avaliando as tendências temporais de evolução dos problemas detectados;

III - Reunir informações que possibilitem identificar e ponderar os fatores mais relevantes na gênese dos problemas alimentares e nutricionais de relevância em saúde pública;

IV - Oferecer subsídios ao planejamento e à execução de medidas para a melhoria da situação alimentar e nutricional dos povos indígenas e execução de ações preventivas para redução dos agravos encontrados.

Art.2º Aprovar o Manual Técnico: Vigilância Alimentar e Nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, disponível no endereço eletrônico: www.funasa.gov.br/publicações > saúde indígena.

Art. 3º Ao Departamento de Saúde Indígena (DESAI) compete:

- I - Formular os princípios e diretrizes da Vigilância Alimentar e Nutricional no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- II - Coordenar e acompanhar a implantação do SISVAN-Indígena nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, apoiando-os tecnicamente;
- III - Promover diretrizes conceituais para capacitação e qualificação de recursos humanos;
- IV Analisar e divulgar os dados consolidados pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- V - Supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito dos DSEI;
- VI - Promover articulação com outros setores governamentais e da sociedade civil para ações relacionadas à promoção da segurança alimentar e nutricional;
- VII - Coordenar e estabelecer as linhas de investigação que comporão os dados secundários do SISVAN-Indígena;
- VIII - Fornecer subsídios técnicos para o desenvolvimento do sistema de informação, para a entrada e o processamento de dados gerados pelos profissionais envolvidos nas atividades do SISVAN-Indígena.

Art. 4º Aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas compete:

- I - Apoiar técnica e institucionalmente os Pólos-base, sendo recomendado que a coordenação dessas atividades nos DSEI seja feita por nutricionista ou profissional de saúde com formação e experiência em nutrição;
- II - Planejar, coordenar e executar as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional na área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena;
- III - Estabelecer nos Pólos-base a rotina de coleta, análise, interpretação e retorno das informações nutricionais à equipes multidisciplinares de saúde indígena;
- IV - Consolidar e analisar os dados produzidos pelos Pólos-base, fazendo a divulgação pertinente das informações;
- V - Planejar e avaliar a gestão da atenção nutricional incluindo as parcerias intersetoriais necessárias para a promoção da segurança alimentar e nutricional;
- VI - Fornecer subsídios técnicos para a alimentação e operacionalização do sistema de informação, para a entrada e o processamento de dados gerados pelos profissionais que atuam no SISVAN-Indígena.

Art. 5º Às Coordenações Regionais compete:

- I - Apoiar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas na organização, implantação e implementação do SISVAN-Indígena;
- II - Participar e apoiar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas nas articulações intersetoriais com vistas à promoção da segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas;

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO LUSTOSA

Anexo V - Proposta de memorando para gestores sobre o questionário diagnóstico sobre as ações de alimentação e nutrição das Casas de Saúde do Índio do Brasil



Memorando Circular N.º – DESAI/ CGASI/ COOPE

Brasília, de de 2008.

Aos Chefes dos Dsei

C/c: Chefes das Casas de Saúde do Índio

Assunto: Ações de alimentação e nutrição da Casai

A Área Técnica de Alimentação e Nutrição, do Departamento de Saúde Indígena, vem desenvolvendo ações em todos os Dsei do Brasil, com relevante resultado no diagnóstico nutricional, implantação de programas de suplementação alimentar, como vitamina A, ferro e ácido fólico, distribuição de equipamentos e outros subsídios visando apoiar ações de saúde.

2. É evidente a necessidade de integrar e padronizar também as ações de alimentação e nutrição que vêm sendo desenvolvidas nas Casas de Saúde do Índio em todo o Brasil. Desse modo, a referida Área Técnica elaborou um questionário visando realizar o diagnóstico situacional de todas as Casais, no que concerne ao atendimento nutricional e atividades correlatas.

3. Face ao exposto, solicitamos que Vossa Senhoria responda esse questionário e/ou indique o profissional da equipe da Casai para respondê-lo. O questionário será encaminhado via malote e também por meio eletrônico, podendo ser respondido da mesma forma, endereçado à Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Desai (Sala 1215) ou para o e-mail sisvanindigena@funasa.gov.br, respectivamente. **O prazo para envio da resposta é dia de** do corrente ano, impreterivelmente.

4. Reiteramos que o sucesso desta ação depende do envolvimento de todos os gestores. Esse instrumento, além de informar a situação das Casais, tem um potencial orientador no melhor encaminhamento das ações de alimentação e nutrição do nível local. Dê suas sugestões e opiniões. Contamos com a presteza e o apoio no cumprimento do prazo de resposta do referido questionário.

5. Certos de sua colaboração, colocamo-nos à disposição para maiores informações por meio do telefone (61) 3314-6667.

Atenciosamente,

Diretor Desai

Anexo VI - Proposta de orientação para o preenchimento do questionário diagnóstico sobre as Ações de Alimentação e Nutrição das Casas de Saúde do Índio do Brasil

Prezado informante, a seguir disponibilizamos algumas orientações sobre o preenchimento do questionário que objetiva conhecer as ações de alimentação e nutrição que são desenvolvidas nas Casas de Saúde dos Índios do Brasil. Esta avaliação está sendo realizada em todos as Casais do Brasil.

Orientações gerais:

1. O questionário está dividido nas seguintes seções:
 - i. Cobertura de atendimento da Casai
 - ii. Identificação da área de alimentação e nutrição
 - iii. Integração com ações do Dsei
 - iv. Recursos disponíveis
 - v. Serviço de alimentação/ refeição
 - vi. Sugestões

2. O questionário pode ser respondido das seguintes formas:
 - i. No próprio papel, posteriormente encaminhado via malote para a Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Desai.
 - ii. No arquivo encaminhado por e-mail, enviado posteriormente para sisvanindigena@funasa.gov.br.

OBS: A opção de resposta é excludente. Optando por responder em papel, por exemplo, não é necessário outro meio de resposta. Solicitamos a gentileza informar a opção escolhida.

3. As perguntas podem ser excludentes (sim ou não), de resposta múltipla escolha ou aberta (descritiva).

4. Todas as perguntas devem ser respondidas.

Atenção! O prazo para preencher esse questionário diagnóstico é até o dia XXX de XXXXX.

Em caso de dúvidas favor contatar Andhressa ou Arineide pelos telefones (61) 3314-6667 ou (61) 3314-6392.

Agradecemos desde já a sua contribuição.
Atenciosamente,
Equipe de Vigilância Nutricional

Anexo VII - Proposta de Questionário diagnóstico sobre as ações de alimentação e nutrição das Casas de Saúde do Índio do Brasil



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde
Departamento de Saúde Indígena

FORMULÁRIO DIAGNÓSTICO SOBRE AS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DAS CASAS DE SAÚDE DO ÍNDIO DO BRASIL

CASA:	UF:
DATA PREENCHIMENTO:	
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:	FUNÇÃO:
CHEFE DO DSEI:	
RESPONSÁVEL PELA CASA:	
ENDEREÇO E TELEFONE DA CASA:	

1 – COBERTURA DE ATENDIMENTO DA CASA:

1.1 – Quantidade de aldeias atendidas pela CASA:

1.2 – Quantidades de Pólos atendidos pela CASA:

1.3 – Quantidade da população média mensal atendida pela CASA:

1.4 – Quantidade média mensal de crianças menores de cinco anos atendidas pela CASA:

1.5 – Quantidade de leitos disponíveis na CASA:

1.6 – Capacidade da Casa:

2 – IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO:

2.1 – Tem nutricionista na Casa? Sim Não

Se não, quem realiza as ações de alimentação e nutrição?

Nome:

Formação:

Se sim, qual é o nome do nutricionista?

Formulário Diagnóstico sobre as ações de alimentação e nutrição das Casas de Saúde do Índio do Brasil.

2.2 – Tem quanto tempo de trabalho na Casal?

2.3 – Qual a frequência de sua permanência na Casal?

2.4 – Tem técnico de nutrição na Casal? Sim Não

2.5 – Tem estagiário de nutrição? Sim Não

2.6 – É realizada a avaliação do estado nutricional dos pacientes:

Não Sim

Se sim, em qual(is) público(s) é(são) realizada(s) essa avaliação nutricional? (mais de um item pode ser marcado)

Crianças Adolescentes Adultos Idosos Gestantes

2.7 – Quem realiza a avaliação nutricional?

2.8 – Quem realiza a classificação nutricional?

2.9 – Existe algum protocolo de atendimento nutricional para os pacientes?

Não Sim

Se sim, para qual público? (mais de um item pode ser marcado)

Crianças Adolescentes Adultos Idosos Gestantes

2.9.2 – O protocolo foi elaborado por quem?

2.9.3 – Quais os parâmetros de avaliação nutricional utilizado em cada público específico?

Crianças

Adolescentes

Adultos

Idosos

Formulário Diagnóstico sobre as ações de alimentação e nutrição das Casas de Saúde do Índio do Brasil

Gestantes:

2.10 – São utilizados formulários padronizados na coleta de dados nutricionais?

Não Sim

Se sim, quais? (mais de um item pode ser marcado)

- Sisvan Indígena
 Formulário próprio da CASAI
 Formulário da prefeitura
 Cartão da criança e / ou da gestante
 Outros:

2.11 – As informações nutricionais coletadas são enviadas para o DseI?

Sim Não

Se sim, com que frequência?

2.12 – São feitos relatórios de análise dos dados?

Sim – Quem faz?

E para onde são encaminhados?

Não – Por quê?

2.13 – Quais os principais tipos de atendimentos nutricionais são realizados?

1 – INTEGRAÇÃO COM AS AÇÕES DOS DSEIs

3.1 – O profissional responsável pelas ações de Alimentação e Nutrição da Casai conhece o Sisvan Indígena?

Não Sim

3.2 – **Se sim,** como conheceu?

Formulário Diagnóstico sobre as ações de alimentação e nutrição das Casas de Saúde do Índio do Brasil.

3.3 – O profissional responsável pela Alimentação e Nutrição da Casa participou, junto ao DseI, entre 2006 e 2007, de:

3.3.1 – Capacitação, oficina ou treinamento em Vigilância Nutricional?

Sim Não

3.3.2 – Treinamento / oficina em antropometria?

Sim Não

3.3.3 – Capacitação de atendimento à criança com desnutrição grave?

Sim Não

3.3.4 – Algum outro treinamento?

Sim Não

Se sim, quando?

Sobre o quê?

3.4 – O que é feito nos casos de crianças com muito baixo peso?

São tratados na Casa.

São referenciados ao município. Qual?

São referenciados à EMSI do DseI.

São tratados na aldeia/ domicílio.

São encaminhados a um centro de recuperação nutricional. Qual?

Recebem suplementação alimentar. Qual?

Atualmente não existe ação específica para esse grupo.

Outro(s):

3.5 – É feito o uso do ReSoMal em crianças com desnutrição grave?

Sim Não

Se sim, como ocorre a compra do ReSoMal?

3.6 – É utilizada alguma fórmula para tratamento e reabilitação de crianças com desnutrição?

Sim Não

Se sim, qual?

Formulário Diagnóstico sobre as ações de alimentação e nutrição das Casas de Saúde do Índio do Brasil.

3.7 – Como você avalia, numa escala de 1 a 4: (marque com um X)

3.7.1 – O nível conhecimento do profissional da Casal, responsável pelas ações de alimentação e nutrição, em relação às diretrizes do Sivan Indígena:

Desconhece Muito deficiente (1) Deficiente (2) Bom (3) Excelente (4)

3.7.2 – O nível conhecimento dos técnicos da CASAI com relação aos objetivos do Sivan Indígena:

Desconhece Muito deficiente (1) Deficiente (2) Bom (3) Excelente (4)

3.7.3 – O estado de conservação dos equipamentos utilizados na avaliação antropométrica:

Desconhece Muito deficiente (1) Deficiente (2) Bom (3) Excelente (4)

3.7.4 – Referência de pacientes da Casal para o DseI:

Desconhece Muito deficiente (1) Deficiente (2) Bom (3) Excelente (4)

3.7.5 – Referência de pacientes da Casal para o Hospital:

Desconhece Muito deficiente (1) Deficiente (2) Bom (3) Excelente (4)

3.7.6 – Referência de pacientes do DseI para Casal:

Desconhece Muito deficiente (1) Deficiente (2) Bom (3) Excelente (4)

3.7.7 – Referência de pacientes do Hospital para o DseI:

Desconhece Muito deficiente (1) Deficiente (2) Bom (3) Excelente (4)

3.8 – Qual(is) o(s) principal(is) hospital(is) de referência da Casal (colocar a distância em km):

3.9 – Descreva os principais problemas na referência e contra-referência .

3.10 – São desenvolvidas ações de Alimentação e Nutrição para os pacientes da Casal?

Sim Não

Se sim, descreva quais:

3.11 – Há algum tipo de parcerias com Prefeituras, Estados, Universidade, ONG, etc.?

Sim Não

Formulário Diagnóstico sobre as ações de alimentação e nutrição das Casas de Saúde do Índio do Brasil.

Se sim, descreva quais:

Parcerias	Apoio principal

3.12 – Quantifique as ações de Alimentação e Nutrição da Casa:

Ações	Quantitativo do último mês	Sem informação (marcar com x)	Não realiza (marcar com x)	Para qual público
Palestras				
Pesagens coletivas				
Avaliação nutricional				
Prescrição dietética				
Orientação Nutricional				
Reuniões	Com pacientes			
	De articulação			

4 – RECURSOS DISPONÍVEIS:

4.1 – Equipamentos utilizados para avaliação nutricional:

Tipos de instrumentos / equipamentos	Quantidade existente (total da Casa)	Quantidade necessária
Antropômetro (régua) horizontal		
Antropômetro vertical		
Balança antropométrica		
Fita métrica		
Balança plataforma eletrônica		
Balança plataforma mecânica		

5. SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO/ REFEIÇÃO

5.1 – O serviço de alimentação (oferecimento de refeições) é terceirizado?

Sim Não

Se sim, tem nutricionista responsável pela supervisão?

Sim Não

Formulário Diagnóstico sobre as ações de alimentação e nutrição das Casas de Saúde do Índio do Brasil.

5.2 – Existe alimentação diferenciada para os diferentes problemas de saúde?

Sim Não

5.3 – Algum profissional da Casa acompanha e supervisiona o serviço oferecido?

Sim Não

Se o serviço não é terceirizado, há periodicidade de pedido de gêneros alimentícios?

Sim Não

5.4 – Quem é o responsável pelo controle das refeições?

5.5 – A Casa possui estrutura para acondicionamento dos alimentos?

Sim Não

Se sim, descreva qual:

6. SUGESTÕES

6.1 – Observações adicionais:

6.2 – Sugestões quanto ao tema abordado: