



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Brasil

Rodrigues Caldas, Aline Diniz; Ventura Santos, Ricardo
Vigilância Alimentar e Nutricional para os povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma
política pública em saúde

Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 545-565
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838254008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Vigilância Alimentar e Nutricional para os povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde

|¹ Aline Diniz Rodrigues Caldas, ² Ricardo Ventura Santos |

Resumo: A partir de 2003, foi proposta a implantação de um sistema de vigilância alimentar e nutricional (Sisvan) no âmbito do subsistema de saúde indígena, o que tem contado com recursos da União e de um acordo de empréstimo com o Banco Mundial para sua implementação. O objetivo deste estudo foi analisar quais condicionantes e fatores levaram os gestores do subsistema a reconhecer os déficits nutricionais dos povos indígenas como problema de saúde pública e a escolher o Sisvan como alternativa para enfrentamento da questão. Esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa baseada na proposta analítica de John Kingdon (1984), que se concentra nas fases iniciais do ciclo de uma política pública, quais sejam: a fase de construção da agenda governamental e a de especificação de alternativas de solução. Os resultados evidenciam que, na convergência de um fluxo de problemas sobre as condições nutricionais dos povos indígenas com ambiente político favorável, abriu-se uma janela de oportunidade para insegurança alimentar e nutricional desses povos ser reconhecida como problema e ascender à agenda de decisão governamental. Como alternativa de política na área de saúde, os gestores elegeram o Sisvan, proposta já difundida internacionalmente e que no Brasil foi incorporada ao SUS a partir de 1990. O Sisvan foi formalizado em 2006 no subsistema de saúde indígena no nível nacional.

► **Palavras-chave:** políticas públicas de saúde; sistemas de saúde; povos indígenas; nutrição em saúde pública.

¹ Nutricionista; mestre em Epidemiologia em Saúde Pública; doutoranda em Epidemiologia em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Endereço eletrônico: alinecaldas@ensp.fiocruz.br

² Doutor em Antropologia; pesquisador titular da ENSP/Fiocruz; professor associado no Departamento de Antropologia, Museu Nacional/UFRJ. Endereço eletrônico: santos@ensp.fiocruz.br

Recebido em: 16/02/2011.
Aprovado em: 06/04/2012.

Introdução

Em 1999, foi estabelecido um subsistema diferenciado de atenção à saúde para os povos indígenas articulado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Para tal, sob gestão da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), foram criados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em todo o país. Apesar da criação do subsistema, cuja uma das metas incluía gerar dados para caracterizar perfis epidemiológicos, permaneceram diversas lacunas quanto ao conhecimento das condições de saúde e doença. Assim, a sistematização da coleta de informações sobre a situação nutricional dos povos indígenas nos DSEI tem ocorrido de forma lenta e incompleta (SOUSA et al., 2007). As informações disponíveis, que têm sido, sobretudo, advindas de pesquisas acadêmicas realizadas em algumas comunidades indígenas, apontam, em geral, para elevadas frequências de déficits nutricionais, superando os valores reportados para crianças não indígenas no Brasil (COIMBRA JR.; SANTOS, 1991; SANTOS; COIMBRA JR., 1991; MARTINS; MENEZES, 1994; XAVIER et al., 1998; MATTOS et al., 1999; RIBAS et al., 2001; CAPELLI; KOIFMAN, 2001; GUGELMIN et al., 2001; BARUZZI et al., 2001; COIMBRA JR. et al., 2002; ALVES et al., 2002; WEISS, 2003; MORAIS et al., 2003; ESCOBAR et al., 2003; LEITE et al., 2003). A partir de 2003, a Funasa, que era a instituição governamental então responsável pela saúde indígena, passou a priorizar a implantação de um sistema de vigilância alimentar e nutricional (Sisvan) nos DSEI, contando com recursos do governo federal e do Banco Mundial.

A análise de políticas públicas em saúde visa a melhor conhecer, em suas diversas dimensões, as ações das instituições públicas e privadas envolvidas, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas consequências (VIANA; BAPTISTA, 2008). Permite, ainda, a identificação de condicionantes internos e externos que envolvem o desenvolvimento de uma política, servindo de insumo para novas formulações. Segundo Viana e Baptista (2008), há no presente uma importante vertente de análise de políticas públicas que se baseia nos trabalhos de Harold Laswell (1951), cujo enfoque se centrou na desagregação do processo de uma política em fases (“ciclo da política”). Dentre os autores contemporâneos, um nome de destaque nessa vertente é John Kingdon (1984), cuja abordagem considera o ciclo da política em quatro etapas: a construção de uma agenda de política; a especificação de alternativas visando solucionar o

problema; a formalização da escolha de uma proposta por meio de um marco legal; e, finalmente, a implementação da decisão.

O objetivo deste estudo é analisar a construção da agenda e das alternativas de políticas, ou seja, os processos pré-decisórios envolvidos na implantação do Sisvan para os povos indígenas no Brasil a partir de 2003. Com base no modelo analítico de Kingdon, são identificados os elementos que despertaram a atenção dos formuladores de políticas para os elevados déficits nutricionais dos povos indígenas; a relação do contexto político de combate à fome do governo federal com a prioridade que o tema alcançou no subsistema de saúde; a alternativa de política considerada, além de descritos os papéis de atores governamentais e não-governamentais envolvidos nesses processos.

Referencial teórico

No modelo de “múltiplos fluxos” de Kingdon (1984), um dos primeiros pontos na análise de formulação de uma política pública consiste em identificar como determinadas questões passam a ser consideradas como problemas que precisam ser enfrentados. Ou seja, como eles se deslocam de uma agenda governamental genérica para uma agenda de decisão, tornam-se assuntos merecedores de formulação de uma política para seu enfrentamento. Interessa também compreender como certas alternativas de políticas públicas são escolhidas e outras não.

Duas variáveis influenciam as fases de formação da agenda e de estabelecimento de alternativas: os participantes ativos (atores governamentais e não governamentais) e os processos, em relação aos quais Kingdon (1984) considera três tipos: fluxo de problemas, fluxo de alternativas de políticas e fluxo político. Em determinados momentos, esses fluxos podem convergir, produzindo mudanças na agenda (“janela de oportunidade”).

Três elementos básicos estão envolvidos no fluxo de problemas que, por sua vez, exercem pressão sobre os agentes governamentais: (1) existência de indicadores e acúmulo de informações sobre um determinado problema; (2) eventos ou crises; e (3) *feedback* de ações governamentais.

A existência de indicadores (quantitativos e qualitativos, em particular os primeiros) sobre determinado problema que demanda políticas públicas constitui preocupação efetiva tanto para os formuladores quanto para aqueles que exercem pressão para que ocorram mudanças políticas. Porém, as evidências

providas pelos indicadores não são isoladamente suficientes para influenciar os formuladores. Muitas vezes os problemas precisam ser focalizados em eventos capazes de chamar a atenção das pessoas que estão dentro e daquelas em torno do processo governamental, o que pode ser gerado por uma crise ou desastre, tornando determinado assunto menos provável de ser ignorado.

Ao longo de atividades de planejamento e avaliação dos governos, o monitoramento de programas e metas (*feedback* de ações governamentais) pode ocasionar mudanças na agenda, constituindo-se no terceiro elemento do fluxo de problemas. Tais mudanças são mais comuns no caso das iniciativas que não alcançam os resultados esperados.

O processo de elaboração de propostas de solução, denominado “fluxo de alternativas de políticas”, pode ocorrer de maneira independente do fluxo de problemas. Propostas são elaboradas de maneira rotineira nas comunidades de políticas, e, após um longo processo de difusão, passam a “procurar” problemas para os quais possam ser a solução. Tais comunidades são compostas por especialistas em determinada área de política pública, os quais podem ser acadêmicos, servidores técnicos do legislativo, analistas de grupos de interesse, servidores do executivo, entre outros. Nessas comunidades, ideias e propostas são elaboradas e também circulam, quando podem ser modificadas e eventualmente aceitas. Esse fluxo pode não exercer influência direta sobre a agenda, sendo que as alternativas de solução elaboradas nas comunidades de políticas alcançam a agenda apenas quando problemas percebidos, ou demandas políticas, criam oportunidades para tal.

A existência de alternativas disponíveis é de suma importância para fazer com que um problema entre na agenda de decisão. Contudo, não é suficiente haver um problema, mesmo que ele tenha forte poder de pressão. É necessário que exista também uma proposta de solução que já tenha sido difundida e debatida, além de ser viável técnica e financeiramente e contar com a aceitação da opinião pública. Por outro lado, a disponibilidade de uma alternativa viável não é condição suficiente para um problema alcançar uma prioridade elevada na agenda de decisão, mas suas chances aumentam se uma solução estiver a ele acoplada.

Além da evidência de problemas, alterações no cenário político de uma nação têm um forte poder de influência na formação de agendas (fluxo político), sendo parte integral do *policy making*. O contexto político pode ser composto

por campanhas de grupos de pressão ou forças políticas organizadas, por um “clima” nacional” (opinião pública) sobre determinado tema, resultados de eleições, perfis de composição ideológica do Congresso Nacional, e mudanças na administração pública. Os grupos de interesse podem ser representados por segmentos ligados às áreas de negócios e indústria, ou compostos por setores de interesse público (por exemplo, movimentos sociais), ambos com forte poder de pressão sobre a agenda governamental.

As mudanças governamentais podem ser fundamentais para a formação da agenda de uma política pública. Figuram nesse cenário os atores considerados mais importantes na formação da uma política governamental, em particular os participantes da alta “administração” pública, como o Presidente da República e seu *staff* executivo mais direto.

Os diferentes fluxos, que permeiam as organizações envolvidas nos processos de decisão governamental, seguem cursos independentes. A combinação de diferentes fatores (um problema é reconhecido, uma solução já desenvolvida está disponível nas comunidades de políticas e uma mudança governamental) pode criar um momento adequado para a formação de uma política pública, desde que não haja fortes restrições em potencial para a proposta. Em geral, nenhum dos fluxos é, individualmente, suficiente por si só para colocar um item firmemente em uma agenda de decisão. São nesses momentos de convergência dos fluxos que surgem as “janelas de oportunidade”.

A habilidade da junção dos fluxos é creditada aos empreendedores de política, indivíduos que advogam propostas e que estão dispostos a investir recursos para promover determinada ideia em troca de retornos futuros. Esses indivíduos ou grupos se caracterizam por estarem atentos à abertura das “janelas” para apresentarem suas propostas de solução.

Ao construir a ideia de que a entrada de novos problemas na agenda decisória não é produzida por um processo incremental, Kingdon (1984) enfatiza que a formação da agenda de políticas resulta de uma combinação de fluxos que atravessam as estruturas de decisão. Ainda que seu modelo ofereça recursos metodológicos que podem auxiliar na compreensão dos elementos presentes no processo de desenvolvimento de uma política, é importante destacar que há diversos aspectos não contemplados sobre as escolhas políticas dos formuladores e autoridades (BAPTISTA; REZENDE, 2011), incluindo: (1) tais escolhas

estão inseridas em culturas políticas e sociais particulares e em condições socioeconômicas próprias, o que pode interferir nas decisões; (2) muitas destas envolvem conflitos, negociações e compromissos, em geral decorrentes de interesses antagônicos; (3) há regras institucionais que limitam as possibilidades de ação dos tomadores de decisão, mobilizando instâncias hierárquicas governamentais diferenciadas que possuem formas específicas de funcionamento; (4) há, no processo de formulação e decisão, conhecimento limitado sobre o impacto efetivo das novas medidas propostas, o que explicaria o fato de muitas decisões serem adiadas para a fase seguinte da política, a de implementação.

Metodologia

O presente estudo é de abordagem qualitativa e enfoca o processo de construção do Sisvan no subsistema de saúde indígena. As análises se baseiam primordialmente no modelo de Kingdon (1984) acima referido, contemplando especificidades do contexto brasileiro.

Foram consideradas a identificação dos processos e a atuação dos atores envolvidos na construção do Sisvan, que, no período sob análise, se localizava institucionalmente no Departamento de Saúde Indígena (Desai), da Presidência da Funasa, em Brasília (DF). As fontes de dados utilizadas incluem publicações científicas (artigos, capítulos e livros acadêmicos), aspectos da legislação brasileira referente à saúde indígena e documentos oficiais referentes à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Foram também consultados matérias publicadas na imprensa sobre saúde indígena e documentos referentes a Inquérito Civil Público sobre desnutrição indígena.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa em Saúde da ENSP/FIOCRUZ, de acordo com as resoluções 196/96, tendo sido aprovado pelo parecer nº 122 de 14/08/2009.

Resultados e discussão

A seguir, com base nos processos de formação de agenda propostos por Kingdon (1984), exploramos os seguintes aspectos relacionados ao processo de construção do Sisvan no subsistema de saúde indígena: o reconhecimento dos déficits nutricionais nas crianças indígenas como questão importante e merecedora de formas de enfrentamento; a elaboração de alternativas de solução

e escolhas; e o ambiente político para questões ligadas à segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas. Esses elementos são abordados considerando a identificação dos atores participantes.

No Brasil, há uma carência de informações epidemiológicas representativas sobre déficits nutricionais na população indígena (SANTOS, 1993; SANTOS; COIMBRA JR., 2003; LEITE et al., 2007). A precariedade de informações constituiu fator limitante para o reconhecimento pelas agências governamentais da necessidade de políticas públicas para enfrentar tais problemas. Esse foi o caso da Funasa, que, no período de 1999 a 2010, foi o órgão responsável pelo planejamento e execução das ações de saúde voltadas para os povos indígenas. De acordo com Santos e Coimbra Jr. (2003), a Fundação Nacional do Índio (Funai), responsável pelos serviços de saúde até a década de 90, não gerava de forma sistematizada indicadores de saúde. Por sua vez, os grandes inquéritos de saúde e nutrição realizados no Brasil, a partir da década de 70, não incluíram os povos indígenas como segmento específico de análise. Mesmo após os primeiros anos de implantação dos distritos sanitários indígenas, quanto ao perfil nutricional, os registros existentes se mostravam esparsos, não sendo registrados no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi) (SOUSA et al., 2007). O conhecimento sobre a situação nutricional dos povos indígenas advinha em particular de estudos acadêmicos, em geral realizados a partir da década de 90 (SANTOS, 1993; SANTOS; COIMBRA JR., 2003; LEITE et al., 2007; LÍCIO, 2009). Tais trabalhos apontaram para elevadas prevalências de déficits de crescimento físico e de anemia nas crianças indígenas, bastante superiores às médias nacionais (tabela 1).

É relevante comentar que a utilização de curvas de crescimento baseadas em populações de referência estrangeiras, em geral norte-americanas, tem sido discutida em alguns estudos sobre as condições nutricionais dos povos indígenas (SANTOS, 1993; SANTOS; COIMBRA JR., 2003; GUGELMIN et al., 2001; MORAIS et al., 2003). As elevadas prevalências de baixa estatura para idade encontradas, superiores às relatadas em estudos sobre populações não indígenas, poderiam em tese sugerir a inadequação dos pontos de corte empregados, colocando em dúvida a real existência de um problema de saúde pública (SANTOS, 1993). Esse mesmo autor destacou, contudo, que as informações existentes sobre as condições de saúde dos grupos indígenas

revelavam coeficientes de mortalidade infantil superiores e esperança de vida ao nascer inferiores às médias nacionais, elevadas prevalências de doenças infecto-parasitárias, carências de micronutrientes, precárias condições ambientais das aldeias, redução da diversidade de alimentos e deficiência na qualidade da atenção à saúde¹. Tais dados seriam sugestivos de que os elevados déficits nutricionais encontrados relacionam-se efetivamente com condições de saúde e nutrição inadequadas em comunidades indígenas. Estudos mais recentes têm apontado reduções nas prevalências de desnutrição em crianças indígenas, ainda que essas taxas se mantenham bastante elevadas. Por exemplo, Orellana e seus colaboradores (2006), a partir de dados coletados em 2005, identificaram redução na desnutrição de crianças indígenas Suruí (Rondônia) menores de 10 anos (26,7%) se comparado a informações resultantes de inquérito realizado em 1987 (46,3%), o que interpretaram, entre outros fatores, como decorrente de maior acesso aos serviços de saúde.²

Tabela 1. Frequências de crianças indígenas com baixa estatura para idade e determinantes relacionados em estudos selecionados a entre a década de 90 e o ano de 2003

| Fonte | Etnia e Localização | Faixa Etária | % (≤ 2 escores Z) | Determinantes Relacionados aos Déficits Nutricionais |
|-----------------------------|----------------------|----------------------------------|-------------------------|--|
| Coimbra Jr. e Santos (1991) | Suruí (RO) | 0-8,9 anos | 46,3 | Carências alimentares; redução da capacidade de produção de alimentos; condições sanitárias inadequadas aldeias. |
| Santos e Coimbra Jr (1991) | Tupi-Mondê (MT e RO) | 0-10,9 anos | 55,4 | Doenças infecciosas e parasitárias e dietas pobres. |
| Martins e Menezes (1994) | Parakanã (PA) | 0-5 anos | 50,6 | Redução de disponibilidade de alimentos tradicionais (caça e roças); adensamento populacional; tempo de contato com a sociedade; doenças infecciosas |
| Xavier et al. (1998) | Parakanã (PA) | 0-10 anos | 26,6 | Não foram relacionados |
| Mattos et al. (1999) | Alto Xingu (MT) | 0-1 ano 1-5 anos 5-10 anos | 16,6 21,8 18,8 | Não foram relacionados |

| | | | | |
|------------------------------|--------------------------|------------|------|--|
| Ribas et al. (2001) | Teréna (MS) | 0-5 anos | 16,0 | Dietas inadequadas, não atendendo recomendações nutricionais |
| Capelli e Koifman (2001) | Parkatêjê (PA) | 0-10 anos | 8,6 | Acelerado processo de modificação dos meios de subsistência, dieta e padrão de atividade física. |
| Gugelmin et al. (2001) | Xavante (MT) | 5-10 anos | 9,0 | Precárias condições de saneamento ambiental das aldeias |
| Baruzzi et al. (2001) | Panará (PA) | 0-10 anos | 12 | Não foram relacionados |
| Coimbra Jr. et al. (2002) | Xavante-Pimentel Barbosa | 0-48 meses | 27,7 | |
| Alves e colaboradores (2002) | Terena (MS) | 0-10 anos | 1,0 | Condições ambientais das aldeias inadequadas |
| Weiss (2003) | Enawenê-Nawê (MT) | 0-60 meses | 50,0 | Não foram relacionados |
| Morais et al. (2003) | Povos do Alto Xingu (MT) | 0-60 meses | 20,4 | Não foram relacionados |
| Escobar et al. (2003) | Pakaanóva (RO) | 2-10 anos | 45,8 | Elevada frequência de doenças infecciosas e parasitárias, como diarréias, pneumonia, malária e tuberculose nas aldeias estudadas |
| Leite et al. (2003) | Xavante (MT) | 0-5 anos | 28,3 | Problemas de autossustentação falta de saneamento e descontinuidade do atendimento básico à saúde |

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

Apesar da existência dos estudos evidenciando a ocorrência de elevadas prevalências de déficits nutricionais, houve um evento específico, de grande visibilidade, que contribuiu sobremaneira para destacar a situação de vulnerabilidade das crianças indígenas no país. Tal evento foi a ocorrência, em 2001, de mortes de crianças indígenas na Reserva de Guarita, no Rio Grande do Sul, tendo a desnutrição como causa associada de óbito. A notícia foi amplamente divulgada em jornais de circulação local e nacional (FSP, 2001; O GLOBO, 2001; ZERO HORA, 2001). Esse caso teve tal repercussão que foi levado pelo Conselho de Saúde do DSEI Interior Sul, com o apoio da coordenadora da Comissão

Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) do Conselho Nacional de Saúde, para discussão no âmbito da Presidência da Funasa em abril de 2001 (BRASIL, 2006).

Diversos atores se mobilizaram em torno do caso de Guarita. Em julho de 2002, o Ministério Público Federal (MPF), por meio da Procuradoria da República no Rio Grande do Sul, convocou uma audiência civil pública para discutir a ocorrência dos episódios de desnutrição e óbito. Essa audiência, que ocorreu em setembro de 2002, contou com a participação de instituições federais (como Funasa e Funai) e secretarias estaduais e municipais do RS, além de lideranças indígenas, o que resultou na instauração de um Inquérito Civil Público (ICP número 06/2002, MPF/RS). Em decorrência disso, foram feitas recomendações pelo MPF, dentre elas o estabelecimento pelo Ministério da Saúde (MS), em âmbito nacional, de um programa de alimentação e nutrição abrangendo crianças indígenas, nutrizes e gestantes em situação de insegurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2002).

Além dos indicadores e dos eventos de crise em torno da desnutrição, iniciativas de avaliação do subsistema de saúde indígena apontaram para a relevância dos problemas nutricionais. O documento elaborado pelo MS sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2000) já descrevia alguns dos principais desafios do subsistema, como a precariedade de informações sobre a situação de saúde dos povos indígenas e a elevada morbidade decorrente de infecções respiratórias e gastrointestinais, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis e desnutrição em crianças. Um relatório de avaliação do subsistema promovido pelo Banco Mundial em 2003 (SANIGEST, 2003) e preparado com o intuito de subsidiar o Componente Saúde Indígena do Projeto Vigisus II³ também destacou a escassez de informações sobre as causas de desnutrição em comunidades indígenas. A implantação de um sistema de vigilância alimentar e nutricional foi proposta como uma das áreas de intervenção do Vigisus II.

Em decorrência, o Plano Operacional da Saúde Indígena para o biênio 2003-2004 (BRASIL, 2003), elaborado pela Funasa, incluiu, no âmbito das atividades de planejamento do Desai, uma ação voltada para o enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional dos povos indígenas. O plano originou a Ação 6140 (Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas) no Plano Plurianual do Governo Federal (PPA) de 2004-2007. Os recursos alocados para esta ação foram de R\$ 2.700.000,00 no primeiro ano do PPA, tendo

experimentado um acréscimo de 81% no último (BRASIL, 2003). Para além da questão indígena em particular, esse planejamento fez parte das orientações estratégicas do PPA do governo federal em relação à promoção da segurança alimentar e nutricional para a população brasileira em geral, que se constituiu em uma das prioridades do novo governo empossado em 2003. Portanto, houve uma adesão dos gestores da saúde indígena à agenda governamental mais ampla.

Quanto à atuação dos atores que possibilitaram a identificação dos problemas relacionados às condições nutricionais de comunidades indígenas, grupos ligados à Academia (incluindo pesquisadores e consultores) tiveram papel fundamental. Os resultados de trabalhos de pesquisa foram amplamente utilizados como justificativa para a inclusão do Sisvan no planejamento de ações de atenção à saúde (BRASIL, 2003).

Os eventos considerados focalizadores da desnutrição entre crianças indígenas ganharam repercussão através da mídia e de instituições envolvidas no controle social, como o Conselho Distrital de Saúde Indígena, a CISI e o MPF. Vale destacar que, exceto pela mídia, os demais atores não são abordados no modelo de Kingdon (1984), sendo, portanto, característicos do contexto brasileiro sob análise. Segundo Côrtes (1998), os Conselhos Municipais de Saúde têm se mostrado arenas importantes de manifestação dos interesses dos setores populares e de participação nos processos de tomada de decisão política.

Desde o estabelecimento da saúde como dever do Estado na Constituição Federal de 1988, segmentos da sociedade civil têm buscado o campo do direito para superação de dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Na garantia dos direitos sociais, a atuação do Ministério Público (MP) tem sido destacada em diversas análises (MACHADO, 2008), sendo a Ação Civil Pública seu principal instrumento. A mídia, por sua vez, desempenhou o papel de focalizar uma situação de crise, representada pela morte de crianças indígenas tendo a desnutrição como causa associada no Sul do Brasil, uma das regiões mais desenvolvidas do país.

O monitoramento de programas e metas (*feedback* de ações) contou com a participação de servidores públicos envolvidos em atividades de avaliação e planejamento, assim como de gestores com cargos comissionados na aprovação dos planos de saúde. Segundo MATTOS (2001), a partir da década de 90, agências de financiamento internacionais passaram a se envolver crescentemente em questões no plano das políticas de saúde, em particular nos países em desenvolvimento. Esse tem

sido o caso do Banco Mundial, cuja atuação em escala internacional tem enfocado reformas dos sistemas de saúde e a organização dos governos na área. Na saúde indígena no Brasil, o Banco Mundial teve um papel destacado quanto à implantação do Sisvan, atuando em ações de avaliação do subsistema e, subsequentemente, no acompanhamento da implementação de iniciativas propostas.

Quanto à formulação de alternativas de políticas, os gestores do Desai não optaram pela elaboração de uma solução específica para a saúde indígena. Ao reconhecer os déficits nutricionais nessas comunidades, foi incluída no plano operacional da Funasa uma alternativa já incorporada ao SUS, amplamente debatida na área de alimentação e nutrição nacional e internacional: as rotinas de vigilância alimentar e nutricional.

O conceito de vigilância alimentar e nutricional foi formulado inicialmente na Conferência Mundial de Alimentação, realizada em Roma em 1974, a partir da qual alcançou relevância internacional. Em seguimento, agências internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Food and Agriculture Organization (FAO) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), propuseram metodologias voltadas para a vigilância das condições de alimentação e nutrição de populações em risco. O objetivo do sistema de vigilância consistia em monitorar de forma rápida e permanente os fatores que afetam os padrões de consumo alimentar e o estado nutricional das populações (CASTRO, 1995). Países da América Latina e do Caribe assumiram a liderança no estabelecimento de rotinas de vigilância (MOCK; BERTRAND, 1993).

No Brasil, assim como em outros países da América Latina, as primeiras experiências em vigilância alimentar e nutricional surgiram no setor saúde, baseado no conceito de vigilância das enfermidades. Iniciativas pioneiras do Sisvan aconteceram a partir da década de 80 por iniciativa do extinto Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan), sobretudo nos estados de Pernambuco e Paraíba, entre 1983 e 1984. Nos anos seguintes, iniciativas foram implementadas em diversos estados, e contaram com o apoio de instituições como o Unicef e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) (BATISTA FILHO; RISSIM, 1993).

O Sisvan somente foi regulamentado pelo SUS com a publicação da Portaria 1.156, de 31 de agosto de 1990. Em 1999, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição estabeleceu como uma de suas diretrizes o monitoramento da situação

alimentar e nutricional da população brasileira (BRASIL, 2003). Atualmente, o Sisvan é uma das fontes de informação sobre o estado nutricional e o consumo alimentar de pessoas que frequentam as Unidades Básicas do SUS. O Programa Bolsa-Família (PBF), de abrangência federal, utiliza o Sisvan como uma das condicionalidades para a manutenção das famílias no Programa.

Quanto à dimensão do ambiente político, diversas questões associadas à área da saúde indígena, de menor ou maior abrangência, mostraram-se relevantes no processo de construção do Sisvan indígena. O tema da segurança alimentar e nutricional (SAN) foi debatido na 1^a e na 2^a Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI), até alcançar destaque central na 3^a conferência, ocorrida em maio de 2001. Seguindo suas recomendações, a CISI incluiu na sua pauta de trabalho a convocação de diversos órgãos governamentais em suas sessões ordinárias, com objetivo de realizar articulações intersetoriais para promover a segurança alimentar e o saneamento básico e ambiental nas comunidades indígenas. Foram convocados, além da Funasa e Funai, o Ministério do Desenvolvimento Agrário, do Meio Ambiente, da Agricultura (Embrapa), da Educação (Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE), da Saúde, o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome (MESA), além de organizações não governamentais (BRASIL, 2006). Visando à elaboração de propostas para uma política de SAN para os povos indígenas, foram promovidas pelos órgãos convocados pela CISI, entre os anos de 2002 e 2003, dezessete oficinas regionais em todo o Brasil com representantes indígenas, o que culminou no I Fórum de SAN dos Povos Indígenas. Dentre as propostas consolidadas em seu documento final, destaca-se a implantação de um sistema de vigilância alimentar e nutricional nas áreas indígenas (FÓRUM, 2003).

O MPF foi outra instância que atuou com recomendações para a articulação intersetorial de diversos órgãos relacionados com a questão indígena no desenvolvimento de ações nesta área, conforme já exposto. Essas forças organizadas de interesse público exerceram pressão política sobre os gestores da saúde indígena, além de demandar e acompanhar a execução de ações para enfrentamento dos elevados déficits nutricionais dos povos indígenas.

Um espaço de articulação de natureza interinstitucional voltado para a necessidade de ações para melhoria das condições nutricionais dos povos indígenas foi constituído entre diversos órgãos governamentais a partir de

demandas da CISI. Em 2004, no âmbito do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), foi criada uma Comissão Permanente de Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas, cuja coordenação foi atribuída a uma representante indígena. Posteriormente, em 2006, a 4^a CNSI, ocorrida em Caldas Novas (GO), ampliou o debate sobre o tema, estabelecendo como um dos eixos de discussão a temática “Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável” (BRASIL, 2007). Esses desdobramentos envolveram um grande número de atores, demandando atuação da Funasa no fornecimento de dados sobre a situação de vulnerabilidade nutricional dos povos indígenas, a fim de subsidiar ações intersetoriais.

Além disso, a mudança no governo federal ocorrida em 2003 trouxe para a agenda política prioritária os temas da promoção da SAN e o combate à fome no país, sendo plataformas centrais do governo Luiz Inácio Lula da Silva, expressamente anunciadas no período de campanha (BRASIL, 2003). O novo governo estabeleceu, por meio da lei 10.683, de 28 de maio de 2003, a criação do Consea como um dos órgãos de assessoramento imediato ao presidente, e também do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome (BRASIL, 2003). O PPA para o quadriênio 2004-2007 incluiu o chamado “Desafio 1” (“Combater a fome visando à sua erradicação e promover a segurança alimentar e nutricional garantindo a inserção social e cidadania”), orientando o planejamento das ações dos órgãos federais cujas missões institucionais se relacionavam direta ou indiretamente ao tema (BRASIL, 2003).

O início do novo governo também levou à alteração na gestão da saúde indígena. A direção da Funasa empossada em 2003 estabeleceu a “Área Técnica de Alimentação e Nutrição”, até então inexistente no Desai, com o encargo de gerenciar o projeto de Implantação do Sisvan nos DSEI seguindo as orientações estratégicas do governo. Desse modo, ações voltadas para as áreas de alimentação e nutrição, que até 2002 não eram sistematizadas no plano nacional de atenção à saúde indígena, passaram a contar com assessoramento técnico e recursos oriundos do PPA 2004-2007 e do Projeto Vigisus II.

Comentários finais

Neste trabalho, voltado para analisar a construção do Sisvan no subsistema de saúde indígena, buscamos identificar os componentes relacionados ao fluxo de problemas

(na forma de existência de indicadores epidemiológicos que apontavam a gravidade da situação nutricional indígena, a ocorrência de eventos focalizadores e também de avaliações sobre as lacunas do subsistema); ao fluxo político favorável (existência de uma agenda de combate à fome proposta pelo governo federal que influenciou gestores federais e a ação dos grupos de pressão); e ao fluxo de alternativas de solução (que se materializou na forma de uma proposta já amplamente debatida, no caso, o Sisvan). Na convergência do fluxo de problemas com o fluxo político, concomitantes com a existência de uma alternativa viável, abriu-se uma “janela de oportunidade” para a questão de a insegurança alimentar dos povos indígenas ser reconhecida como problema e ascender na agenda de decisão governamental. Como empreendedora de políticas, a Área de Alimentação e Nutrição do Desai atuou mantendo o projeto em pauta durante as sucessivas mudanças na gestão da Funasa no período de 2003 a 2006. Com seu planejamento iniciado em 2003, o Sisvan Indígena, concebido com o objetivo de descrever de forma contínua a situação alimentar e nutricional dos povos indígenas a fim de subsidiar políticas, programas e intervenções, alcançou formalização na agenda de políticas de saúde indígena por meio da Portaria 984 de 06 de julho de 2006 (BRASIL, 2006).

Conforme apontado por Souza (2003), os processos de formação de agendas de políticas governamentais são ainda pouco explorados na produção acadêmica no Brasil.⁴ É inquestionável que, também na área da saúde indígena, tema do presente trabalho, há a necessidade de ampliar as análises sobre os processos e fatores envolvidos na formulação das políticas públicas. Em termos de desdobramentos futuros, um aspecto que demanda atenção diz respeito ao desenvolvimento de análises sobre os processos de implementação decorrentes das políticas. Por exemplo, ao longo dos últimos anos, diversas estratégias têm sido executadas pela Funasa para a implementação do Sisvan nos DSEI, o que incluiu a realização do I Inquérito Nacional Nutricional e de Saúde dos Povos Indígenas (CALDAS et al., 2008). Face à marcante vulnerabilidade em saúde dos desses povos no Brasil, é premente que se proceda ao aprofundamento das análises de formação de agendas e dos processos de implementação das políticas públicas.⁵

Agradecimentos

A primeira autora agradece aos colegas da área da saúde indígena com quem interagiu durante o período em que coordenou o projeto de implantação do

Sisvan indígena na Funasa, entre 2003 e 2006. Muitas das questões discutidas neste trabalho se baseiam na experiência e troca de ideias com os profissionais envolvidos na construção e na implementação dessa política pública. Ao longo da pesquisa que resultou neste trabalho, defendido como dissertação de mestrado no Programa de Epidemiologia em Saúde Pública na ENSP/Fiocruz, Tatiana Wargas de Faria Baptista, pesquisadora da ENSP/Fiocruz, foi uma importante interlocutora, a quem agradecemos pelo interesse e disponibilidade.

Referências

- ALVES, G.M.S.A.; MORAIS, M.B.; FAGUNDES-NETO, U. Estado nutricional e teste de hidrogênio no ar expirado com lactose e lactulose em crianças indígenas terenás. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.78, n.2, p.113-119, 2002.
- BAPTISTA, T.W.F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.138-172. Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps. Acesso em: jan. 2011
- BARUZZI, R.G. et al. Saúde e doença em índios Panará (Kreen-Akarôre) após vinte e cinco anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência de tuberculose (Brasil Central). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.407-412, 2001.
- BATISTA-FILHO, M.; RISSIM, A. Vigilância Alimentar e Nutricional: antecedentes, objetivos e modalidades. A VAN no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.9,supl.1, p.99-105, 1993.
- BRASIL. Lei nº.10.683 de 28 de maio de 2003. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v.140, n. 102, p. 02, mai. 2003. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Memória da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena-Cisi/CNS 2000-2006*. Brasília: UnB, 2006. 164p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *4º Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente-GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final*. Brasília, DF, 2007. 228p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Plano Operacional da Saúde Indígena 2003/2004*. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília, DF, 2000. 40p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 984 de 06 de julho de 2006. Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Sisvan-Indígena). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v.143, n.130, p.35, jul.2006. Seção 1.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. 2^a ed.rev. Brasília, DF, 2003. 48 p (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto Vigisus II - Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - Componente II - Saúde Indígena*. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/.../vigesus_saudeIndigena.pdf>. Acesso em: 21 set. 2009.
- BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Escola Nacional de Administração Pública-ENAP. *Curso PPA: Elaboração do Plano e Gestão por Programa PPA 2004-2007*. Plano Brasil de Todos. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Rio Grande do Sul. *Inquérito Civil Público nº 06/2002*. Porto Alegre, RS, 2002. 1CD-ROM
- CALDAS, A.D.R. et al. Desafios na construção do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. *Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, v.10, p.43-54, 2008.
- CAPELLI, J.C.S.; KOIFMAN, S. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.433-437, 2001.
- CASTRO, I.R.R. *Vigilância alimentar e nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.108p.
- COIMBRA JR., C.E. A. et al. *The Xavante in Transition: health, ecology, and bioanthropology in central Brazil*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2002. 344p.
- COIMBRA JR., C.E.A.; SANTOS, R.V. Avaliação do estado nutricional num contexto de mudança sócio-econômica: o grupo indígena Suruí do estado de Rondônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.538-562, 1991.
- CÓRTES, S.M.V. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.5-32, 1998.
- ESCOBAR, A.L.; SANTOS, R.V.; COIMBRA JR.; C.E.A. Avaliação nutricional de crianças indígenas Pakaanóva (Wari), Rondônia, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.3, n.4, p.457-461, 2003.
- FERREIRA A.A. et al. Nutritional status and growth of indigenous Xavante children, Central Brazil. *Nutrition Journal*, v.11, n.1, p.3, 2012.
- FSP (Folha de São Paulo). Crianças indígenas morrem de desnutrição em reserva no RS. *Folha Online*, São Paulo, 11 março 2001. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u24157.shtml>>. Acesso em: 06 fev 2009.
- FÓRUM NACIONAL PARA ELABORAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL, 2003. Sobradinho, DF. *Documento Final*. Brasília, DF, 2003.

- FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, DF, v.21, p.211-259, 2000.
- GUGELMIN, S.A.; SANTOS, R.V.; LEITE, M.S. Crescimento físico de crianças indígenas xavantes de 5 a 10 anos de idade em Mato Grosso. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.77, n.1, p.534-541, 2001.
- KINGDON, J.W. *Agendas, alternatives and public Policies*. New York: Harper Collins, 1984. 253 p.
- LEITE, M.S. et al. Alimentação e nutrição dos povos indígenas no Brasil. In: KAC, G.; SCHIERI, R.; GIGANTE, D.P. (Org.). *Epidemiologia Nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 503-517.
- LEITE, M.S. et al. Perfis de saúde indígena, tendências nacionais e contextos locais: reflexões a partir do caso Xavante, Mato Grosso. In: COIMBRA JR., C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.105-126.
- LÍCIO, J.S.A. *Estado nutricional de crianças indígenas no Brasil*: uma revisão sistemática da literatura científica. 2009. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- MACHADO, F.R.S. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v.9, n.2, p.73-91, 2008.
- MARTINS, S.J.; MENEZES, R.C. Evolução do estado nutricional de menores de cinco anos em aldeias indígenas da Tribo Parakanã, na Amazônia Oriental Brasileira (1989-1991). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.28, n.1, p.1-8, 1994.
- MATTOS, A. et al. Nutritional status and dietary habits of Indian children from Alto Xingu (Central Brazil) according to age. *Journal of the American College of Nutrition*, v.18, n.1, p.88-94, 1999.
- MATTOS, R.A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.377-389, 2001.
- MOCK, N.B.; BERTRAND, W.E. Marco conceptual para los sistemas de vigilancia nutricional. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, DC, v.115, n.6, p.511-521, 1993.
- MORAIS, M.B. et al. Estado Nutricional de Crianças Índias do Alto Xingu em 1980 e 1992 e evolução pondero-estatural entre o primeiro e o quarto ano de vida. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.543-550, 2003.

O GLOBO. Nos últimos três meses, 12 crianças morreram por desnutrição na reserva indígena de Guarita, no município de Redentora, no Rio Grande do Sul. *O Globo*, 12 março 2001. Disponível em: <http://www.radiobras.gov.br/anteriores/2001/sinopses_1203.htm>. Acesso em: 06 fev 2009.

ORELLANA, J.D.Y. et al. Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.82, n.5, p.383-89, 2006.

RIBAS, D.L.B. et al. Nutrição e saúde materno infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.323-331, 2001.

ROMEIRO, A.A.F. *Avaliação da Implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) no Brasil*. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2006.

SANIGEST HEALTH SOLUTIONS. Programa de Saúde Indígena - Brasil. *Avaliação do Programa de Saúde Indígena do Brasil*. Brasília, 2003. 22p.

SANTOS, R.V. Crescimento físico e estado nutricional de populações indígenas brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.46-57, 1993.

SANTOS, R.V.; COIMBRA JR., C.E.A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JR., C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.13-47.

SANTOS, R.V.; COIMBRA JR., C.E.A. Socioeconomic transition and physical growth of Tupi-Monde Amerindians children of the Aripuana Park, Brazilian Amazon. *Human Biology*, Detroit, v.63, n.6, p.795-819, 1991.

SOUZA, M.C.; SCATENA J.H.G.; SANTOS, R.V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.853-861, 2007.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETACHE, M.; MARQUES, E. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-81.

VIANA, A.L.; BAPTISTA, T.W. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65-105.

WEISS, M.V. C. Contato interétnico, perfil saúde e doença e modelos de intervenção em saúde indígena: O caso Enawenê-Nawê, Mato Grosso. In: COIMBRA JR., C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.187-96.

XAVIER, F.B.; MIRANDA, R.A.; MENEZES, R.C. Estado nutricional de crianças indígenas de uma tribo da Amazônia Brasileira. *Revista Paraense de Medicina*, Belém, v.12, n.1, p.18-22, 1998.

ZERO HORA. Técnicos tentam estancar mortandade de crianças índias. *Zero Hora*, Porto Alegre, 12 março 2001. Disponível em <http://www.radiobras.gov.br/anteriores/2001/sinopses_1203.htm>. Acesso em 06 fev 2009.

Notas

¹ Ver também Santos e Coimbra Jr. (2003); Leite e colaboradores (2007), entre outros.

² Ver também estudo de Ferreira e colaboradores (2012) sobre os Xavante, Mato Grosso.

³ O Projeto Vigisus II contempla o acordo de empréstimo com o Banco Mundial – BIRD, nº LN7227-BR – Segundo Projeto de Vigilância e Controle de Doenças – VIGISUS II. Tem como objetivo geral fortalecer o processo de reestruturação e implementação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e incrementar a prevenção e o controle de doenças com vistas à consolidação de estruturas permanentes e descentralizadas, capazes de dar sustentabilidade à execução de ações que produzam o necessário impacto sobre os indicadores de morbi-mortalidade de importantes agravos no Brasil.

⁴ Ver também Baptista; Rezende (2011).

⁵ A.D.R. Caldas participou da coleta e análise de dados, da discussão dos resultados e da redação final do artigo. R.V. Santos participou da discussão dos resultados e da redação final do artigo.

Abstract

Food and Nutrition Surveillance for indigenous peoples in Brazil: analysis of the construction of a public health politics

The implementation of a food and nutrition surveillance system (Sisvan) aimed at indigenous communities in Brazil was first proposed in 2003 and since then has relied on funds provided by the Brazilian federal government and the World Bank. This study aimed to examine the conditions and factors which led the managers of the indigenous health subsystem to recognize the nutritional deficits of indigenous peoples as a relevant public health problem and the reasons why Sisvan was chosen as an alternative. This is a qualitative study based on analytical perspective of John Kingdon (1984), which focuses on the early stages of the policy cycle, namely: the setting of a political agenda and the specifications of alternatives from which a choice for solution is made. The results show that the convergence of a flow of critical situations related to the nutritional status of indigenous peoples coupled with a favorable political stream opened a “window of opportunity”. This led to the situation of nutritional insecurity of these people to be recognized as a problem and become relevant in the government decision agenda. Sisvan, which was an internationally recognized alternative and which had been implemented into the Brazilian Unified Health System (SUS) since the 1990s, was chosen. The Sisvan for indigenous peoples became a full component of the indigenous health system in 2006.

► **Key words:** Public health policies; health systems; indigenous peoples; nutrition and public health.